

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

VARIABLES MODIFICADORAS DE LA
ASOCIACIÓN EXPRESIVIDAD EMOCIONAL
FAMILIAR-RECIDIVAS EN PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS

FRANCISCO BELLVER PRADAS

UNIVERSITAT DE VALENCIA
Servei de Publicacions
2006

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia 15 de Desembre de 2005 davant un tribunal format per:

- D^a. Carmen Leal Cercos
- D. Manuel Gómez Beneyto
- D. Jordi Obiols Llandrich
- D^a. Beatriz Rodríguez Vega
- D^a. Rosa M^a. Baños Rivera

Va ser dirigida per:

D^a. Isabel Montero Piñar

©Copyright: Servei de Publicacions
Francisco Bellver Pradas

Depòsit legal:

I.S.B.N.:978-84-370-6588-5

Edita: Universitat de València
Servei de Publicacions
C/ Artes Gráficas, 13 bajo
46010 València
Spain
Telèfon: 963864115

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Facultat de Medicina

Departament de Medicina

Unitat Docent de Psiquiatria i Psicologia Mèdica

**"VARIABLES MODIFICADORAS DE LA ASOCIACIÓN
EXPRESIVIDAD EMOCIONAL FAMILIAR-RECIDIVAS
EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS"**

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

Francisco Bellver Pradas

Dirigida por:

Prof^a. Dra. Isabel Montero Piñar

Profesora Titular de Psiquiatria del

Departamento de Medicina de la

Universitat de València.

AGRADECIMIENTOS

A Maribel Montero, por su estímulo, por el enfoque de la Psiquiatría que me ha transmitido y por su empeño inquebrantable en implantar las intervenciones familiares, poco reconocidas en nuestro medio asistencial, pero tan eficaces como necesarias. Estoy convencido de que su esfuerzo contribuirá a que se acaben imponiendo.

A Carmen Leal, por sus enseñanzas, su ayuda y, sobre todo, por haber creído siempre más en mí que yo mismo.

A mis maestros de Psiquiatría, José M^a Cámara, Manolo Gómez-Beneyto y Felipe Iglesias por haberme hecho tanto aprender la profesión como amarla. Espero estar siempre a la altura de lo que me habéis enseñado.

A mis compañeros del grupo de intervención familiar, por el apoyo que siempre me han dado y por su esfuerzo desinteresado en ayudar a los pacientes y a sus familias: María, María José, Ana y, en especial a Merche, mi compañera y maestra en el grupo de familiares.

A mis compañeros, adjuntos y residentes, quienes me han hecho más llevadero el trabajo cotidiano y, en especial a aquellos residentes que trabajaron de más en mis guardias para que yo pudiera dedicarme a esta tesis.

A Manoli, mi mujer, la mejor compañera que nunca pude desear. La presente tesis nunca hubiera sido posible sin su esfuerzo silencioso para llevar por sí sola todas las obligaciones comunes mientras ha durado la realización de este trabajo. Mi amor y mi admiración por ti no cabe en palabras.

A mis hijos Quico y David. Nunca podréis imaginar lo mucho que os quiero, lo orgulloso que me siento de vosotros y lo satisfecho que estoy de cómo sois como personas. Gracias por haber aguantado pacientemente que vuestro padre os dejara de

lado para preparar esta tesis y por haberme dado tanta felicidad en los momentos de descanso.

A mi padre, a quien la guerra y la orfandad truncó sus esperanzas de estudiar una carrera, quien sacrificó sus proyectos para que mi hermano y yo pudiéramos lograr los nuestros y murió a punto de ver cómo su esfuerzo daba frutos.

A mi madre, por su inmenso cariño y generosidad, siempre dispuesta a darlo todo sin recibir nada a cambio. Gracias por estos 37 años.

A mi hermano, por haber sido siempre el mejor aliado para los buenos momentos y para tantos momentos difíciles.

A mis amigos/as, con quienes tanto he compartido. Me siento afortunado de haber podido llamarlos amigos desde la infancia hasta hoy y de que ahora sean nuestros hijos los que se digan también amigos. Deseo que sigamos llamándonos así hasta que dejemos de estar.

A mi tío Pepe, a quien siempre sentí como a mi segundo padre, y a mi familia paterna: Adela, Mari, Meme y Enrique. Nunca podré agradecerlos lo suficiente vuestro enorme cariño y todo lo que siempre habéis hecho para que nada nos faltara. Una vez más, gracias.

A mi abuela Gloria y a mis tíos Paco, Carmen e Isabel por su afecto y su apoyo incondicional durante toda mi vida, sobre todo en la época difícil de la adolescencia.

A los pacientes esquizofrénicos y a sus familias, los héroes verdaderos y anónimos en la lucha contra la esquizofrenia. En especial al grupo de familiares del C.S.M. de la Malvarrosa, quienes semana tras semana me dan ejemplo de cómo, sin apenas ayuda y con la fuerza del afecto y la abnegación hacia el ser querido, se pueden combatir los efectos de una de las enfermedades más dramáticas que existen.

A mi padre

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN

A.- Esquizofrenia, expresividad emocional y familia.....	3
B.- El constructo de la Expresividad Emocional y su desarrollo hasta nuestros días	7
C.- La naturaleza de la EE	13
C.1.- ¿QUÉ ES LO QUE MIDE LA EE?.....	14
C.1.1.- La medida de la EE	14
C.1.2.- Limitaciones del efecto predictivo de la EE sobre las recaídas en la literatura	18
C.2.- DIFERENTES TEORÍAS PARA EL CONSTRUCTO DE LA EE	24
C.2.1.- <i>La EE como reacción ante la sintomatología del paciente.....</i>	<i>24</i>
C.2.2.- <i>La EE refleja una alteración temperamental o una vulnerabilidad a la psicopatología del cuidador.....</i>	<i>31</i>
C.2.3.- <i>La EE refleja las atribuciones cognitivas del cuidador sobre las conductas negativas del paciente</i>	<i>34</i>
C.2.4.- <i>Los niveles de la EE se correlacionan con patrones identificables de interacción entre paciente y cuidador</i>	<i>39</i>
C.3.-VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA EE Y SUS SUBESCALAS.....	41
C.4.- PERSPECTIVA TRANSCULTURAL	58
C.5.- LA ASOCIACIÓN EE-RECIDIVAS.....	70
C.5.1.- <i>Modelos explicativos de la asociación entre EE y recaídas.....</i>	<i>72</i>
C.5.2.- <i>El modelo interactivo de la asociación EE-recaídas.....</i>	<i>73</i>
C.5.3.- <i>¿Cómo puede influir el clima emocional familiar en un fenómeno biológico como las recaídas?.....</i>	<i>75</i>
C.5.4.- <i>Contribución de las subescalas a la asociación entre EE y recaídas.....</i>	<i>77</i>

D.- Programas de intervención familiar en la esquizofrenia	82
D.1.- PROGRAMAS PSICOEDUCATIVOS BREVES	86
D.2.- PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN FAMILIAR.....	89
D.2.1.- Eficacia de las intervenciones.....	89
D.2.2.- Efectividad de las intervenciones.....	96
D.2.3.- Eficiencia de las intervenciones	102
D.2.4.- Indicaciones de las intervenciones.....	105
2.- OBJETIVOS	109
3.- MATERIAL Y MÉTODOS	
A.- Diseño	113
B.- Muestra	
B.1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN	114
B.2.- DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	115
C.- Procedimiento	
C.1.- ENTRENAMIENTO DE LOS TERAPEUTAS	117
C.2.- RECLUTAMIENTO DE LA MUESTRA	118
C.3.- VALORACIÓN INICIAL	119
C.3.1.- <i>Variables sociodemográficas</i>	119
C.3.2.- <i>Variables clínicas</i>	120
C.3.3.- <i>Variables de medición inicial y final</i>	121
C.4.- VALORACIÓN TRAS FINALIZAR LA INTERVENCIÓN	123
C.5.- VALORACIÓN FINAL	124
D.- Instrumentos de medida	
D.1.- PSYCHIATRIC ASSESSMENT SCALE (PAS)	126
D.2.- DISABILITY ASSESSMENT SCALE (DAS-II)	127
D.3.- CAMBERWELL FAMILY INTERVIEW (CFI)	128
D.4.- GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE (GHQ)	131
D.5.- KNOWLEDGE ABOUT SCHIZOPHRENIA INVENTORY (KASI)	132

E.- Las intervenciones	
E.1.- SESIONES EDUCATIVAS	133
E.2.- PROGRAMA DE TERAPIA CENTRADO EN LA UNIDAD FAMILIAR	135
E.3.- PROGRAMA DE TERAPIA EN GRUPO DE FAMILIARES.....	136
F.- Análisis estadístico de los datos	138
4.- PUBLICACIONES	143
5.- DISCUSIÓN	145
6.- CONCLUSIONES	185
7.- BIBLIOGRAFÍA	191

PRINCIPALES ABREVIATURAS UTILIZADAS

- **EE:** Expresividad Emocional
- **AEE:** Alta Expresividad Emocional
- **BEE:** Baja Expresividad Emocional
- **EOI:** Sobreimplicación emocional
- **CFI:** Entrevista Familiar de Camberwell
- **PAS:** Psychiatric Assessment Scale de Krawiecka
- **DAS-II:** Dissabilty Assessment Schedule
- **KASI:** Knowledge About Schizophrenia Inventory
- **GHQ:** Cuestionario de Salud General de Goldberg
- **IF:** Intervención familiar
- **TFC:** Terapia familiar centrada en la unidad familiar
- **GF:** Intervención familiar grupal
- **Cols:** Colaboradores

Nota: PERÍODO DE INTERVENCIÓN Y PERÍODO DE SEGUIMIENTO:

En el presente trabajo se realizan tres evaluaciones de la muestra: la primera antes de realizar la intervención, otra medición nada más concluir la intervención familiar y una tercera medida a los 5 años de haber concluido la intervención. Aunque en realidad no se ha realizado una monitorización de las variables a la que pueda aplicarse el término de seguimiento, con el fin de facilitar la lectura vamos a denominar en lo sucesivo como **Período de intervención** al comprendido entre las medidas previa e inmediatamente posterior a la realización de la terapia familiar y **Período de seguimiento** al tramo entre las mediciones inmediatamente posterior al fin de la intervención y la realizada a los 5 años de la conclusión de la terapia.

INTRODUCCIÓN

A.- ESQUIZOFRENIA, EXPRESIVIDAD EMOCIONAL Y FAMILIA

La esquizofrenia debiera ser una prioridad sanitaria de primer orden debido a su alta frecuencia, su gravedad y la carencia de tratamientos completamente satisfactorios.

Se trata de un trastorno ampliamente distribuido en todos los medios geográficos y culturales, con una alta prevalencia, calculada entre el 0,5 y el 1,5 % y una alta incidencia, estimada de entre el 0,5 y el 5 por diez mil/año (American Psychiatric Association, 2000).

Además, es un trastorno mental grave, con tendencia a la cronicidad y frecuentemente deteriorante, por lo que genera dramáticas consecuencias para quien la sufre, sus cuidadores, el sistema sanitario y la sociedad en general.

Dado que suele debutar en la juventud, frecuentemente trunca la vida de quien la padece en su momento más productivo, incapacitándolo social y laboralmente. Estas características invalidantes provocan que el enfermo dependa habitualmente de sus familiares, quienes tienen que asumir su cuidado con la consiguiente repercusión sobre sus propias vidas.

En el nivel sanitario y social, sus extensos y mantenidos efectos generan importantes costos directos e indirectos. Como ejemplo, en un trabajo de Knapp del año 2000, estima que los gastos directos de la esquizofrenia en el Reino Unido suponen entre el 1,5 y el 3 % del gasto sanitario total de aquel sistema nacional de salud. Aunque difíciles de calcular, se estima que los costes indirectos son aún mayores.

Por otra parte, a pesar de que ha sido objeto de gran parte de la investigación científica en Psiquiatría y del avance que han supuesto los antipsicóticos atípicos, más efectivos y con menos efectos secundarios (Marder, 2000), carecemos de un tratamiento

curativo, sigue habiendo entre un 30 y un 40 % de recidivas psicóticas a pesar del tratamiento psicofarmacológico y estos medicamentos no han demostrado una efectividad clara en la mejoría de los déficits cognitivos ni de los síntomas residuales de la enfermedad.

Aún con el rápido avance en la última década de los conocimientos neurobiológicos sobre la esquizofrenia, seguimos desconociendo su etiología precisa. Mc Guffin (2004), llega a afirmar que el tamaño medio del efecto de los genes en la expresión de la esquizofrenia es grande, explicando el 80% de la varianza, pero aún así queda un 15 -20 % sólo explicable por la actuación de factores ambientales.

Las hipótesis actuales apuntan hacia un modelo etiológico multifactorial en el marco de una interacción entre vulnerabilidad y estrés, que incluye factores genéticos predisponentes y factores estresantes biológicos, psicológicos y sociales (Zubing y Spring, 1977; Neuchterlein y Dawson, 1984). Este modelo postula que la esquizofrenia, aunque tiene un substrato biológico y genético, está relacionada con el estrés que actuaría como desencadenante.

Según este modelo, en el paciente biológicamente vulnerable a padecer esquizofrenia frente al estrés ambiental, se manifestaría la enfermedad cuando el estrés sobrepasara un determinado umbral. El estrés ambiental provendría fundamentalmente de dos fuentes: los acontecimientos vitales y el estrés basal de la vida cotidiana. Si el nivel de estrés basal es alto, harían falta acontecimientos vitales de menor entidad para provocar una recidiva de la enfermedad.

Por este motivo, la investigación del papel del estrés en la esquizofrenia se ha basado por una parte en la relación de los acontecimientos vitales recientes con el inicio de la enfermedad o las recaídas y por otra parte en el impacto del medio familiar sobre

éstas, al ser los problemas de la convivencia la principal fuente de estrés basal en la vida cotidiana.

En este contexto debemos enmarcar la teoría de la Expresividad Emocional y las intervenciones familiares encaminadas a reducirla. El estrés que experimenta una familia al vivir con una persona que padezca esquizofrenia, a menudo puede manifestarse o bien con frustración y negación de la enfermedad, así como con expectativas poco realistas y las consecuentes críticas del comportamiento deficitario del enfermo, que pueden llegar incluso a la hostilidad hacia él o bien intentando sobrecompensar las deficiencias del enfermo con conductas de sobreprotección y actitudes de sobreimplicación emocional.

Estas manifestaciones del estrés sobre el clima emocional familiar se contemplan con el término acuñado como Expresividad Emocional (EE en adelante). El término hace referencia a las emociones, actitudes y comportamientos expresados por los familiares acerca de un miembro de la familia diagnosticado de esquizofrenia, siendo la EE un índice obtenido empíricamente del nivel de crítica, sobreimplicación y hostilidad familiar.

Desde esta perspectiva, el objetivo de las intervenciones familiares sería disminuir el estrés permanente dentro de la familia, ya no considerado como etiológico, sino como un posible desencadenante de recaídas una vez se ha desarrollado la enfermedad.

Este planteamiento propone un enfoque completamente distinto respecto al modelo etiológico familiar de los 50, que consideraba la paciente como el "chivo expiatorio" de la dinámica familiar. Las familias que pasan de ser las culpables de la enfermedad del paciente a constituirse en el principal recurso para su tratamiento.

La consideración de la familia como aliado terapéutico es, además, especialmente útil en nuestro medio, donde las familias se han visto convertidas, tanto por tradición como por obligación, en el elemento comunitario básico para la rehabilitación del paciente esquizofrénico.

Por tradición, porque en la cultura mediterránea la familia es el lugar natural de convivencia, en cuyo seno se han cuidado secularmente a los ancianos, enfermos y discapacitados. Por obligación, porque a pesar de que la reforma psiquiátrica de los 70 preconizó la desinstitucionalización enfatizando la conveniencia de los cuidados comunitarios, no se han desarrollado posteriormente los servicios y recursos sociosanitarios necesarios. De hecho, mientras que en nuestro país la tasa de ingresos de pacientes esquizofrénicos es menor que en otros países (Gómez-Beneyto y cols, 1989), los recursos sociosanitarios comunitarios son claramente insuficientes.

La convivencia con un enfermo esquizofrénico supone una enorme carga a todos los niveles y su manejo un reto continuo. Las familias generalmente se encuentran desbordadas y precisan de apoyo, ayuda y orientación si se quiere garantizar la salud de todos sus miembros además de su función como un recurso en la rehabilitación del paciente esquizofrénico.

B.- EL CONSTRUCTO DE LA EXPRESIVIDAD EMOCIONAL Y SU DESARROLLO HASTA NUESTROS DÍAS.

Entre los años 50 y principios de los 60 descendió el número de ingresos hospitalarios psiquiátricos, en parte por el desarrollo de los fármacos neurolépticos y en parte por el cambio de actitud de los psiquiatras hacia la desinstitucionalización de los enfermos mentales y su integración en la comunidad.

Sin embargo, comenzó a observarse el fenómeno llamado "de puerta giratoria", es decir, que muchos de los pacientes que eran dados de alta, con frecuencia volvían a reingresar. Los que más reingresaban eran los que vivían institucionalizados y, en segundo lugar, sorprendentemente, los que volvían a su domicilio familiar tras el alta hospitalaria.

Así, se planteó la realización de estudios de seguimiento de los pacientes esquizofrénicos dados de alta para averiguar lo que ocurría. El Medical Research Council, en la Unidad de Psiquiatría Social de Londres llevó a cabo tres estudios pioneros de seguimiento (Brown y cols, 1956, Brown y Rutter, 1966, Brown, Birley y Wing, 1972) que confirmaron esta observación y posibilitaron la formulación del constructo de la "Expresividad Emocional".

El primero de ellos comenzó en 1956, cuando George Brown y su equipo realizaron un seguimiento de varones esquizofrénicos tras una larga estancia hospitalaria, observando que no siempre era positivo que regresaran al núcleo familiar.

En el segundo estudio (1966) Brown y Rutter comienzan a utilizar el término de "alta implicación emocional", encontrando un mayor número de recidivas en aquellos pacientes que tras el alta regresaban a hogares con estas características.

Fue en el tercer estudio (Brown, Birley y Wing, 1972) cuando se formula por primera vez el término "Expresividad Emocional". Desde hacía años se habían dedicado a desarrollar medidas de ciertas características de la vida familiar. Brown y Rutter (1966) diseñan una entrevista semiestructurada de tres horas de duración para valorar la EE familiar: la Entrevista Familiar de Camberwell (CFI en adelante). Posteriormente, en 1976, Vaughn y Leff desarrollaron una versión abreviada de aproximadamente hora y media de duración, que es la que se viene usando desde entonces. Esta entrevista permite clasificar a las familias como de alta o de baja EE, en función de que sean críticas, hostiles o sobreimplicadas emocionalmente, según los criterios definidos por los autores de la entrevista. En este tercer estudio se confirmó la asociación entre el número mayor de recaídas y la alta expresividad emocional (59 % de recaídas en familias de AEE frente a 16% en las de BEE).

La Expresividad Emocional quedó definitivamente establecida como factor pronóstico a partir del trabajo de réplica de Vaughn y Leff en 1976. En este estudio replicaron los resultados del estudio de 1972 y, además se puso de relieve el fuerte efecto protector sobre las recaídas de la medicación neuroléptica así como la influencia del tiempo de contacto cara a cara con el cuidador. Así, pacientes con familiares de alta EE y un tiempo de contacto cara a cara mayor de 35 horas semanales que recibían medicación neuroléptica tenían una tasa de recaídas del 53 % a los 9 meses. En las mismas circunstancias, pero si abandonaban la medicación neuroléptica la tasa de recaídas era prácticamente de la totalidad, un 92 %. En cambio, los pacientes con familiares de alta EE pero con tiempos de contacto cara a cara menores de 35 horas semanales tenían tasas de recidiva del 15 % si mantenían la medicación y del 42 % si la abandonaban. Los familiares de baja EE tenían prácticamente la misma probabilidad de

recaer tomaran o no la medicación (12 % y 15 % respectivamente), siendo menor que los que convivían con familiares de alta EE.

TABLA I: Tasas de recaídas psicóticas en 9 meses de seguimiento (Vaughn y Leff, 1976)

	Tratamiento farmacológico	Sí	No
Familias de AEE			
Tiempo de contacto mayor de 35 horas semanales		53 %	92 %
Tiempo de contacto menor de 35 horas semanales		15 %	42 %
Familias de BEE		12 %	15 %

Posteriormente se desarrollaron en distintos países numerosos trabajos de réplica con seguimientos desde 9 meses hasta 2 años que, en general, corroboraron los hallazgos descritos (Leff y Vaughn, 1981; Vaughn y cols, 1984; Kottgen y cols, 1984; Moline y cols, 1985; Nuechterlein y cols, 1986; Karno y cols, 1987; Rostworoska y cols, 1987; Tarrier y cols, 1988; Barrelet y cols, 1990, Buchkremer y cols, 1991; Bertrando y cols, 1992; Mozný y Votýpková, 1992; Vaughn y cols, 1992; Ivanovic y cols, 1994; Ito y cols, 1995; Tanaka y cols, 1995; Linszen y cols, 1996). En cambio, otros estudios no lograron detectar diferencias significativas (Mc Millan y cols, 1986; Parker y cols, 1988, Arévalo y cols, 1989; Stirling y cols, 1991; Montero y cols, 1992; Philips y cols, 1995) -véase **TABLA II-**.

TABLA II: ESQUIZOFRENIA Y EE: TASAS DE RECAÍDA SEGÚN AUTORES.

Fuente (año)	Tasa recaídas/ total		zr	Cronicidad
	BEE	AEE		
Arévalo y Vizcarro (1989)	5/ 13	8/ 18	0,06	3
Barrelet y cols (1990)	0/ 12	8/ 24	0,35	1
Bertrando y cols (1992)	4/ 18	14/ 24	0,38	3
Brown y cols (1962)	13/ 47	38/ 50	0,53	3
Brown y cols (1972)	9/ 56	26/ 45	0,47	3
Buchkremer y cols (1991)	-	-	0,17	2
Ito y Oshima (1995)	3/ 37	16/ 35	0,46	3
Ivanovic y Vuletic (1994)	2/ 31	19/ 29	0,72	3
Karno y cols (1987)	7/ 27	10/ 17	0,34	3
Kottgen y cols (1984)	11/ 20	7/ 14	- 0,05	2
Leff y cols (1981)	5/ 54	5/ 16	0,27	1
Linszen y cols (1996)	0/ 13	6/ 26	0,26	1
Mc Millan y cols (1986)	14/ 34	26/ 38	0,28	1
Moline y cols (1985)	4/ 13	10/ 11	0,71	3
Montero y cols (1992)	7/ 31	8/ 28	0,07	2
Mozný y Votýpková (1992)	13/ 56	41/ 69	0,38	1
Niedermeier y cols (1992)	6/ 21	16/ 28	0,29	2
Nuechterlein y cols (1986)	0/ 12	12/ 31	0,37	1
Parker y cols (1988)	9/ 15	20/ 42	- 0,11	2-3
Phillips y Xiong (1995)	9/ 27	10/ 22	0,12	3
Rostworowska y cols (1987)	1/ 11	15/ 25	0,51	-
Stirling y cols (1991)	8/ 17	5/ 16	0,40	3
Tanaka y cols (1995)	6/ 28	14/ 24	0,40	3
Tarrier y cols (1988)	4/ 19	14/ 29	0,28	2
Vaughn y Leff (1976)	1/ 16	10/ 21	0,48	2
Vaughn y cols (1984)	3/ 18	20/ 36	0,39	3
Vaughn y cols (1992)	10/ 41	25/ 47	0,30	3

Tomado de Butzlaff y Hooley (1998).

BEE: Baja Expresividad emocional; **AEE:** Alta Expresividad Emocional; **zr:** transformación de z a r. El tamaño del efecto predictor fue $r = 0,30$ ($z = 11,30$, $p < 0,001$); Código cronicidad. 1= inicio reciente (primera hospitalización); 2= Menos de 3 hospitalizaciones; 3= crónico (más de 3 hospitalizaciones o duración mayor de 5 años).

La realización de diversos estudios, tanto de revisión (Kavanagh 1992; Bebbington y Kuipers, 1994) como metaanalíticos (Butzlaff y Hooley, 1998) demostró que la asociación entre EE y recaídas se mantenía independientemente del género, de la localización geográfica y del medio cultural, estimándose el riesgo de recaída en más del doble ($OR=2,5$) para los pacientes que viven en familias de alta EE respecto de los que viven en familias de BEE.

Además, se demostró que la EE y la medicación tienen efectos independientes y sumativos en la reducción de recidivas (Goldstein y cols, 1978; Bebbington y Kuipers, 1994; Schooler y cols, 1997, Hahlweg y Wiedemann, 1999), por lo que no estaría indicado suspender la medicación en los pacientes con familias de BEE, como parecía indicar el trabajo de Vaughn y Leff de 1976.

Paulatinamente el estudio de la EE se fue extendiendo a las familias de otros enfermos crónicos, tanto mentales (Trastorno Bipolar, Trastornos Alimentarios, Demencias, Trastornos de Personalidad Límite y Antisocial, T.O.C., Trastorno por Angustia, T.D.A.H y otros trastornos de conducta en la infancia, Colon Irritable) como somáticos (Epilepsia, Enfermedad de Parkinson, Bronquitis Asmática, Diabetes Mellitus tipo I, Enfermedades Inflammatorias Intestinales, Retraso Ponderal en la infancia...). Los hallazgos han sido diversos pero todos ellos coincidentes en que la alta EE se asocia a un peor curso evolutivo (Kavanagh, 1992; Butzlaff y Hooley, 1998; Wearden y cols, 2000; Falloon, 2003).

Además, el estudio de la EE también se ha extendido al clima emocional del personal sanitario (Brooker y cols, 1992; Siol y cols, 1995; Kuipers y cols, 1995), encontrándose peores evoluciones clínicas cuando hay una mayoría de profesionales sanitarios más crítica e intolerante (Ball y cols, 1992; Snyder y cols, 1994). Por ello, se

ha planteado la conveniencia de entrenar a los profesionales para reconocer y evitar estilos de interacción inadecuados (Moore y cols, 1992; Heresco-Lery y cols, 1999).

C.- LA NATURALEZA DE LA EE

Una vez expuesto el desarrollo del constructo, necesariamente se nos plantea la cuestión de qué es lo que estamos realmente midiendo en el clima emocional familiar mediante la EE.

Diversos autores han demostrado que existen características diferenciales entre las familias de AEE y BEE en lo referente a la interacción con el enfermo. Así, los familiares de alta EE se caracterizarían en sus interacciones por la crítica, el entrometimiento y una alta expresividad verbal, mientras que los de baja EE serían más neutrales (Hahlweg y cols, 1989), aunque ello no implicaría que utilizaran más expresiones de afecto o apoyo que las de AEE durante una discusión (Bachmann y cols, 2002). Por su parte, Vaughn (1986) identificó cuatro factores que diferenciaban entre los familiares de alta y baja EE: la existencia de respeto por las necesidades de relación de los pacientes, la presencia de actitudes de legitimación de la enfermedad, la existencia de un nivel de expectativas ajustado sobre el funcionamiento del paciente y la adecuación de las reacciones emocionales ante la enfermedad del paciente.

Aunque ningún autor ha puesto en duda estos diferentes perfiles empíricamente validados, necesitamos encontrar un puente entre los comportamientos y su significado pues en caso contrario, tal y como planteó el propio Brown, corremos el riesgo de “predecir sin entender”.

En este sentido, la EE es probablemente el constructo empírico más ampliamente estudiado en Psiquiatría durante los últimos años. Multitud de trabajos de investigación y de réplica a éstos han intentado aportar luz sobre su naturaleza y significado, arrojando en muchas ocasiones resultados contradictorios.

Buena parte de la controversia alrededor del constructo gira en torno a la dirección causal de las asociaciones entre la EE y las distintas variables que se han encontrado relacionadas, es decir, cuál es causa y cuál consecuencia: por ejemplo, ¿es la existencia de una alta EE la que provoca que haya una recaída esquizofrénica o son las conductas disruptivas asociadas a la recaída las que crean en los familiares la respuesta emocional negativa que denominamos AEE?. Hasta el momento no se han encontrado respuestas satisfactorias a esta cuestión, lo que probablemente es consecuencia tanto de las limitaciones de los diseños de los estudios (dada la dificultad de realizar un seguimiento tan estrecho que permitiera observar qué aparece primero y qué aparece después como consecuencia) como de la probable complejidad y reciprocidad de la asociación de la EE con las distintas variables.

C.1.- ¿QUÉ ES LO QUE MIDE LA EE?: El problema de predecir sin entender.

En este apartado vamos a revisar las diferentes teorías sobre la naturaleza de la EE y las asociaciones que se han encontrado con diversas variables para acercarnos a la comprensión de ese índice del clima emocional familiar al que llamamos EE.

c.1.1.- La medida de la EE

Como se ha visto, la medida de la EE se obtiene mediante la administración de una entrevista, el **Camberwell Family Interview** (CFI) que fue expresamente desarrollado por Brown y Rutter en 1966 para evaluar el clima emocional familiar.

Se trata de una entrevista semiestructurada que recoge dos tipos de información: la relacionada con acontecimientos y actividades del paciente, y la relacionada con los sentimientos y actitudes del familiar hacia las conductas del

paciente. Las preguntas giran en torno a la última recaída del paciente y los 3 meses previos a ésta. La entrevista se graba y en su evaluación no sólo se valora lo que se dice sino también el tono afectivo con el que es expresado. En el formato inicial de Brown, su administración duraba 3 horas. En 1976, Vaughn y Leff desarrollaron una versión abreviada de hora y media de duración que es la que se utiliza actualmente.

La evaluación de la entrevista se realiza tomando en cuenta cinco subescalas:

Comentarios críticos (o crítica): Se consideran como tales a cualquier afirmación clara de disgusto, resentimiento o desaprobación hacia aspectos de la personalidad o hacia conductas del paciente emitida con un tono de voz crítico.

Hostilidad: Si un comentario implica el rechazo de alguien como persona (p.ej. cuando se le rechaza más por lo que es que por lo que hace) o si la crítica de una conducta se generaliza espontáneamente a la persona como un todo.

Sobreimplicación emocional (EOI en adelante): Hace referencia a respuestas emocionales exageradas, identificación con el paciente, conductas de autosacrificio y entrega exageradas o conductas extremadamente sobreprotectoras que suponen un control físico o psicológico sobre una persona adulta.

Afecto: Se refiere al afecto que expresa el familiar clave hacia el paciente durante la entrevista, teniéndose en cuenta el tono de voz, la espontaneidad, la empatía y el grado de preocupación e interés que demuestra hacia el paciente.

Comentarios positivos: Comentarios que expresan aprobación o aprecio a una determinada conducta del paciente o a aspectos de su personalidad.

Según los criterios clásicos de Vaughn y Leff (1976), un familiar se considera de AEE si realiza 6 o más Comentarios críticos, puntúa 3 o más en la escala de Sobreimplicación o si presenta cualquier manifestación de Hostilidad. Si el familiar no satisface ninguno de estos criterios se considera de LEE. Ni la subescalas de afecto ni la de comentarios positivos tienen peso en la calificación de la EE.

El propio Brown relata, en un ensayo de 1985 sobre el descubrimiento de la EE, que al comienzo de su segundo estudio sabía que algo acerca de la vida familiar era importante en el curso de la enfermedad, pero no sabía el qué, lo que le llevó junto a sus colaboradores a desarrollar un inventario de medidas de factores familiares que incluían no sólo la crítica, la hostilidad o la sobreimplicación emocional, el afecto y los comentarios positivos sino también subescalas de tensión, insatisfacción, irritabilidad y (para las relaciones conyugales) calidad de las relaciones de pareja. El estudio empírico posterior fue el que sirvió para especificar qué componentes de la EE se asociaban a la recaída.

Inicialmente también encontró un valor protector del Afecto en la prevención de recaídas, que se correlacionaba negativamente con la Crítica y la Hostilidad. Al tener un papel positivo en un constructo cuya connotación era negativa, Brown y cols decidieron no incluirlo en el índice de la EE como predictor de recaídas. El Afecto quedó descolgado definitivamente como factor predictor al no replicarse el hallazgo sobre su papel protector para las recaídas en el trabajo posterior de Vaughn y Leff (1976), prestándosele poca atención a partir de entonces en la literatura anglosajona.

Fueron también Vaughn y Leff en 1976 los que desarrollaron, como ya se ha comentado, una versión abreviada del CFI con la finalidad de facilitar y acortar su administración, siendo esta versión la que se ha utilizado en la mayoría de los estudios sobre la EE. Más adelante, en el apartado de "instrumentos de medida" explicaremos con detalle las características técnicas del CFI en su versión abreviada.

Esta necesidad de diseñar instrumentos de evaluación más breves llevó a Magaña y cols en 1986 a desarrollar otra entrevista para evaluar el clima emocional familiar, el **Five Minute Speech Sample (FMSS)**. Los familiares son grabados tras invitárseles a hablar del enfermo ininterrumpidamente durante 5 minutos sobre qué clase de persona es el paciente y cómo se encuentran juntos. El discurso del familiar es analizado y clasificado en varias dimensiones que incluyen comentarios críticos, hostilidad, sobreimplicación y valor emocional de la relación paterno-filial. En este sistema, la AEE se define como una puntuación alta en la escala de criticismo (afirmación negativa inicial, puntuación negativa de la relación o varios comentarios críticos). Se puntúa EOI si se evidencian conductas de autosacrificio o sobreprotección, despliegue emocional durante la entrevista, exceso de detalles sobre el pasado o elogio excesivo. Esto se clasifica en un índice dicotómico de AEE/ BEE comparable al obtenido en el CFI. Tiene 2 subescalas: crítica/disgusto y sobreimplicación.

Magaña y cols, comparando el CFI con el FMSS encontraron una concordancia del 75 % para la medida de la EE, del 80-90 % para la crítica y la hostilidad y del 40 % para la sobreimplicación. La subescala de la crítica ha demostrado su validez como predictora de recidivas (aunque sólo para los familiares de AEE), no así la de sobreimplicación ni el índice dicotómico AEE/BEE. Sin embargo, dada su sencillez y brevedad de administración es también ampliamente utilizado en la literatura, aunque

con menor frecuencia que el CFI, que sigue siendo el principal instrumento de referencia.

Finalmente, mencionar que existen otra serie de instrumentos con el mismo objetivo de evaluar la EE de una forma más sencilla y breve, como el Diferencial Semántico, el Family Questionnaire, la LEE Scale o la Expressed Emotion Scale en cuya descripción no vamos a entrar por no estar validados en nuestro medio o ser utilizados sólo puntualmente en la literatura.

c.1.2.- Limitaciones del efecto predictivo de la EE sobre las recaídas en la literatura

Kavanagh, en un trabajo de revisión memorable (1992) enumera una serie de factores que pueden limitar la comparabilidad del valor de la EE como predictor de recaídas a través de los diferentes estudios. Es conveniente repasarlos antes de revisar la literatura referente a la EE.

c.1.2.1.- Utilización de diferentes escalas de medida de la EE:

Se acaban de explicar las diferencias de concordancia entre los dos instrumentos más frecuentemente utilizados para valorar la EE que pueden afectar a la comparabilidad de los distintos estudios que utilicen una u otra medida. La utilización de ambos instrumentos en el mismo estudio, aunque infrecuente, puede dificultar la interpretación de los resultados, como sucede en el caso del trabajo de Goldstein y cols de 1989, en el que la medición basal se realiza con el CFI y la posterior con el FMSS.

Además, los estudios que utilizan el FMSS, por las propias características del instrumento, habitualmente sólo valoran EE, crítica y muy raramente EOI, no teniendo capacidad para valorar el afecto o los comentarios positivos.

c.1.2.2.- Diferencias transculturales:

Los diferentes contextos culturales y socioeconómicos pueden determinar diferentes concepciones de lo que debe o no ser criticable, de las expectativas de funcionamiento según el género o la clase social, del modelo de estructura familiar, del repertorio de emociones que pueden o no expresarse, etc. Estas variaciones socioculturales pueden provocar dificultades en la interpretación de los resultados al aplicar directamente a otras culturas un constructo nacido empíricamente en una cultura anglosajona.

Las diferencias culturales no sólo pueden dificultar la comparabilidad de los perfiles de EE encontrados sino que también pueden afectar a la interpretación misma de los hallazgos de la entrevista que se ha realizado. Como ejemplo, Weisman y cols (2003) han formulado el concepto de "deseabilidad social" para aludir al sesgo en las respuestas de los inmigrantes latinoamericanos que provoca su intento de dar respuestas más normativas o que consideran más deseables para el entrevistador.

Finalmente, otra limitación debida a las diferencias culturales es la idiomática. Wig y cols en su estudio en la India (1987) llegaron a detectar la dificultad que suponía el idioma para ajustar las expresiones de los familiares en su lengua original a los criterios de los correctores bilingües. En este trabajo de Wig y cols no encontraron problemas para transcribir la crítica ni la hostilidad, pero tuvieron grandes dificultades para trasladar el afecto y la sobreimplicación.

Más adelante, en el apartado transcultural volveremos sobre estos aspectos.

c.1.2.3.- Diferencias metodológicas:

Los diseños de los diversos estudios difieren en una amplia serie de variables en función de los objetivos que se hayan propuesto o de sus planteamientos teóricos, lo que nuevamente puede llevar a problemas en la comparabilidad de los resultados. De todas estas diferencias de diseño, reseñaremos las más habituales.

a) Realización de medidas en diferentes momentos evolutivos de la enfermedad: La metodología de la mayoría de estudios consiste en hacer la medición inicial de la EE cuando el paciente está ingresado por una reagudización. Por una parte, este diseño puede magnificar los resultados obtenidos tanto sobre la EE basal como sobre la disminución de los niveles de la EE tras la intervención ya que, entre otras razones, se ha demostrado que el CFI es más sensible en el momento de la recaída y, además, las repercusiones emocionales en los familiares pueden ser mayores ante una recaída que requiera ingreso. Por otra parte, la realización del CFI una vez ingresado el paciente, no aporta información ni de la naturaleza y gravedad de la clínica ni del clima emocional familiar que preceden a las recaídas (King, 2000) ni, en definitiva, de las interacciones de la EE en el funcionamiento habitual. Todo ello puede dificultar la comparabilidad con otros estudios que midan la EE de pacientes estabilizados o ambulatorios.

b) Plazos de seguimiento cortos: La gran mayoría de los estudios realizan las evaluaciones en intervalos cortos de tiempo, habitualmente entre 9 y 12 meses, a pesar de que hay evidencia tanto de que los niveles de EE se reducen espontáneamente en plazos cortos de tiempo (Brown y cols, 1972; Hogarty y cols, 1986; Leff y cols, 1989, 1990; Vaughan y cols, 1992; Stirling y cols, 1993; Boye y cols, 1999) como de que el riesgo de recaída es menor transcurridos los 6 primeros meses (Hogarty y cols, 1988).

Así, la escasa duración de los seguimientos puede enmascarar los cambios espontáneos, haciéndolos aparecer como propios de la intervención.

c) Diferencias en el número de familiares evaluados: Unos estudios entrevistan únicamente al cuidador principal y otros a ambos padres o incluso a todos los miembros de la familia. Medir la EE de un solo miembro de una pareja de padres puede obviar al de AEE, lo que se ha implicado de las altas tasas de recaídas en familias de BEE detectadas en trabajos como el de Dulz y Hand, 1986 (65 % de recaídas en BEE) o el de McMillan y cols, 1986 (41 % BEE).

El número de familiares entrevistados no sólo afecta a la comparabilidad entre los distintos estudios. Además, tampoco está aclarado cómo afecta a las diferentes variables de resultado la existencia de niveles diferentes de EE en cada uno de los padres. Así, algunos autores (Weisman y cols, 2000; Miura y cols, 2004) han descrito un efecto de "contagio" de las actitudes del miembro de AEE al resto de la familia, por lo que un miembro de la pareja de BEE no sería suficiente

para compensar el impacto de otro de AEE. En cambio, Mavreas y cols (1992) afirman que la presencia de un familiar de BEE puede mitigar los efectos negativos sobre la clínica del paciente de otro familiar de AEE y, de hecho, en su trabajo los pacientes que tenían un padre de AEE y otro de BEE no presentaban diferencias significativas en sus variables de resultado con los que tenían ambos padres de BEE y sí las presentaban respecto de aquellos cuyos padres eran ambos de AEE.

Ante estos hallazgos, lo más apropiado sería entrevistar no sólo al familiar clave. Sin embargo, en los estudios que evalúan a varios miembros de la familia, las asociaciones encontradas entre los niveles de EE y las variables de resultado de los pacientes son de más difícil interpretación.

- d) Muestras pequeñas, que dificultan la generalización de los resultados.
- e) Diferencias en las definiciones operativas de las variables: Quizás es en la definición de recaída, llamativamente la principal variable de resultado, donde más se evidencia la diversidad de criterios.
- f) Diferencias en los instrumentos de medida de las variables de resultado (ajuste social, sintomatología, etc.), con distintas características psicométricas y concordancias.
- g) Diferencias en los criterios de inclusión y exclusión (enfermedad orgánica, abuso de sustancias, gravedad clínica, etc.).

c.1.2.4.- Influencia de variables independientes.

Como ya se ha comentado, Vaughn y Leff en 1976, evidenciaron la influencia del tratamiento neuroléptico y del tiempo de contacto entre familiar y

cuidador sobre la asociación entre EE y recaídas (véase tabla I). En este estudio, las tasas de recaídas de los pacientes en familias de AEE con bajo tiempo de contacto cara a cara y que cumplimentaban el tratamiento neuroléptico eran de un 15 %, iguales a las de los pacientes que vivían en familias de BEE pero con altos tiempos de contacto y que no cumplimentaban el tratamiento farmacológico.

Posteriormente diversos autores han confirmado la influencia de estos factores sobre la interacción EE-recaídas. De entre ellos, destacan Bebbington y Kuipers (1994), quienes realizan un análisis de los datos agregados de 1346 pacientes procedentes de 27 estudios. Confirman que el tiempo de contacto elevado favorece las recaídas en las familias de AEE, pero encuentran que en las familias de BEE previene frente a ellas. Con respecto a la cumplimentación del tratamiento neuroléptico, demuestran el papel independiente y aditivo en la predicción de recaídas de la EE y de la ausencia de tratamiento farmacológico.

La cumplimentación de la farmacoterapia es incluso para algunos autores mejor predictor simple de recaídas que la AEE (López y cols, 2004) y tanto Nuechterlein y cols (1986) como Marom y cols (2002) han llegado a describir que la AEE se asocia con las recaídas sólo cuando la cumplimentación farmacológica es constante.

Así, las diferencias en estas variables independientes entre los distintos estudios pueden distorsionar la magnitud de la asociación encontrada entre EE y recaídas.

C.2.-DIFERENTES TEORÍAS EXPLICATIVAS PARA EL CONSTRUCTO DE LA EE

Como ha señalado Miklovitz (2004) hay cuatro enfoques posibles para explicar el origen de la EE: que sea una reacción familiar ante las características clínicas del paciente, que se deba a los rasgos caracteriales o psicopatológicos de los familiares, que se deba a las teorías familiares sobre la causa de las conductas del paciente o que traduzca el patrón de interacciones familiar.

En las páginas que siguen, se van a revisar las diferentes teorías sobre la naturaleza de la EE, intentando integrarlas sobre la base de este esquema.

C.2.1.- La EE como reacción ante la sintomatología del paciente

Según este modelo explicativo, la EE encontrada en el cuidador estaría provocada por las características clínicas del enfermo mental. De ser cierto este planteamiento, cabría esperar que un grupo identificable de atributos del paciente predijera un determinado patrón de niveles de crítica, sobreimplicación u hostilidad en el cuidador.

La mayoría de los estudios no han encontrado una correlación transversal entre la EE y la **gravedad de los síntomas** durante o después del brote agudo (Brown y cols, 1972; Ivanovic y cols, 1994; Nuechterlein y cols, 1986; Masanet y cols 1997; Van Os y cols, 2001; King y cols, 2003). Sólo Bachmann y cols (2002) encuentran que el nivel de gravedad clínica puede jugar un papel más importante que la cronicidad.

Tampoco se han logrado encontrar diferencias claras con el **grupo diagnóstico** al comparar con los patrones de EE de pacientes bipolares (Miklovitz y cols, 1983; Heikkilä y cols, 2002) o depresivos mayores (Bachmann y cols, 2002).

Ivanovic y cols (1994) compararon los perfiles de EE de una muestra de 60 pacientes esquizofrénicos, la mitad de ellos del tipo paranoide y la otra mitad del tipo desorganizado. Aunque no encontraron asociación del tipo de esquizofrenia con el nivel de EE global, hallaron que la crítica era más frecuente en los familiares de pacientes de tipo paranoide mientras que la sobreimplicación era más frecuente en las familias de los del tipo desorganizado. Los autores interpretaron este hallazgo como relacionado con las características clínicas de cada tipo, que facilitarían atribuciones distintas de las conductas: el paranoide, al tener más conservada la personalidad, sería más susceptible de recibir crítica al poder interpretarse los síntomas como rasgos de personalidad bajo el control del paciente, mientras que en el tipo desorganizado al familiar le resulta más fácil percibir que las conductas del paciente son debidas a una enfermedad y que es menos capaz de cuidarse por sí mismo, por lo que la clínica le generaría menos crítica y una mayor sobreprotección.

Respecto al **perfil sintomático**, Masanet y cols (1997) no encontraron asociación entre las variables clínicas y los niveles de EE global, aunque cuando analizaron las subescalas sí encontraron asociación estadística entre la mayor gravedad de la clínica productiva y una mayor crítica y hostilidad. Sin embargo, la mayoría de autores han observado que, mientras que los productivos eran raramente criticados, tanto los comentarios críticos como la sobreimplicación se dirigían más frecuentemente hacia los síntomas residuales de la esquizofrenia, (Leff y Vaughn, 1985; Hooley y cols, 1985, 1987; Phillips y Xiong, 1995; Provencher y Mueser, 1997; Weisman y cols, 1998; King, 2000; Ran y cols, 2003). En la misma línea argumental que el estudio de Ivanovic

y cols (1994), este hallazgo se ha interpretado como que los síntomas positivos, al ser más inusuales, son más fácilmente atribuibles a una enfermedad mientras que los negativos, al ser más sutiles y solapables con rasgos de personalidad o con otros trastornos, eran menos reconocidos como parte de una enfermedad grave y por ello generaban más crítica o sobreimplicación.

El síntoma negativo que más crítica genera es la abulia (Leonard y King, 1996; King, 2000) mientras que el que genera más sobreimplicación es la depresión (King y cols, 2003). La sintomatología ansioso-depresiva en el paciente también se ha encontrado frecuentemente asociada con la AEE (Strachan y cols, 1986; Glynn y cols, 1990; Bentsen y cols, 1998; Kurihara y cols, 2000; King y cols, 2003).

Múltiples trabajos han encontrado relación entre los niveles de EE y diversas **características de los pacientes previas a la recaída índice**, tales como peor funcionamiento social, rasgos de personalidad y mayor nivel de psicopatología (Miklovitz, 1983), mayor duración de la enfermedad (Miklovitz, 1983; Hooley y Richters, 1995), mejor funcionamiento cognitivo (Rund y cols, 1994; Ivanovic y cols 1994; Bentsen y cols, 1998) y mayor número de episodios psicóticos previos (Bentsen y cols, 1998; Van Os y cols 2001). Estos estudios apuntarían a que la EE no sería causa de la clínica del paciente sino que se trataría de una reacción a las características clínicas de éste, ya que se asociaría con variables preexistentes en el momento de la medición.

En este sentido, el trabajo que con más rotundidad ha afirmado que el clima emocional familiar es una consecuencia de la clínica del paciente es el de King (2000), en el que realiza 3 mediciones consecutivas de una muestra de madres de pacientes esquizofrénicos. No encuentra que los niveles de la EOI o de la crítica se asocien a que se detecte una mayor gravedad clínica en la siguiente medición sino al contrario: la mayor gravedad clínica en una medida se asocia a la aparición de mayores niveles de

EOI y crítica en el siguiente momento de evaluación. Por ello concluyen que, al menos en las madres, la crítica y la EOI no son causa sino consecuencia de la gravedad clínica.

A modo de resumen de este apartado, la EE parece estar condicionada, al menos en parte, por las características del paciente, no tanto en cuanto a la intensidad de la clínica o al tipo sindrómico sino en función de determinadas dimensiones sintomáticas o conductuales que, o bien pudieran resultar más perturbadoras a nivel familiar y social o bien pudieran dificultar su manejo, sobre todo si pueden confundirse con comportamientos voluntarios del paciente.

c.2.1.1.- Comportamiento de la EE en el tiempo.

Estudiar el comportamiento de la EE en relación con el tiempo puede ser una forma de aproximarse a la cuestión de si la EE es un patrón estable y fijo de actitudes inherentes a la familia o si refleja un estado transitorio que aparece de forma reactiva al estado mental del paciente.

Desde el trabajo pionero de Brown de 1972, prácticamente todos los estudios han coincidido en la inexistencia de relación entre el perfil de la EE familiar y el mayor o menor tiempo de evolución previo de la enfermedad.

En cambio, parece existir un menor acuerdo en si los niveles de EE se mantienen estables durante el período de seguimiento. La mayoría de los artículos (Brown y cols, 1972; Leff y cols, 1982; Dulz y Hand, 1986; Goldstein y cols, 1989; Mc Readie y cols, 1993; Stirling y cols, 1993; Scafuzca y Kuipers, 1998; Boye y cols, 1999; Santos y cols, 2001) apuntan a que entre el 50 % y el 68 % de los familiares tienden a mantener el mismo nivel de EE a lo largo del período de estudio. El resto de familiares varían la alta o baja EE inicial durante el

seguimiento, independientemente de que se les haya realizado una intervención o no.

Parece existir unanimidad en que un cambio desde AEE a BEE es más frecuente que al contrario y es indicador de buen pronóstico (Brown y cols, 1972; Hogarty y cols, 1986; Leff y cols, 1989, 1990; Vaughan y cols, 1992; Stirling y cols, 1993; Boye y cols, 1999). Los factores que los distintos estudios han asociado a la disminución espontánea de la AEE son diversos y van desde la escasez de conductas disruptivas o el mantenimiento de la actividad laboral (Brown y cols, 1972), la menor carga familiar y la valoración positiva del funcionamiento del paciente (Scafuzca y Kuipers, 1998), la menor gravedad clínica (Lam, 1991; Kavanagh, 1992; Stirling y cols, 1993; Boye y cols, 1999), el sexo femenino del familiar (Santos y cols, 2001) y el tratarse de primeros episodios (Lenior y cols, 2002).

Los cambios de BEE a AEE espontáneos son menos frecuentes en la literatura. Se producen con una frecuencia que oscila entre el 11 y el 18 % según los diferentes trabajos (Leff y cols, 1989; Dulz y Hand, 1986; Scafuzca y Kuipers, 1998).

Respecto al comportamiento espontáneo de las subescalas de la EE a lo largo del tiempo existe una mayor controversia. Mientras que diversos autores encuentran que la EOI es la más estable y que es la crítica la que más tendencia tiene a disminuir espontáneamente (Brown y cols, 1972; Leff y cols, 1989, 1990; Stirling y cols, 1993), otros defienden la mayor inestabilidad de la EOI (Hogarty y cols, 1986; Dulz y Hand, 1986, Lenior y cols, 2002) y, finalmente, Tarrier y cols (1988) encuentran con tendencia a fluctuar a ambas subescalas.

Los trabajos que comparan la estabilidad de la EE entre familiares a los que se les ha realizado una intervención familiar de tipo psicosocial y familiares no intervenidos (Leff y cols, 1982; Tarrier y cols, 1988; Lenior y cols, 2002) encuentran igualmente que las variaciones en la EE y subescalas se producen independientemente de que se haya realizado una intervención, si bien las reducciones de la EE se producen en un número mayor entre los intervenidos (Leff cifra el cambio en un 41,6 % en intervenidos y un 16,6% en no intervenidos). Sólo Dulz y Hand (1986) encuentran los mismos cambios si se realiza la intervención como si no, aunque la metodología de su estudio ha sido ampliamente criticada.

En cualquier caso, si la intervención familiar provoca la disminución de la EE habría que plantearse la cuestión de si, una vez concluida la terapia, los niveles se mantienen ya duraderamente bajos o vuelven a aumentar con el paso del tiempo. Si aumentaran cabría preguntarse en qué momento se perdería el efecto de la intervención y si este aumento se produciría en todas las familias o sólo en las de un perfil específico. Las respuestas serían fundamentales para determinar la duración óptima de las intervenciones, bien en general o para determinados subgrupos.

El principal problema a este respecto es que la mayoría de los estudios observan tiempos de evolución relativamente cortos, entre 9 y 18 meses. Una excepción es el seguimiento de 5 años de Mc Readie y cols (1993), en el que se encuentran tasas de estabilidad del 63 %, similares a las de estudios de períodos más breves. El trabajo de Lenior y cols (2002), es particularmente interesante en este sentido e introduce la posibilidad de que los niveles de EE vuelvan a incrementarse cuando ha transcurrido tiempo desde que finalizó la intervención:

realiza un seguimiento de 8 años a un grupo de familiares intervenidos y encuentra que la EE y sus subescalas disminuyen tras la intervención para incrementarse de nuevo transcurridos 34 meses.

La EE parece ser más inestable en las fases iniciales de la enfermedad, por lo que es importante no considerarla simplemente como un factor de recaída sino más bien como el resultado de un proceso de ajuste y adaptación que necesita ser modelado adecuadamente. Esta concepción implicaría la necesidad de intervenir precozmente en los primeros episodios para prevenir el desarrollo de actitudes de AEE, al tratarse de un período crítico de ajuste previo a que se establezcan y consoliden. Scafuzca y Kuipers (1998) encontraron que incluso el 36 % de los pacientes crónicos varían sus niveles de EE en 9 meses e incluso más en un período más largo de tiempo, lo que atribuyeron a cambios en la carga subjetiva del cuidador y a la percepción por parte de éste del funcionamiento del paciente, lo que orientaría también a que se trata de un atributo de rasgo.

Parece que la estabilidad de la EE es más evidente cuando se mide en momentos de crisis que cuando el paciente está estable (Santos y cols, 2001). En este sentido, autores como Mc Readie han propuesto que los familiares podían clasificarse en tres grupos respecto a la estabilidad de su EE: familiares que fueran persistentemente BEE, persistentemente AEE y un tercer grupo que tuviera niveles de EE fluctuantes. Con este mismo planteamiento, Kuipers y Bebbington (1988) hipotetizan que los persistentemente BEE tendrían estrategias adecuadas de afrontamiento de la enfermedad y del estrés en general. Los estables en AEE tendrían malas estrategias para enfrentarse a los problemas, entre los que se incluiría la enfermedad del paciente. El tercer grupo, el “fluctuante” se convertiría en AEE en el momento de la recaída y podría cambiar de categoría dependiendo

de su capacidad para aprender nuevas habilidades de afrontamiento, espontáneamente o a través de la intervención de otros, y en su capacidad de manejar crisis con estas habilidades.

Así, la estabilidad de la EE tendría que ver con las estrategias de afrontamiento de los familiares tanto como con la sintomatología y conductas del paciente. Esto explicaría por un lado la influencia recíproca entre la clínica y la EE en un período prolongado que hallaban diversos autores como, por otro, el papel adicional de las intervenciones familiares en la reducción de los niveles de EE.

C.2.2.- La EE refleja una alteración temperamental o una vulnerabilidad a la psicopatología del cuidador.

Según este modelo, los familiares de AEE tendrían tendencia a presentar reacciones emocionales negativas frente a la enfermedad por sus propios problemas caracteriales. Las actitudes de AEE, hacia las que estarían predispuestos temperamentalmente, aparecerían al sobrepasar un umbral de estrés provocado por la sintomatología del paciente. Así, la EE tendría tanto atributos de rasgo como de estado (Hooley y Gotlib, 2000).

Leff y Vaughn afirmaron en 1985 que la crítica dependía menos de la clínica del paciente que de los **rasgos de personalidad de los padres**. En esta línea, Hooley y Hiller (2000) encontraron que los familiares de AEE referían menos satisfacción con los logros personales, menos satisfacción ante el futuro y menos sensación de autoeficacia. Además, eran menos empáticos, flexibles y tolerantes que los de BEE.

Esta base caracterial de las respuestas de AEE podría explicar los hallazgos de que los familiares con mayores niveles de crítica basales, aunque disminuyan estos niveles cuando remite la gravedad del paciente, siguen siendo los más críticos (Hooley y cols, 1995; Simoneau y cols, 1999). Sin embargo, no ha sido en la crítica sino en la sobreimplicación donde se ha afirmado con más frecuencia su dependencia de los rasgos de personalidad de los padres más que de lo puramente situacional (Barrowclough y cols, 1994; Hooley y Gotlib, 2000).

Respecto al papel del carácter de los padres en la EE, Peterson y Doherty (2004) aun reconociendo que diversos hallazgos asocian la personalidad significativamente con la EE, concluyen que los tamaños de su efecto son pequeños.

Estos mismos autores han intentado explicar las actitudes de AEE como expresión de un **duelo** por la pérdida de las aspiraciones y esperanzas sobre el enfermo: la ruptura biográfica producida por la esquizofrenia provocaría en los padres la pérdida de la imagen idealizada del hijo, transformado así en un extraño necesitado de atención y cuidados.

La percepción de la pérdida estaría influenciada por los rasgos de personalidad del familiar y sus experiencias biográficas de pérdidas previas, por el nivel de funcionamiento previo del paciente y por las características previas del vínculo entre paciente y familiar.

Birchwood (1992) coincide en que la percepción del cambio y la pérdida pueden ser los motores para la crítica y la sobreimplicación. Durante el primer episodio se iniciaría ya un proceso de duelo por la pérdida que puede resultar en actitudes EOI. La excesiva intensidad del duelo podría llevar en un plazo más largo a la negación y al distanciamiento, conduciendo hacia actitudes críticas, que reflejarían intentos de recuperar el funcionamiento del paciente anterior a la enfermedad. Si esta recuperación

fracasara, la crítica podría escalar hasta la hostilidad. En este sentido, Patterson y Birchwood encuentran que los familiares de alta EOI tienen una mayor percepción del duelo que los de alto criticismo y que los paciente con familiares más críticos llevan más tiempo de evolución sin tratamiento que los que presentan más sobreimplicación.

Otra posibilidad sería que pudiera reconocerse la pérdida sin que se produzca el distanciamiento afectivo, lo que conduciría a actitudes de BEE, como ocurre con la "pena crónica" de los padres de personas con retraso mental. Sin embargo, en la esquizofrenia las frecuentes estabilizaciones y recaídas podrían llevar a duelos por pérdida repetidos que impedirían este proceso de aceptación. En este sentido, Clerici y cols (1993) encontraron que los pacientes con retraso mental inspiran más afecto que los esquizofrénicos, mientras que estos generan más sobreimplicación emocional.

Esta teoría de la alta EOI como parte de un proceso de duelo, explicaría el que las actitudes de EOI sean una respuesta específica de los familiares, no detectándose en los cuidadores formales (Oliver y Kuipers, 1996, Moore y cols, 1992). También justificaría los hallazgos de Schreiber y cols (1995) de que la reacción de los padres ante un niño sano es el afecto mientras que ante un niño con esquizofrenia es la EOI.

Sin embargo, aunque atractiva, esta teoría del duelo no explicaría el papel predictor de la EE para otras enfermedades mentales o somáticas en las que la devaluación de la imagen idealizada del enfermo no es tan intensa como en la esquizofrenia o, simplemente, no se produce.

La existencia de **psicopatología en los familiares** como favorecedora de actitudes de AEE, ha sido escasamente demostrada. Únicamente un estudio de Goldstein y cols (1992) encontraba que los familiares que se mantenían con AEE tras un mes del alta hospitalaria del paciente eran los que presentaban mayores tasas de

psicopatología. La relación no parecía basarse en una vulnerabilidad biológica, ya que no se encontró asociación entre la crítica y la sobreimplicación y la presencia de antecedentes psiquiátricos en los familiares.

La asociación entre los niveles de EE y los **antecedentes psiquiátricos familiares** también ha sido estudiada por Subotnick y cols (2002). En este trabajo, no encontraron asociación entre los niveles de AEE y la historia de trastorno esquizofrénico en los familiares. Sin embargo, encontraron que aquellas madres que tenían historia de trastorno afectivo en padres o hermanos, presentaban una tendencia significativa a presentar niveles bajos de EE. Este hallazgo no se atribuyó a una vulnerabilidad biológica sino a que la exposición previa a un familiar severamente deprimido podría disminuir la tendencia a la crítica hacia su propio hijo enfermo, favoreciendo actitudes más tolerantes.

C.2.3.- La EE refleja las atribuciones cognitivas del cuidador sobre las conductas negativas del paciente

Weiner desarrolló en 1980 el modelo de atribución-afecto, que sugería que las atribuciones de los individuos sobre las acciones de otra persona condicionan las respuestas emocionales que tienen hacia ella. Hooley (1987) fue el primero en sugerir que las atribuciones familiares de las conductas y enfermedad del paciente esquizofrénico tenían un papel fundamental en el clima emocional familiar: " Las actitudes AEE se desarrollan cuando los síntomas son percibidos por los miembros de la familia como controlables en algún grado por los pacientes".

La teoría atribucional propone que aquellos que juzgan al paciente como responsable de sus conductas tienden a experimentar un afecto negativo mientras que los que no lo juzgan así tienden a tener un afecto positivo o de apoyo (López y cols, 1999, 2004; Hooley y Gotlib, 2000; Hooley y Campbell, 2002).

Los familiares que responsabilizan al paciente de sus conductas pueden reaccionar con crítica cuando éste no actúa según sus expectativas y, al creerlo capaz de cambiar pueden hacer intentos cada vez más intensos y repetidos para que modifique sus comportamientos (Hooley y Campbell, 2002). Las conductas más proclives a generar crítica son las que implican un rechazo de la ayuda (p.ej. rechazar medicación), perturban el funcionamiento familiar o son socialmente indeseables (p.ej.: falta de higiene).

En el apartado anterior sobre la EE como reacción a la clínica, ya se ha justificado desde un modelo atribucional el que los síntomas deficitarios son más susceptibles de crítica que los productivos por ser más confundibles con rasgos caracteriales (p.ej. confundir abulia con vaguería) y, por tanto atribuirse a la voluntad del paciente, mientras que los síntomas productivos al ser más extravagantes son más fácilmente atribuibles a la enfermedad y, por tanto, fuera del control del paciente.

Las percepciones de control sobre los síntomas también se relacionarían con la mayor hostilidad familiar por estos mismos mecanismos (Brewin y cols, 1991).

Los familiares de BEE, en cambio, suelen hacer atribuciones de las conductas a factores externos, universales o incontrolables, incluyendo a la enfermedad como causante (Hooley y Gotlib, 2000).

Dentro de este modelo las atribuciones están íntimamente ligadas al concepto de "controlabilidad": al depender los síntomas del paciente, éste podría controlarlos si quisiera. La crítica hacia el paciente implicaría un deseo de corregir las conductas de

éste. En este sentido, Greenley (1986) desarrolla una conceptualización de la EE como un control social interpersonal de alta intensidad: los afectos dominantes de ansiedad y miedo de los familiares les llevan a intentar controlar socialmente al paciente a través de la crítica o la sobreimplicación. Según este modelo del "control social", los familiares que entendieran las conductas como debidas a una enfermedad tendrían un menor miedo y por ello necesitarían un menor control sobre el paciente. Wuerker (1994) ha demostrado que las interacciones de los familiares de AEE se caracterizan por una competición por el control en la conversación.

El modelo atribucional parece explicar mejor la crítica y la hostilidad que la sobreimplicación emocional. López y cols (2004) encuentran que en las familias de baja EOI las percepciones de control se asocian con una mayor crítica, menor ternura y más recaídas, lo que no se cumple en las familias de alta EOI (más crítica, más ternura y menos recaídas) por lo que concluye que el modelo atribucional no es aplicable en las familias de alta EOI.

La EOI no parece estar relacionada con las atribuciones causales de la clínica y, de hecho, los familiares sobreimplicados tienden a no percibir a los pacientes como responsables de sus conductas (Brewin y cols, 1991; Weisman y cols, 2000; Hooley y Campbell, 2002; López y cols, 2004; Peterson y Doherty, 2004).

En la génesis de las actitudes emocionalmente exageradas o sobreprotectoras de la EOI parecen estar los sentimientos familiares de culpabilidad respecto a haber contribuido de algún modo a la enfermedad o a los síntomas del paciente (Bentsen, 1998; Peterson y Doherty, 2004). Los familiares sobreimplicados son incluso más controladores hacia las conductas del paciente que los críticos, pero a través de la intrusión y el entrometimiento.

Hay cuatro estudios respecto a la relación entre atribuciones, afecto y riesgo de recaída. Barrowclough y cols (1994) encontraron que cuantas más "atribuciones de control" (es decir, cuanto más creían los familiares que los síntomas del paciente estaban bajo su control) hacían los familiares, más probabilidad había de recaída. Además encontraron que las atribuciones se relacionaban con el afecto hacia el paciente: cuantos más familiares juzgaban las conductas del paciente como controlables, menos ternura expresaban los familiares. En sentido contrario, cuanto más afecto mostraban los familiares menos atribuciones de control hacían (Hooley y Campbell, 2002). Sin embargo, López y cols en 1999 encuentra que son predictores de recaída sólo los afectos negativos en conjunción con las atribuciones, no así el afecto. Tanto Hooley y Campbell (2002) como López y cols (2004) no encuentran una asociación directa entre atribuciones y recaída indirecta: las atribuciones se relacionarían con las reacciones afectivas (afecto o crítica) de la familia y éstas a su vez con el pronóstico.

El trabajo de Weisman y cols (2003) es el único que hasta el momento ha estudiado la interrelación entre el sistema atribucional de los familiares y su disposición a apoyar al paciente. Concluyen que las atribuciones sobre la controlabilidad de los síntomas, provocarían en los de alta EE rabia e indignación hacia el paciente lo que les llevaría a ofrecerle menos ayuda, mientras que los de BEE al ser más tolerantes se mostrarían más colaboradores y dispuestos.

Las atribuciones no se relacionan con el diagnóstico del paciente, como lo demuestra el trabajo de Hooley y Campbell (2002) sobre una muestra de esquizofrénicos y depresivos en la que encuentran que los familiares de AEE hacen más atribuciones de control que los de BEE, independientemente del grupo diagnóstico, del tiempo de contacto y de las variables sociodemográficas. Sin embargo, los altos niveles

de control conductual sólo se asociaban significativamente con mayor número de recaídas en los esquizofrénicos, no así en los depresivos.

La causa de que unos familiares hagan atribuciones de las conductas del paciente a la enfermedad y otros a la personalidad puede venir condicionada por diversos factores como la información de que dispongan sobre la enfermedad, los rasgos de personalidad, las experiencias biográficas o de enfermedad y los condicionantes culturales.

La psicoeducación sobre la esquizofrenia es fundamental para sentar las bases que modifiquen el sistema atribucional. Brewin y cols (1991) encontraron que las reducciones de la EE se correlacionaban con un incremento de las atribuciones universales y de incontrolabilidad de la enfermedad. Sin embargo, la atribución de los síntomas a una enfermedad biológica no es suficiente para reducir los miedos o resentimientos de los familiares ni para mejorar la autoestima del paciente, que puede sentirse aún más desesperanzado e incapaz para manejar su vida.

Las atribuciones de los familiares también pueden estar determinadas por sus rasgos de personalidad. Los familiares de AEE tienden a considerarse a sí mismos capaces de controlar sus propias vidas y de manejar sus problemas sin ayuda (Hooley, 1998). Además, los AEE suelen ser menos flexibles y tolerantes que los BEE (Hooley y Hiller, 2000). Peterson y Doherty (2004) encuentran que los familiares más controladores con el paciente son también más controladores en el resto de sus relaciones, lo que orientaría a que se trata más de un rasgo caracterial que una reacción frente a la enfermedad.

En el mismo sentido, antecedentes de problemas psiquiátricos o biográficos en el cuidador pueden provocar atribuciones causales del tipo " si yo me manejé mis

problemas ¿por qué no lo hace mi familiar?", provocando reacciones negativas hacia quien se juzga que no hace el suficiente esfuerzo para superar la enfermedad.

Finalmente, el sistema atribucional viene influido por condicionantes culturales que determinan qué conductas son o no deseables o criticables. Weisman y cols (2003) encontraron que los inmigrantes mexicanos en California eran de BEE en un 91 % de los casos, lo que se justificaba por atribuciones de las conductas del paciente establecidas culturalmente a causas externas a él: una enfermedad mental, a acontecimientos vitales o a la voluntad divina.

C.2.4.- Los niveles de la EE se correlacionan con patrones identificables de interacción entre paciente y cuidador

Desde una perspectiva sistémica, la conducta de un familiar es entendida en el contexto de una serie de reacciones y contrareacciones recíprocas entre los miembros, más que la conducta del familiar considerada aisladamente.

Desde esta perspectiva, la AEE, incluso medida en un solo miembro de la familia, es un indicador de patrones de interacción disfuncionales en la familia como un todo.

Así, los familiares de alta EE son más críticos e intrusivos en la interacción con el paciente que los de baja EE, mostrándose en condiciones experimentales que en la interacción cara a cara los que son EE a expensas de la crítica tienden a hacer más comentarios críticos mientras que los que lo son a expensas de la sobreimplicación son más tendentes a expresar afirmaciones intrusivas. Diversos estudios han demostrado que, a su vez, los pacientes que interactúan con un familiar de AEE muestran una mayor activación fisiológica (medida por la actividad electrodérmica, la presión diastólica o la

actividad cardíaca) que si interactúan con familiares de baja EE. Por el contrario, los familiares de BEE parecen tener un efecto calmante sobre las constantes fisiológicas del enfermo (Sturgeon y cols, 1984; Tarrier y cols, 1988; Turpin y cols, 1988; Tarrier, 1989; Altorfer y cols, 1998).

Posiblemente por esta mayor activación fisiológica, los pacientes muestran a su vez actitudes negativas hacia los cuidadores, estableciéndose un patrón interaccional negativo recíproco en las familias de AEE.

Así, Hahlweg y cols (1989), observando en condiciones experimentales la interacción entre esquizofrénicos y sus padres cuando intentaban resolver un problema, encontraron que cuando el familiar era de BEE lo resolvían entre ambos de un modo colaborativo mientras que, cuando era de AEE, comenzaban un intercambio prolongado y crecientemente negativo que no concluía necesariamente en la resolución del problema. Del mismo modo, también en condiciones de laboratorio, los pacientes en familias de AEE tienen más tendencia a mostrar conductas verbales extrañas y disruptivas que los enfrentados a un familiar de BEE. A su vez, la probabilidad de que aparezca crítica por parte del familiar aumenta si el paciente hace un comentario extravagante pero, otra vez, la probabilidad de un comentario extravagante es mayor si ha sido criticado (Miklovitz, 2004).

Por tanto, las familias de AEE muestran dependencias recíprocas de conductas negativas de comunicación. Estas interacciones favorecerían la recaída, mediadas por una serie de factores del paciente, familiares y extrafamiliares o terapéuticos.

En conclusión, la EE en los cuidadores se debería al contexto relacional en el que los miembros de la familia constriñen o promueven las conductas positivas o negativas de otros miembros de la familia. Dentro de la visión sistémica, las familias de AEE tienen una vulnerabilidad hacia la disfunción en la que la enfermedad actúa como

estresor. Por el contrario, el paciente tiene una vulnerabilidad biológica y psicológica que se ve facilitada por las interacciones aversivas de la familia.

Desde esta perspectiva y con respecto a las primitivas terapias familiares sistémicas en la esquizofrenia, el principal efecto novedoso de las intervenciones familiares psicoeducativas no sería tanto el lograr la instrucción de la familia sobre el trastorno, su pronóstico y su manejo, sino la forma de enfocar la relación terapéutica con la familia del psicótico, según la cual se exime a la familia de culpa y se la reconoce como un recurso válido y digno de poseer información, todo lo cual favorecería el que la familia pudiera redefinir sus interacciones tanto con el paciente como con todos sus miembros.

C.3.- VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA EE Y SUS SUBESCALAS

En general, la EE se ha mostrado independiente de la mayoría de las variables sociodemográficas estudiadas. Respecto de las variables clínicas o de las características familiares, habitualmente no se han encontrado correlaciones que hayan podido ser contrastadas de forma unánime por todos los autores. Dado el amplio número de trabajos existente, las múltiples variables estudiadas y los diversos resultados obtenidos (muchos de ellos contradictorios), resulta difícil hacerse una idea de conjunto de todas las variables clínicas y sociodemográficas que se han intentado implicar en relación con la EE y sus subescalas.

En este apartado se van a intentar repasar únicamente las variables que han sido más contrastadas o más ampliamente recogidas en la literatura, señalando las evidencias más relevantes en cada caso. Puesto que a lo largo de esta introducción se

han ido ya comentando muchas de las variables clínicas que se han asociado a la EE, en esta sección se van a revisar fundamentalmente las variables sociodemográficas y familiares, deteniéndonos sólo en las clínicas que aún no hayan sido mencionadas.

1.-Edad del paciente

La mayoría de los estudios no han encontrado asociación entre el perfil de la EE y la edad del paciente con independencia del tiempo de evolución. Sólo Heikkilä y cols (2002) encuentran relación en los primeros episodios entre los niveles altos de EE familiar y que el paciente sea más joven. Parker y Johnson (1987) también hallan un mayor afecto de los progenitores hacia los pacientes más jóvenes que hacia los de mayor edad.

2.- Género del paciente

La asociación entre el género del paciente y los perfiles de la EE y de sus subescalas no ha sido un hallazgo generalizado en la literatura. De hecho, Bebbington y Kuipers (1994) tras analizar los datos de 27 estudios concluyen que la AEE se asocia con una mayor tasa de recidivas independientemente del género.

Sin embargo, diversos autores han encontrado que la validez de la AEE como predictor de recidivas es mayor cuando los pacientes son hombres que cuando son mujeres (Brown y cols, 1972; Vaughn y cols, 1984; Vaughan y cols, 1992; Montero y cols, 1992; Falloon y cols, 1998, Muela y Godoy, 2001). En un sentido similar, Parker y Johnson (1987) han encontrado mayores tasas de afecto en los progenitores cuando el paciente es mujer.

El hallazgo de la asociación entre la AEE y el género masculino debe ser considerado con cautela, ya que en la mayoría de los estudios hay un porcentaje mayor

de pacientes masculinos que de femeninos, lo que ha podido limitar el que se obtuvieran asociaciones estadísticamente significativas para las mujeres.

De producirse la asociación entre AEE y género masculino, lo más probable es que se deba a factores socioculturales. Esta influencia cultural parece confirmarse por dos estudios en Brasil (Martins y cols, 1992) y Grecia (Tomaras y cols, 2000), países de base cultural latina, en los que ser varón se asociaría a menores niveles de EE.

La posible explicación a estas diferencias de género podría deberse a las diferentes expectativas sociales y familiares según el sexo del individuo. Por una parte, la tolerancia hacia determinadas conductas de los pacientes pueda estar afectada por las visiones culturales sobre lo que es apropiado o no para su sexo (Goldstein y Kreissman, 1988). Esta adecuación de los comportamientos a lo esperable culturalmente puede tener repercusiones sobre el nivel de crítica del familiar hacia las conductas, el mayor tiempo de contacto (al retener en el domicilio al paciente en un intento de controlarlo) o en la búsqueda más precoz del ingreso (Kavanagh, 1992). Por otra parte, en la familia tradicional el hombre ha sido el principal garante de la continuidad de los proyectos familiares y de la seguridad económica (cuidar las tierras, mantener el negocio familiar, perpetuar el apellido a través de la descendencia, etc.) por lo que el fracaso de estas expectativas podría generar más crítica hacia quien se considera que las ha malogrado, mientras que en el caso de la mujer ha sido socialmente aceptado que se mantuviera en el domicilio familiar sin otra actividad que las tareas domésticas en tanto no contrajera matrimonio, siendo además bien valorado el que permaneciera soltera para poder cuidar a los padres cuando éstos fueran ancianos.

Es de esperar que dada la progresiva equiparación de las expectativas sociales para ambos sexos, se vayan igualando las diferencias de género de los perfiles de la EE.

3.-Género del cuidador

Se ha descrito que las mujeres, independientemente del grado de parentesco con el paciente, presentan más sobreimplicación que los hombres (Vaugh y cols, 1984; Parker y Johnson , 1987; Bentsen y cols, 1996; Peterson y Doherty, 2004).

Este hecho se ha atribuido a una mayor permisividad social para la expresión de sentimientos, a la mayor responsabilidad en el cuidado del paciente y al mayor tiempo de contacto con el paciente. Esta diferencia de género con respecto al tiempo de contacto, parece deberse no sólo a la mayor responsabilidad social y cultural en el cuidado de los enfermos sino también a diferencias de género en la respuesta frente al estrés: las mujeres ante el estrés tienden a aumentar el contacto mientras que los hombres tienden a rehuirlo (West y cols, 1993).

Como se deduce de estas explicaciones, los niveles mayores de EOI estarían en relación con la carga psicológica que supone el cuidado del paciente. Así, no sería extraño que las mujeres y, aún más en el caso de las madres, fueran las más sobreimplicadas, ya que son tradicionalmente las cuidadoras de los enfermos y discapacitados y, por tanto, las que sufren el mayor grado de carga, tanto objetiva como subjetiva.

Los padres, en cambio, tienen una mayor tendencia hacia el criticismo (Martins y cols, 1992).

Por otra parte, se ha encontrado que la EE de las madres se correlacionaría de forma diferente a la de los padres con otras variables de resultado (King y Dixon 95, 96 y 99). Así, en las madres sería la mayor sobreimplicación y en los padres la crítica las que respectivamente generarían un mayor riesgo de recaídas.

4.- Relación con el paciente

No se ha encontrado relación entre los niveles de EE y el parentesco con el paciente. Sin embargo, diversos estudios han encontrado que la EOI es un atributo exclusivo de los progenitores, posiblemente por las características especiales de la relación paternofilial (Mozny y cols, 1992; Van Os y cols, 2001; Heikkilä y cols, 2002). Las parejas, en cambio, demuestran más afecto (Bentsen y cols, 1998), lo que podría deberse a que en la relación conyugal hay un estilo de apoyo menos intrusivo que el de los padres y hay un menor sentimiento de obligación hacia el paciente al poderse dejar la relación si se desea. Las parejas suelen presentar niveles más bajos de EE que los progenitores y, cuando son de AEE, lo son a expensas de la crítica.

Las investigaciones de la EE en los cuidadores formales no han encontrado asociaciones entre los perfiles de EE, el estrés laboral (Moore y cols, 1992; Oliver y Kuipers, 1996), la satisfacción profesional (Moore y cols, 1992, Van Humbeck y cols 2004), ni con el "síndrome de desgaste profesional" (Van Humbeck y cols 2004) de los profesionales al cargo de los pacientes. Así, las interacciones de AEE pueden existir sin una vivencia de estrés, si bien en la familia los niveles de AEE se asocian con mayores niveles de estrés y carga (Scafuzca y Kuipers, 1996; 1998).

Como ya se ha comentado, los profesionales de AEE lo eran por presentar un mayor criticismo, no presentando ninguno alta EOI, por lo que la sobreimplicación aparece nuevamente como un atributo de los padres (Van Humbeck y cols, 2004).

5.- Estado civil del paciente

Habitualmente no se han encontrado asociaciones entre los niveles de la EE y el estado civil del paciente. Excepcionalmente, Heikkilä y cols (2002) han encontrado asociación entre la AEE en primeros episodios psicóticos y que el paciente sea soltero.

Este hallazgo puede deberse o bien, como ya se ha comentado, a la mayor AEE encontrada en los padres que en las parejas o bien a un peor nivel de funcionamiento social previo que hubiera dificultado al paciente establecer relaciones de pareja o bien, simplemente, a que al tratarse de primeros episodios la probabilidad de que ya hubieran contraído matrimonio es menor, dada la edad de inicio temprana de la enfermedad.

Además de que las parejas suelen tener menores niveles de EE, ya hemos visto en el apartado previo que suelen ser más críticas y menos sobreimplicadas que los padres.

6.- Composición familiar

Se han encontrado menores niveles de EE en familias extensas, lo que se ha justificado en el mayor reparto de la carga y menor tiempo de contacto cara a cara cuantos más familiares convivan (Kurihara y cols, 2000).

Con respecto al cuidador, en las familias extensas tiene una disponibilidad mayor de familiares con los que establecer interacciones no conflictivas, lo que podría compensar el estrés provocado por la relación con el enfermo mientras que, en familias reducidas, la relación con el paciente cobra un mayor protagonismo en su estado emocional. De hecho, se ha evidenciado que la EOI es mayor en padres que no conviven en pareja, independientemente de cuál sea la causa (soltería, viudedad o divorcio), lo que se ha interpretado como debido a no tener con quien repartir la carga (Bentsen y cols, 1996).

Con respecto al paciente, las familias extensas permiten también la dispersión del efecto negativo de la AEE. En una familia nuclear el paciente tiene pocas posibilidades de escoger entre familiares que le resulten más o menos amenazantes (es decir, de AEE o de BEE), por lo que ante un cuidador de AEE el paciente sólo puede

regular este contacto amenazador mediante el retraimiento social. En cambio, en una familia extensa el paciente puede minimizar el efecto de las interacciones de AEE simplemente reduciendo el contacto con los familiares de AEE y aproximándose a los de BEE, que le ofrecen una relación menos estresante.

7.- Carga del cuidador

Hoenig y Hamilton (1966) clasificaron la carga que experimentaban los familiares a consecuencia de cuidar al paciente en una dimensión objetiva y otra subjetiva. La carga objetiva se refiere a los problemas prácticos como la distorsión de las relaciones familiares, las dificultades económicas y las limitaciones en las actividades sociales, laborales y en el tiempo de ocio. La carga subjetiva describe las reacciones psicológicas que experimenta el familiar como por ejemplo los sentimientos de pérdida, la ansiedad, depresión y la vergüenza en las relaciones sociales.

Lazarus (1966,1991) propuso que los síntomas particulares del paciente, en combinación con el perfil de personalidad del familiar, pueden despertar en éste una vulnerabilidad a experimentar una sensación subjetiva de carga, que le puede llevar a reacciones emocionales distintas (crítica o EOI) como un intento de afrontar el estado clínico particular del paciente y su propia sensación psicológica de carga.

Sin embargo, King en un estudio reciente (2003) encuentra que es la propia carga que supone el cuidado del paciente, en sí misma, la que parece conducir a la madre a actitudes sobreimplicadas o críticas, independientemente de los factores de personalidad o de la gravedad de la clínica del paciente. En este mismo trabajo, King encuentra asociación entre rasgos caracteriales de autodisciplina y sentido del deber con los niveles altos de EOI. En este aspecto del autosacrificio y la entrega, Hooley y Hiller

(2000) encuentran que la AEE en las madres se asocia con un menor sentimiento de realización personal.

Scafuzca y Kuipers (1996, 1998) comprobaron también que los familiares de AEE presentaban una mayor carga que los de BEE, tanto objetiva como subjetiva. Además, descubrieron que los familiares que aumentaban sus niveles de EE eran precisamente los que se sentían más sobrecargados mientras que los que disminuían sus niveles presentaban una mejoría objetivable en el impacto del cuidado sobre su vida social, doméstica y laboral. Según estos autores, la carga no se asociaría con el estado clínico ni con el nivel objetivo de funcionamiento del paciente sino que se correlacionaría positivamente con la percepción que tiene el familiar de este funcionamiento social, percepción que mejoraba en tanto que disminuía la carga subjetiva mientras que, a su vez, la carga mejoraba en la medida lo hacía esta percepción del familiar sobre las circunstancias del cuidado.

Desde esta perspectiva de la percepción del familiar se podrían explicar los hallazgos de King y cols (2003) de que la carga percibida por el familiar no estaría en función de los síntomas positivos o negativos del paciente sino de determinadas conductas de éste como la falta de colaboración, el rechazo a la ayuda, la inquietud y la sintomatología ansiosodepresiva, que ocasionarían tanto una mayor dificultad para el cuidado como una visión más negativa de su disposición a dejarse cuidar.

La carga también parece estar influida por el apoyo social al familiar. Crotty y Kulys (1986) observaron que la carga percibida por el familiar estaba directamente relacionada con el número de personas en la red social del paciente, por lo que al aumentar el entramado social, disminuiría paralelamente la carga del familiar. En este sentido, como ya se ha visto, en familias extensas se han justificado las menores tasas de AEE por el mayor reparto de la carga. Del mismo modo, Brown y cols (1972)

encontraron que los familiares de AEE estaban socialmente más aislados que los de BEE. Por tanto, uno de los posibles beneficios de las terapias familiares de formato grupal podría ser este aumento de la red social (Mc Farlane, 1995^b).

En el mismo sentido, pero con respecto al apoyo profesional, Barrowclough y Parle (1997) encontraron que las tasas de EE aumentaban en la familia cuando llevaban un período largo sin asistencia.

La carga del cuidador también podría verse incrementada por el efecto de la estigmatización social sobre la esquizofrenia, que aislaría más al paciente y a los familiares. Un único trabajo realizado en China (Phillips y cols, 2002) ha investigado el efecto de la estigmatización sobre el clima emocional familiar, encontrando una fuerte asociación con la AEE, lo que interpretaron como que la estigmatización aumentaría aún más el estrés en las relaciones familiares y aumentaría así los niveles de EE. A la inversa, los familiares de AEE (ya de por sí con una vivencia más ansiosa y temerosa de la enfermedad), podrían también experimentar una repercusión más intensa del estigma que los de BEE.

En resumen y, según estos resultados, el propio sufrimiento psicológico que supone el cuidado del enfermo actuaría como una variable independiente que se correlacionaría positivamente con los niveles de EE. La intensidad de la carga estaría condicionada por la capacidad para afrontar el cuidado, tanto por las características del enfermo como por las del cuidador y de los apoyos externos disponibles por éste.

8.- Variables geográficas

En nuestro país, Arévalo y Vizcarro (1989) justificaron los diferentes perfiles de EE encontrados entre su muestra urbana madrileña y la encontrada por Gutiérrez y cols (1988) en pacientes gallegos en medio rural por la existencia de distintos patrones

emocionales entre los residentes en ciudades con respecto a los que residían en el campo, prestando menos atención al hecho de que su muestra era de pacientes recién ingresados y la gallega era de pacientes crónicos. Sin embargo, los resultados de los estudios que han encontrado diferencias en los perfiles de la EE estrictamente en función de que el lugar de residencia fuera rural o urbano no han podido replicarse en otras localizaciones geográficas. Por ejemplo, la crítica es infrecuente en el medio rural de la India (Wig y cols, 1987), pero Ran y cols (2003) no encuentran diferencias en China entre medio rural y urbano en lo referente a los niveles de EE, crítica ni hostilidad, encontrando sin embargo tasas significativamente mayores de sobreimplicación, afecto y comentarios positivos en las áreas urbanas.

La dificultad para generalizar los resultados sobre el efecto del lugar de residencia en el perfil de la EE se debe probablemente a que las circunstancias del medio rural o urbano sean muy distintas en función de las peculiaridades económicas, culturales o de la red de apoyo institucional en cada región o país. Del mismo modo, pueden no detectarse diferencias dentro del mismo país debido a que las exigencias y las características de ambos medios sean muy similares. Por ejemplo, el alto grado de mecanización y tecnificación de la agricultura en el mundo occidental impone unas demandas sobre los trabajadores agrícolas similares a las de los operarios industriales de la ciudad. Así, es posible que las diferencias entre ambos medios de residencia se hicieran más evidentes si se ampliara la perspectiva contextualizándolos dentro de sociedades con economías industrializadas y, por tanto, de base predominante urbana, en oposición a economías de base agraria y, por tanto, de base rural.

Con respecto a las diferencias en las tasas de la EE entre el mundo occidental y los países del tercer mundo, se han aportado diversas explicaciones a la menor frecuencia de AEE en los países en vías de desarrollo.

En primer lugar, Weisman (1997) considera que en los países en desarrollo se privilegia la interdependencia más que la independencia, por lo que puede haber una actitud más colaboradora y de apoyo de la familia hacia el miembro enfermo.

En segundo lugar, en las culturas no occidentales, las familias extensas siguen siendo la norma y se mantiene un fuerte sentimiento de responsabilidad hacia los niños, ancianos y discapacitados, cuya atención es compartida por todos los miembros de la red familiar. En cambio, en el mundo occidental y, sobre todo en el medio urbano, es la madre quien asume casi en exclusiva la responsabilidad de la atención al enfermo. Así, las actitudes más positivas en las familias extensas de los países en desarrollo con respecto a las familias nucleares en los países desarrollados pueden deberse a este mayor reparto de la responsabilidad del cuidado, lo que resultaría en una menor carga del cuidador. Como ya hemos visto, una menor carga se asocia con un menor estrés del cuidador y este a su vez con una mayor probabilidad de desarrollar actitudes de BEE (Scafuzca y Kuipers, 1996).

En tercer lugar, en las economías capitalistas del mundo occidental el valor social del individuo se basa en su nivel de productividad individual y, cada vez más, en su especialización técnica. Estas demandas sociales y familiares de productividad, puntualidad y especialización pueden resultar estresantes por excesivas para los pacientes esquizofrénicos que, de hecho, son habitualmente incapaces de mantenerse en un empleo bajo estas exigencias. Como hemos visto, este fracaso en el rol laboral se asocia a actitudes críticas e incluso hostiles por parte del familiar. Sin embargo, en las economías colectivistas de base agraria de los países del tercer mundo, la puntualidad y la productividad tienen una importancia mucho menor, tolerándose en este ambiente laboral los pacientes que están incapacitados para mantener una jornada laboral a tiempo completo. Además, en las sociedades agrarias existen multitud de tareas de

mínima especialización que pueden ser desempeñadas sin problemas por la mayoría de pacientes esquizofrénicos. Así, en estas sociedades el paciente puede ser capaz de contribuir a la economía familiar, lo que resulta en una mejora tanto de su propia autoestima como de la consideración familiar hacia él.

Finalmente, casi con seguridad, también influyen las diferencias culturales en los patrones de expresión emocional y en las atribuciones de las conductas al carácter o a la voluntad del paciente. En este sentido, Murphy (1977) y Wing (1978) han argumentado que en los países en vías de desarrollo el ambiente social ayuda a los familiares a adoptar actitudes de interés pero no de juicio, con bajas expectativas sobre la consecución de la independencia, menos estigmatización de la incompetencia, y consecuentemente menos ansiedad, menor descenso de la autoestima y, en consecuencia, un mejor pronóstico. Cuando más adelante hablemos de las variaciones transculturales entraremos en estos aspectos con más detalle.

En conclusión, el valor predictivo de la AEE en la esquizofrenia se mantiene a través de las culturas aunque modulado por las diferencias culturales, socioeconómicas y geográficas.

Según Bebbington y Kuipers (1994), el mejor pronóstico en la India (Wig y cols, 1987) que en Londres (Vaughn y Leff, 1976) se puede explicar por las menores tasas de Expresividad Emocional. Es posible que, efectivamente, estos perfiles menores y más benignos de EE estén implicados en el mejor pronóstico de la esquizofrenia evidenciado por la O.M.S. en los países en vías de desarrollo (Sartorius y cols, 1977; puesto en duda posteriormente por Edgerton y Cohen, 1994), ya que otros factores que podrían ser protectores frente a las recaídas, como las posibilidades de manejo farmacológico y la disponibilidad de la asistencia sociosanitaria, son más precarios en estos países.

9.- Nivel socioeconómico

Los niveles socioeconómicos más bajos en las sociedades occidentales suelen asociarse a unos lazos familiares más estrechos y a una menor especialización laboral, por lo que en este punto podemos remitirnos a las explicaciones ya aportadas sobre estos dos aspectos.

10.- Nivel educacional e información sobre la enfermedad del cuidador.

Como ya se ha explicado al hablar del sistema atribucional de los familiares, la mayor información sobre la enfermedad se asocia con niveles bajos de EE, al permitir entender las conductas del paciente como propias de una enfermedad y fuera de su control, lo que resulta en una menor crítica y en actitudes más compasivas.

Respecto al nivel de estudios del cuidador, teóricamente cabría esperar que un nivel cultural más alto influyera favorablemente en el sistema atribucional y, consecuentemente, en los niveles de EE. En este sentido, Yang y cols (2004) encuentran que el mayor nivel educativo tanto del familiar como del paciente se asocia con menores atribuciones sobre la controlabilidad de los síntomas. Sin embargo, no se han realizado estudios específicamente diseñados a este respecto y, tanto en los que se recoge el nivel educacional del familiar clave como en los que se recoge el del paciente, no se ha encontrado sistemáticamente asociación entre esta variable y los niveles de EE.

11.- Ajuste social del paciente

Relativamente pocos estudios han investigado la relación el funcionamiento social y la EE. Diversos autores (Brown y cols, 1972; Miklovitz y cols, 1983; Barrowclough y Tarrier, 1990; Mavreas y cols, 1992 ; Ivanovic y cols, 1994 ; Scafuzca

y Kuipers, 1996; Miura y cols, 2004) han encontrado que el nivel de funcionamiento social de los pacientes que vivían en casas de AEE era significativamente peor que en los de BEE. Además, los familiares de AEE tienden a valorar más negativamente el funcionamiento de los pacientes (Miura y cols, 2004). Por el contrario, los pacientes en familias de BEE registran un mejor funcionamiento social a corto y medio plazo (Hogarty y cols, 1988; Montero y Gómez-Beneyto, 1993, 1998).

Respecto a las subescalas, Miklovitz y cols (1983) encontraron que el peor funcionamiento social no se asociaba a la EE global sino a la sobreimplicación, mientras que Barrowclough y Tarrier (1990) encontraron esta asociación con la presencia de hostilidad.

La relación del peor funcionamiento social con la AEE podría explicarse porque tanto la crítica como la sobreimplicación pueden socavar la confianza del paciente en sus propias capacidades, lo que resultaría en una reducción de su motivación para embarcarse en actividades que supongan cambios. La sobreimplicación también puede limitar las posibilidades de los pacientes para desarrollar habilidades específicas, al ser siempre prevenidos de realizarlas o hacerlas el familiar por ellos (Miklovitz y cols, 1983). Juntos, estos factores pueden producir una diferencia en la motivación, el nivel de actividad y la capacidad funcional en los pacientes en familias de AEE con respecto a los de familias de BEE.

12.- Situación laboral

Diversos estudios encuentran asociación entre la crítica y la hostilidad con la pérdida de empleo (Brown y cols, 1972; Vaughn y cols, 1976; Vaughan y cols, 1992; Stirling y cols, 1991; Mavreas y cols, 1992; Bentsen, 1998). La crítica, independientemente de variables clínicas, es menor si el paciente trabaja de forma

estable que si tiene empleos eventuales y la mayor crítica se producía si estaba desempleado (Bentsen y cols, 1998). Bentsen y cols no encontraron hostilidad hacia ningún paciente que mantuviera el empleo.

Mantener actividad laboral se asocia con mayores tasas de afecto mientras que la pérdida de empleo se asocia con tasas menores. Dentro de la pérdida de empleo, Bentsen y cols, encuentran que los pacientes que percibían una pensión gozaban de más afecto que aquellos que no, lo que atribuyeron a que significaba un reconocimiento legal de su condición de enfermo, aunque también podría deberse a que la mayor tranquilidad familiar sobre el futuro del paciente permitiera que su apoyo fuera menos intrusivo.

13.- Cumplimentación del tratamiento

Vaughn y Leff evidenciaron ya en 1976 que la cumplimentación regular del tratamiento farmacológico protegía, aunque no completamente, de los efectos negativos de la AEE sobre la tasa de recidivas, incluso en presencia de altos tiempo de contacto con el cuidador. En cualquier caso, la cumplimentación farmacológica no reduce la capacidad predictiva de la EE (Bebbington y Kuipers, 1994).

Esta influencia independiente de la cumplimentación de la medicación sobre la asociación entre EE y recidivas ha sido ampliamente demostrada en la literatura con independencia del medio cultural (Bebbington y Kuipers, 1994; Tanaka y cols, 1995). Sin embargo, parece que la cumplimentación de la medicación se correlacionaría negativamente sólo con la tasa de recidivas, ya que la mayoría de los estudios no han encontrado una asociación entre el grado de adherencia al tratamiento y el nivel de EE familiar.

Uno de los pocos estudios que han demostrado una asociación entre los niveles de EE y la adherencia al tratamiento es el de Sellwood y cols (2003). Estos autores se

plantean que hay dos posibles mecanismos para que los pacientes cumplieran bien el tratamiento tras una intervención psicosocial: o bien porque los familiares les estimulan al tomar el tratamiento al conocer más sobre la enfermedad o bien porque, como opina Moore (2000), los familiares cambian el modo de persuadirle para que tome el tratamiento y, al ser menos invasivos consiguen vencer la resistencia del paciente a tomarlo. Para aclarar esta cuestión, realizan un análisis multivariante y encuentran que los pacientes con mayor gravedad clínica con familias de AEE eran 3 veces menos cumplimentadores del tratamiento, sin que la mayor edad favoreciera la cumplimentación en este grupo mientras que sí lo hacía en los de BEE. Dado que no encontraron asociación entre el nivel de conocimientos sobre la enfermedad de los familiares, concluyeron que la AEE disminuía la cumplimentación como consecuencia de la mayor coerción familiar sobre los pacientes que, en consecuencia, vivirían el tratamiento como una más de las imposiciones familiares contra las que rebelarse.

En este sentido, en un trabajo de nuestro grupo hemos encontrado que, tras una intervención familiar, aunque el conocimiento de los familiares se mantiene e incluso mejora en el tiempo, la cumplimentación por parte de los pacientes va disminuyendo progresivamente tras concluir la intervención (Masanet y cols, en prensa), por lo que el que los cuidadores concedan importancia a la toma de medicación no significa necesariamente que se garantice la adherencia del paciente al tratamiento.

14. Tiempo de contacto cara a cara.

También en el estudio de Vaughn y Leff (1976), se demostró ya el efecto modulador independiente del tiempo de contacto cara a cara en la asociación entre EE y recidivas, que era menos fuerte cuando los tiempos de contacto eran menores. Mozny y Votýpková (1992) llegaron a encontrar que, cuando había un alto tiempo de contacto

cara a cara, la medicación no conseguía reducir la tasa de recaídas en pacientes con familias de AEE.

Sin embargo, como ya se ha comentado, Bebbington y Kuipers (1994) demostraron que, si bien el elevado tiempo de contacto favorecía las recaídas en las familias de AEE, en el caso de las familias de BEE protegía frente a ellas.

En este sentido, los estudios en culturas de base latina ni siquiera han confirmado el efecto favorecedor de recaídas del alto tiempo de contacto en las familias de AEE, sino todo lo contrario: los tiempos de contacto elevados protegen de las recaídas independientemente de los niveles de EE. Esto podría estar en relación con los niveles mayores de afecto y sobreimplicación y menores de crítica demostrados en los familiares latinos respecto de los anglosajones. Así, en los latinos el contacto con el familiar sería menos estresante y produciría un mayor apoyo, por lo que se convertiría en un factor protector. Además, en una estructura familiar en la que los lazos son muy estrechos, la reducción del contacto podría ser percibida amenazadoramente por el paciente, que podría interpretarla como un desinterés por parte del familiar.

Esto podría explicar el hallazgo de Brown y cols (1972) de que el aislamiento social del paciente protegería de la recaída, ya que un alto tiempo de contacto no implicaría un alto tiempo de exposición al apoyo social. Así, en familias de BEE o de AEE con altos niveles de afecto, el mayor contacto cara a cara actuaría como protector al traducirse en un mayor apoyo social, mientras que en las de AEE el contacto con el cuidador sería estresante y la única posibilidad de protegerse frente a él del paciente sería rehuírlo y aislarse.

C.4.- PERSPECTIVA TRANSCULTURAL

En los diversos estudios realizados en diferentes localizaciones geográficas se ha demostrado que el valor predictivo de la EE sobre la tasa de recaídas en la esquizofrenia se mantiene a través de las culturas (véase p.ej.: Bebbington y Kuipers, 1994). Sin embargo, en buena parte de estos trabajos se han apreciado interesantes variaciones tanto en los niveles de la EE como en el perfil de sus subescalas que evidencian la existencia de diferencias de probable base cultural. Resulta lógico pensar que el estudio de estas diferencias puede contribuir a aclarar la naturaleza del constructo.

Así pues, las actitudes y conductas específicas recogidas en el constructo de la EE serían en realidad dimensiones culturales de interpretación y respuesta familiar al fenómeno que los profesionales conceptualizamos como esquizofrenia. En otras palabras, lo que se puntúa como crítica, hostilidad o sobreimplicación emocional no es sino una cuestión de definición cultural, dado que todas las emociones están sustancialmente mediadas por la cultura, incluyendo las referentes a lo que debe uno sentir o actuar cuando está gravemente enfermo un ser querido.

Jenkins y Karno, en 1992, realizaron un magnífico artículo en el que revisaban el constructo de la EE desde un enfoque antropológico. En este trabajo, cuestionan diversas teorías sobre la EE (como, por ejemplo, los factores que según Vaughn en 1986 diferenciaban a los familiares de AEE de los de BEE, recogidos al inicio de este capítulo) por entenderlos como dominios propios de la afectividad fría de la cultura anglosajona frente a la enfermedad, pero difícilmente extrapolables a otras culturas.

Desde este mismo planteamiento antropológico, estos autores consideran que no es en principio esperable una distribución universal de la EOI, ya que en su esencia

están implicados elementos culturales constitutivos de la organización social, de la organización doméstica y de la propia identidad. Por ejemplo, la EOI es un modo de afrontamiento ante la discapacidad de los hijos culturalmente sancionado en China (Yang y cols, 2004) y Japón (Otsuka y cols, 1994; Tanaka y cols, 1995).

En cambio, dado el contexto común de convivir con las dificultades generadas por la esquizofrenia, es razonable esperar similitudes transculturales en la clase de cosas que los familiares encuentran reprochables y por tanto generan crítica. De hecho, la presencia de la crítica es universal, encontrándose en culturas tan diversas como los esquimales Inuit o los aborígenes australianos Pintupi. Sin embargo, dada la variabilidad cultural también es razonable esperar que se encuentren diferencias sustanciales en lo que se considera apropiado tolerar, ya que es la cultura la que crea el contenido de los objetos de crítica, determinando qué conductas son criticables y cuales tolerables. Así, la crítica en los angloamericanos se centra en lo que se consideran fallos de la personalidad (p. ej. la vagancia) o en las conductas psicóticas (p.ej. ideas extravagantes). Sin embargo, en los inmigrantes latinoamericanos en EE.UU. estas conductas pueden no ser objeto de crítica, centrándose ésta en las conductas que afecten la unidad familiar (Jenkins y Karno, 1986). En China, sin embargo, las conductas más criticadas son la falta de trabajo o la poca integración familiar (Ran y cols, 2003) y en Japón son los síntomas productivos en lugar de los residuales los que son objeto de una mayor crítica (Shimodera y cols, 2000). Así, la cultura juega un papel creando el contenido de los objetos de crítica e incluso determina el que la crítica sea o no un elemento importante en el ambiente familiar.

Jenkins y Karno (1992), desde esta perspectiva antropológica realizan un inventario de los factores que interactúan dinámicamente entre las respuestas familiares y la enfermedad del paciente para constituir lo que ellos denominan la "caja negra de la

expresividad emocional", dando preeminencia a los factores culturales. A continuación se revisan estos factores, sin entrar a explicar los que ya han sido expuestos en el apartado sobre las teorías explicativas sobre la naturaleza de la EE:

1.- Interpretaciones culturales de la naturaleza del problema. Éstas mediarían las respuestas emocionales al problema. P.ej. "nervios" de los mexicanos incluye un amplio rango de distress y enfermedades, potencialmente curables, que desculpabiliza del problema al no considerarse al paciente responsable de su estado, lo que conlleva empatía y apoyo. El término "loco" es más estigmatizante al implicar incapacidad de autocontrol e incurabilidad.

Del mismo modo, en la China rural se responsabiliza de la enfermedad mental a la influencia de los ancestros (Ran y cols, 2003), en Bali a los espíritus (Kurihara y cols, 2000) y los inmigrantes mexicanos en EE.UU. atribuían la enfermedad mental a una enfermedad biológica, a acontecimientos vitales o al designio divino, liberando al esquizofrénico de la responsabilidad sobre su enfermedad (Weisman y cols, 2003).

Los angloamericanos, en cambio, consideran la esquizofrenia como una enfermedad mental en la que habitualmente está implicado el carácter del individuo.

2.- Significados culturales de las relaciones familiares o del clan. La respuesta a un familiar enfermo se produce en un contexto cultural que indica los patrones de relación entre los miembros. Éstas difieren culturalmente en un continuo entre independencia y pertenencia, que condicionan una serie de grados de identificación, implicación, y obligación que puede afectar a las respuestas frente a un familiar enfermo.

3.- Identificación de las violaciones de las reglas culturales. La cultura determina qué conductas merecen crítica, la cual puede verse como una respuesta negativa o una queja legítima ante la violación percibida de reglas que el esquizofrénico puede quebrantar con inquietante frecuencia.

4.- Repertorio de las emociones. La cultura define un abanico de emociones que determina cómo se articula la respuesta a la enfermedad del ser querido. Existen diferencias culturales sobre la intensidad, naturaleza y significado de los afectos ante un familiar mentalmente enfermo, sobre qué emociones exteriorizar y cuáles reprimir.

5.- Rasgos de personalidad, disposiciones psicopatológicas de los familiares y modelos atribucionales.

6.- Grados y clases de psicopatología de los pacientes.

7.- Dinámicas de interacción familiar, que también estarían influidas culturalmente.

8.- Intentos de controlar a un familiar socialmente desviado, como estrategia conductual, si bien se distancian de la Teoría del Control Social de Greenley por considerarla demasiado simplista respecto a la gama de sentimientos y de maniobras de control posibles.

9.- Disponibilidad y calidad de los apoyos sociales, que pueden mediar el impacto de la EE, por ejemplo las familias monoparentales frente a las biparentales, accesibilidad a los recursos asistenciales...

10.- Factores históricos, económicos y políticos, que influirían en el clima emocional de la sociedad en general, lo que se reflejaría en las familias, al igual que las evidencias de diferencias de clase social.

En definitiva, para estos autores, los intentos de conceptualizar la EE restringidos a una perspectiva limitada a las características de los pacientes, las de sus familiares o las de la interacción entre ellos, sólo aportan una comprensión parcial e intracultural en la diferenciación de los perfiles de alta y baja EE. Dado que la naturaleza de la EE y sus subescalas sería específica culturalmente, la variación en sus perfiles se comprendería mejor dentro de la variabilidad sociocultural de las familias respecto a uno de sus miembros que sufre esquizofrenia. (Jenkins y Karno, 1992).

Para ilustrar esta variabilidad transcultural, en la **tabla III** se recogen datos descriptivos de la EE y sus subescalas obtenidos en distintas localizaciones geográficas.

Las diferencias culturales, étnicas y geográficas se evidencian en esta tabla tanto en el amplio rango de frecuencias de la AEE (desde el 21% en la India al 76,2 % en Italia), como en las diferencias encontradas en la capacidad predictiva de recidivas de la EE así como en los diversos perfiles de las subescalas. Cuando se han encontrado estas diferencias con el patrón anglosajón han sido justificadas mayoritariamente en los trabajos sobre la base de las características sociales y culturales del país, la mayor convivencia o no con los familiares, el medio rural o urbano de residencia e incluso en la organización particular del sistema sanitario. Los niveles bajos de EE predominan en sociedades menos industrializadas, colectivistas y basadas en la tradición (Kavanagh, 1992; Weisman y cols, 1997).

TABLA III: TRANSCULTURAL

FUENTE	AEE(%) /Recaídas	Ccr x (%)	AEOI (*)	H	AW (**)	CPs (x)
Brown y cols, 1972 <i>Inglaterra</i>	47.8 / SÍ	7.2 (37 %)	21 % (4/5)	18 %	-	-
Vaughn y Leff, 1976 <i>Inglaterra</i>	54 / SÍ	8.2 (44 %)	21 % (4/5)	18 %	2.3 (x)	2.6
Vaughn y cols, 1984 <i>EE.UU. (L.A.)</i>						
<i>Hispanos</i>	41.4 / SÍ	3.3	11 % (4/5)	13 %	-	-
<i>Anglosajones</i>	66.7 / SÍ	6.9 (53 %)	15 %	28 %	-	-
Parker y cols, 1988 <i>Australia.</i>	73 / SÍ	5.2 (43%)	17 % (3/4)	33 %	-	-
Vaughan y cols, 1992 <i>Australia.</i>	54 / NO					
		Madres 5.78 (28 %)	20 % (3/4)	49 %	-	-
		Padres 5.37 (32 %)	8 %	41 %	-	-
		Maridos 6.43 (30 %)	9 %	48 %	-	-
Wig y cols, 1987 <i>India.</i>	23.5 / SÍ	1.9 (12 %)	4 % (3/4)	16 %	2.0 (x)	0.79
<i>Inglaterra</i>	54 / SÍ	8.4	36 %	18 %	2.3	2.6
<i>Dinamarca</i>	54 / SÍ	4.5	(56 %) n.a.	21 %	2.5	3.1
Ran y cols. 2003 <i>China</i>	28,2 %/-	3.93 (21 %)	8.5 %(3/4)	15.5 %	2.14 (x)	1.72
<i>Rural</i>	22.9 %/-	3.66	0 %	11.4 %	1.32	0.60
<i>Urbana</i>	33.3 %/-	4.19	16.7 %	19.4 %	3.03	2.81
Kurihara y cols, 2000 <i>Bali</i>	12.9 %/NO	11.8 %	1.6 %	-	-	-
<i>Japón</i>	36.4 %/NO	6 %	30,3 %	-	-	-
Tanaka y cols, 1995 <i>Japón</i>	37% / SÍ	28.76 %	8.2 % (3/4)	12.3 %	-	-
Mottaghipour y cols, 2001. <i>Irán.</i>	60 %/ NO	40 %	62.5 %	80 %	-	-
Marom y cols, 2002 <i>Israel</i>	48.1 %/SÍ	36.1 %	19.4 %-	-	-
Reicher y cols, 2003 <i>Nigeria</i>	63 %/SÍ	6.1 (-)	26.3 %	31.6 %	2.6 (x)	2.2
Dulz y Hand, 1986 <i>Alemania.</i>	55.8 /	- (35 %)	24% (4/5)	0 %	-	-
Mozny y cols, 1992 <i>Ant. Checoeslovaquia</i>	55.2 / SÍ	37.6 %	29.6 %(3/4)	-	-	-

TABLA III: TRANSCULTURAL (continuación)

FUENTE	AEE(%) /Recaídas	Ccr x (%)	↑EOI (*)	H	W (**)	CPs (x)
Ivanovic y cols, 1994 <i>Ant. Yugoeslavia.</i>	48.3 / SÍ	17.9 %	23.2 % (3/4)	17.9%	17.9 %	-
Mavreas y cols, 1992 <i>Grecia.</i>	42 / SÍ	14.9 %	28.1 % (4/5)	1.5 %	-	-
Bertrando y cols, 1992 <i>Italia.</i>	76.2 / NO 57.1 / SÍ	36 %	39 % (3/4) 23 % (4/5)	21 %	23.8 %	-
Martins y cols, 1992 <i>Brasil</i>	59 / -	4.2 (24 %)	45 % (3/4) 27 % (4/5)	28 %	-	-
Gutiérrez y cols, 1988 <i>España (Galicia)</i>	34,4 %/ -	- (16 %)	24 % (4/5) 16 % (3/4)	6 %	-	-
Arévalo y Vizcarro, 1989. <i>España(Madrid)</i>	58.1 %/ -	5.14 (34 %)	0 % (4/5) 25 % (3/4)	15 %	2.64 (x)	2.89
Montero y cols, 1992 <i>España (Valencia)</i>	48 % / NO	3.1 (25 %)	30 % (3/4)	22%	-	-
Montero y cols, 2001 <i>España (Valencia)</i>	56.3 %/ SÍ	2.81 (19,5 %)	42.5 % (3/4) 23 % (4/5)	15 %	3.68 (x)	1.73

Recaídas: Capacidad de AEE para predecir recaídas.

Ccr: Comentarios críticos.

AEOI: Alta sobreimplicación emocional.

H: Hostilidad.

AW: Niveles elevados de afecto.

CPs: Comentarios Positivos.

****:** Se han incluido los datos expresados tanto en frecuencias como en medias, señalándose en cada caso.

x: Media

%: Porcentaje.

- : Datos no disponibles.

n.a.: No aplicable.

Ant.: Antigua.

***:** Punto de corte utilizado.

NOTA: En los casos en que en el mismo estudio se han utilizado distintos puntos de corte se han recogido los resultados de la aplicación tanto de uno como de otro punto de corte.

A pesar de estas evidencias, autores como Marom y cols (2002), han proclamado la validez transcultural de los perfiles anglosajones del constructo al encontrar en Israel unos datos casi superponibles a los de los estudios británicos. Vaughn y Leff (1984), por su parte, también argumentaron la validez universal del constructo ante la ausencia aparente de diferencias significativas al comparar los datos de los inmigrantes mexicanos en California por un lado con los de los británicos y por otro con los de los californianos de origen anglosajón, lo que les llevó a concluir que las diferencias culturales no eran importantes y, por tanto, eran las variables clínicas las fundamentales determinantes de la EE. Sin embargo, Jenkins y Karno apareando los mismos datos de Vaughn y Leff en función de la clase social encontraron un 43 % AEE en los mexicanos y un 83 % en angloamericanos. Por tanto, no sólo hay influencias étnicas y culturales en la EE, sino que también parece relacionarse independientemente con la clase social.

Los determinantes socioculturales no sólo condicionan una mayor o menor fuerza en la asociación entre EE y recidivas o unos niveles distintos de la EE y sus subescalas, sino que también pueden establecerse asociaciones entre las subescalas que son particulares de determinadas culturas o medios geográficos

Así, en los trabajos en China de Ran y cols (2003) y en la India de Wig y cols (1987), la crítica se produce simultáneamente con el afecto. Ran justifica este hallazgo la creencia cultural china de que la crítica ayuda mejorar al paciente ("cuanto más lo quieres, más lo criticas", proverbio chino) por lo que se la consideraría una actitud positiva hacia el paciente. La EOI en la china y la India rurales también es escasa y significativamente menor que en Londres lo que Ran atribuye a que las expectativas sobre el funcionamiento del paciente son menores y a que se le tolera en tanto no perturbe el clima familiar.

En estos mismos trabajos, aunque las tasas de hostilidad son similares a las de Vaughn y Leff (1976) en Londres, hay un porcentaje de familiares que expresan hostilidad con pocos comentarios críticos (un 18,2 y un 29 % respectivamente de los que expresan hostilidad), patrón que no se produce en absoluto en los estudios occidentales. Otro hallazgo llamativo de probable base cultural es la elevada tasa de hostilidad (el 80 % de los familiares de AEE) en el estudio iraní de Mottanghipour (2001).

En los trabajos de Ran, Mottanghipour y Wig, se encuentran menores tasas de ternura y comentarios positivos de lo habitual. Wig atribuye este hallazgo a que en las familias tradicionales, la expresión de sentimientos, tanto negativos como positivos está restringida culturalmente. Ran además justifica en China la restricción en la expresión de emociones positivas y negativas por la armonía en las relaciones propugnada por el confucianismo, que conlleva la evitación de la confrontación como estilo fundamental de afrontamiento de cualquier conducta problemática. Así, comparativamente, los familiares chinos fueron menos expresivos que los ingleses pero el doble de expresivos que los indios.

En el otro extremo de la expresión de las emociones estaría la cultura latina, en la que se apoya la manifestación de los sentimientos. En este sentido, resulta especialmente llamativo el trabajo de Bertrando y cols (1992) en Milán. En un primer momento aplicaron los criterios de Vaughn y Leff para clasificar la baja/alta sobreimplicación emocional en un punto de corte de 3/4, encontrando así un 76,2 % de familiares de AEE, siendo el 63 % de ellos de alta EOI y, además, no detectándose asociación de la AEE con las recidivas. Decidieron entonces aumentar el punto de corte a 4/5, con lo que se redujo el porcentaje de AEE a un 57.1 % de los que un 44 % eran de alta EOI. Con este nuevo criterio, se encontró ya asociación de la AEE con una

mayor tasa de recaídas. En conclusión, la aplicación directa de los criterios anglosajones había producido una sobreestimación de la EE para la cultura italiana (curiosamente Vaughn y Leff en 1976 comenzaron utilizando como punto de corte 4/5, pero en 1982 lo redujeron a 3/4 porque reflejaba mejor la respuesta familiar al tratamiento, permaneciendo después este criterio en posteriores estudios). Mavreas y cols (1992), en Atenas, también elevaron el punto de corte de la EOI a 4/5 por considerarlo más apropiado a las características de la relación maternofilial griega. Con respecto a la crítica, en el trabajo valenciano de Montero y cols (1992), no se encontró asociación entre EE y recaídas cuando se aplicó el punto de corte clásico establecido por Vaughn y Leff (1976) en 5/6. Sin embargo, al reducir el punto de corte para la crítica a 3/4, encontraban que éste ya discriminaba entre los pacientes que no recaían y los que sí.

En el trabajo mencionado de Bertrando y cols, se observó que muchos familiares de alta EOI eran al mismo tiempo altos en afecto y que esta combinación protegía frente a las recaídas. Como veremos un poco más adelante, los autores interpretaron este hallazgo porque este perfil garantizaba una mayor comprensión e implicación en el cuidado del paciente. En el mismo sentido, Weisman y cols (2003) encuentran que en los inmigrantes mexicanos aculturados en California, las emociones compasivas o favorables se asociaban con un mayor deseo de ayuda al paciente y un mayor esfuerzo en ayudarlo a sobrellevar la enfermedad.

Así, López y cols (2004) comparando inmigrantes mexicanos con estadounidenses anglosajones encuentran que la etnia no es un predictor simple de recaída, pero que en los "mexicoamericanos" el afecto protegía de la recaída mientras que en anglosajones no, mientras que en los anglosajones la crítica predecía la recaída y el afecto no.

La importancia de los lazos familiares es fundamental para comprender estos hallazgos. Si uno vive en una familia donde los lazos son importantes, una pérdida de afecto puede ser un estresor importante, mientras que si lo importante es que los miembros desarrollen una autonomía e independencia, los ataques verbales al individuo (criticismo), pueden ser particularmente estresantes.

El tiempo de contacto cara a cara apoya esta hipótesis: mientras que el 73 % de los mexicanos tenían más 35 horas semanales de contacto cara a cara, en los anglosajones sólo el 42 % tenían esta frecuencia de contacto. En los mexicanos el elevado tiempo de contacto era protector de recaídas (28% de recaídas en alto contacto y 67 % en poco contacto), mientras que no tenía ningún valor predictor en anglosajones (50% en alto y 31,9% en bajo contacto).

Sin embargo, los lazos familiares estrechos no necesariamente se deben a un factor exclusivamente cultural, sino también socioeconómico: al ser la mayoría de mexicanos inmigrantes con bajo nivel social, se puede desarrollar una mayor cohesión para garantizar la supervivencia en una cultura diferente y hostil.

La clasificación en alta o baja EE atendiendo únicamente a los factores negativos como la crítica, puede no reflejar los procesos familiares más importantes para los mexicoamericanos. El afecto familiar puede ser tan significativo como la crítica dependiendo del contexto sociocultural. De hecho, Kopelowicz y cols (2002) proponen que dadas las características familiares y el papel protector del afecto en los "mexicoamericanos", las intervenciones familiares en ellos deberían centrarse en potenciar las expresiones de afecto entre paciente y familiares más que en mejorar las habilidades de comunicación para reducir la crítica como en el modelo anglosajón.

En resumen, el contexto sociocultural no sólo determina qué conductas son objeto de una determinada reacción emocional ni cuáles son las reacciones emocionales

más adecuadas ante una determinada conducta, sino que también las respuestas familiares pueden conllevar diferentes pronósticos y requerir distintos abordajes según el medio cultural.

C.5.- LA ASOCIACIÓN ENTRE EE Y RECAÍDAS

La EE es un potente predictor pronóstico en una amplia gama de enfermedades mentales y somáticas (Butzlaff y Hooley, 1998; Bachmann y cols, 2002). En concreto, en el caso de la esquizofrenia la EE se ha demostrado ampliamente como el mejor predictor simple de recaídas a corto plazo tras el alta hospitalaria (Brown y cols 1972; Vaughn y Leff 1976; Leff y cols, 1981; Vaughn y cols, 1984; Moline y cols, 1985; Nuechterlein y cols, 1986; Mc Millan y cols 1986; Karno y cols, 1987; Rostworowska y cols, 1987; Tarrier y cols, 1988; Falloon, 1988; Kuipers y Bebbington, 1988). Estos estudios utilizan una metodología similar consistente en administrar un primer CFI a los familiares durante el ingreso hospitalario del paciente y volverlos a reevaluar en 9 a 12 meses, contabilizando además las recaídas de este período, definidas como empeoramientos o recurrencias de la sintomatología positiva. Sólo dos estudios fracasaron en encontrar esta relación (Kottgen y cols, 1984; Parker y cols, 1988), aunque presentaban defectos metodológicos especialmente respecto a la definición de recaída.

El que haya estudios que no lo replican, no implica cuestionar la validez del constructo. En el metaanálisis sobre 27 estudios de Butzlaff and Hooley (1998), con la única excepción de 3 trabajos (véase la tabla II), el 89 % restante demostraban una asociación entre la EE y la tasa de recidivas. En este metaanálisis, el tamaño del efecto medio de la EE en la predicción de recidivas fue $r= 0,30$ ($z=11,30$; $p<0,01$), lo que supone que en la familias de AEE un 65 % de los pacientes recaerían, frente a un 35 % de los pacientes en familias de BEE.

Hay un consenso casi unánime en los diversos estudios en que esta asociación entre EE y recaídas es independiente de la severidad de la clínica (Brown y cols, 1972; Vaughn y cols 1984). La psicopatología al ingreso y al alta no parecen tampoco

relacionarse con las recaídas posteriores (Miklovitz y cols, 1983; Vaughn y cols 1984; Nuechterlein y cols, 1986; Goldstein y cols, 1989; Marom y cols, 2002).

Aunque en el metaanálisis de Pitschel-Walz y cols (2001) se señala que los resultados obtenidos son de magnitud similar en los trabajos que utilizan como variable de resultado las recaídas que en los que utilizan los reingresos hospitalarios, el valor predictivo de la EE es habitualmente mayor en los estudios que utilizan como criterio el efecto sobre las recidivas que en los que lo utilizan sobre las rehospitalizaciones (Dulz y Hand, 1986; Mc Readie y Phillips, 1988; Parker y cols 1988). Así, los autores que encuentran un valor predictivo de la EE sobre las rehospitalizaciones son escasos (Vaughan y cols, 1992; Reicher y cols, 2003). Sin embargo, esto no implica ningún problema teórico sobre la validez del constructo, ya que los ingresos no sólo están determinados por los síntomas del paciente sino también por el consentimiento de familiares o paciente, las políticas sanitarias y la tolerancia social o familiar a determinadas conductas, entre otros factores (Goldstein y Kreisman, 1988).

La AEE se ha demostrado como un potente predictor de recaídas también durante el período de seguimiento ambulatorio. En este período podría ya aparecer la relación con el grado de psicopatología al comenzar a interactuar con los factores familiares (King y Dixon, 1999).

Por otra parte, la EE parece ser un mayor predictor de recaídas en pacientes con mayor tiempo de evolución (Butzlaff y Hooley, 1998), aumentando el tamaño del efecto cuanto más cronicidad, lo que podría explicarse bien porque EE es más válida como medida del ambiente familiar cuanto mayor sea el tiempo de evolución o bien porque el paciente se "sensibilizaría" más a la EE, recayendo con más facilidad cuanto más tiempo estuviera actuando. La EE se ha demostrado como un constructo

modificable y, cuando sus niveles se reducen, también disminuye la tasa de recaídas (Butzlaff y Hooley, 1998).

C.5.1.- Modelos explicativos de la asociación entre EE y recaídas.

Mientras que el valor predictivo de la EE nunca se ha cuestionado, el significado de la asociación EE-recaídas es menos evidente. Los autores que desarrollaron el constructo de la EE no sólo aventuraron que era un predictor de recaídas, sino que propusieron que estaba implicada en producirlas. Así mismo, el desarrollo de intervenciones familiares explícitamente diseñadas para reducir la crítica y la EOI en los miembros de la familia (Falloon y cols, 1985; Hahlweg y cols 1989; Tarrier y cols, 1989; Goldstein y Miklovitz, 1995) refleja la asunción implícita de que la AEE familiar es estresante para los pacientes esquizofrénicos y, por tanto, causante de exacerbaciones sintomáticas.

A continuación se exponen críticamente los diferentes modelos alternativos que podían explicar esta asociación entre la EE y las recaídas.

1. La EE provoca directamente las recaídas

Las conductas de los familiares precipitarían la recaída. Esta es una visión simplista e inconsistente con el papel de los factores biológicos y la evidencia de la interactividad entre las respuestas emocionales de los cuidadores y las conductas de los pacientes.

2. La EE como epifenómeno.

Los síntomas se producirían por otras variables independientes de la interacción familiar y la EE sería una reacción emocional familiar ante la emergencia

sintomática. Esta hipótesis no concordaría con la mayoría de la literatura ni, sobre todo, justificaría la reducción de recaídas tras la disminución de la EE por las intervenciones familiares.

3. Modelo interactivo de la asociación EE-recaídas

La evidencia no apoya modelos simples y unidireccionales de la relación entre clínica y EE, sino que apunta hacia un modelo de influencias recíprocas entre los síntomas y las reacciones de los cuidadores que, en un intento de afrontar el problema, en ocasiones incluyen la crítica o las conductas intrusivas. Las emociones negativas resultantes exacerban la clínica y hacen más difícil que el paciente funcione adecuadamente.

C.5.2.- El modelo interactivo de la asociación EE-recaídas

Este modelo contempla las reacciones del paciente y de sus cuidadores como reacciones frente al estrés en un intento de afrontarlo. Así, implícitamente reconoce el papel de dos variables moduladoras: las interpretaciones que cada actor hace de las conductas del otro y las estrategias de afrontamiento que cada uno puede desarrollar.

Así, las interpretaciones positivas de las conductas del otro pueden reducir la posibilidad de una interacción negativa, del mismo modo que unas mejores estrategias de afrontamiento incrementan las probabilidades de un resultado más positivo de la interacción. Dentro de este modelo, los estresantes ambientales actuarían simultáneamente sobre ambos actores.

Este modelo en la esquizofrenia debe contemplar otra variable: la vulnerabilidad biológica que presenta al menos una de las dos partes. Es un factor que induce síntomas psicóticos más que ansiosos, depresivos o psicosomáticos, siendo

esperable que altos niveles de vulnerabilidad biológica pudieran producir síntomas incluso cuando el nivel de estrés ambiental es bajo.

Dentro de este modelo, los síntomas y las conductas de los pacientes son una consecuencia de factores ambientales (EE incluida) y factores biológicos. El efecto de los acontecimientos vitales se modula por la interpretación que el paciente hace de ellos y por sus habilidades y eficacia para afrontarlos (Bandura, 1982).

Esta capacidad de afrontamiento viene influenciada tanto por el estrés emocional que el paciente experimenta ante el estresor, como por el trastorno biológico (p.ej. los déficits de procesamiento de la información o las alucinaciones que pueden conducir a una interpretación delirante del estresor).

Las respuestas de los cuidadores también representan un intento de afrontar el estrés. Cuando las conductas del paciente son potencialmente autodestructivas o peligrosas para los demás, los cuidadores hacen intentos para controlar la conducta o minimizar sus consecuencias. Cuando la conducta es altamente disruptiva, el esfuerzo para reducir sus efectos negativos puede ser considerable e interferir en otras actividades del cuidador, produciendo una carga extrema (Fadden y cols, 1987). Las reacciones del cuidador se modularían por las interpretaciones de la conducta del paciente y por la capacidad de afrontamiento del cuidador. Así, algunas de las respuestas del cuidador pueden basarse en malos entendidos sobre la causa de las conductas del paciente (p. ej. apatía interpretada como desidia), por lo que una información adecuada puede reducir los niveles de EE. En otras ocasiones, las conductas del paciente son bien interpretadas, pero el cuidador es incapaz de contener sus propias reacciones. Estas reacciones pueden venir mediadas por factores culturales sobre lo que es o no tolerable, la actitud que debe tener el cuidador, etc.

Cuando los intentos de afrontar las conductas del paciente son percibidos por éste como críticas o intrusivas, ambos actores pueden entrar en un círculo vicioso que se retroalimenta, no sólo por un empeoramiento sintomático sino también por actitudes más hostiles del paciente.

Este círculo vicioso puede ser interrumpido por diversos factores, como los aumentos de la medicación, los ingresos hospitalarios, etc. Sin embargo, el estilo de interacción puede resurgir posteriormente ante un nuevo estresor en tanto paciente o familiar no hayan resuelto satisfactoriamente el conflicto.

Los acontecimientos positivos, tales como el apoyo social, las intervenciones psicosociales, mejorías sintomáticas por nuevos tratamientos, acontecimientos vitales positivos, etc. pueden influir también favorablemente sobre la interacción.

C.5.3.-¿Cómo puede influir el clima emocional familiar en un fenómeno biológico como las recaídas?

La percepción de los sentimientos negativos en los familiares próximos puede jugar un papel importante en cómo los estresantes externos afectan a los pacientes esquizofrénicos.

Por una parte y, a pesar de la creencia extendida de que los déficits cognitivos de la esquizofrenia hacen que el sujeto perciba menos las emociones de los demás, Scafuzca y cols (2001) encontraron que las percepciones de los pacientes, con independencia de su gravedad clínica, se correlacionaban altamente con la crítica y la hostilidad de los familiares medida mediante el CFI, siendo esta correlación significativa en el momento del ingreso y debilitándose en la evaluación realizada 9 meses después. De igual modo, Lebell y cols (1993) encontraron que las actitudes y

emociones hacia ellos percibidas por los pacientes en sus familiares, tenían una alta correlación con las actitudes hacia el enfermo reconocidas por los propios progenitores.

Nuevamente, habría que enmarcar dentro de un proceso interaccional recíproco esta correspondencia entre las actitudes familiares y la percepción que de ellas tiene el paciente ya que, por ejemplo, los pacientes más hostiles y suspicaces podrían tener una peor visión de los familiares y, a su vez, la convivencia con un paciente de estas características resultaría más difícil para los familiares lo que les generaría actitudes más negativas (Lebell y cols, 1993).

Con respecto a la relación de las percepciones del paciente con las recaídas, Kopelovicz y cols (2002) encontraron que, en inmigrantes hispanos estadounidenses, el mejor predictor de recaídas no era la existencia objetiva de crítica en los familiares, sino el que los pacientes percibieran esta actitud crítica en los padres. En el mismo sentido, pero en pacientes anglosajones, tanto Scott y cols (1993) como Lebell y cols (1993) encontraron que el factor que más influía en la probabilidad de recaídas era la percepción que los pacientes tuvieran de cómo eran vistos por sus familiares, del mismo modo que el contacto frecuente con familiares percibidos como benignos protegía de las recaídas. Así, los pacientes con un peor curso evolutivo son aquellos cuyos familiares y ellos mismos tienen una visión recíproca más negativa (Scott y cols, 1993), mientras que los pacientes con percepciones positivas de sus familiares tienen un mejor pronóstico (Lebell y cols, 1993), lo que es consistente con que la percepción que el paciente tiene de las actitudes familiares es la que predice las recaídas.

Para conectar este hecho con los mecanismos bioquímicos que desencadenan las recaídas psicóticas, debemos remitirnos a los experimentos ya aludidos de Turpin y cols (1988) y de Tarrier (1989), en los que demostraron que las reacciones fisiológicas del paciente están influenciadas por la EE del cuidador. En consecuencia y, dado que el

hecho conocido de que los pacientes esquizofrénicos son altamente sensibles al estrés, autores como Hooley y Gotlib (2000) han sugerido que el estrés de interactuar con un familiar crítico o intrusivo podría exacerbar y disrregular el eje hipotálamo-hipofisario y disparar así una hiperproducción de cortisol, la cual podría incrementar la disrregulación en los sistemas dopaminérgico y glutamatérgico y, en consecuencia, hacer más difícil que se estabilizaran los síntomas psicóticos o incluso conducir a un recaída.

C.5.4.- Contribución de las subescalas a la asociación entre AEE y recaídas.

Respecto al poder predictivo de recaídas de las subescalas por separado, hay cuatro estudios que intentan determinarlo para la EOI y la crítica (Barrelet et al, 1990; Stirling et al 1993; King y Dixon, 1999; Marom y cols 2002). La crítica se ha demostrado mejor predictor de recidivas que la EE global en los estudios de Marom y cols 2002, Vaughan y cols, 1992 y Barrelet y cols 1990, en los que no se encuentra relación de la EOI con la mayoría de las variables examinadas.

Dado que a lo largo de este apartado se ha hablado extensamente sobre la contribución de cada subescala en la precipitación de recidivas, no vamos a volver nuevamente sobre ello, para centrarnos en la posible contribución en la protección de recidivas.

C.5.4.1- Subescalas protectoras en la asociación entre EE y recidivas

La investigación sobre el afecto ha sido menor que sobre otras subescalas, a pesar de que en el trabajo pionero de Brown (1972) ya se encontró una asociación entre los niveles de afecto y el curso: los niveles altos de afecto predecían un mejor pronóstico en el grupo de BEE. No obstante, como el afecto añadía poco al valor

predictivo de la EE global fue desestimado y, posiblemente esto hizo que investigadores posteriores no le prestaran suficiente atención.

Sin embargo, parece que fue una exclusión prematura. Desde diversos estudios de réplica de la EE en medios culturales no anglosajones se ha reivindicado el papel protector del afecto sobre las recaídas. Por ejemplo, López y cols (1999) han encontrado que para los inmigrantes hispanos en California a diferencia de sus conciudadanos anglosajones, no es la crítica sino la pérdida de afecto la que predice las recaídas, lo que han justificado por la diferencia cultural sobre la importancia de los lazos familiares. Por este y otros motivos similares, diversos autores han criticado la aplicación automática de los criterios anglosajones sobre la EE a realidades culturales y sociales diferentes. En este contexto, no sólo se ha reivindicado el papel protector de recaídas del afecto sino también de las actitudes positivas hacia el paciente que pueden estar enmascaradas bajo el término de la EOI, basándose en un hallazgo que también aparecía ya en el trabajo de Brown y cols (1972): los niveles bajos de afecto suelen ir acompañados de crítica alta y altos niveles de afecto suelen acompañarse de EOI.

Así, diversos estudios han demostrado que los pacientes tienen menos tendencia a recaer en familias con niveles altos en afecto (Bertrando y cols., 1992; Ivanovic y cols, 1994; López y cols, 1999), sobre todo en los casos en que el nivel de EE familiar es bajo.

Esta protección activa del afecto sobre la tasa de recaídas interactuaría también con el tiempo de contacto cara a cara. El elevado tiempo de contacto ha sido considerado tradicionalmente como un factor favorecedor de recaídas independientemente de los niveles de EE. Sin embargo, se ha encontrado que en hogares donde el afecto es alto, el alto tiempo de contacto actuaría reduciendo la probabilidad de recaídas (Bebbington y Kuipers, 1994; Ivanovic y cols, 1994).

Ante estos y otros hallazgos similares, Kavanagh (1992) afirma que la subescala del afecto es la mayor aproximación a la medida del apoyo contemplada dentro del constructo de la expresividad emocional.

Así, el afecto se diferenciaría de la sobreimplicación en que se trataría de un apoyo no invasivo. Es decir, el afecto representaría un apoyo en respuesta a la demanda del paciente o un apoyo ofrecido sin imposición. Esta asistencia tendría el objetivo de ayudar al paciente en alcanzar sus objetivos o desarrollar sus habilidades. La concepción del afecto como apoyo no invasivo explicaría las mayores tasas de afecto encontradas en las parejas o en los pacientes que conservan su actividad laboral (Bentsen y cols, 1998) que han sido expuestas ya en esta tesis, así como la relación del afecto con mejores niveles de funcionamiento premórbido del paciente (Bentsen y cols, 1998) mientras que los peores niveles de funcionamiento premórbido se asociarían con la sobreimplicación emocional (Brown y cols, 1972; Miklovitz y cols, 1983).

Más controvertido que el papel del afecto es el de la sobreimplicación emocional. King (2000) plantea que bajo la subescala de la EOI pueden agruparse actitudes con consecuencias tan diversas como las recaídas (King y Dixon, 1999) o el mayor apoyo social (King y Dixon, 1995).

En el trabajo de Bertrando y cols (1992), como en el ya mencionado de Brown, encontraron también que muchos familiares de alta EOI eran altos en afecto. Por otro lado, observaron que mientras que los familiares de AEE con bajos niveles de afecto eran los que más recaían, los de AEE con altos niveles de afecto no recaían en absoluto. Esto les llevó a postular que existían dos tipos de familiares sobreimplicados emocionalmente en función de la presencia del afecto: *sobreimplicados afectuosos*, sin gran control sobre emociones, pero que comprendían y se identificaban con el paciente, apoyándolo y "neutralizando" los síntomas en múltiples circunstancias, por lo que lo

protegían así de las recidivas y los *sobreimplicados fríos*, con menor repercusión emocional al tener menos comprensión por el paciente, por lo que, en lugar de facilitarle la solución a sus problemas, los aumentarían, empeorando así la clínica.

En sintonía con este enfoque Rosenfarb y cols (1995) encontraron que los padres de AEE hacen más intentos por apoyar a sus hijos que los de BEE. Una posible explicación a este hallazgo la habían aportado previamente Leff y Vaughn (1980), quienes llegaron a afirmar que se podían producir niveles bajos de EE debido a la indiferencia afectiva del familiar ante las conductas o problemas del paciente, lo que podría conllevar que éste fuera más vulnerable a los acontecimientos vitales. Con esta misma perspectiva y, volviendo a la contribución de la EOI, King (2000) considera que la alta EOI predice mejor el ajuste social y una menor hostilidad y falta de cooperación en el paciente, así como un estilo de apoyo mayor por parte de los padres.

Van Os y cols (2001) plantean que algunos rasgos de la EE, como la EOI no serían marcadores de una interacción familiar disfuncional sino que representarían intentos de los cuidadores de afrontar el cuidado del paciente, llegando a proponer en el título de su artículo que la EOI puede ser el marcador que indique una familia preocupada por el cuidado del paciente. Para formular esta hipótesis, se basa en que en su estudio, los familiares más sobreimplicados estaban más activamente implicados en el cuidado del paciente cuanto mayor número de episodios de enfermedad hubiera padecido. Así, como Schreiber y cols (1995) propone que, mientras que la crítica sería un rasgo paterno, la EOI sería una respuesta emocional familiar como consecuencia de las características de la enfermedad del paciente, cuyo componente conductual conllevaría altos niveles de implicación en el cuidado del enfermo.

Van Os y cols consideran justificado la interpretación negativa de la crítica, a la que sí encuentran claramente asociada a las recaídas, no así la de la alta EOI, que

estaría más relacionada con características de la diada paciente-familiar: *por parte del paciente* a no abusar de tóxicos, a menos conductas agresivas, a más síntomas ansiosodepresivos (Bentsen y cols, 1996) y al peor funcionamiento social (Ivanovic y cols, 1994; Mavreas y cols, 1992); *por parte del familiar* al género, a la carga y al tiempo de contacto cara a cara (Bentsen y cols, 1996).

En este sentido, en el estudio de revisión de Bebbington y Kuipers, de un total de 21 estudios de seguimiento anglófonos, sólo 9 informaban de una asociación entre EOI y recaídas y de estos la asociación sólo era significativa en dos (Moline y cols, 1985; Ivanovic y cols, 1994). Por ello, autores como Van Os o Suzanne King, dado que la EOI no parece ser un predictor de recaída psicótica, han invitado a reconsiderar la inclusión de la EOI en un constructo que tiene connotaciones implícitas negativas sobre el pronóstico de la enfermedad.

Antes de concluir este apartado, resulta obligado hacer al menos una alusión a la subescala de "**comentarios positivos**". Como se ha visto por la ausencia de referencias a esta subescala a lo largo de toda esta exposición, poco puede decirse al respecto. Ningún trabajo se ha detenido a estudiarlos y son escasos los estudios que siquiera incluyen los datos obtenidos referentes a esta subescala. Como curiosidad, la realización de una búsqueda en MEDLINE de los términos "positive remarks" o "comentarios positivos", arroja sólo 13 artículos (11 de ellos sobre la esquizofrenia), el último de ellos realizado en 1987. Ninguno de estos artículos les dedica una atención especial, apareciendo mencionados de forma tangencial en el "abstract".

D.- PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN FAMILIAR EN LA ESQUIZOFRENIA

Simultáneamente a los estudios de réplica de la asociación entre EE y recidivas, surgieron a partir de la década de los 80 varios programas de intervención sobre familiares de pacientes esquizofrénicos. El objetivo de estas intervenciones era comprobar si se conseguía reducir el número de recidivas a corto y medio plazo mediante la modificación de las características del clima emocional familiar consideradas como favorecedoras de las reagudizaciones.

Estos programas han sido denominados genéricamente con el término "psicoeducativos" (Anderson y Adams, 1996), término que refleja más una forma de aproximación que un modelo concreto y que alude a intervenciones que incluyen tanto materiales didácticos como otros elementos terapéuticos encaminados a reducir el estrés familiar.

Existen diversos factores que han condicionado que haya un **interés** creciente en integrar estas intervenciones en el tratamiento rutinario de la esquizofrenia:

- La asociación demostrada entre EE familiar y recidivas.
- La terapia familiar es la más extensamente estudiada de todas las intervenciones psicosociales y la que ha demostrado que produce beneficios en un mayor número de áreas (Bustillo y cols, 2001; Pilling y cols, 2002^{a y b}).
- La consolidación de la perspectiva de la Psiquiatría Comunitaria sobre la familia como un sistema de apoyo natural disponible y comprometido en la recuperación funcional del paciente. Como ya se ha comentado este enfoque cobra especial importancia en nuestro país ante la falta de recursos intermedios que obliga a la familia a

constituirse en el principal (y en muchos casos exclusivo) recurso rehabilitador.

- El auge del movimiento asociacionista y, en concreto, de las asociaciones de familiares de enfermos mentales, que reclaman un mayor apoyo y participación en el cuidado de sus enfermos, así como una mayor calidad de los tratamientos y colaboración para combatir la estigmatización que sufren.

Las intervenciones psicosociales familiares tienen diversos **objetivos comunes** que, según la revisión de la Biblioteca Cochrane (Pharoah y cols, 2004), se resumen en:

- La construcción de una alianza terapéutica con los cuidadores del paciente esquizofrénico.
- La reducción del clima emocional familiar mediante la reducción del estrés y de la carga en los familiares.
- Estimular la capacidad de los familiares para anticipar y resolver problemas.
- Disminuir las expresiones de angustia y de culpa en los familiares.
- Ajustar las expectativas familiares sobre la capacidad funcional del paciente a sus posibilidades reales.
- Reforzar a los familiares a fijar y mantener límites razonables al mismo tiempo que a establecer cierto distanciamiento cuando se necesite.
- Producir un cambio adecuado en las conductas y sistemas de creencias de los familiares.

Para lograr estos objetivos, los diferentes programas de IF parten de una serie de **principios comunes**:

- Asumen la esquizofrenia como una enfermedad de origen biológico.
- La familia no se considera implicada etiológicamente, poniéndose el acento en la carga que supone la convivencia con el esquizofrénico.
- La familia se busca como aliada en la rehabilitación.
- Se ofertan como parte de un paquete de medidas terapéuticas conjuntamente con el tratamiento neuroléptico y el manejo ambulatorio.
- Combinan una proporción variable de información/educación, resolución de problemas y apoyo con enfoques más o menos estructurados.
- Parten de un modelo interactivo de la información y abandonan un papel directivo para trabajar la idea de que hay un problema.

También parten de unos **ingredientes terapéuticos comunes** aunque en diversas proporciones y combinaciones. Los elementos más frecuentemente utilizados son la psicoeducación, la adquisición de habilidades en comunicación, las estrategias de resolución de problemas, el apoyo familiar y el manejo de situaciones de crisis.

Los **aspectos en los que difieren** son el tipo de abordaje unifamiliar o grupal, el lugar donde se realizan, la inclusión o no del paciente en las sesiones, la duración del tratamiento, la periodicidad de las sesiones, la fase de la enfermedad en la que se encuentra el paciente cuando se realiza la intervención y el coste (Anderson y Adams, 1996).

Goldstein (1995) y Pitschel-walz y cols (2001) realizaron revisiones y **clasificaciones** de las distintas IF, que podemos resumir de esta forma:

- IF Unifamiliares: Goldstein y cols, 1978; Falloon y cols, 1982; Tarrier y cols, 1988; Hogarty y cols, 1991 ; Randolph y cols, 1994.
- IF unifamiliar y grupos de familiares: Leff y cols, 1982.
- IF Multifamiliar: Mc Farlane y cols, 1995^{a y b}
- IF grupal: Leff y cols, 1990; Posner y cols, 1992; Bäuml, 1996.
- Lecturas educativas a familiares: Smith y Birchwood, 1987; Tarrier y cols, 1988; Canive y cols, 1993.
- Grupos de orientación y consejo a familiares: Vaughan y cols, 1992; Szmukler y cols, 1996; Buchkremer y cols, 1997.
- Terapia de grupo para familiares: Köttgen y cols, 1984; Lewandowski y Buchkremer, 1988.
- Grupos paralelos de pacientes y familiares: Kissling, 1994.

Sobre la base de los estudios de eficacia de los diferentes formatos de IF, sabemos que la principal característica que determina la utilidad de estos programas consiste en que se basen exclusivamente en la administración a los familiares de material didáctico sobre la esquizofrenia o que además incluyan otra serie de módulos basados en diversas estrategias para reducir el estrés. Los primeros suelen desarrollarse con un número escaso de sesiones durante un período breve mientras que los segundos tienen un mayor número de sesiones y son más prolongados en el tiempo. En función de esta perspectiva vamos a clasificarlos en 2 grupos: programas psicoeducativos breves y programas de IF propiamente dichos.

D.1.- PROGRAMAS PSICOEDUCATIVOS BREVES.

Brown y cols en 1972 fueron los primeros en sugerir que la AEE podía ser debida a la falta de conocimientos sobre la enfermedad: las familias de AEE tendían a atribuir los síntomas (especialmente los negativos) a la personalidad y no a una enfermedad. Estas mismas tesis fueron refrendadas posteriormente por Mc Gill y cols (1983) y Berkowitz y cols (1984).

Leff y Vaughn en 1985 también apuntaron que los AEE tendían a pensar que los pacientes tenían cierto control sobre sus síntomas, mientras que BEE creían más en la enfermedad como causa de su comportamiento y que por tanto tenían poco control sobre los síntomas.

Barrowclough y cols (1996) estudiaron la relación entre el clima emocional familiar y sus creencias acerca de la enfermedad, encontrando que el mayor criticismo se asociaba cuando se consideraba al familiar responsable de los síntomas, pero no encontraban esta asociación cuando se atribuían a la enfermedad.

Harrison y cols, en 1998, encontraron en un análisis de regresión tres variables que predecían la crítica hacia los pacientes: el predominio de síntomas negativos, el bajo nivel de conocimientos sobre la enfermedad y la atribución de los síntomas negativos a la personalidad del paciente y no a la enfermedad. En el apartado correspondiente ya hemos visto los diversos estudios que consideran a la EE como consecuencia del sistema atribucional de los cuidadores sobre la enfermedad.

Con esta base teórica, se desarrollaron diversos programas psicoeducativos breves, de contenido exclusivamente didáctico, en la esperanza de que ofreciendo información a la familia se atenuaría la actitud crítica hacia el paciente. Leff llegó a elaborar un inventario de los objetivos que debían pretender estos programas,

fundamentalmente consistentes en que se entiendan los síntomas y conductas como características de un trastorno mental conocido, que se logre la aceptación del riesgo de recidivas y la necesidad de medicación para controlar tanto los síntomas como el riesgo de recidivas, que faciliten la identificación de los síntomas de alerta de recaída particulares de cada paciente y que ayuden a distinguir personalidad de trastorno.

Sin embargo, diversos estudios han demostrado que las sesiones educativas aisladas son un componente necesario pero no suficiente para producir cambios. Si bien es cierto que facilitan el entendimiento del estado del paciente y la adherencia al tratamiento farmacológico, no son capaces de producir cambios en las estrategias inadecuadas de manejo ni de reducir la tasa de recidivas (Smith y Birchwood, 1987; Montero y cols, 1990; Lam, 1991; Vaughn y cols, 1992; Cañive y cols, 1993; Szmukler y cols, 1996; Solomon y cols, 1996; Merinder y cols, 1999; Stengard, 2003).

En este sentido, destaca la revisión realizada por Lam en 1991 sobre seis programas psicoeducativos, encontrando que aunque todos conseguían proporcionar un mayor conocimiento de la enfermedad, ninguno conseguía un impacto suficiente en la reducción de recidivas.

En la misma línea, Montero y cols. estudiaron en 1990 el impacto de un programa psicoeducativo aislado sobre pacientes recién dados de alta hospitalaria. Aunque produjo tanto una mejora significativa del nivel de conocimientos y de las actitudes de los familiares, como una reducción significativa de los comentarios críticos hacia el paciente, esto no fue suficiente para reducir el nivel global de la EE, ni hubo beneficio sobre la carga psicológica del familiar clave, el ajuste social ni la clínica del paciente.

También la revisión de Cozolino y Goldstein de 1988 demostraba que el psicoeducativo aislado, además de ser incapaz de modificar la interacción familiar, la

carga del cuidador, los proyectos de futuro ni el tiempo de contacto cara a cara, no era siquiera capaz de garantizar el mantenimiento en el tiempo de los conocimientos adquiridos sobre la enfermedad.

Además, un programa psicoeducativo breve puede incluso no ser eficaz para modificar los conocimientos de la enfermedad si no se realiza de forma precoz, pues cuanto mayor tiempo de evolución lleve el paciente, el sistema de creencias familiar puede haber tenido más tiempo para fijarse y puede resultar más difícil cambiarlo (Budd y Hughes, 1997, Dixon y cols, 2000).

Finalmente, Pekkala y Merinder (2002) han realizado para la Biblioteca Cochrane un metaanálisis de los resultados de 10 estudios sobre programas psicoeducativos que sólo encontró beneficio en la reducción del riesgo de recaídas en los 18 meses siguientes a su administración, no encontrando ningún efecto significativo sobre el resto de variables estudiadas. Aun así, concluyen afirmando el interés de estos programas dado el efecto positivo en la prevención de recidivas y su escaso coste adicional sobre el manejo tradicional. Hay que señalar que este metaanálisis tiene importantes limitaciones derivadas del escaso número de estudios analizados, de los reducidos tamaños muestrales en estos trabajos y de la heterogeneidad tanto de los psicoeducativos administrados como de las variables de resultado analizadas en cada uno de ellos. En cualquier caso, la pobreza de sus resultados contrasta con los mayores beneficios obtenidos habitualmente con la realización de intervenciones familiares más complejas, lo que nuevamente apunta a la insuficiencia de los programas psicoeducativos breves.

D.2.- PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN FAMILIAR.

Desde la década de los 80 se han desarrollado diversos programas de intervención familiar que intentan modificar el clima emocional en las familias de pacientes esquizofrénicos.

Sus objetivos son, tanto convertir la emoción expresada de una manera intensa y perjudicial en una emoción expresada de manera suave y útil, como enseñar a los familiares algunas de las estrategias clave de la asistencia y la rehabilitación efectivas, para reducir así el impacto del estrés generado por el ambiente sobre los individuos con vulnerabilidad biológica y, al mismo tiempo, facilitar el funcionalismo social de éstos (Falloon, 2003). Con este objetivo, en estos programas, además del psicoeducativo se administran paquetes terapéuticos más o menos complejos y estructurados, entre los que se encuentran módulos de resolución de problemas, habilidades sociales y/o habilidades de comunicación.

Según Leff (2000), se pueden distinguir tres generaciones diferentes de estudios sobre las terapias de intervención familiar según se orienten a valorar la eficacia de las intervenciones en la mejoría del curso de la enfermedad, la efectividad en la práctica clínica habitual o bien la eficiencia entre distintos tipos de abordaje.

D.2.1.-Eficacia de las intervenciones

Dentro de este grupo, cabría distinguir a su vez otras dos subgrupos de estudios: una primera generación de estudios que comparan la eficacia de las terapias de intervención familiar respecto del manejo habitual (Leff y cols, 1982, 1985; Falloon y cols 1982, 1985; Rund y cols, 1994; Telles y cols, 1995; Nugter y cols, 1997; Tomaras y cols, 2000; Muela y Godoy, 2001) y una segunda que compara la eficacia entre

distintas intervenciones (Hogarty y cols, 1986, 1997; Tarrier y cols, 1988, 1989; Leff y cols, 1990; Mc Farlane y cols, 1995; Buchkremer y cols 1991, 1997; Linszen y cols 1996; Schooler y cols, 1997).

Las intervenciones familiares, administradas conjuntamente con el tratamiento neuroléptico, se han mostrado más eficaces en la prevención de recaídas que el manejo ambulatorio tradicional. Diversos estudios han demostrado que las intervenciones familiares reducen la tasa de recaídas entre un 20 y un 50 % en el primer año y que este efecto que se mantiene al menos durante los 12-18 meses posteriores a la finalización de la terapia (Smith y Birchwood, 1987; Tarrier y cols , 1989; Falloon y cols, 1990; Bellack y Mueser, 1993; Dixon y Lehman, 1995; Goldstein, 1995; Penn y Mueser, 1996; Dixon y Adams, 2000; Bellack y Brown, 2001; Pilling y cols, 2002).

Respecto al efecto de las intervenciones sobre la tasa de recaídas, Mari y Streiner (1994) observaron que los estudios más recientes mostraban efectos menores que los iniciales, por lo que hipotetizaron que esta disminución del efecto se debía al menor entusiasmo o carisma de los terapeutas que han continuado las intervenciones respecto de aquellos que las crearon. Sin embargo, Pilling y cols (2002) lo han justificado en otra serie de razones: el incremento de los estudios sobre abordajes grupales que, según estos autores, son menos eficaces en la prevención de recaídas; la reducción del tamaño del efecto del grupo experimental al compararlo cada vez más con otro tipo de terapias activas así como la mejoría en los últimos años del tratamiento rutinario de la esquizofrenia, que hace más difícil demostrar la superioridad de cualquier nuevo tratamiento, tanto farmacológico como psicológico, sobre los ya existentes.

De todas formas, cabe destacar que, en toda la amplia literatura dedicada al tema, hay escasos estudios en los que no se alcanza la significación estadística (p.ej. Buchkremer, 1991, 1997) y sólo hay un trabajo (Telles y cols. 1995) en el que

aparezcan "efectos perjudiciales de la intervención", es decir, en la que el grupo intervenido sufre más recaídas que el control. Incluso en este trabajo, los propios autores atribuyeron este hallazgo a factores socioculturales ya que, directamente y sin realizar ninguna adaptación, se aplicó un programa anglosajón a una población de inmigrantes hispanos.

A pesar de toda la literatura sobre el tema, el mecanismo por el que las intervenciones reducen las recaídas no está aclarado. Es posible que no se trate de un único mecanismo sino de la interacción de diversos elementos terapéuticos como la comprensión de las conductas del paciente, la mejor cumplimentación del tratamiento farmacológico, la detección precoz de las recaídas, el aprendizaje de técnicas de afrontamiento del estrés o de resolución de problemas, la disminución del contacto cara a cara, la mejor utilización de los recursos sociales, la desestigmatización y desculpabilización, la reducción de la EE familiar e, incluso, Pitschel-Walz y cols (2001) han apuntado la posibilidad de que se deba simplemente a que la mayor atención proporcionada al paciente sea en sí misma terapéutica. Así, hacen falta estudios que comparen las diferentes combinaciones de los componentes de las intervenciones para poder determinar cuáles son sus ingredientes activos y sus distintos efectos.

En cualquier caso, el efecto de las IF en la reducción de las recaídas psicóticas está ampliamente demostrado. Magliano y cols (2005), agrupando los datos de diversos trabajos (Dixon y Lehman, 1995; Falloon y cols, 2003; Pharoah y cols, 2004) obtienen unas cifras ilustrativas del efecto de la IF en la reducción de recaídas: en pacientes cuyas familias habían recibido una intervención familiar, la tasa de recaídas al cabo de 1 año oscila entre el 6 y el 12 % en comparación con el 41- 53 % observado en los controles con tratamiento convencional mientras que, al cabo de 2 años, las tasas son del 17- 40 % en comparación con el 66-83 % de los controles. Estos datos pueden

resumirse en que las intervenciones familiares reducen en cuatro veces la tasa de recidivas de los pacientes al cabo de un año y en dos veces esta tasa al cabo de los 2 años.

Se ha demostrado que los beneficios de la intervención se mantienen por tanto tiempo como dure su realización siempre que no se introduzcan modificaciones importantes en el abordaje terapéutico a lo largo del período de estudio (Falloon y cols, 2003). Respecto a la duración de sus efectos una vez concluida, Hogarty y cols (1986) observaron un exceso de recaídas que interpretaron por el aumento del estrés asociado a la finalización. Sin embargo, los efectos beneficiosos se mantuvieron por un período de 2 años, observándose una ventaja del 23 % en la reducción de recaídas respecto al grupo control.

Lamentablemente, la mayoría de estos estudios se han realizado en condiciones experimentales y con períodos de seguimiento cortos, de entre 9 y 24 meses. Los resultados de estudios como el aludido de Hogarty (1986) sugieren que los beneficios de las intervenciones se mantienen hasta 2 años, pero más allá de este plazo sólo hay 3 estudios que sigan a sus muestras por un período superior: Tarrier y cols, 1994; Hornung y cols, 1999 y Lenior y cols, 2001. En el seguimiento de 5 años de Tarrier y cols. se mantuvo la disminución de la EE y la tasa de recidivas en el grupo intervenido. Hornung y cols. también aprecian resultados mejores y duraderos al realizar intervenciones familiares. Sin embargo, Lenior y cols en 2001, también en un seguimiento a 5 años, no encuentran diferencias significativas en el curso de la enfermedad, aunque los pacientes requirieron menores períodos de estancia en establecimientos psiquiátricos, lo que se atribuyó a un mejor manejo familiar debido a las intervenciones. Nuestro grupo ha concluido recientemente un estudio de seguimiento de una cohorte a la que se le había realizado cinco años atrás una intervención familiar

de 12 meses de duración, encontrando que los efectos beneficiosos sobre la tasa de recaídas logrados durante la intervención, se van perdiendo progresivamente una vez finaliza el programa terapéutico (Masanet y cols, en prensa).

Hasta el momento no se han realizado estudios que determinen cómo prolongar los efectos beneficiosos de la intervención una vez concluida ésta. Así, autores como Vaughan y cols (1992) han sugerido que las intervenciones no evitan las recidivas sino que retrasan su aparición, por lo que cuanto más dure la intervención habrá menores tasas. Por su parte, autores como Hogarty y cols (1997) o Bellack y Mueser (1993), han propuesto que, dado que los efectos beneficiosos tienden a disminuir con el tiempo una vez se interrumpe el tratamiento, debieran mantenerse de forma prolongada como ocurre con el tratamiento antipsicótico. En la misma línea, otros autores consideran que, al igual que ocurre en todos los problemas de salud importantes, el tratamiento de tipo global debe continuarse hasta que desaparezcan todas las alteraciones y formas de incapacidad residuales, de manera que a partir de ese momento se pudiera realizar el control de recidivas mediante la detección precoz de los signos de alerta y aplicando entonces una terapia de recuerdo, (Linszen y cols, 2001, Falloon y cols, 2003).

Las intervenciones familiares no sólo se han demostrado eficaces en disminuir la tasa de recidivas y rehospitalizaciones, sino también eficaces sobre otros objetivos terapéuticos (Falloon, 2003; Pharoah y cols, 2004). Así, diversos autores han encontrado efectos beneficiosos sobre la sintomatología residual (Falloon y cols, 1985), la carga y morbilidad psiquiátrica experimentada por los familiares (Barrowclough, 1990; Xiong y cols 1994; Mc Farlane y cols, 1996; Falloon y cols, 2004), los conocimientos de la enfermedad de los familiares (Lacruz y cols 1999), el ajuste social del paciente (Falloon 1985; Brooker y cols 1992; Xiong y cols. 1994; Rund y cols 1994;

Montero y cols, 2001; Falloon y cols, 2004; Magliano y cols, 2005) y sobre la cumplimentación del tratamiento farmacológico (TARRIER y cols, 1988). Incluso algunos autores han sugerido que podrían posibilitar el control clínico con menores dosis de antipsicóticos (Schooler y cols, 1997; Montero y cols, 2001), si bien el trabajo de Wiedemann y cols (2001) concluye que las intervenciones no compensan los efectos de un tratamiento farmacológico a bajas dosis.

Además, hay pocos trabajos que hayan prestado atención a los beneficios de las IF sobre variables referentes a los familiares, como la morbilidad psicológica, el apoyo social o la vivencia del cuidador (Smuzkler y cols, 2003), la satisfacción con la intervención (Merinder y cols, 1999) o el bienestar y la calidad de vida (Shi y cols, 2000). Salvo el estudio sobre la calidad de vida, de difícil generalización, en el que sí encuentran mejoría en las familias intervenidas respecto al grupo control, el resto de estudios no han encontrado diferencias significativas. Sin embargo, la escasez de los datos no permite descartar estos beneficios que, teóricamente, son esperables con este tipo de terapia.

Dentro de las IF, se han desarrollado diferentes formatos de intervención que difieren en aspectos como los módulos que se aplican, el marco de realización de la terapia (en el ambulatorio o en el domicilio), la duración o si se realiza a un a familia o a un grupo.

La mayoría de los estudios que han comparado formatos de intervención lo han hecho entre aquellos que incluyen a pacientes y familiares como una unidad familiar (a los que en adelante nos vamos a referir como "unifamiliares") y los que están destinados a grupos de familiares en los que se excluye al paciente (a los que en adelante nos vamos a referir como "grupales").

La estrategia "unifamiliar" procede de la terapia cognitivo-conductual y persigue el objetivo de incrementar la eficiencia en la solución de los problemas del paciente así como su sistema de apoyo social para que le permita alcanzar de forma activa sus objetivos vitales personales (Falloon y cols, 1984). La estrategia "grupal" persigue la formación de los familiares que realizan la asistencia en las técnicas de reducción del estrés y en el incremento de la aceptación de los comportamientos asociados con los síntomas positivos y negativos (Leff y Vaughn, 1985; Anderson y cols, 1986).

El planteamiento de ambas estrategias es importante, ya que parte de concepciones diferentes de la naturaleza y curso de la enfermedad. Los unifamiliares parten de la idea de que el paciente puede asumir determinadas responsabilidades respecto del manejo de la enfermedad y que las modificaciones en la conducta de los familiares pueden ejercer un efecto favorable en su evolución, mientras que los que sólo aceptan grupos de familiares se basan en asumir implícitamente a la esquizofrenia como una enfermedad crónica donde los familiares pueden ser ayudados para manejar la situación lo mejor posible.

Algunos autores han afirmado que el formato unifamiliar es más eficaz que el grupal en la prevención de recidivas (Vaughan y cols, 1992; Kuipers y cols, 1999; Pilling y cols, 2002). Sin embargo, en la mayoría de la literatura existente no se han demostrado diferencias significativas entre ninguno de estos formatos alternativos en cuanto a la principal variable de resultado estudiada: la reducción de recidivas. Los abordajes grupales, sin embargo, al tener un mayor efecto en el aislamiento social y el estigma de los familiares podrían ser mejores sobre variables del familiar como la carga, la satisfacción o el bienestar psicológico. Por tanto, dado que no todas las formas de intervención familiar son iguales, los efectos beneficiosos sobre otras variables de resultado pueden ser diferentes. Por el mismo motivo, el perfil de determinadas

subpoblaciones de pacientes o familiares puede condicionar la idoneidad de uno u otro formato.

De hecho, la revisión de Bustillo y cols (2001) sobre las diversas intervenciones psicosociales existentes, concluye que, si bien todas las intervenciones psicosociales son eficaces respecto a los objetivos para los que fueron diseñadas, las intervenciones familiares son las que producen más beneficio en un número más amplio de variables de resultado.

D.2.2.- Efectividad de las intervenciones

Los resultados de diversos estudios realizados han sido en general positivos (Brooker y cols, 1992; Mingyan y cols, 1993; Xiong y cols, 1994; Xiang y cols 1994; Zhang y cols, 1994; Randolph y cols, 1994; Mc Farlane y cols, 1996; Zhang y cols, 1998; Montero y cols, 2001, Ran y cols, 2003), tanto en la reducción de la tasa de recidivas como en otras variables de funcionamiento del paciente. Únicamente el trabajo de Mc Readie de 1991 no se alcanzó ninguna mejoría significativa, si bien en este trabajo destaca la altas tasa de abandonos.

Merece la pena detenernos en los resultados del proyecto cooperativo internacional Optimal Treatment Project (O.T.P.), en el que desde 1994 han iniciado su participación más de 80 centros en 20 países y cuya finalidad es promocionar el uso sistemático en los trastornos esquizofrénicos de las estrategias terapéuticas basadas en la evidencia. Recientemente han publicado los resultados de 2 años de seguimiento de 603 pacientes, en los que se obtienen mejorías significativas en la clínica de los pacientes (mejoría del 48 %), la dificultad social de éstos (mejoría del 53 %) y del estrés percibido por los familiares (mejoría del 63 %), respecto del grupo control (mejorías del

21 %, 16 % y 15 %, respectivamente), mostrando además una recuperación más rápida y completa que los pacientes asignados al tratamiento convencional. Estos datos confirman que las estrategias terapéuticas basadas en la evidencia permiten obtener un efecto beneficioso cuando se aplican de forma sistemática a individuos afectados de esquizofrenia (Falloon y cols, 2004).

A pesar de las amplias pruebas sobre su eficacia, los programas son escasamente implementados, existiendo un abismo entre lo que sería la mejor práctica clínica y la práctica habitual. La escasa integración de estos tratamientos junto a la farmacoterapia genera un problema ético que no sólo radica en que se está privando a los pacientes del mejor tratamiento disponible que conocemos para su trastorno (algo que sería impensable en otras especialidades médicas distintas de la Psiquiatría) sino que se está desoyendo la demanda generalizada de más información y apoyo por parte de las familias, que se sienten desbordadas ante el papel que se les ha obligado a asumir como único recurso comunitario.

Así, aunque las familias refieren necesitar información y apoyo, sólo una minoría recibe educación familiar por los profesionales sanitarios. Según Lehman y cols (1998^a y 1998^b) y Dixon y cols (1999^a), en Estados Unidos sólo el 30 % de los familiares reciben información, consejo y apoyo por parte de los clínicos responsables del paciente y tan sólo el 8 % una Intervención Familiar. En Europa, en un estudio multicéntrico realizado por Magliano y cols (1998), la proporción de familias que habían recibido en algún momento alguna forma de intervención psicoeducativa osciló entre el 0 % y el 15 %, siendo las tasas menores las de la Europa Mediterránea.

La World Schizophrenia Fellowship (1997) realizó un inventario de las posibles causas para la escasa implantación de estas terapias: el estigma de la enfermedad mental hace que desde la administración no se le conceda importancia (y,

frecuentemente que los propios familiares no ejerzan ante la administración la misma presión que otros colectivos en la reivindicación de su asistencia); los conflictos en las relaciones paciente-familia, la diversidad de modelos de intervención familiar, el entrenamiento inadecuado de los terapeutas, los costos inmediatos y los problemas estructurales de los sistemas de salud.

Sin embargo, en un estudio reciente de Magliano y cols (2005) sufragado por la Comunidad Europea, las dificultades para la implementación de la intervención señaladas por los profesionales fueron debidas fundamentalmente a la estructura de los servicios: sobrecarga de trabajo, dificultades organizativas o de disponibilidad de tiempo para integrar la realización de la intervención familiar con otras obligaciones laborales, así como la resistencia o el escepticismo de los compañeros para derivar pacientes. En cambio, las dificultades inherentes a la aplicación de la intervención en sí misma, fueron mejorando progresivamente con el tiempo así como la seguridad de los terapeutas en su capacidad para realizar la intervención, su confianza en sus resultados y la percepción de sus ventajas sobre el abordaje convencional, tanto a nivel clínico como a nivel de la relación con familiares y pacientes.

La falta de apoyo del resto de profesionales no sólo puede dificultar la realización de las intervenciones sino también reducir su efectividad. Vaughan y cols (1992), atribuyeron en parte el alto índice de no cumplimentación en su intervención a la falta de colaboración y coordinación desde el equipo clínico que manejaba al paciente, por lo que concluyeron que utilizar una intervención que no se responsabiliza del manejo del paciente o que no enlaza con los servicios es inefectivo, subrayando la importancia de que sea un único terapeuta quien realice el tratamiento integral del paciente o, al menos, que se garantice una coordinación y comunicación fluida con el psiquiatra responsable del paciente.

Esta resistencia de los psiquiatras encargados del paciente también se ha evidenciado en el estudio de la O.T.P. (Falloon y cols, 2004). Por una parte, esta resistencia de los psiquiatras puede venir por su formación teórica, que les puede hacerse cuestionar la utilidad en la esquizofrenia de unas intervenciones de orientación cognitivo-conductual. Por otra parte, sobre todo en Europa existe una tradicionalmente una concepción de la Medicina basada en la relación exclusiva entre médico y paciente que puede chocar con los planteamientos tanto de extender a la familia en el proceso terapéutico como de permitir que otro profesional intervenga en el tratamiento del paciente, lo que es vivido como fuente de posibles interferencias.

Resistencias aparte, diversos autores consideran que la principal dificultad para los terapeutas interesados sea compatibilizar la realización de estas técnicas con su rutina laboral habitual (Kavanagh, 1992; Wright, 1997; Dixon y cols, 1999^b) al no estar contemplada su realización desde la administración sanitaria.

Otro problema frecuentemente invocado es la dificultad de los profesionales para acceder a formación en estas terapias. En nuestra experiencia (Bellver y cols. 1998), la realización de un curso de entrenamiento en un formato de terapia unifamiliar y domiciliaria, no conllevó la realización de las terapias una vez los profesionales regresaron a su marco asistencial habitual, a pesar de que el curso había sido bien valorado por los participantes y que se habían intentado controlar previamente las interferencias previsibles. Los profesionales justificaron el no haber iniciado las terapias por no poder compatibilizarlas con su ritmo asistencial habitual. Lamentablemente, como comenta Hogarty (2003), quizás todos los problemas expuestos hasta ahora puedan resumirse en uno: la ausencia de una financiación específica para las terapias psicosociales.

Finalmente, Falloon y cols (2004) han observado en su estudio multicéntrico una disminución de la efectividad de las intervenciones debida a la reducción de los métodos mediante el uso bien de una sólo parte del programa de intervención, generalmente el componente educativo o bien de fragmentos del programa adaptados a las necesidades personales del terapeuta, desvirtuando el contenido de la intervención y sus posibles efectos. En nuestra experiencia, en la implementación de las intervenciones que siguieron a la realización de un curso sobre intervención familiar (Bellver y cols, 1998, comunicación en el III Congreso Nacional de Psiquiatría), la frecuente transformación del programa original por los participantes se debió sólo ocasionalmente a la necesidad bienintencionada de adaptar el contenido del programa a las exigencias del ritmo asistencial habitual. Con más frecuencia, se basó en la concepción de las psicoterapias como una forma menor de tratamiento en la que "todo vale", incluida la mutilación idiosincrática de su estructura y contenido al servicio de las necesidades subjetivas del terapeuta en cada sesión.

En cualquier caso, utilizando las palabras del propio Falloon, "estos problemas son comunes a la mayoría de los avances que se realizan en la práctica clínica y que no tienen carácter comercial".

Hay que remarcar que no sólo hay dificultades desde el lado de los profesionales para la realización de las intervenciones, sino que son las propias familias son las que las rechazan con una frecuencia de entre un 7 y un 21 % de los casos o la abandonan una vez iniciada en un porcentaje de entre un 7 y un 24 % (Tarrier y cols, 1991).

Estos porcentajes obtenidos en estudios de investigación se incrementan cuando se aplican en el marco clínico habitual. Así, en el trabajo ya aludido de

Magliano y cols (2005), un 32 % de familias rechazaron la intervención, justificando en proporciones similares su rechazo en el escepticismo sobre sus efectos, en el mal estado de los pacientes y en la incompatibilidad con su horario laboral. Una vez iniciada, un 15 % de pacientes la abandonaron, justificándose en la pérdida de interés, el empeoramiento clínico del paciente y en problemas de salud de los familiares.

Leff y cols (1989) han propuesto como estrategia para reducir los abandonos que al menos las sesiones iniciales se realicen en el domicilio familiar. El trabajo de Montero y cols (1999) también encontró una tasa de abandonos significativamente menor para un abordaje unifamiliar realizado en el domicilio comparado con un abordaje grupal realizado en la Unidad de Salud Mental. En este mismo trabajo se encontró que los abandonos se asociaban con la mayor edad del paciente, el antecedente de mayor número de ingresos hospitalarios, la convivencia en familias de pocos miembros y el menor grado de conocimientos sobre la esquizofrenia del familiar clave. Con respecto a los abandonos, Pilling y cols (2002) han sugerido que debiera estudiarse el efecto sobre ellos de la frecuencia y duración de las intervenciones, ya que probablemente la frecuencia semanal puede ser vivida por la familia como más intrusiva que la mensual.

Como conclusión de este apartado, vamos a recoger las recomendaciones del grupo PORT (Schizophrenia Patient Outcomes Research Team) para llevar la mejor práctica clínica al tratamiento de la esquizofrenia:

1. A los pacientes que tengan contacto habitual con sus familias debe ofrecérseles una intervención psicosocial que dure al menos 9 meses y que proporcione una combinación de educación sobre la enfermedad, apoyo familiar, intervención en crisis y entrenamiento en resolución de problemas.

2. Las intervenciones familiares no deben restringirse sólo a aquellos pacientes cuyas familias sean de AEE.
3. No deben utilizarse las intervenciones familiares que se basen en la premisa de que la disfunción familiar es causa del trastorno esquizofrénico.

D.2.3.- Eficiencia de las intervenciones

Durante años, sólo han existido tres estudios que abordaran la eficiencia de las intervenciones familiares. El primero de ellos fue el de Cardin y cols (1985), quienes estudiando costes directos e indirectos encontraron que el coste total de la intervención familiar en 1 año de tratamiento es un 19 % menor que el tratamiento tradicional. En el segundo (Tarrier y cols, 1991), estudiando costes directos encontraron un ahorro del 27 % por paciente a pesar del coste extra de tiempo del terapeuta. Finalmente, el estudio en China de Xiong y cols (1994), poco generalizable pero orientativo, en el que encontraron un ahorro de 170 dólares por paciente respecto al manejo habitual.

Estos estudios coincidían en que las intervenciones eran coste-efectivas a expensas de la disminución del gasto en número y duración de las hospitalizaciones. Este efecto de la intervención sobre la tasa de ingresos no es nada desdeñable ya que, según el trabajo de Knapp (2000), el gasto de hospitalización representa de media entre uno y dos tercios del gasto total que genera la atención sanitaria a la esquizofrenia en los países desarrollados.

Sin embargo, esta escasez de estudios de coste-efectividad ha limitado la defensa habitual frente a los gestores sanitarios de la necesidad de ofertar estas terapias en la práctica clínica habitual. Los gestores parecían considerarlas excesivamente

costosas, lo que no deja de ser sorprendente cuando el único gasto que puede atribuírseles es el del tiempo de dedicación del terapeuta.

Afortunadamente, en el año 2005 se han publicado los resultados del programa CHOICE de la Organización Mundial de la Salud, cuyo objetivo ha sido la obtención de pruebas sobre la rentabilidad económica de un elevado número de formas de intervención relativas a los factores contribuyentes de las enfermedades mentales, en una amplia gama de contextos geográficos y epidemiológicos de todo el mundo (Chisholm, 2005). Para lograr este objetivo ha utilizado el sistema DALY utilizado por el departamento financiero de la OMS. El término DALY (= años de vida ajustados por discapacidad) alude a un parámetro cronológico que resume la salud de la población combinando los años perdidos a causa del fallecimiento prematuro y los años vividos con discapacidad.

Con respecto a la esquizofrenia, este informe encuentra que las intervenciones farmacológicas no reducen la incidencia ni la duración de la enfermedad hasta el punto de establecer una diferencia en el funcionamiento cotidiano de los pacientes tratados. Así, cuando se utilizan únicamente antipsicóticos, hay una mejoría del 25% en comparación con la ausencia de tratamiento mientras que si se añade un tratamiento psicosocial complementario al farmacoterapéutico se produce una mejoría cercana al 45 % medida en DALYs.

Así, en este informe de la OMS se afirma que la adición de un tratamiento psicosocial a la farmacoterapia induce un efecto beneficioso mucho mayor que el cambio desde los antipsicóticos antiguos a los nuevos. Además, el cambio de los antipsicóticos clásicos por los atípicos en el conjunto total de intervenciones incrementa los costes en un 100- 200 % mientras que la ganancia en salud sólo aumenta en un 23-32 %.

Por lo tanto, acaba concluyendo que la estrategia económicamente más rentable para evitar los problemas asociados a las psicosis debe ser una intervención combinada de antipsicóticos y una terapia psicosocial complementaria aplicado a través de un modelo de servicio ambulatorio comunitario. Además, subraya que la necesidad de este abordaje combinado es aún más evidente en los países en vías de desarrollo, donde el elevado coste de los antipsicóticos atípicos hace cuestionable su eficiencia mientras que el coste adicional relativamente modesto del tratamiento psicosocial complementario permite obtener una ganancia de salud significativa, de manera que la aplicación de una estrategia combinada tiene una rentabilidad económica mayor que la aplicación de la farmacoterapia como tratamiento único.

Aun con estos resultados claramente favorables a la integración de las terapias psicosociales, el propio informe reconoce que el sistema DALY no es capaz de determinar plenamente todas las consecuencias negativas de la esquizofrenia sobre la vida familiar y la capacidad de llevar una vida productiva, por lo que los beneficios aportados por la integración de estas terapias podrían ser aún mayores.

Falloon en su revisión de las intervenciones familiares realizada en 2003, no encuentra que ninguno de los estudios realizados que han incluido análisis de costes hayan evidenciado que la integración del abordaje familiar eleve los costes del servicio sino que, al contrario, suponen un ahorro.

Dado que el único gasto que generan las intervenciones lo comporta el tiempo de dedicación del terapeuta y que no se ha demostrado que un formato de intervención sea superior a otro, en principio cabría suponer que las intervenciones grupales son las más coste-efectivas al atender un solo terapeuta a un número mayor de familias. Sin embargo, el mayor número de abandonos en las intervenciones grupales (Leff y cols, 1989) o el mayor beneficio de los formatos unifamiliares sobre otras variables de

resultado como el ajuste social, la mejoría clínica y la dosis de antipsicóticos (Montero y cols, 2001), no puede afirmarse a priori que las intervenciones grupales sean las más eficientes. Además el coste adicional para los miembros de las familias es mínimo en el abordaje unifamiliar, tanto por el ahorro en desplazamientos como por realizarse abordajes flexibles que evitan la pérdida de horas de trabajo.

D.2.4.-Indicaciones de las intervenciones

Como ya se ha ido comentando, una cuestión no resuelta es la indicación de los diferentes modelos de intervención, es decir, si hay unos superiores a otros y si determinados perfiles de pacientes pueden beneficiarse más de un determinado formato.

Goldstein y colaboradores (1995) propusieron que en un primer episodio psicótico estaría más indicada una intervención centrada en el paciente y su familia, es decir, un formato unifamiliar. Mc Farlane (1995), en cambio, obtiene mejores resultados en pacientes crónicos con un abordaje multifamiliar. El trabajo de Montero y cols de 2003 orienta a que los pacientes con menor tiempo de evolución se beneficiarían más de un abordaje unifamiliar mientras que los más crónicos se beneficiarían más del grupal.

La intervención familiar es la más eficaz, la de más amplios beneficios y la más extensamente estudiada de las intervenciones psicosociales. Sin embargo, existen otras técnicas como el manejo asertivo comunitario, el entrenamiento en habilidades sociales, la terapia cognitivo-conductual para la rehabilitación cognitiva o para los síntomas productivos así como los programas de empleo protegido, que se han mostrado también eficaces sobre los objetivos para los que han sido diseñadas (Bustillo y cols, 2001). Respecto a las estrategias de formación para el desempeño social y laboral, Hogarty y cols (1986) han encontrado que aportan un beneficio añadido cuando se integran con las intervenciones familiares, si bien en ausencia éstas tienen un efecto limitado.

Es previsible y deseable que en el futuro se establezca la indicación de alguna de estas intervenciones (o de un conjunto de ellas) en función de las necesidades del paciente y su familia.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Analizar si los cambios en los niveles de la EE asociados a la realización de una intervención familiar reducen el riesgo de recaídas a corto y medio plazo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar si una intervención familiar de duración limitada es capaz de reducir el nivel de EE del familiar clave.
2. Comprobar si los cambios en la EE detectados tras la intervención familiar se mantienen en el tiempo.
3. Determinar qué componentes de la EE son más sensibles al cambio.
4. Analizar si la realización de una intervención familiar psicoeducativa de orientación cognitivo-conductual en dos formatos terapéuticos distintos se asocia a perfiles diferentes de EE en el cuidador principal en función del tipo de abordaje.
5. Analizar si la realización de una intervención familiar psicoeducativa de orientación cognitivo-conductual en dos formatos terapéuticos distintos se asocia a diferentes tasas de recidivas tras finalizar la terapia.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

1. Describir el perfil de la EE en una cohorte de familiares de pacientes esquizofrénicos remitidos a un programa de intervención familiar.
2. Analizar si los perfiles de EE se asocian a variables clínicas o sociodemográficas.

MATERIAL Y MÉTODO

A.- DISEÑO

Los artículos que conforman esta tesis son parte de un proyecto de investigación más amplio que pretende analizar y comparar la efectividad a corto y largo plazo, en el marco sanitario público, de dos abordajes distintos de intervención familiar (IF) de tipo psicoeducativo: una terapia familiar centrada en la unidad familiar (TFC) y un programa de grupos de familiares (GF).

En el marco de este estudio y dado que las variables recopiladas así lo permitían, se consideró interesante analizar en mayor profundidad la interacción entre la EE y las recidivas, tanto transversal como longitudinalmente. Las características de esta asociación entre las dos principales variables de resultado de los estudios de intervención, a pesar de su importancia teórica y las previsibles implicaciones clínicas, no se encontraba a nuestro juicio suficientemente estudiada en la literatura, sobre todo en lo referente a su comportamiento a largo plazo tras una intervención familiar.

En todos los casos se llevaron a cabo tres valoraciones: una inicial antes de la asignación aleatoria, otra inmediatamente tras concluir la IF y una valoración final a los 5 años del término de la intervención. Tanto las variables como los instrumentos utilizados en las tres valoraciones fueron idénticos. El estudio fue aprobado por el comité de investigación de la Universitat de València.

Las IF se ofrecieron como parte del tratamiento habitual en el Sistema de Salud público del Área 4 de València, que en el momento de inicio del estudio atendía a una población de aproximadamente 133.080 habitantes (93.346 de ellos entre 15 y 64 años). En esta Área, el tratamiento habitual de los pacientes esquizofrénicos se basa en visitas regulares con el psiquiatra responsable del paciente dentro de las cuales se supervisa y

ajusta la medicación, siendo el contacto entre familias y clínicos infrecuente e informal. El Área dispone de una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica con 18 camas en el Hospital Clínico Universitario y tres Centros de Salud Mental. En uno de ellos, el CSM de la Malvarrosa, fue donde se llevaron a cabo en nuestro estudio las intervenciones familiares de marco ambulatorio. En el período de realización del estudio no se disponía de recursos para realizar tratamientos rehabilitadores como hospitales de día, centros de reinserción sociolaboral, centros de día, unidades de media estancia, pisos tutelados o programas de empleo protegido.

B.- MUESTRA

Los casos que componen la muestra son todas aquellos pacientes y sus familiares clave (definidos como aquel familiar que se encarga principalmente del cuidado del paciente o el que más tiempo pasa con éste) que, cumpliendo los criterios de inclusión, fueron remitidos al Programa de Intervención Familiar por los psiquiatras que prestaban asistencia en cualquiera de los servicios psiquiátricos del Área durante el período comprendido entre Junio de 1992 y Abril de 1997.

B.1.- Criterios de inclusión:

- 1.- Diagnóstico de esquizofrenia, Trastorno esquizofreniforme o Trastorno esquizoafectivo según criterios DSM-III-TR (American Psychiatric Association, 1987).
- 2.- Edad comprendida entre 15 y 45 años
- 3.- Haber presentado una reagudización sintomática o un primer episodio de la enfermedad en los 6 meses previos con o sin ingreso psiquiátrico y que se encuentre en fase de remisión y con capacidad de asimilar las sesiones.

4.- Convivencia con, al menos, un familiar directo, como mínimo durante los tres meses anteriores al primer contacto y tener la intención de continuar haciéndolo durante los 12 meses que dura el estudio.

Para que la muestra fuera representativa de la clínica diaria no se excluyó a los pacientes con diagnóstico principal de trastorno esquizofrénico o esquizoafectivo en los que existiera comorbilidad con una enfermedad médica o con consumo perjudicial de sustancias, siempre que este consumo no cumpliera criterios de dependencia. No hubo ningún criterio de exclusión referido a los familiares.

B.2.- Descripción de la muestra

La muestra se compone de 87 pacientes y sus familiares clave, remitidos al programa de forma consecutiva por sus psiquiatras. De éstos, 46 fueron asignados aleatoriamente al abordaje domiciliario y 41 al grupal. La asignación fue realizada por un investigador de una institución independiente (la Universidad Miguel Hernández de Alicante), utilizando una tabla de números aleatorios, quien remitía sobres sellados que contenían los números randomizados.

Antes de continuar con la descripción de los familiares y pacientes, conviene señalar que, con la única finalidad de apoyar las afirmaciones que se realizan, hay varias menciones a instrumentos de medida que aún no han sido explicados. Estos instrumentos serán comentados en detalle más adelante, en el apartado específicamente dedicado a ellos.

B.2.1.- Pacientes

La muestra de pacientes se compone de 58 hombres y 29 mujeres con una edad media de 26,8 años. La mayoría estaban solteros (88,5 %), un 72 % de los pacientes

sólo tenía estudios primarios y el 82 % estaba inactivo laboralmente en el momento de su inclusión. La edad media de comienzo de la enfermedad fue de 21 años y el tiempo de evolución de la enfermedad de 5 años y medio. El 33 % de la muestra no había requerido ingresos previos y el 30 % de los pacientes había requerido con anterioridad dos o más ingresos, siendo la duración media de la estancia de 38 días para toda la muestra.

Todos los pacientes que fueron remitidos estaban diagnosticados de trastorno esquizofrénico. Al inicio de la intervención, casi todos los pacientes presentaban síntomas psicóticos positivos aunque de poca gravedad (medidos mediante el PAS, que arrojaba una puntuación global de 6.3, con un rango entre 3 y 15) y un ajuste social pobre (medido mediante el DAS-II, que arrojaba una puntuación global de 3.8). En cuanto a las dosis de medicación antipsicótica, el 90 % cumplimentaba el tratamiento, el 56 % llevaba dosis de mantenimiento menores o iguales a 500 mgrs. equivalentes de Clorpromazina al día y el 31 % tomaba dosis superiores.

B.2.2.- Familiares

En poco más de la mitad de los casos convivían tres o más familiares en el mismo domicilio y en un 66,7 % de la muestra el tiempo de contacto entre el paciente y la familia es mayor de 35 horas semanales.

La gran mayoría de los familiares clave eran mujeres (87,8 %), habitualmente las madres de los pacientes (82%), con una media de edad de 56 años (d.e.= 11,7) y más de la mitad sin trabajo remunerado (66,7%).

El 56.3 % de los familiares clave resultó ser de AEE. Los conocimientos de los familiares sobre la esquizofrenia eran escasos (medidos mediante el KASI, cuya media de puntuaciones totales fue de 14,2 (ds=3,8). La media de la puntuación en el

cuestionario GHQ de 28 ítems, que es una medida de la salud psíquica con la que pretendimos valorar la repercusión emocional en el cuidador, se situó por encima del punto de corte establecido en 5/6 (8,1; ds= 6,1).

C.- PROCEDIMIENTO

C.1.- ENTRENAMIENTO DE LOS TERAPEUTAS

En primer lugar, se realizó el entrenamiento del personal, tanto en la familiarización con los instrumentos de medida y valoración como en los programas de intervención familiar. Nuestro equipo consta de cinco psiquiatras y una enfermera especializada en psiquiatría, con experiencia en la clínica de los trastornos psicóticos y su manejo. Todos ellos fueron seleccionados según su interés en la integración de abordajes terapéuticos y participaron de forma voluntaria sin abandonar el resto de sus labores asistenciales.

La directora del equipo (I.M.) y una de las investigadoras (A.A.) recibieron formación específica sobre los dos formatos de intervención familiar psicoeducativa de base conductual que iban a ser estudiados. A su vez, ellas dos entrenaron al resto del grupo en ambas estrategias, en el contexto de las reuniones semanales del equipo.

La formación se inició con seminarios teóricos sobre la EE y su repercusión en el curso de la esquizofrenia junto con los estudios observacionales y de intervención en familias de esquizofrénicos. A continuación se pasó al entrenamiento en la intervención terapéutica a lo largo de dos meses con sesiones semanales de dos horas de duración siguiendo la guía didáctica desarrollada al efecto. Esta guía clínica incluye una explicación de las instrucciones de cada sesión y representación de la misma con técnicas de role-play entre los terapeutas. Además se utilizaron manuales, libros de

trabajo, videos y cintas magnetofónicas. Con respecto a los instrumentos de medida, la fiabilidad alcanzada entre entrevistadores fue > 0.90 .

Una vez terminado el entrenamiento, cada uno de los terapeutas comenzó con un caso que fue supervisado en las reuniones de equipo.

Las sesiones en el domicilio se realizaron fuera del horario de trabajo, con familias a veces muy numerosas. Esto supuso una carga importante para los terapeutas que hubo que manejar trabajando en equipo y facilitando la expresión de sus preocupaciones y sus sentimientos hacia las familias. De esta forma, además de ayudar al terapeuta se evitó que estos sentimientos negativos se vertieran en las familias durante las sesiones.

C.2.- RECLUTAMIENTO DE LA MUESTRA

A continuación se comenzó la recogida de casos contactando con todos los psiquiatras que prestaban asistencia clínica en el área, tanto para informar de la oferta terapéutica y sus beneficios esperados, como para solicitar la remisión de casos. El contacto fue tanto personal como por escrito, insistiendo en la remisión de todos los pacientes que cumplieran los criterios de inclusión y no sólo de aquellos que se consideraran de alto riesgo por tener familias de manejo complicado. Así mismo, debería ser el psiquiatra responsable del caso el que propusiera al paciente y a su familia la intervención y les informara sobre ella, ofreciéndola como una parte del tratamiento complementaria a la medicación. Se mantuvo comunicación de forma regular con los psiquiatras responsables durante el tiempo que duró la IF, de forma telefónica, personalmente o asistiendo éstos a algunas de las reuniones del equipo.

C.3.- VALORACIÓN INICIAL

Una vez la familia daba su consentimiento informado para participar en la intervención, el primer paso consistía en llevar a cabo la *Valoración inicial*. Para ello, se concertaba cita con el familiar clave para que acudiera al Centro de Salud Mental de la Malvarrosa. El psiquiatra que había remitido al paciente aportaba los datos clínicos y sociodemográficos que eran completados con la historia clínica del paciente y con la entrevista de valoración familiar. Toda esta información se recogía en una base de datos que contenía una selección de medidas estandarizadas junto a las puntuaciones obtenidas con los instrumentos de medida.

Conviene señalar que los terapeutas no tuvieron ninguna influencia en las decisiones de los clínicos sobre reingresos, valoración de recaída y de exacerbaciones clínicas, régimen de medicación, etc., por lo que pueden considerarse variables independientes.

C.3.1.- Variables sociodemográficas

- (a) *Sexo*: Los casos han sido clasificados de forma dicotómica según el sexo del paciente (hombre/ mujer)
- (b) *Edad*: Recogida en años, hace referencia a la edad del paciente en el momento de contacto con el equipo de IF.
- (c) *Estado civil*: Se clasifica a los pacientes en cuatro categorías: soltero, casado, separado/ divorciado y viudo.
- (d) *Composición familiar*: Distribuye a los pacientes en cinco grupos teniendo en cuenta únicamente a los familiares que conviven con el paciente a diario en la misma casa: convive sólo con el padre o la madre, con ambos padres,

además de padre y/o madre convive con hermanos, en pareja y otros (familiares de segundo grado o sólo con hermanos).

- (e) *Situación laboral*: Clasifica a los pacientes según se encuentren inactivos de forma permanente o transitoria o bien activos laboralmente. Se incluye que el paciente esté realizando estudios y también si se responsabilizaba de las tareas domésticas.

C.3.2.- Variables clínicas

- (a) *Diagnóstico*: Realizado por el psiquiatra encargado del caso siguiendo criterios DSM-III-R. En el diseño del estudio se consideraron tres categorías: esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme y trastorno esquizoafectivo.
- (b) *Tiempo de evolución*: años transcurridos desde el comienzo de la enfermedad. es un dato difícil de estimar ya que el comienzo en muchas ocasiones es insidioso. Ha sido un juicio clínico contrastado en todos los casos con los datos de la historia psiquiátrica y los obtenidos con la valoración del caso.
- (c) *Edad de inicio de la enfermedad*: Diferencia entre la edad del paciente y los años de evolución.
- (d) *Número de ingresos previos*: Recogidos en la historia clínica hasta la fecha de contacto y corroborados por el familiar.
- (e) *Días de estancia del último ingreso*: Obtenidos de la misma forma que el anterior. Se recoge agrupado en intervalos (de 0 a 15 días, de 15 a 30 días, de 1 a 3 meses y más de 3 meses).

C.3.3.- Variables de medición inicial y final.

C.3.3.1.- Variables referentes al paciente

- (a) *Gravedad clínica de los síntomas*: Medida de los síntomas psicóticos en el momento de la valoración inicial. Hemos utilizado el mismo instrumento que para medir las recidivas, el *Psychiatric Assessment Scale* (P.A.S.) de Kraviecka y cols., 1977.
- (b) *Medicación*: Se refiere a la dosis de medicación antipsicótica que lleva cada paciente en el momento de cada valoración. La cumplimentación del tratamiento con fármacos antipsicóticos se examinó con todas las fuentes de información disponibles. Posteriormente se calcularon las equivalencias de los distintos antipsicóticos en mgrs. de Clorpromazina (Kane y Marder, 1993).
- (c) *Ajuste social*: Se valora el grado de funcionamiento y adaptación social del paciente en los meses previos a la realización de la entrevista valorados por el familiar clave, en distintos aspectos del comportamiento general y del desempeño de roles. El instrumento utilizado fue el *Disability Assessment Schedule (DAS-II)*, O.M.S. Ginebra, 1985.
- (d) *Recaída*: Las recaídas se identificaron con el *Psychiatric Assessment Scale* (P.A.S.) de Kraviecka y cols., 1977 en su versión española (Pérez Fuster, 1986). Se aplicaron los criterios de Vaughn y cols (1984) para definir recaída.
- (e) *Reingreso*: Se ha considerado reingreso todas las admisiones en la sala de psiquiatría de un hospital, fueran o no motivadas por una recidiva sintomática.

C.3.3.2.- Variables referentes al familiar

- (a) *Expresividad emocional (EE)*: La medida de la emoción que expresa el familiar clave hacia el paciente y sus conductas fue valorada según los criterios de Leff y Vaughn (1976) por medio de la versión abreviada de la *Camberwell Family Interview (CFI)* en su versión española adaptada por Montero y Ruiz. Esta medida global surge de la valoración de cinco aspectos distintos de las conductas y actitudes que expresa el familiar a lo largo de la entrevista.
- (b) *Grado de repercusión en la salud del familiar clave*: Hace referencia al estado de salud general del familiar clave en el último mes comparado con su estado de salud habitual, medido mediante el *Cuestionario de Salud General de Goldberg, 1972 (GHQ)*. Con este instrumento hemos pretendido obtener un indicador de la repercusión sobre la salud general del cuidador de la convivencia con un paciente esquizofrénico.
- (c) *Nivel de conocimientos sobre la enfermedad*: Es una medida de los conocimientos que posee el familiar clave sobre diversos aspectos de la esquizofrenia en el momento de realizar la evaluación, obteniéndose mediante la entrevista *Knowledge About Schizophrenia Inventory (KASI)* de Barrowclough y cols (1987).

C.3.3.3.- Variables referentes a la intervención

- (a) *Tipo de intervención*: Hace referencia al tipo de intervención al que se asigna cada caso de forma aleatoria. Hay dos formatos de intervención: IF domiciliaria e IF en grupo.

(b) *Grado de cumplimentación con la IF*: Los casos se clasifican según el grado de cumplimentación con el programa en dos grupos:

- Completan la IF.
- Abandonan la IF, una vez evaluados y asignados: se considera así cuando no han cumplimentado más del 75 % de las sesiones, bien por rechazo a participar, por abandono de la intervención o por falta de suficiente asistencia.

Una vez concluida la valoración inicial, se procedía a abrir en presencia de un testigo el sobre con el resultado de la asignación aleatoria a uno de los dos abordajes, adjudicándose el caso a un terapeuta.

C.4.- VALORACIÓN TRAS FINALIZAR LA INTERVENCIÓN

Al cumplirse los 12 meses que duraba la intervención se llevó a cabo otra valoración, exactamente igual a la del inicio, para todos los casos que completaron el programa. No contamos con un evaluador independiente para estas evaluaciones, pero éstas siempre se realizaron a ciegas, sin conocimiento de las puntuaciones iniciales y por un miembro del equipo distinto de quien había realizado la intervención. Todos los casos fueron medidos con los mismos instrumentos, por el mismo equipo de personas y en las mismas condiciones con el fin de que no sesgar los resultados. El único caso especial fue el CFI, que siempre fue valorado por IM, al ser la única persona del equipo entrenada y con los índices de fiabilidad internacionalmente exigidos.

Una vez realizada la evaluación se emitieron informes, tanto para la familia como para el psiquiatra remitidor del caso, cuyo contenido consistía en el resumen de la IF, los objetivos planteados y los logros alcanzados.

Para los 35 casos que no cumplieron la IF hasta el final, se solicitó una valoración clínica al psiquiatra responsable del paciente en el momento que le correspondería haber terminado la IF. También se obtuvo información sobre las dosis de medicación, recidivas, reingresos y duración de éstos.

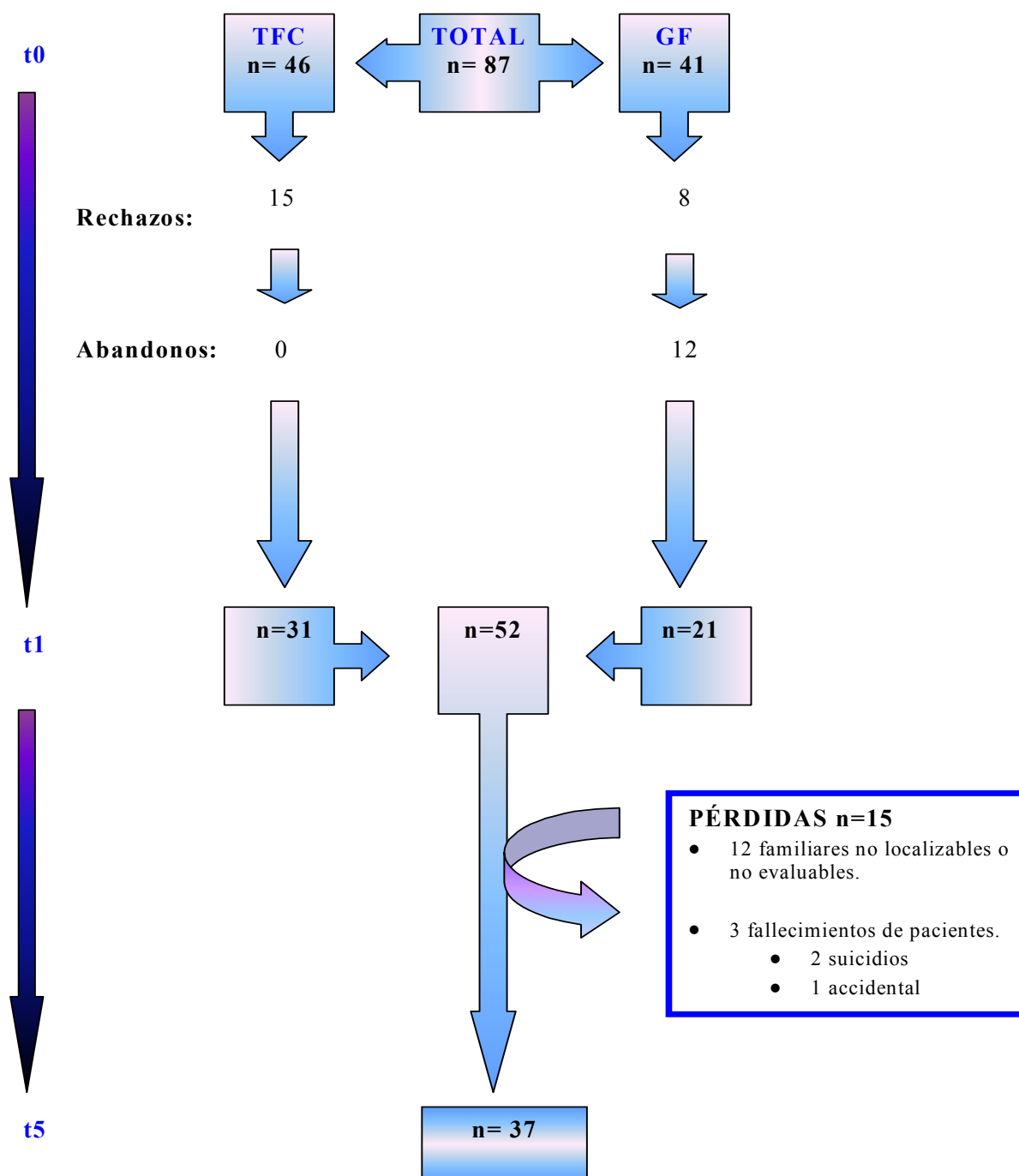
C.5.- VALORACIÓN FINAL

Transcurridos 5 años desde la finalización de la intervención, se contactó nuevamente con los mismos familiares clave participantes en las anteriores valoraciones para una última valoración. Se excluyeron 15 casos bien por no haberseles podido localizar tras tres intentos consecutivos, bien por haberse producido cambios en la figura del cuidador principal que imposibilitaban el análisis comparativo o bien por fallecimiento del paciente (1 accidental y 2 suicidios), además de excluirse los 35 casos mencionados en la valoración intermedia que habían acudido a menos del 75 % de las sesiones (**véase figura 1**).

A pesar de las pérdidas, las proporciones de las variables sociodemográficas se mantuvieron sin diferencias significativas durante todo el período de estudio.

Con los familiares que sí pudieron ser evaluados se realizaron de forma ciega idénticas pruebas y se recopilaban las mismas variables con idéntica categorización que en las dos valoraciones anteriores.

FIGURA 1: PÉRDIDAS EN EL SEGUIMIENTO



t0: Evaluación inicial.

t1: Evaluación tras finalizar la intervención.

t5: Evaluación tras cinco años de la conclusión de la intervención.

TFC: Intervención centrada en la unidad familiar.

GF: Intervención en grupo de familiares.

D.- INSTRUMENTOS DE MEDIDA

D.1.- PSYCHIATRIC ASSESSMENT SCALE (PAS)

Versión original: Krawiecka M, Goldberg D, Vaughn M: A standardized Psychiatric Assessment Scale for rating chronic psychotic patients. Acta Psychiatrica Scandinavica 1977, 55: 299-308.

Versión española: Pérez Fuster A, Ballester García M, Girón Jiménez M, Gómez Beneyto M. Fiabilidad y sensibilidad de la escala de evaluación psiquiátrica de Krawiecka. Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría 1989, 17 (2): 11-8.

Se trata de un instrumento de medida estandarizado que nos permite valorar la gravedad de los síntomas psicóticos. Además es sensible a los cambios y se pueden identificar las recidivas, definidas de forma operativa. De una escala de 8 ítems en el instrumento original, sólo tomamos los tres más significativos para valorar recidivas: alucinaciones, delirios y trastornos del lenguaje. Este instrumento mide la gravedad clínica de cada uno de estos tres parámetros en escalas de 5 puntos, proporcionando definiciones operativas para cada uno de ellos. Se ha añadido una puntuación máxima (6), que nos ha permitido identificar las recidivas en aquellos casos que tuvieran puntuaciones máximas en las tres escalas desde el comienzo. La escala es la siguiente:

1. Ausente
2. Leve
3. Moderado
4. Marcado
5. Severo
6. Muy grave

La puntuación global es la suma de las tres escalas y nos da una idea de la gravedad de los síntomas positivos en el momento de las valoraciones.

Para definir operativamente las recaídas se aplicaron los criterios de Vaughn y cols (1984), que consideran que un paciente ha recidivado si existe un incremento total de 3 puntos en una o más de las tres escalas, entendiendo que el paso de 1 a 2 no se incluye en el cómputo. Si el cambio se produce sólo en una de las escalas, se considera significativo aunque tenga un incremento de dos puntos, siempre que la puntuación sea 5 ó 6. Es decir, no se considera significativo si el paso es de 1 a 3 o de 2 a 4.

Esta valoración la realizaba el psiquiatra encargado del paciente, quien no formaba parte del equipo investigador, proporcionando así una valoración independiente.

D.2.- DISABILITY ASSESSMENT SCALE (DAS-II)

Versión original: World Health Organization: A procedure and schedule for the assessment of disability in patients with severe psychiatric disorders (WHO disability assessment schedule). WHO, Geneva, 1985.

Versión española: Montero I, Bonet A, Puche E, Gómez-Beneyto M. Adaptación española del DAS-II (Disability Assessment Schedule) Psiquis 1988, IX: 17-22.

Este instrumento estandarizado propuesto por la Organización Mundial de la Salud (1985) es uno de los pocos específicamente diseñados para valorar el ajuste social en pacientes esquizofrénicos, y se encuentra además traducido y adaptado al castellano, así como fiabilizado en su nueva versión por Montero y cols (1988). Se trata de una entrevista semiestructurada que se administra al familiar clave y que tiene en cuenta el

propio contexto social y cultural del paciente. Se basa en una estimación del entrevistador de las respuestas que da el familiar acerca de la conducta del paciente.

La entrevista original está subdividida en cinco apartados: comportamiento general, ejecución del rol social, comportamiento del paciente en el hospital, factores modificantes y una evaluación global. Hemos empleado las dos primeras escalas con sus correspondientes ítems y la última de evaluación global.

Ambas escalas contienen diversas subescalas que se valoran con un rango de puntuación entre 1 y 9, siendo 1 el ajuste excelente y el 9 el desajuste grave. Estas subescalas investigan las áreas de funcionamiento en cuidado personal, empleo del tiempo libre, enlentecimiento motor, comunicación, participación en la vida familiar, relaciones sexuales y de pareja, contactos fuera del hogar y fricciones, cumplimiento del trabajo, interés por encontrar trabajo, intereses e información y respuesta ante situaciones imprevistas.

La evaluación global es valorada por el entrevistador a partir de la información recogida sobre estas áreas en una escala de 5 puntos donde 1 es el máximo ajuste y 5 el mayor desajuste.

D.3.- CAMBERWELL FAMILY INTERVIEW (CFI)

Versión original: Brown G and Rutter M. The measurement of family activities and relationships. A methodological study. Human relations, 1966. Editorial Notice 241-63.

Versión abreviada: Vaughn C, Leff J. The measurement of expressed emotion in families of psychiatric patients. British Journal of Social and Clinical Psychology 1976, 15: 157-65.

Versión española: Centro de Salud Mental de Camarillo, California. Modificada por Montero I y Ruiz I (1992). La Entrevista familiar de Camberwell (CFI): Camberwell Family Interview Schedule. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 1992; 12: 199-202.

Como ya se ha visto en la introducción, se trata de una entrevista psiquiátrica semiestructurada que evalúa el clima emocional de la familia de pacientes con enfermedad mental crónica. Recoge información sobre acontecimientos y actividades y también acerca de los sentimientos y actitudes del familiar hacia las conductas del paciente. También se hace un cómputo del tiempo de contacto directo entre el paciente y los demás miembros de la familia. Toda la información hace referencia a los tres meses previos a la entrevista. La duración aproximada es de una hora y media y se lleva a cabo una grabación en cinta magnetofónica para su posterior valoración.

Las subescalas que componen la EE son las siguientes:

Comentarios críticos: Comentarios desfavorables sobre la conducta o sobre la personalidad del paciente emitidos con tono de voz crítico. Se hace un cómputo simple del número de estos comentarios.

Sobreimplicación emocional: Hace referencia a respuestas emocionales exageradas, identificación, conducta de autosacrificio y de entrega exageradas o conductas extremadamente sobreprotectoras que suponen un control psicológico o físico sobre una persona adulta. Se realiza una valoración global sobre las opiniones expresadas por el familiar,

puntuada en una escala de 6 puntos, en la que 6 representa la mayor sobreimplicación.

Hostilidad: Existencia de rechazo hacia el paciente y/o comentarios críticos que se generalizan a la persona como un todo. Se puntúa en una escala global de 4 puntos donde 0= ausencia de hostilidad, 1= hostilidad por generalización, 2= hostilidad por rechazo, 3= hostilidad por presencia de las dos.

Comentarios positivos: Se realiza un cómputo simple del número de comentarios que expresan aprobación o aprecio de una determinada conducta del paciente o de su personalidad.

Afecto: Se refiere al afecto que expresa el familiar clave hacia el paciente durante la entrevista, teniéndose en cuenta el tono de voz, la espontaneidad, la empatía y el grado de preocupación y de interés que demuestra hacia el paciente. Se puntúa de forma global en una escala de 6 puntos, en la que 6 representa el máximo afecto.

Se han seguido los criterios clásicos de puntuación según Vaughn y Leff (1986), considerando a un familiar como de alta EE si se obtienen 6 ó más comentarios críticos, puntúa 3 ó más en la escala de sobreimplicación emocional o está presente la hostilidad en cualquiera de sus formas.

Durante la entrevista también se evalúa el tiempo de contacto cara a cara mediante el cómputo de las horas semanales que pasan el paciente y el familiar en contacto directo.

Es necesario realizar un entrenamiento específico en la técnica de la entrevista en centros autorizados, tras el cual se exige que se alcancen unos niveles de fiabilidad interexaminadores (kappa) iguales o superiores a 0.85, tanto para las puntuaciones globales como para las escalas parciales. Para este trabajo, contábamos con una investigadora (IM) que había realizado este entrenamiento con la Dra. Vaughn, con las siguientes kappas: EE global 1.00, comentarios críticos 0.97, hostilidad 1.00, sobreimplicación emocional 1.00, comentarios positivos 0.87 y afecto 1.00.

D.4.- GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE, (GHQ).

Versión original: Goldberg D, Hillier V. A scaled revision of the General Health Questionnaire. Psychological Medicine 1972, 9: 139-46.

Versión española abreviada: Lobo A, Pérez-Echevarría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ 28) in a Spanish population. Psicol Med 1986, 16: 135-40.

Es un cuestionario autoaplicado que cumplimenta el familiar clave sobre su propio estado de salud en el último mes, comparado con el que tiene generalmente. Todas las preguntas hacen referencia al estado de salud general y hay que escoger una de entre cuatro alternativas. Se considera que da positivo si se obtiene una puntuación por encima de un punto de corte, que es 5/6. Pretende dar una aproximación de la repercusión que supone la convivencia con el paciente sobre la salud del familiar.

D.5.- KNOWLEDGE ABOUT SCHIZOPHRENIA INVENTORY (KASI)

Versión original: Barrowclough C, Tarrier N, Watts S, Vaughn C, Bamrah JS, Freeman HL. Assessing the functional value of relatives knowledge of schizophrenia. Br J Psychiatry 1987, 151: 1-8.

Traducido por: Montero y cols, 1992. Unidad de psiquiatría, Departamento de Medicina de la Universidad de Valencia.

Se trata de una entrevista semiestructurada que en nuestro trabajo se administra al familiar clave. Fue diseñada con el objetivo de valorar la información que poseen los familiares sobre la esquizofrenia y los efectos de estos conocimientos sobre la conducta del familiar. Las preguntas se expresan de forma simple, no penalizándose la ausencia de conocimientos técnicos o académicos. Como sucede con otros instrumentos similares abarca los diferentes aspectos de la enfermedad: diagnóstico, síntomas, etiología, curso y pronóstico, medicación y manejo. En cada uno de estos apartados se valora en una escala de 4 conocimientos al respecto:

1 (valor negativo): El familiar aporta información que puede llevar a acciones potencialmente perjudiciales en el manejo del paciente.

2 (valor neutral). El familiar conoce muy poco o nada sobre la esquizofrenia pero no aporta información que indique un manejo perjudicial del paciente.

3 (valor positivo). El familiar aporta información que potencialmente puede conllevar acciones beneficiosas en el manejo del paciente.

4 (valor positivo y además aporta información adicional correcta). Además de aportar información por encima de la puntuación 3, demuestra tener un conocimiento amplio del aspecto evaluado.

Lo más interesante de este instrumento es que además de que nos permite valorar los cambios en el nivel de información antes y después de la IF y también hace posible una valoración funcional en el sentido de que nos informa de si los conocimientos o las creencias del familiar sobre la enfermedad pueden perjudicar o beneficiar al paciente.

E.- LAS INTERVENCIONES

El enfoque de los dos programas que se comparan es común: los dos tienen en cuenta las dificultades de la familia en el manejo de uno de sus miembros que sufre una esquizofrenia, no consideran a la familia como enferma y ponen el acento en ayudar a los familiares a desarrollar estrategias de resolución de problemas cada vez más adecuadas y eficaces. De igual modo, las técnicas de orientación cognitivo-conductual utilizadas son las mismas.

Los dos programas empiezan por sesiones educativas iguales para ambos. En el centrado en la unidad familiar se imparten en el domicilio y en el grupal en el Centro de Salud Mental antes de la incorporación al grupo. A estas dos sesiones asiste toda la familia, incluido el paciente.

E.1.- SESIONES EDUCATIVAS

Este programa educativo está diseñado para corregir los errores sobre la atribución de los síntomas producidos por la falta de información sobre la naturaleza de la enfermedad que pueden estar provocando, al menos en parte, las actitudes críticas u hostiles hacia el paciente.

El programa educativo que hemos empleado es el diseñado por el profesor Ian Falloon, traducido al castellano y adaptado a nuestro medio, que proporciona una información estructurada sobre la enfermedad y el tratamiento. Se divide generalmente en dos sesiones, la primera dedicada a explicar la naturaleza de la enfermedad y la segunda al tratamiento, aunque se contempla que su número se extienda en función de las necesidades de la familia. En las sesiones se proporciona todo el material por escrito para que la familia lo pueda discutir y consultar cuando lo desee.

El primer paso consiste en decir el diagnóstico y el nombre de la enfermedad, al paciente y a la familia a la vez, dedicando tiempo para cerciorarnos de que todos los miembros de la familia entienden y saben lo mismo cuando hablamos de la esquizofrenia. A continuación se pasa de forma ordenada a considerar cada uno de los aspectos de la enfermedad: la sintomatología, haciendo especial énfasis en los síntomas deficitarios y la comprensión de los síntomas productivos, la etiología y los factores desencadenantes explicando el modelo de vulnerabilidad al estrés, el curso y pronóstico incidiendo sobre los planes de futuro y las expectativas hacia el paciente y, por último, el manejo tanto de las crisis como de los síntomas negativos. Se cuenta en todo momento con la participación del paciente para que relate sus propias experiencias y dificultades intentando que los familiares lo escuchen y comprendan. Así mismo se les anima a que manifiesten sus dudas intentando desculpabilizar y apoyar a la familia. En esta primera sesión se esbozan las bases de lo que se irá trabajando a lo largo de la intervención y se empiezan a abrir vías de comunicación entre los miembros de la familia acerca de la enfermedad. Al finalizar se confecciona un perfil de signos de alerta que les ayudará a identificar y prevenir precozmente posibles crisis futuras.

En la segunda sesión se discute el tratamiento. Se proporcionan nociones básicas sobre la forma de funcionar los fármacos antipsicóticos, sus efectos secundarios y

beneficios en la prevención de recaídas. Al finalizar se confecciona una lista de efectos secundarios que les permita identificarlos y diferenciarlos de otras posibles molestias no debidas a la medicación. Por otra parte, se insiste en el papel de la familia como protagonista del tratamiento evitando el estrés y utilizando estrategias de manejo adecuadas.

E.2.- PROGRAMA DE TERAPIA CENTRADO EN LA UNIDAD FAMILIAR (TFC).

Está basado en el programa de Falloon y cols. (1984) con algunas modificaciones para adaptarlo a nuestro medio cultural. Tiene como objetivos mejorar el manejo cotidiano de la enfermedad, facilitar el afrontamiento del estrés y aumentar la calidad de vida de la familia ayudando a cada uno de sus miembros a que alcancen sus propios objetivos y metas personales.

Consta de tres módulos: educativo, entrenamiento en habilidades de comunicación y resolución de problemas. Las sesiones tienen una hora de duración y su frecuencia es semanal los tres primeros meses, quincenal los tres siguientes y posteriormente mensual hasta completar los 12 meses que dura la IF. Existe una guía que especifica el contenido de cada sesión y aunque se trata de un programa estructurado, tiene grandes dosis de flexibilidad para poder adaptarse al ritmo y a las necesidades de cada familia. El terapeuta se desplaza al domicilio familiar y asisten todos los miembros de la familia que conviven en la misma vivienda y, ocasionalmente algún familiar cercano que tenga contacto a diario con el paciente aunque no viva en la misma casa.

Posteriormente el equipo permaneció disponible y accesible en el Centro de Salud Mental para una posible intervención en crisis, apoyo o simplemente refuerzo de

lo aprendido durante la IF, lo cual podía ser solicitado por la propia familia o por el clínico encargado del paciente.

Las técnicas incluyen en primer lugar una valoración del punto de partida de cada una de las habilidades que se intentan mejorar. A continuación hay una discusión con la familia acerca de por qué y cómo podrían llevarse a cabo estas habilidades de forma eficaz. Se empieza siempre preguntando a la familia qué piensan, dando feedback inmediato y animándoles. A continuación se les proporcionan instrucciones verbales y por escrito completando lo que se ha discutido. Vienen seguidas de ensayos de conducta con técnicas de rol-playing y modelado. Además se asignan tareas y se les insta a que realicen una reunión familiar semanal sin la presencia del terapeuta. Esta reunión tiene una estructura básica con un secretario y un moderador elegidos entre ellos cada semana y en las que se discuten temas propuestos por ellos mismos y les ayuda a adquirir independencia del terapeuta que, comienza siendo muy directivo pero que va siéndolo menos a medida la familia va adquiriendo confianza en sus capacidades. Al finalizar la IF la familia debería ser capaz de definir con claridad sus problemas y objetivos, llegar a soluciones por consenso, planificar su puesta en práctica y llevarlas a cabo, con una revisión posterior de los logros alcanzados y un análisis de las deficiencias.

E.3.- PROGRAMA DE TERAPIA EN GRUPO DE FAMILIARES (GF)

Este programa fue diseñado sobre la base de la investigación de la EE por Leff y cols (1982), pensando que uniendo familiares de alta y de baja EE, los primeros podrían aprender las estrategias de los de BEE. El objetivo de la IF sería reducir la crítica y la sobreimplicación, desarrollando estrategias para reducir el contacto cara a cara, a la vez que se intenta aumentar la red social de los familiares con el fin de combatir el

aislamiento. Además el terapeuta refuerza el papel primordial de la cumplimentación del tratamiento farmacológico.

La configuración es mucho menos estructurada que en el programa familiar domiciliario, con un mayor grado de improvisación según los temas que surjan en la reunión y de las respuestas de los familiares, sin que haya un programa preestablecido de sesiones. Sí que hay una línea de funcionamiento que es la exposición de problemas, el intercambio de opiniones y experiencias, la escucha atenta de los comentarios de los familiares y el refuerzo de todos los intentos de mejor manejo, así como de los logros. Todo esto en un ambiente relajado, que permita expresar cualquier problema o preocupación, sabiéndose escuchados comprendidos y apoyados.

Se inicia con dos sesiones educativas sobre la esquizofrenia para pacientes y familiares, individuales para cada familia y que se realiza en el centro sanitario. Las sesiones que siguen son sólo para los familiares y su fin es enseñar habilidades en resolución de problemas, reducir la crítica y la sobreimplicación, el tiempo de contacto con el paciente, ampliar las redes sociales y reducir las expectativas. Se trata de un grupo abierto en el que los nuevos familiares se incorporan cuando son referidos al programa, siempre después de las sesiones educativas. Generalmente realiza el programa un familiar por paciente, casi siempre la madre. La media de asistentes en cada sesión es de 8 a 10 y siempre había mezcla de familiares recién incorporados con otros más veteranos. Las sesiones duran 90 minutos y las llevan a cabo dos terapeutas, que proporcionan un modelo de buena comunicación y manejo de problemas en el contexto de una discusión calmada. Además se propicia un clima que permita a los familiares expresar y procesar sus emociones con el fin de reducir la soledad, los sentimientos de culpa y la estigmatización. La presión social del grupo ayuda a facilitar los cambios en las actitudes de manejo.

Los pacientes son excluidos por dos motivos: la expresión de los síntomas por parte del paciente puede dominar la discusión impidiendo a los participantes un buen rendimiento en el aprendizaje de las estrategias de manejo y, además el grupo es un buen medio para ventilar los sentimientos de rabia, hostilidad o frustración, que no podrían expresarse abiertamente delante del paciente o no sería conveniente que éste se expusiera a esta situación.

Hay que señalar que la mayoría de los miembros del grupo de familiares, una vez concluido el período de intervención, continuaron acudiendo a un grupo de apoyo con una frecuencia semanal.

F.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Los datos sobre las variables de curso que pudieron analizarse con independencia de la adherencia a la intervención (recaídas, reingresos, severidad de los síntomas, medicación) fueron analizados basándose en la intención de tratar, es decir, incluyendo a todos los pacientes evaluados aunque no hubieran completado la intervención familiar. El resto de las variables se analizaron en aquellos pacientes que completaron la IF. Sólo en el tercer artículo, el análisis de la muestra se restringió únicamente a los pacientes de los que se dispusieran de los datos completos de las tres evaluaciones y que hubieran cumplimentado más de un 75 % de las sesiones de terapia.

Los datos han sido analizados en los dos primeros trabajos mediante el programa EPI-info (Center for Disease Control, Atlanta y OMS, Ginebra) y Egret (1990). En el tercer trabajo se utilizó el paquete estadístico SPSS 11.5.

Para realizar el **análisis descriptivo de la muestra** se ha utilizado la media y la desviación estándar para las variables continuas y las frecuencias para las discretas.

La posible existencia de **diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes variables** se ha valorado mediante las pruebas *ji cuadrado*, *t de student* y *U de Mann-Whitney*. Para asegurar que inicialmente no existieran **diferencias significativas entre ambos grupos de intervención** que pudieran sesgar los resultados, se comprobó previamente que los grupos estaban equiparados estadísticamente en las mismas.

Las proporciones de variables categóricas se compararon mediante la prueba de *ji cuadrado* (χ^2). Cuando se violaron los supuestos estadísticos, se aplicó, en su caso, la *prueba exacta de Fisher* o el *método de simulación de Monte Carlo*. Las medias de las variables continuas se compararon con la *Prueba t de Student*. En las variables dependientes continuas se ha utilizado el *ANOVA* y en las ordinales el *ANOVA de Kruskal-Wallis*. La precisión estadística de las estimaciones se ha determinado mediante el cálculo de los intervalos de confianza al 95 %. El nivel de significación elegido fue de 0.05.

Se estimó la **tasa de recidivas**, primero para el conjunto de sujetos y después para cada uno de los grupos de IF permitiéndonos así la comparación entre ambos. Así mismo se ha comparado la proporción de recidivas según el grado de cumplimentación con las IF, tanto para el total de sujetos como para cada uno de los grupos por separado. Además se ha comprobado si éstas estaban asociadas o no a variables sociodemográficas, clínicas o a alguna de las variables de medición inicial.

Para la medida de la **magnitud de la asociación entre el tipo de IF y la tasa de recidivas** se calculó el riesgo relativo utilizando la TFC como referencia. La precisión estadística del riesgo relativo fue determinada mediante la estimación de *intervalos de confianza del 95 %*.

El **ajuste de los riesgos relativos** para las recaídas durante el período de intervención se calculó mediante un *análisis de regresión logística*. Se realizó también un análisis multivariante exploratorio para evaluar la contribución de las distintas variables a la estabilidad de la Expresividad Emocional en el período de seguimiento, pero en este caso ninguna de las variables implicadas alcanzó la significación estadística.

El **análisis de los cambios** de las distintas variables entre la evaluación previa e inmediatamente posterior a la intervención, se realizó mediante el *Test de Mc Nemar* en las variables categóricas y el *Test de Wilcoxon* para las continuas. Cuando se realizaron *Pruebas de Mc Nemar apareadas* entre los tres momentos de evaluación, se aplicó la corrección de Bonferroni para disminuir la probabilidad de incrementar el error tipo I.

Para analizar la **contribución relativa de cada subescala** a la variabilidad de la EE entre los tres momentos de evaluación y dada la inexistencia de una prueba específica para variables ordinales se intentó hacer una aproximación a la cuestión mediante la realización de un análisis de varianza univariante. A pesar de la violación de supuestos por las escalas de medida, permitía hacer una idea aproximada de la contribución de cada subescala, puesto que la significación estadística sí que se alcanzaba con la prueba de Kruskal-Wallis. El tamaño del efecto se operativizó como R cuadrado corregida.

PUBLICACIONES

4.1.- Montero I, Asencio A, Hernández I, Masanet MJ, Lacruz M, Bellver F, Iborra M, Ruiz I. Two strategies for family intervention in schizophrenia: a randomized trial in a mediterranean environment. *Schizophrenia Bulletin* 2001, 27 (4): 661-70.

4.2.- Montero I, Hernández I, Asencio A, Bellver F, Lacruz M, Masanet MJ. Do all the people receive the same benefit from different family intervention programs? *Psychiatry Research* 2005; 133: 187-95.

4.3.- Bellver F, Masanet MJ, Montero I, Lacruz M, Medina P. Modificación de la Expresividad Emocional familiar tras una intervención psicosocial: estabilidad en el tiempo. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2005; 33 (2): 102-9.

DISCUSIÓN

Antes de entrar a discutir los resultados de los tres artículos, vamos a detenernos a plantear sus **ventajas** y sus **limitaciones**.

En primer lugar, respecto al diseño del estudio, presenta unas **limitaciones comunes** a todos los estudios que evalúan los tratamientos psicosociales. Estas limitaciones derivan en parte del hecho de que, aunque actualmente se tienda cada vez más a la estandarización y protocolización de las psicoterapias, es imposible traducir en términos totalmente medibles y cuantificables la actividad de una sesión y, además, las necesidades concretas de los pacientes limitan la estandarización.

En este tipo de intervenciones tampoco es posible hacer un estudio a doble ciego, ya que tanto el paciente como sus familiares saben qué tipo de intervención están realizando. Además, ya que cualquier tipo de contacto con un terapeuta supone algún tipo de efecto sobre el paciente, tampoco existe el placebo, como no sea mediante la evaluación de pacientes en lista de espera para su primera atención, lo que constituye una estrategia poco viable operativa y éticamente. Finalmente, tampoco es fácil cuantificar la capacidad o el entusiasmo de los diferentes terapeutas.

En segundo lugar, respecto a las **limitaciones particulares**, hay que señalar que los datos y los artículos contenidos en la presente tesis doctoral se enmarcan en un proyecto de investigación más amplio que pretende valorar la efectividad de dos formatos de intervención psicosocial sobre familiares de pacientes esquizofrénicos en el marco de la asistencia sanitaria pública. De su pertenencia a este proyecto de investigación se originan parte de las limitaciones del presente estudio ya que en el diseño del "proyecto madre" no se contemplaron algunas variables que resultarían pertinentes para el análisis de la asociación entre EE y recidivas. Por ejemplo, en el diseño original no se consideró necesario incluir variables sobre la personalidad del familiar clave, sobre el sistema atribucional familiar o las características de la

interacción familiar que, como hemos visto en la introducción, permitirían un análisis más profundo de la naturaleza de la asociación.

Por otra parte, dado que en el proyecto original se pretendía comparar dos tipos de intervención en la práctica asistencial habitual, no se consideró necesario un grupo control, ya que se partía de la base de que la eficacia de las IF frente a su ausencia de realización estaba suficientemente demostrada. Desafortunadamente para el presente trabajo, la existencia de un grupo control hubiera conferido una mayor validez a los resultados.

Por el mismo motivo de que el objetivo del proyecto global era realizar una investigación sobre la efectividad de las intervenciones, se quiso que la muestra fuera representativa de los pacientes que serían remitidos en un quehacer clínico cotidiano, sin criterios de inclusión restrictivos y dejando que fueran los psiquiatras del área los que establecieran la indicación de la intervención en aquellos pacientes en los que la consideraran oportuna.

Este intento de aproximar los resultados a las condiciones reales puede haber facilitado que se haya deslizado un **sesgo de selección** por parte de los psiquiatras que remitían el caso, quienes podrían haber priorizado o simplemente recordado la posibilidad de derivación al programa ante un determinado perfil de casos en los que se enfrentaran a una mala dinámica familiar, a cuidadores demandantes o conflictivos o a pacientes graves que no cumplieran el tratamiento. En este sentido, llama la atención que el número de pacientes con poco tiempo de evolución ha sido relativamente bajo, posiblemente porque el clínico responsable no ha considerado necesaria la IF en tanto no han aparecido cronicidad o problemas de manejo.

En cualquier caso, de haberse producido este sesgo, la consecuencia sería que nuestra muestra se compondría de pacientes más graves o con un peor manejo. Esto,

unido los criterios de selección amplios (que podrían haber permitido también la inclusión de pacientes más complicados que en otros estudios) y la inclusión de los abandonos para los análisis por intención de tratar, podría justificar el que nuestros resultados fueran más modestos.

También es posible que fueran los propios familiares quienes se hubieran "autoseleccionado" en función de un perfil determinado de características, propias o de los pacientes, que les hubiera motivado a aceptar la intervención y adherirse a ella. Las consecuencias sobre los resultados obtenidos de esta hipotética "autoselección" serán discutidas en mayor profundidad más adelante.

Otra limitación ha sido el **bajo tamaño muestral** al final del seguimiento que ha limitado los análisis estadísticos, pudiendo no haberse detectado algunas asociaciones significativas y no habiéndose podido realizar un análisis multivariante. A pesar de los esfuerzos realizados por nuestro grupo para informar a los psiquiatras del área de la oferta asistencial y de sus beneficios esperados, la recogida de la muestra ha sido más larga y costosa de lo esperable considerando la alta prevalencia de esquizofrenia. En este sentido, hemos encontrado una desproporción considerable en el número de casos que ha referido cada uno de los psiquiatras del área, lo que interpretamos que puede estar relacionado, al menos en parte, o bien con su escepticismo sobre la utilidad e indicación clínica de la IF, en cuya base podría estar su formación teórica, o bien con la desconfianza hacia los efectos de la intromisión de terceros en su relación con el paciente.

A pesar del problema para el reclutamiento, la muestra que se consiguió inicialmente fue de 87 casos, superior a la de la mayoría de trabajos de estas características. Sin embargo, durante el período de intervención hubieron 25 casos que, por no haber asistido a más del 75 % de las sesiones, fueron descartados para el análisis

al no poder atribuirse los posibles cambios a los efectos de la intervención. Así, la muestra inicial quedó reducida a 52 casos, de los cuales se perdieron 15 casos más en la valoración a los 5 años, bien por causas que imposibilitaban la evaluación comparativa, bien porque no pudieron ser localizados o bien por fallecimiento del paciente, resultando una muestra final de 37 casos. En consecuencia, tanto de los casos que abandonaron la IF como de los que no pudieron ser evaluados, no se pudieron recoger ni en la valoración intermedia ni en la final los datos para los que se requería la participación de los propios familiares, en concreto los referentes a los conocimientos de la enfermedad, al ajuste social, a la EE y al impacto psicológico en los cuidadores. Sin embargo, sí se pudo recabar información de los psiquiatras que atendían al paciente sobre otras variables clínicas como las recaídas, los reingresos, la duración de éstos y los síntomas que presentaba cada paciente en el momento que hubiera correspondido a la evaluación.

De todas formas, aun reconociendo que hubiera sido deseable un número mayor de casos, hay que señalar que el tamaño de nuestra muestra es similar a la de la mayoría de los estudios de intervención que siguen a las muestras intervenidas, incluidos los que evalúan plazos de seguimiento más breves (véase tabla IV). Además, sus características clínicas y sociodemográficas son comparables con las de otros trabajos publicados sobre el tema, no existiendo diferencias considerables entre nuestros pacientes y los de otros estudios españoles o extranjeros. En cualquier caso, nuestro objetivo en el análisis realizado a los 5 años de concluir la intervención era evaluar los posibles cambios intragrupo, no la generalización de los resultados.

TABLA IV : ESTUDIOS CONTROLADOS SOBRE INTERVENCIONES FAMILIARES

<u>Estudio</u>	<u>N</u>	<u>Seguimiento</u>
Dulz y Hand, 1986	29	9 meses
Shimodera y cols, 2000	13	9 meses
Vaughan y cols, 1992	17	9 meses
Mingyuan y cols, 1993	2076	12 meses
Wiedemann y cols, 2001	24	18 meses
Xiong y cols, 1994	34	18 meses
Zhang y cols (1994)	39	18 meses
Leff y cols, 1985	12	24 meses
Falloon y cols, 1985	18	24 meses
Rund y cols, 1994	12	24 meses
Randolph y cols, 1994	21	24 meses
Muela y Godoy, 2001	15	24 meses
Hogarty y cols, 1997	19	36 meses
Tomaras y cols, 2000	14	36 meses
Mc Farlane y cols, 1995	31	48 meses
Hornung y cols, 1999	134	60 meses
Tarrier y cols ,1994	40	60 meses
Lenior y cols, 2002	63	108 meses

N: Número de familiares de pacientes esquizofrénicos intervenidos que han sido evaluados al final del seguimiento.

En negrita, los estudios con tamaño muestral mayor que el nuestro

A pesar de las limitaciones descritas, creemos que el principal **interés** de este trabajo reside en ser uno de los pocos que analiza lo que ocurre con una muestra intervenida tras 5 años de concluida la terapia. Sólo tres estudios en la literatura analizan muestras intervenidas tanto tiempo después (Tarrier y cols, 1994; Hornung y cols, 1999; Lenior y cols ,2002) y en uno de ellos no se considera como variable de estudio a la EE (Hornung y cols, 1999).

Además de esta excepcionalidad respecto a los plazos de evaluación dentro de la literatura internacional sobre el tema, también es de los pocos que analiza las características de la EE en países mediterráneos de base cultural latina (Bertrando y cols 1992; Ivanovic y cols, 1994; Tomaras y cols, 1992, 2000) y, en concreto en España (Gutiérrez y cols, 1988; Arévalo y Vizcarro, 1989; Montero y cols, 1992; Santos y cols, 2001). Dentro de este contexto cultural, sólo el trabajo griego de Tomaras y cols (2000) se preocupa de analizar los efectos de una intervención psicosocial sobre el clima emocional familiar. En nuestro país, existe hasta la fecha un único estudio de intervención, el de Muela y Godoy (2001), quienes evalúan los resultados de la terapia sólo en lo referente a la reducción de las tasas de recaídas y reingresos a los dos años, sin analizar si se han producido efectos sobre los niveles de EE.

Respecto al **primer objetivo secundario**, como se acaba de comentar, no hay apenas estudios referentes al perfil de la EE en nuestro medio cultural, por lo que consideramos importante analizar el perfil de la EE y sus subescalas en nuestra muestra comparándola con los hallazgos en otros medios culturales.

En la **tabla V** se muestra el perfil de la EE y sus subescalas en la medición basal. Dado que no hay criterios operativos para dicotomizar como altas o bajas las puntuaciones obtenidas en afecto y comentarios positivos, con una finalidad puramente gráfica, se han clasificado sus niveles en función de que estuvieran por encima de un punto de corte situado en la mediana de cada subescala en nuestra muestra (3 y 2 respectivamente).

TABLA V: PERFIL DE EE Y SUS SUBESCALAS EN LA MEDICIÓN

INICIAL

	<u>n*</u>	<u>%*</u>	<u>x*,De</u>	<u>%**</u>	<u>x**, De</u>
AEE	49	56.3			
Comentarios críticos\geq6	17	19.5	2.81 (3.00)	34.7	3.71 (3.48)
Hostilidad	13	15		26.5	
Sobreimplicación$>$3	37	42.5		75.5	
Afecto $>$3	44	50.6	3.68 (1.38)		
Comentarios positivos$>$2	18	20.7	1.73 (1.47)		

x = media

De= desviación típica

* = valor respecto a la muestra total de familiares.

**= valor respecto a la muestra de los familiares de AEE.

Datos extraídos de la base de datos original

En nuestro trabajo encontramos un 56,3 % de familiares de AEE, cifra que es muy similar al 58, 1 % hallado en el trabajo español de Arévalo y Vizcarro (1989) y que, comparativamente, supone una frecuencia menor que la obtenida en la mayoría de estudios anglosajones, es parecida a la de otros países latinos europeos y es bastante mayor que las tasas descritas para países en vías de desarrollo (vease tabla III). Lo más llamativo de nuestro perfil de EE es el predominio de la sobreimplicación emocional y el afecto, mientras que los niveles altos de crítica y hostilidad son menos frecuentes.

Así, los niveles altos de EE se producen fundamentalmente a expensas del elevado porcentaje de familias con sobreimplicación emocional mientras que la frecuencia de familiares críticos es inferior a la de la mayoría de estudios, sobre todo respecto de los realizados en culturas anglosajonas.

Es posible que esta diferencia se deba a la combinación de dos factores: la variabilidad cultural por un lado y las características particulares de nuestra muestra por el otro.

Con respecto a la **variabilidad cultural**, diversos estudios en países de base cultural latina han coincidido en el predominio de la sobreimplicación sobre la crítica (Gutiérrez y cols, 1988; Bertrando y cols, 1992; Mavreas y cols, 1992; Martins y cols, 1992; Montero y cols, 1992) mientras que en los países de cultura anglosajona es la crítica la que alcanza unas tasas mayores que la sobreimplicación (Brown y cols, 1972; Vaughn y Leff, 1976b; Vaughn y cols, 1984; Tarrier y cols, 1988). De hecho, si observamos la **tabla III** encontramos que el predominio de la EOI sobre la crítica se produce casi exclusivamente en países latinos. Una de las excepciones es el estudio japonés de Kurihara y cols (2000), cuyo predominio de la sobreimplicación coincide con el encontrado en otros estudios nipones en los que se ha justificado sobre la base de la estructura matriarcal de la familia japonesa (Otsuka y cols, 1994). La otra excepción es el estudio iraní de Mottanghipour y cols (2001), el único de la literatura en el que las tasas de hostilidad son inusualmente mayores que las del resto de subescalas, por lo que si se considera a la hostilidad como una forma extrema de crítica, nos encontramos de nuevo con la preponderancia habitual de la dimensión crítica/hostilidad.

La excepción en el sentido contrario la constituye el trabajo madrileño de Arévalo y Vizcarro (1989), el único artículo latino en el que el perfil de la crítica y

sobreimplicación es similar al encontrado en las publicaciones anglosajonas. En su momento, estos autores también se sorprendieron de encontrar diferencias con el trabajo gallego de Gutiérrez y cols (1988), acabando por interpretarlas como debidas a la existencia de patrones emocionales diferentes entre el medio urbano y rural. Sin embargo, esta hipótesis no justificaría las diferencias con nuestros resultados, también procedentes de un escenario urbano. Dado que el perfil sociodemográfico de ambas muestras es similar y que resulta difícil pensar que existan más diferencias culturales entre Madrid y Valencia que entre ésta y otra capital latina es posible que la diversidad de los hallazgos se deba a que su muestra es evaluada durante el ingreso hospitalario y la nuestra es analizada una vez el paciente se encuentra estabilizado lo que, como enseguida veremos, puede determinar diferentes niveles de crítica.

Las diferencias entre los perfiles de la EE en el mundo anglosajón y el latino, podrían interpretarse sobre la base de las distintas concepciones de la estructura familiar así como de los sistemas atribucionales determinados culturalmente. Así, la cultura anglosajona premia la autonomía y la independencia, establece lazos familiares menos estrechos e intrusivos y preconiza un mayor distanciamiento afectivo en las relaciones interpersonales. Estas características, unidas a la atribución cultural de los síntomas como controlables por el paciente, pueden conducir a que las alteraciones conductuales y déficits a consecuencia de la enfermedad sean contestadas con actitudes críticas en un intento de que sea el propio paciente quien reconduzca sus conductas hacia otras más normativas socialmente.

En cambio, la cultura latina, por una parte, fomenta la interdependencia de los sujetos así como la permanencia del individuo dentro de fuertes y extensos lazos familiares, en el seno de los cuales debe contribuirse al bienestar de sus miembros. En este contexto, se considera obligación de los padres el implicarse en la consecución de

las metas de su descendencia, por lo que ante situaciones de necesidad, se entienden como inherentes al rol parental las actitudes de sobreprotección y autosacrificio hacia los hijos, siendo incluso bien valoradas socialmente. Esto podría condicionar que la discapacidad del enfermo fuera afrontada mediante una exageración de estos valores sancionados culturalmente en un intento de sobrecompensar las deficiencias. Este intento de apoyo, en función de que el estilo del familiar fuera más o menos invasivo, resultaría en lo que denominamos actitudes de sobreimplicación o de afecto, respectivamente. Por otra parte, aunque en los países latinos se estimula la expresión de todos los afectos, tanto positivos como negativos, las atribuciones culturales de la clínica a factores incontrolables por el enfermo podrían reducir la aparición de la crítica. En cualquier caso, la confirmación de estos planteamientos requeriría estudios especialmente diseñados para analizar estas diferencias transculturales y que podrían ser fundamentales para esclarecer la naturaleza del constructo de la EE.

Finalmente, las diferencias de posible base cultural encontradas con los perfiles de la EE de estudios anglosajones no sólo pueden deberse a la posibilidad de distintos patrones emocionales sino también a los diferentes patrones de convivencia. Así, por una parte, se ha descrito que la EOI es un atributo exclusivo de los progenitores (Mozny y cols, 1992; Heikkilä y cols, 2001; Van Os y cols, 2001) y, en nuestra muestra todos los pacientes vivían con sus familias de origen, a diferencia de los estudios anglosajones. Por otra parte, se han descrito mayores tasas de EOI cuando los tiempos de contacto cara a cara son elevados (Bentsen y cols, 1996), encontrando en nuestro estudio un 75,7% de casos con más de 35 horas semanales.

Con independencia de los factores culturales expuestos hasta aquí, es posible que los perfiles de la crítica y la EOI encontrados se deban a determinadas

características particulares de nuestra muestra. En este sentido, pueden encontrarse algunas variables que podrían estar implicadas.

En primer lugar, el 87,8 % de nuestros familiares clave son mujeres y en el 82 % de los casos son madres de los pacientes. Este hecho podría explicar las altas tasas de EOI, ya que diversos trabajos han apuntado a que las mujeres en general y las madres en particular, son más sobreimplicadas que los padres (Vaughn y cols, 1984; Parker y Johnson, 1987; Martins y cols, 1992; Bentsen y cols, 1996; Peterson y Doherty, 2004).

En segundo lugar, según diversos autores la crítica por una parte es mayor cuanto más severa es la clínica (Masanet y cols, 1997; Glynn y cols, 1988) y por otra parte aumenta en situaciones de crisis (Brown y cols, 1972; Leff y cols, 1989, 1990, Stirling y cols, 1993). Dado que en nuestro estudio los pacientes debían encontrarse ya estabilizados para ser incluidos en el programa de intervención y, por tanto, menos sintomáticos, es posible que la crítica fuera menor que en otros estudios en los que la medición inicial se realiza cuando aún está ingresado en el hospital. Sin embargo, esta explicación estaría en contradicción con el trabajo de Santos y cols (2001), quienes encuentran que, si bien la AEE aumenta en las madres en períodos de crisis, lo hace predominantemente a expensas de la sobreimplicación.

Finalmente, otra explicación a la sobrerrepresentación de la sobreimplicación sería que la muestra estuviera sesgada en este sentido. Por una parte, como ya hemos visto al principio de esta discusión, es posible los psiquiatras encargados del paciente derivaran preferentemente a los familiares más demandantes, es decir, a los más intrusivos o a los más involucrados en el cuidado del paciente, características que estarían en la esencia de la sobreimplicación. Por otra parte, también es posible que fueran los propios familiares quienes se hubieran "autoseleccionado". Siguiendo las tesis de Van Os y cols (2001), si consideramos la EOI como un indicador de mayor

implicación familiar en el cuidado del paciente, podríamos interpretar las altas tasas de EOI de nuestra muestra desde la perspectiva de que habrían sido los familiares más preocupados por cómo atender al enfermo los que más hubieran accedido a participar y se hubieran adherido al programa. La escasez de primeros episodios en la muestra también podría explicarse desde esta "autoselección" de los familiares, al no haber valorado éstos la necesidad de recibir orientación en tanto que el problema no se hubiera hecho inmanejable o comenzaran a considerarlo como duradero.

Respecto a los niveles altos de **hostilidad**, nuestra tasa es idéntica a la comunicada en el estudio madrileño de Arévalo y Vizcarro (1989), encontrándose comparativamente entre las tasas más bajas, próxima a las encontradas en culturas latinas y más distante de las anglosajonas. En cualquier caso, los rangos tan estrechos entre los que se encuentran las tasas de hostilidad en los diversos trabajos (entre un 13 y un 33 % de los familiares, si exceptuamos por anecdótica la tasa iraní del 80 %) así como la disparidad de las tasas en medios que teóricamente comparten similares características culturales, no es posible realizar una mayor comparación. Como en el resto de estudios de países occidentales y a diferencia de los hallazgos en la India, China o Irán, la alta hostilidad en nuestra muestra siempre se asoció a niveles elevados de crítica, no apareciendo en ausencia de ésta.

Los niveles de **afecto** encontrados fueron superiores a los del resto de la literatura. Dado que la gran mayoría de los pacientes estaban desempleados y eran hijos del familiar clave, no parecen reproducirse en nuestro medio los hallazgos de Bentsen y cols (1998) en Noruega que relacionaban las bajas tasas de afecto con el desempleo y que el cuidador fuera uno de los padres. Nuevamente podemos hipotetizar que las altas

tasas de afecto en nuestra muestra pueden deberse a que la mayoría de los familiares clave fueran madres, pudiendo estar implicados los mismos patrones culturales de la relación maternofilial que hemos descrito para la sobreimplicación aunque, en el caso del afecto, modulados por las características del cuidador en forma de un apoyo no intrusivo al enfermo, en lugar del apoyo invasivo expresado por la sobreimplicación. También puede nuevamente implicarse, si consideramos al afecto como la emoción opuesta a la crítica, el hecho de que en nuestro trabajo los pacientes se encontraran ya estabilizados, utilizando los mismos argumentos anteriormente empleados para justificar las bajas tasas de criticismo.

A diferencia del trabajo de Bertrando y cols (1992), nosotros no encontramos el perfil que estos autores llamaban "sobreimplicados afectuosos", tendiendo a asociarse los niveles altos de afecto con los bajos de EOI en la medición basal. Se reanalizaron nuestros datos tras elevar los puntos de corte de la EOI y del afecto a 4/5 para equipararlos con los utilizados por Bertrando y cols. Con estos criterios, el porcentaje de nuestros casos con niveles altos de afecto era del 35,6 % y con alta EOI del 23 % (23,8 % y 23 % respectivamente para Bertrando y cols). Aun así, la EOI y el afecto seguían guardando una relación inversa (datos no mostrados). Dado que la diferencia entre ambos estudios no se debe al instrumento de medida utilizado (en ambos era el CFI) ni a los criterios para definir como "altos" a la EOI y al afecto, es posible que la diferencia se deba a diferentes patrones en la expresión de las emociones, aun en países con una base cultural similar. De todas formas, la asociación entre alta EOI y altos niveles de afecto encontrados por Bertrando y cols es excepcional, siendo nuestros hallazgos concordantes con la mayoría de la literatura al respecto.

Respecto a los **comentarios positivos**, el dato no tiene más valor que el descriptivo, situándose en similares valores a los encontrados por Ran y cols (2003) en China y entre los niveles mayores encontrados por Vaughn y Leff (1976) en Inglaterra y los niveles más bajos encontrados por Wig y cols (1987) en la India. Como único factor diferencial entre estos estudios se encuentra el lugar de residencia, hallándose niveles mayores de comentarios positivos en los familiares que viven en áreas urbanas y menores en áreas rurales. Sin embargo, estos estudios son de procedencias culturales tan diversas que resulta excesivamente aventurado plantear esta hipótesis y, en cualquier caso, no explicaría nuestros datos al ser toda la población urbana. Ante la escasez de estudios que se interesen por esta subescala no resulta posible realizar mayores interpretaciones.

En resumen, en una muestra de pacientes esquizofrénicos atendidos en nuestro medio hemos encontrado unas tasas del 56,3 % de familiares de AEE. A diferencia de los estudios anglosajones, encontramos que las tasas de AEE se producen fundamentalmente a expensas de los niveles altos de EOI, encontrando bajos niveles de crítica. Estos datos, aunque en parte podrían estar influidos por las características de la muestra, son concordantes con los hallazgos en otros países de base cultural latina. El perfil de la EE y sus subescalas que hemos encontrado en nuestro estudio, al compararlo con los perfiles encontrados en otras áreas geográficas, subraya la influencia de los factores culturales en el constructo de la EE.

Estos hallazgos sobre las diferencias culturales deberían estudiarse en mayor profundidad con trabajos diseñados a tal efecto, dadas sus importantes implicaciones teóricas, investigadoras y clínicas. Desde el punto de vista teórico, porque podrían contribuir a la mayor comprensión del constructo; desde la perspectiva de la investigación, podrían facilitar el control de factores que pueden estar distorsionando la

comparabilidad de los resultados de distintos estudios y, finalmente, desde el punto de vista clínico porque la identificación de los perfiles de la EE predominantes culturalmente permitiría la adaptación del diseño de las intervenciones a las necesidades del medio donde se van a realizar.

Respecto al **segundo objetivo secundario** no se encontró ninguna asociación significativa entre las distintas variables clínicas y sociodemográficas recogidas en la medición basal ni con los niveles de la EE o de sus subescalas ni con los antecedentes de un mayor número de hospitalizaciones previas o el riesgo posterior de un mayor número de recaídas o reingresos.

Dado que las variables clínicas y sociodemográficas de nuestro estudio recogen ampliamente las distintas variables asociadas en la literatura, resulta difícil interpretar estos hallazgos.

Respecto a las variables sociodemográficas, el no haber detectado ninguna asociación podría interpretarse en función de la relativa homogeneidad de éstas en nuestra muestra: por un lado, la gran mayoría de los cuidadores son madres, amas de casa que viven en medio urbano en el seno de familias extensas, con similares niveles educacionales y socioeconómicos; por otro lado, la mayoría de los pacientes viven con sus familias de origen, sin pareja estable y están desempleados.

Sin embargo, en lo referente a las variables clínicas (como por ejemplo el tiempo de evolución) no se puede aplicar la misma justificación, por lo que la única hipótesis que se puede plantear como alternativa a la ausencia de asociación sería la de que hubieran confluído factores independientes, tanto favorecedores como protectores de la relación entre la EE y las variables clínicas, que hubieran resultado en que no se hubieran podido detectar las asociaciones. De todas formas, si volvemos a considerar

los trabajos anteriormente mencionados que apuntan a que la EE tiene unos atributos de estado que aumentan en las crisis y disminuyen tras éstas y que nuestros pacientes se hallan ya estabilizados en el momento de la primera evaluación, podríamos interpretar nuestros resultados desde el punto de vista de que los niveles de la EE que hemos detectado corresponderían a los de sus atributos de rasgo, por tanto independientes de las crisis, y que éstos no estarían asociados con la situación clínica del paciente.

Antes de entrar en los **objetivos específicos** y para facilitar el seguimiento de este apartado de la discusión, se han incluido las **figuras 2 y 3** en las que respectivamente se muestran los datos de las frecuencias tanto de la EE como de sus subescalas en los tres momentos de evaluación así como el análisis de cambio realizado. En los gráficos del artículo original no se pudieron incluir los datos de todas las subescalas por razones de espacio. Como ya se ha explicado al hablar de las pérdidas en nuestra muestra, los datos referentes a las tres medidas se refieren a un número máximo de 37 sujetos.

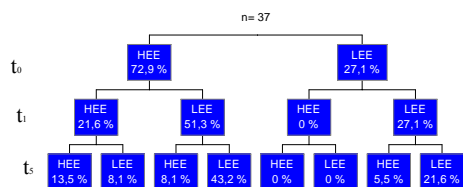
En el período de realización de la intervención, un 43.2 % de los casos redujeron sus niveles de EE, no existiendo ninguno que los aumentara.

Entre la conclusión de la intervención y la evaluación a los 5 años, un 13,6% aumentó de nuevo sus niveles mientras que otro 8,1 % los redujo. Sólo un 35 % de familiares mantuvo invariable sus niveles de EE entre las tres evaluaciones: un 21,5 % fueron establemente de baja EE y un 13,5 % establemente de alta EE.

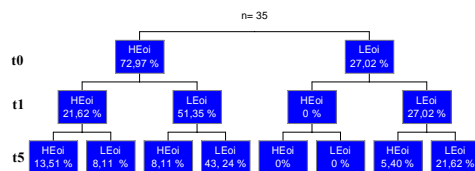
Con respecto a las subescalas, durante el período de intervención la EOI y la crítica disminuyeron significativamente sus niveles y los comentarios positivos y el afecto los aumentaron de forma significativa, siendo la hostilidad la subescala que menos modificaciones experimentó. Entre el final de la intervención y la evaluación de

Figura 2

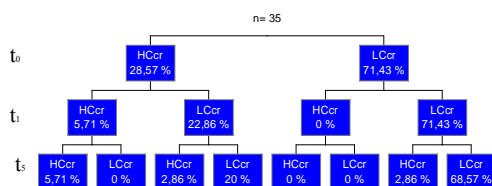
FRECUENCIAS DE LOS CAMBIOS DE LA EE



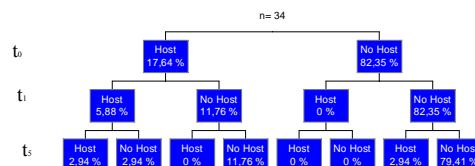
FRECUENCIAS DE LOS CAMBIOS DE LA EOI



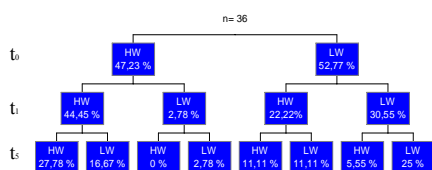
FRECUENCIAS DE LOS CAMBIOS DE LOS Ccr



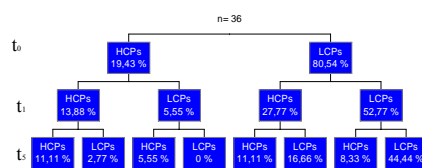
FRECUENCIAS DE LOS CAMBIOS DE LA HOSTILIDAD



FRECUENCIAS DE LOS CAMBIOS DEL AFECTO



FRECUENCIAS DE LOS CAMBIOS DE LOS CPs



t ₀ = Evaluación inicial	EOI: Sobreimplicación Emocional	Host: Hostilidad
t ₁ = Evaluación tras intervención	HEOI: Alta Sobreimplicación	HW: Afecto alto
t ₅ = Evaluación final	LEOI: Baja Sobreimplicación	LW: Afecto Bajo.
EE: Expresividad Emocional	Ccr: Crítica	CPs: Comentarios positivos
HEE: Alta Expresividad Emocional	HCcr: Crítica alta	HCPs: Comentarios positivos altos
LEE: Baja Expresividad Emocional	LCcr: Crítica Baja	LCPs: Comentarios positivos bajos

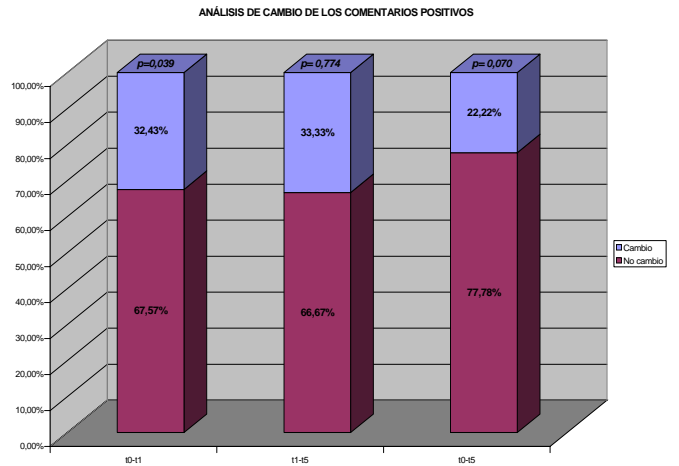
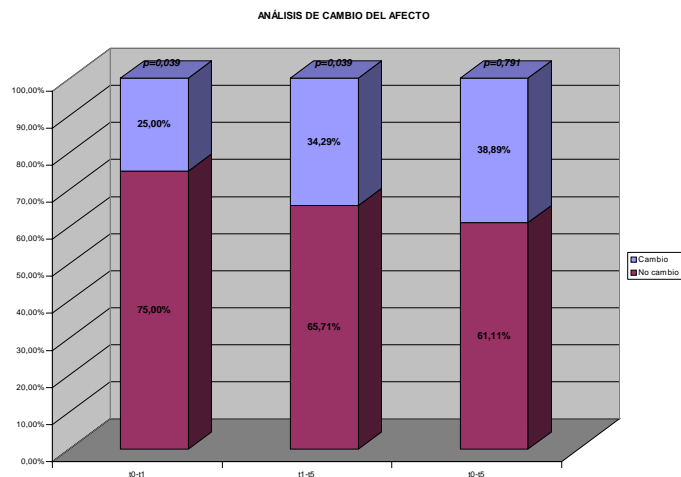
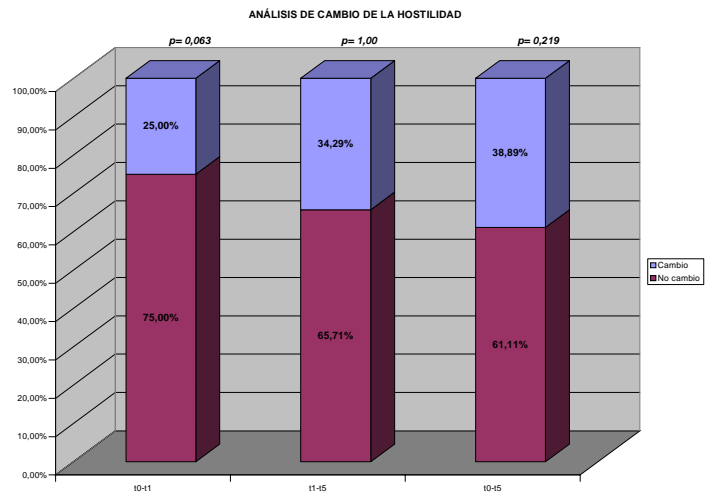
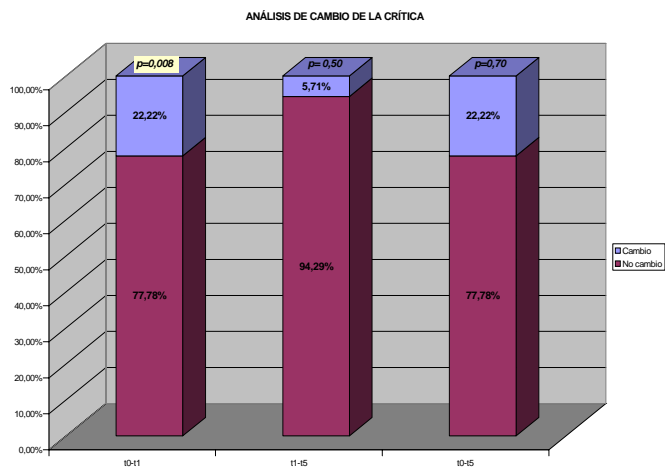
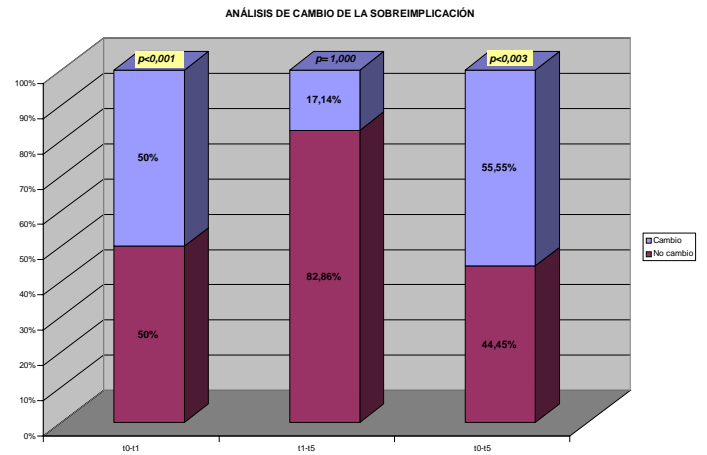
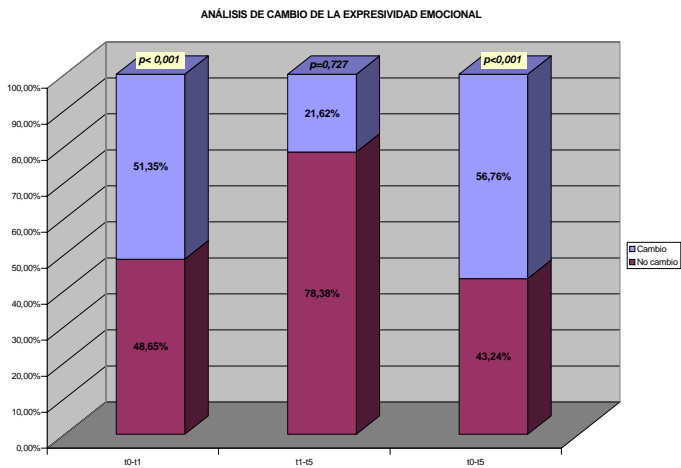


Figura 3: Análisis de los cambios en la Expresividad Emocional y sus subescalas.

Se han remarcado en amarillo los McNemar que han sido estadísticamente significativos tras aplicar la corrección de Bonferroni ($p < 0,0166$).

t_0 : Valoración inicial. t_1 : Valoración al finalizar la intervención. t_5 : Valoración final.

los 5 años, las subescalas tuvieron tendencia a mantenerse estables en los niveles alcanzados tras la conclusión de la terapia.

La realización de un análisis de los cambios confirmó que éstos se produjeron de forma significativa durante el período de la intervención, tanto para la EE global como para las subescalas de EOI, Crítica, Afecto y Comentarios Positivos, aunque en los casos del Afecto y de los Comentarios Positivos no alcanzaron significación estadística tras aplicar la corrección de Bonferroni. Desde que concluyó la intervención hasta el análisis final no se produjeron más variaciones que fueran significativas. Considerando los cambios entre la medición basal y la evaluación final, éstos sólo fueron significativos para la EE y la EOI.

Al carecer de un grupo de control propio, se decidió realizar otro análisis de cambio de la EE entre la medición inicial y la final en los casos de los que disponíamos datos de aquellos que habían abandonado, con el fin de compararlo con el del grupo que completó el tratamiento. Este análisis mostró un cambio significativo entre ambas evaluaciones únicamente para el grupo de los que cumplieron, no existiendo variaciones en el de los abandonos.

Dados los resultados expuestos, todo parece indicar en nuestro trabajo que el principal factor relacionado con el descenso de los niveles iniciales de la EE fue la realización de la intervención familiar (**primer objetivo específico**).

Durante el "período de intervención", se produjo una reducción significativa de los niveles de EE que únicamente se encontró asociada con la ausencia de recidivas y de reingresos. Con los datos de nuestro trabajo, parece más lógico pensar que la disminución de la tasa de recidivas y rehospitalizaciones fue consecuencia del descenso de la EE y no al contrario, puesto que, cronológicamente, en la medición basal el mayor o menor número de ingresos previos no había determinado unos niveles diferentes de

EE mientras que cuando se redujeron los niveles de EE sí se encontraron asociadas menores tasas de reingreso en la evaluación posterior.

Entre la finalización de la intervención y la evaluación 5 años después, los niveles de la EE y de sus subescalas se mantuvieron mayoritariamente estables en los valores alcanzados tras la terapia familiar, nuevamente sin que los niveles de EE se encontraran relacionados con ninguna variable sociodemográfica. La asociación de la EE con las recidivas y los reingresos detectada durante el período de intervención se perdió durante el de seguimiento.

En cambio, emergió una asociación de la EE y varias de sus subescalas con la gravedad clínica y con el ajuste social: a mayor gravedad clínica o peor ajuste social, mayor EE, mayor EOI, menor afecto y, en el caso del ajuste social, menor tasa de comentarios positivos. Con respecto a la crítica, los cuidadores que mantuvieron en las dos mediciones niveles altos, se distinguían de los que mantuvieron niveles bajos en que al realizarse la evaluación final sus familiares recibían dosis mayores de neurolépticos y habían requerido más ingresos durante esos 5 años. Estas dos variables asociadas a los niveles altos de crítica indirectamente implicarían o bien nuevamente una mayor gravedad clínica o bien una menor tolerancia del familiar hacia las conductas del paciente que le llevaría a solicitar con más frecuencia el ingreso o el aumento de la medicación.

Una vez reducidos los niveles iniciales de la EE por efecto de la intervención, todos estos datos durante el seguimiento apuntan en una dirección congruente: el peor estado clínico del paciente, bien por una mayor gravedad de la clínica productiva o bien por un peor funcionamiento social, se asociaría a niveles altos de EE, EOI y crítica así como a la disminución del afecto y los comentarios positivos.

El diseño del estudio no permite establecer la causalidad de estas asociaciones, si bien es cierto que tampoco queda suficientemente aclarada en el resto de la literatura.

Así, en lo referente a la relación de la EE y sus subescalas con el ajuste social en la medición final, puede entenderse tanto que el peor ajuste social del paciente provocaría una respuesta de AEE en el familiar como, según opinan Miklovitz y cols (1983), que serían las actitudes de AEE familiares las que limitarían el funcionamiento social del paciente. En nuestro trabajo no hay datos suficientes siquiera para aventurar una u otra hipótesis.

Con respecto a la gravedad de la clínica productiva, únicamente podemos aproximarnos volviendo a aplicar un criterio cronológico: dado que, por una parte, el descenso inicial de los niveles de la EE es atribuible a la realización de la intervención y no a otras variables (incluida la gravedad clínica) y que, por otra parte, nada más finalizar la intervención son los niveles bajos de EE los que se asocian con una menor gravedad de la clínica productiva, mientras que transcurridos 5 años son los niveles mantenidamente altos o en aumento los que se asocian con la mayor gravedad, se podría hipotetizar que es la mayor EE la que condiciona el empeoramiento clínico. Esta hipótesis, aunque atractiva, no puede confirmarse con nuestros datos, ya que el funcionamiento social y la clínica psicótica productiva también mejoraron en la evaluación intermedia respecto a sus niveles basales por efecto de la intervención, como lo demuestra el diferente perfil de resultados obtenidos para estas variables en función de la realización de uno u otro modelo de terapia.

De todas formas, independientemente de la dirección causal, estos resultados nuevamente apuntan a una visión multifactorial del constructo de la EE, en cuya génesis interactuarían tanto factores de rasgo como de estado. Por una parte, la estabilidad mayoritaria de los niveles de la EE y sus subescalas una vez reducidos por la

intervención orientarían a la presencia previa de atributos de estado que, una vez modificados por la intervención, se mantendrían ya en equilibrio indefinidamente o, al menos, durante los 5 años siguientes. Por otra parte, el que las únicas variables que se encontraron implicadas en la variabilidad de los perfiles de la EE fueran de naturaleza clínica, podría orientar a que la EE compartiera también atributos de estado reactivos a la situación clínica del paciente.

En resumen, y para responder al **segundo objetivo específico**, entre la finalización de la intervención y la evaluación 5 años después, los niveles de EE y de sus subescalas se mantuvieron estables en los valores alcanzados tras la terapia familiar, sin encontrarse variaciones significativas. La disminución de los niveles de la EE entre la medición basal y la final siguió siendo significativa a expensas de la conseguida durante el período de intervención. Por tanto, los efectos de la intervención familiar sobre la reducción de los niveles de la EE parecen mantenerse en el tiempo, al menos durante un período de 5 años.

Respecto al **tercer objetivo específico**, la subescala que se mostró más susceptible de cambio fue la EOI, seguida por la crítica. Sin embargo, mientras que la reducción de la sobreimplicación durante el período de intervención fue de suficiente magnitud para ocasionar un descenso significativo de esta subescala entre la medición inicial y la final, no ocurrió así para la crítica, cuya disminución durante el período de intervención no fue suficiente para ocasionar un descenso significativo entre estos análisis.

Este hallazgo es discordante con los de estudios anglosajones, en los que la crítica aparece como la más modificable mientras que la EOI es la más resistente al cambio (Brown y cols, 1972; Leff y cols, 1982). Como ya se ha repetido, el que en

nuestro caso la intervención se iniciara una vez el paciente se encontrara estabilizado podría haber tenido como consecuencia que la crítica hubiera descendido ya antes del momento de la evaluación basal, lo que explicaría el escaso cambio experimentado por esta subescala. En cualquier caso, conviene además señalar que las intervenciones familiares son una estrategia terapéutica que adquiere utilidad en los períodos de estabilización, siendo otros los abordajes más idóneos en las reagudizaciones (apoyo familiar, manejo farmacológico, ingreso hospitalario...). Por ello, tendría mayor interés el conocer el efecto de las intervenciones sobre el estresante crónico que supone la EE cotidiana que sobre su capacidad de estas terapias para reducirla en situaciones puntuales en las que ya se ha producido la crisis.

De todas formas, aunque el predominio de la EOI podría haber condicionado que sus variaciones tuvieran mayor peso relativo que las del resto de las subescalas, esto no invalidaría el hecho de que es la EOI la que más cambia con la realización de la intervención en nuestro estudio.

En el estudio vasco de Santos y cols (2001) también se encuentra a la alta EOI de las madres como la subescala más susceptible de cambio espontáneo, si bien sólo cuando la evalúan durante una reagudización, manteniéndose en los mismos niveles cuando el paciente se encuentra estabilizado. Al encontrarse en nuestro caso los pacientes estabilizados, aparentemente los hallazgos de ambos estudios serían contradictorios. Sin embargo, los resultados de Santos y cols (2001) podrían integrarse con los nuestros desde la perspectiva de que ambos trabajos orientan a que la subescala con mayor variabilidad en nuestro medio es la EOI materna, lo que la convertiría en la subescala más susceptible tanto de elevarse ante situaciones de crisis como de reducirse ante una intervención familiar.

Llamativamente, la disminución más significativa de la EOI se produce en el abordaje unifamiliar. Dado que tanto en uno como en otro formato los ingredientes activos de las intervenciones son similares (en ambos se trabajan igualmente los sentimientos de culpa y el sistema atribucional, se enfatizan estilos de comunicación menos intrusivos con el paciente y se estimula la mayor independencia del cuidador), la diferencia sólo puede deberse al efecto de la presencia del paciente y del resto de familiares. Es posible que el formato unifamiliar, al trabajar directamente sobre los proyectos y necesidades del paciente consiga que éste logre por sí mismo una autonomía mayor, lo que concordaría con las diferencias significativas encontradas tras la intervención en un mayor número de subescalas de ajuste social respecto del formato grupal. Además, el planteamiento del formato unifamiliar da un papel de actor principal al paciente en conseguir la mejora de su propio funcionamiento, lo que podría hacer más evidente de cara a sus familiares su capacidad para hacerse cargo de parcelas de su propio cuidado, haciendo por tanto menos necesario sobreprotegerlo. Por el contrario, la mejoría conseguida mediante las destrezas adquiridas por el cuidador por su participación en el formato grupal, no hace sino reforzar al familiar como protagonista en el cuidado del paciente. Además, en el formato unifamiliar, al trabajarse en la consecución de los objetivos de los otros miembros bien por sí mismos o bien mediante la colaboración de toda la familia, podría amplificar la percepción del cuidador de que no es necesario su protagonismo para que sus familiares alcancen sus metas, rebajando así su grado de implicación.

Finalmente, y con respecto al resto de las subescalas, no existieron variaciones significativas. El afecto y los comentarios positivos experimentaron un cambio positivo durante la intervención pero que no logró alcanzar significación estadística. Aunque estos datos coinciden con los del trabajo ya mencionado de Santos y cols, es posible que

en nuestro caso el aumento del afecto, aún produciéndose durante el período de la intervención, no alcanzara significación estadística debido a las altas tasas de partida. La hostilidad se mostró en nuestro trabajo como la subescala más resistente al cambio. Como en el caso del afecto pero en sentido opuesto, la escasa frecuencia de partida de familiares hostiles pudo condicionar que las variaciones durante el período de la intervención no fueran significativas. Durante el período de seguimiento no se produjeron cambios en ninguna de las subescalas.

Con respecto al **cuarto objetivo específico**, ambos tipos de intervenciones produjeron mejoría en los niveles de EE global familiar (el TFC los redujo desde un 56.6 % a un 6.6 % y el GF desde un 63.6 % a un 31.8%). En el modelo unifamiliar destacó la mayor reducción conseguida, que se produjo en todos los casos.

Respecto a las subescalas (véase la tabla 4 del primer artículo), en el modelo centrado en la unidad familiar hubo una disminución significativa de la crítica y la EOI y aumentó también significativamente el número de comentarios positivos, lo que no se produjo en el grupal. Finalmente, el afecto y la hostilidad experimentaron cambios favorables en ambos grupos aunque no alcanzaron significación estadística. El tiempo de contacto cara a cara también se redujo significativamente en el modelo unifamiliar.

Estas diferencias en los resultados de ambos modelos pueden deberse a que en el unifamiliar se trabaja sobre toda la familia, incluido el paciente mientras que en el grupal sólo se trabaja sobre los familiares al cuidado del paciente (que además en nuestro caso habitualmente se limitaba a uno de los cuidadores, ya que a las sesiones solía acudir sólo el familiar clave, quien con más frecuencia era la madre). En el modelo centrado en la familia, al involucrar a todos los miembros en el manejo y cuidado del paciente, la carga del cuidador principal puede reducirse al ser compartida con los otros miembros y esta disminución de la carga podría repercutir en una mayor disminución de

la EE y sus subescalas. Por otra parte, este modelo incide en los estilos de comunicación y de afrontamiento del estrés de todos los familiares, por lo que podría reducir el estrés ambiental de una forma más rápida y efectiva. Finalmente, al incluirse al paciente como elemento activo de su recuperación, se le ayuda a la solución de sus propios problemas y a la consecución de sus objetivos personales (como indirectamente se evidencia en la superioridad de este modelo para mejorar más aspectos del ajuste social del paciente). Esta mejoría tanto en las capacidades como de las dificultades del paciente puede conducir a una mejoría psíquica y conductual de éste (como también indirectamente se evidencia en la mayor disminución de la severidad de aspectos clínicos en este modelo, bien como consecuencia de la disminución del nivel de estrés personal o bien como efecto de la intervención independiente de la reducción del estrés) lo que, a su vez, repercutiría en una reacción emocional más positiva del familiar clave.

Estos elementos de reparto de la responsabilidad del cuidado así como de intervención sobre el nivel de estrés y funcionamiento de toda la familia (paciente incluido), no se producen en el modelo grupal, en el que el único depositario de los efectos positivos del tratamiento es el miembro de la familia que acude. Así, aunque éste podría mejorar su repercusión emocional en la interacción con el paciente, no lo haría hasta el punto del modelo unifamiliar, el cual favorecería las habilidades y las expresiones emocionales de todos y cada uno de los miembros de la familia, por lo que mejoraría no sólo la calidad de las interacciones del cuidador sino también las del resto de familiares entre sí.

Respecto al **quinto objetivo**, no hubo diferencias significativas al concluir la intervención entre la tasa de recidivas de los dos abordajes. El porcentaje de recidivas en el programa unifamiliar fue de un 33 % y en el programa grupal fue de un 22 %

($p=0.26$). Cuando teníamos en cuenta únicamente la muestra que cumplimentaba el programa, la diferencia era incluso menor. Ninguno de los dos formatos se mostró superior en retrasar la aparición de recaídas, presentando tiempos similares entre el inicio de la intervención y la siguiente recaída (6,7 meses para el unifamiliar y 8 meses para el grupal), sin que se encontrara ninguna diferencia estadísticamente significativa. Ambos formatos redujeron en parecida medida el número de reingresos también se redujo en ambos grupos y no hubo tampoco diferencias en la duración de las hospitalizaciones.

Estos hallazgos están en la línea de la mayoría de trabajos similares (Tarrier y cols, 1988; Zastowny y cols, 1992; Schooler y cols, 1997; Leff y cols, 1989, 1990). Sólo Mc Farlane y cols (1995) encontraron mejores resultados en la reducción de la tasa de recaídas con su programa multifamiliar.

Sin embargo, aunque ambos abordajes se mostraron igualmente efectivos en reducir la tasa de recidivas, afectaron de modo diferente a otras variables de resultado (véase la tabla 3 del segundo artículo).

Se detectó que la asignación al modelo grupal se asociaba a una menor tasa de recaídas en pacientes que respondían a determinados perfiles clínicos y de entorno familiar. Este perfil correspondía a pacientes de mayor edad, que convivían en su domicilio con tres o más familiares y que presentaban un mayor tiempo de evolución de la enfermedad, pero con antecedentes de menos hospitalizaciones previas. Respecto a los familiares de estos pacientes, presentaban un bajo nivel de afectación psicológica por la enfermedad y tendían a poseer unos mayores conocimientos sobre la esquizofrenia. En conjunto, estas características del paciente y de sus familiares orientan a un perfil de mayor estabilidad clínica y, "a priori" de menor riesgo de recaídas.

Este hallazgo podría explicarse desde las diferencias de planteamiento de los distintos abordajes. En el caso de las intervenciones sobre grupos de familiares se parte de la base de que la esquizofrenia es una enfermedad crónica e invalidante, frente a la que el paciente poco puede hacer y, por ello debe ser manejada por los cuidadores, a los que hay que orientar y apoyar para que afronten la situación existente de la mejor manera posible. Así, estas intervenciones están enfocadas a adiestrar a los familiares en estrategias de manejo adecuadas y a disminuir la carga psicológica mediante el aumento de su red de apoyo social y la elaboración y reducción de los sentimientos negativos. Las intervenciones centradas en la unidad familiar asumen que el paciente puede hacerse cargo conjuntamente con sus cuidadores de determinadas responsabilidades respecto de la enfermedad, buscando provocar cambios en la dinámica intrafamiliar que mejoren el pronóstico de la enfermedad. Mientras que el planteamiento del formato grupal puede reducir la carga del familiar clave por estos mecanismos y, por tanto, reducir el estrés del paciente en la interacción con el cuidador, el planteamiento del formato unifamiliar puede generar más tensión en todo el núcleo familiar durante el proceso de adaptación a los cambios, por lo que en el caso de pacientes crónicos con un ambiente familiar estable, puede crear un mayor estrés que repercutiría en su estado clínico y la posibilidad de recaídas. Contrariamente a esta hipótesis, la terapia grupal sólo mostró una tendencia no significativa a modificar los niveles de malestar psicológico del familiar clave medidos mediante el GHQ si bien, aunque podría dar una estimación indirecta de la carga sufrida, no es una medida específicamente diseñada para valorarla.

En cambio, los pacientes con menor tiempo de evolución parecen responder mejor al abordaje centrado en la unidad familiar. En el subgrupo de pacientes que habían sufrido su primer episodio psicótico (n=11), la frecuencia de recaídas con la

intervención unifamiliar fue del 19 % y con la grupal del 40 %. Lamentablemente, la muestra de primeros episodios es pequeña para establecer conclusiones definitivas, pero estaría en la línea de los resultados reanalizados por Goldstein (1996) que observó una relación inversa entre el porcentaje de primeros episodios o de casos de inicio reciente y la tasa de recidivas, sugiriendo que los pacientes con más tiempo de evolución responderían mejor a una IF centrada en la información y el apoyo a los cuidadores mientras que los casos de inicio más reciente se beneficiarían de una intervención más intensiva y centrada en la unidad familiar.

Resulta llamativo que la TFC no consiga una mayor disminución de las recaídas que la GF a pesar de producir una reducción más importante de los niveles de EE y del tiempo de contacto entre paciente y familia, de mejorar la adherencia al tratamiento y conseguir un mejor estado clínico y ajuste social del paciente. Una posible explicación es que en el grupo de TFC participaron pacientes y familias con las características de mayor estabilidad y adaptación a la enfermedad reseñadas anteriormente, de forma que las sesiones podrían haber favorecido la desestabilización de estos pacientes, que según los indicios ya expuestos podrían haber respondido más favorablemente con una intervención grupal. De hecho, según nuestros resultados, el riesgo de recaída de estos pacientes cuando realizan la TFC es doble que cuando se realiza el abordaje de la GF (RR= 2.07).

En cualquier caso, conviene recordar que, aunque el objeto de estudio de esta tesis sea la relación entre los niveles de EE y las recaídas, como se ha expuesto en la introducción, las recidivas no son la única variable de resultado en estas intervenciones. Dado que no hay una única variable que determine la idoneidad de uno u otro abordaje, los perfiles de resultados de estos programas terapéuticos deberían ser tomados en

cuenta en función de las características y necesidades de las familias a la hora de establecer la indicación de uno u otro programa para un paciente concreto.

Respecto al **objetivo principal** de esta tesis, como ya se ha comentado, el único factor que se detectó asociado al descenso de los niveles de EE fue la intervención familiar. Durante el período comprendido entre el inicio y la finalización de la intervención se produjo el mayor descenso de los niveles de EE, independientemente del formato terapéutico administrado. Entre la finalización de la intervención y la evaluación 5 años después, los niveles de EE y de sus subescalas se mantuvieron en los valores alcanzados tras la terapia, sin encontrarse variaciones significativas.

Durante el período de intervención, las únicas variables que se encontraron asociadas con la disminución de la EE fueron la reducción del número de recidivas y reingresos. La tasa de recaídas en nuestros pacientes durante el período de intervención fue del 27,5 %. No todos los pacientes que recayeron precisaron un ingreso hospitalario, puesto que durante el período de intervención, la tasa de reingresos fue del 10,3 %. No se encontró asociación de este descenso con otras variables sociodemográficas o clínicas, incluidas la cumplimentación del tratamiento farmacológico y el tiempo de contacto entre paciente y cuidador, las cuales han sido implicadas tradicionalmente en la literatura como moduladoras de la magnitud de la asociación entre EE y recidivas.

Ya se ha comentado que ambos formatos de intervención lograron reducir la tasa de recaídas y de reingresos en este período, sin que existieran diferencias significativas en función del tipo de abordaje. Sin embargo, mientras que el formato grupal se mostró superior en reducir la tasa de recaídas en aquellos pacientes con un perfil sugestivo de mayor estabilidad clínica y familiar, el formato unifamiliar fue el

que se mostró superior en mejorar significativamente los niveles de las subescalas de la EE, además de lograr también un cambio favorable en un mayor número de aspectos de la clínica productiva y del ajuste social. Este diferente perfil de resultados según el formato de terapia realizado, cuya interpretación ya se ha realizado con anterioridad, parece orientar de nuevo a que los cambios encontrados tras la intervención son, al menos en parte, debidos al efecto de ésta.

Durante los 5 años posteriores a la intervención familiar, los niveles de la EE se mantuvieron mayoritariamente estables. Esta estabilidad mayoritaria de los niveles de EE no pareció influir en la tasa de recaídas, ya que sólo un 29,6 % de los pacientes no presentaron recaídas, mientras que el 53,3 % tuvo una o más y el 16,9 % siguió un curso continuo. Las primeras recaídas tras la intervención se produjeron, de forma paulatina y con una distribución uniforme, durante los primeros 42 meses posteriores a la intervención, siendo escasos los pacientes que recayeron por primera vez más allá de los tres años y medio. Al igual que ocurría durante el período de intervención, no se precisó ingreso hospitalario en la mayoría de pacientes que recayeron: la frecuencia de reingresos fue del 38 %. (datos no mostrados).

Con respecto a la asociación de las recidivas con los niveles de la EE, durante el período de intervención no encontramos que la influyera otra variable que no fuera la propia realización de la intervención: cuando se produjo la reducción de los niveles de EE, este descenso se asoció a la inexistencia de recidivas durante este período.

Diversos argumentos expuestos a lo largo de esta discusión apuntan a que este descenso de la EE es fundamentalmente debido al efecto de la intervención. Por una parte, la EE no parece un artefacto producido por la mejoría clínica al tratarse de pacientes ya estabilizados. Por otra parte, el análisis de cambio demostró se producían

un mayor número de cambios en la EE durante el año de la realización de la intervención que en todo el período de seguimiento, lo que parece indicar que la EE es modificada en mayor medida por una intervención familiar que por cualquier otro acontecimiento o factor que pueda haber sucedido a lo largo de 5 años. Finalmente, el análisis de los niveles de la EE en los casos que abandonaron no mostró cambios en todo el período de estudio.

Más difícil resulta plantear una hipótesis respecto a la dirección de la interacción entre EE y recidivas. Varios datos parecen indicar que durante el período de intervención es la disminución de la EE la que reduce el número de recidivas y no al revés.

Por una parte, existe una evidencia en la literatura de que tanto los estudios de seguimiento en cohortes no intervenidas como los estudios de intervención demuestran casi unánimemente que es la reducción de la EE la que tiene como consecuencia la disminución de las recidivas, mientras que son anecdóticos los hallazgos sobre que los niveles de EE en un momento determinado se relacionen con el número de recidivas previas.

Por otra parte, aproximándonos a los datos concretos de nuestro trabajo desde una perspectiva cronológica, los niveles iniciales de EE no se asociaban con el tiempo de evolución de la enfermedad ni con la tasa de reingresos previa mientras que cuando descendía la EE en aquellos que recibían la intervención, esto se asociaba con un menor número tanto de recidivas como de reingresos.

Sin embargo, esta hipótesis no parece confirmarse por los resultados obtenidos en el período de seguimiento, durante el cual se produce una disociación aparente de la EE y la tasa de recidivas, puesto que el número de recaídas fue aumentando

paulatinamente en los primeros meses a pesar de mantenerse estables los niveles de la EE.

Una vez finalizada la intervención, en los escasos casos en que se produjeron cambios en los niveles de la EE, éstos se asociaron con variables clínicas como la gravedad de la sintomatología productiva y el nivel de funcionamiento social, no encontrándose ya asociación con las tasas de recaídas y de reingresos. Es posible que esta pérdida de asociación entre EE y recaídas se deba a que los familiares experimenten algún tipo de "acostumbramiento" ante la emergencia de las crisis, por lo que la respuesta emocional del cuidador no se vería progresivamente tan afectada por la irrupción del cuadro clínico agudo que, llevado a su máximo extremo, causaría el reingreso. Además, desde la perspectiva del modelo atribucional, la aparatosidad de la clínica en la recidiva facilitaría la atribución por el cuidador de las conductas del paciente a una enfermedad y no a rasgos de carácter controlables por éste.

En nuestro estudio se ha encontrado que la repercusión que el hecho de prestar cuidados a un familiar con esquizofrenia tiene sobre el estado de salud psíquica del familiar disminuye con el tiempo, aunque el cambio sólo es significativo cuando se contempla todo el período desde el inicio de la intervención (datos mostrados en Masanet y cols, en prensa). Se trataría por tanto de un proceso lento y progresivo, posiblemente atribuible a que con el tiempo se ha elaborado más el duelo, se conoce mejor la enfermedad y el cómo manejarla. Este proceso no parece depender tampoco del estado clínico del paciente, ni del número de recaídas o reingresos. Habría, por tanto, un acostumbramiento a lo que supone la enfermedad, la estigmatización, las limitaciones y los cambios en la calidad de vida.

Sin embargo, es más probable que la menor repercusión emocional del cuidador en aquellos casos que recidivaron se deba no sólo a una habituación del

familiar sino también a la consecuencia del efecto duradero de la intervención sobre los conocimientos de la enfermedad y las estrategias de manejo del cuidador. En este sentido, el trabajo sobre nuestra muestra de Masanet y cols (en prensa) encuentra que los conocimientos sobre la enfermedad, especialmente en lo referente a la medicación y al manejo del paciente, siguieron siendo buenos a los 5 años de la conclusión de la terapia. Así, dado que en la intervención se enfatiza la identificación precoz de síntomas de alerta de recaídas y se adiestra al cuidador tanto sobre cómo actuar en las crisis y como en el modo de contactar con los servicios sanitarios en caso de emergencia, ante una recaída el cuidador tendría menos dificultades para afrontar la crisis. De hecho, este adiestramiento del cuidador permitiría explicar los menores índices de reingresos por número de recaídas que presentaron los pacientes cuyos familiares finalizaron la intervención frente a aquellos cuyos familiares la abandonaron, a pesar de que hubo mayores tasas de recidivas en los intervenidos.

En cambio, la respuesta emocional del cuidador sí estaría influida por variables que indicarían el funcionamiento cotidiano del paciente, tanto en el sentido de la existencia de clínica productiva persistente (la media de las puntuaciones globales del PAS en la evaluación final fueron de 6.4, próximas a las basales e indicativas de clínica productiva leve -datos no mostrados-) o de un funcionamiento social más pobre. La presencia de estas disfunciones de forma continuada podría provocar una mayor carga en el cuidador al dificultar más el manejo cotidiano y un mayor estrés por la impotencia para encontrar alguna solución, lo que en nuestro estudio se vería amplificado ante la inexistencia en el área de ningún recurso rehabilitador o de descarga. Nuevamente, desde una perspectiva atribucional, la sutileza de esta clínica podría hacer más difícil discernir si las conductas habituales del paciente son o no atribuibles a su personalidad y bajo su control.

En definitiva, la explicación integrada de los hallazgos de nuestro trabajo sólo puede hacerse desde un modelo interactivo complejo de la asociación EE y recidivas. Así, la EE tendría unos atributos de rasgo, cuyo impacto en la EE habría sido atenuado por la intervención lo que explicaría que una vez finalizada ésta, los niveles se mantuvieran mayoritariamente estables al menos durante los 5 años posteriores. Para poder justificar esta hipótesis, deberían poder identificarse determinados ingredientes activos de la intervención cuya esencia se mantuviera de forma prolongada una vez adquiridos. Por ejemplo, la información adecuada sobre la enfermedad, una vez conocida, se conservaría duraderamente modulando así el sistema atribucional de los cuidadores, haciéndoles menos críticos hacia el funcionamiento del paciente y favoreciendo que aumentaran el afecto y la compasión hacia el ser querido al saberle víctima de un trastorno fuera de su control. De igual modo, la adquisición de habilidades en comunicación y en resolución de problemas reduciría el estrés y la percepción de la necesidad de sobreimplicarse en el cuidado del paciente. Además, la carga sobre el cuidador también disminuiría gracias a la ampliación de la red de apoyo social bien, en el caso del modelo unifamiliar, a través de la implicación de todos los miembros familiares en el afrontamiento de los problemas generados por la enfermedad o bien, en el caso del modelo grupal, mediante la pertenencia al grupo terapéutico, así como, en ambos formatos de intervención, por el mayor conocimiento sobre cómo acceder a los recursos sanitarios disponibles. La intervención en sí misma, si bien mediante los mecanismos descritos no podría modificar los atributos de la personalidad o de las experiencias biográficas del cuidador ni las características clínicas, biográficas y caracteriales del paciente (mayor o menor autosuficiencia, presencia de conductas disruptivas u hostiles, frecuencia de recidivas, situación laboral, etc.), sí podría reducir

la magnitud relativa de los efectos de estas variables en la reacción emocional frente al enfermo.

Además, la reacción emocional del cuidador poseería también unos atributos de estado, que serían reactivos al estado clínico del paciente y, posiblemente, también estarían influidos por acontecimientos vitales o ambientales independientes del estado del paciente (por ejemplo, los problemas económicos o conyugales podrían aumentar el nivel de estrés del familiar haciéndole más proclive a realizar comentarios críticos, la creación de recursos sociosanitarios podría disminuir la carga, la precariedad laboral podría dificultar la obtención de un empleo por el paciente, etc). Una vez modificados los atributos de rasgo, serían estos atributos de estado los que adquirirían un mayor peso relativo sobre los niveles de la EE: en nuestro caso, el ajuste social y la gravedad de la clínica productiva.

Es posible que los efectos beneficiosos de la intervención sobre estos atributos de estado, al menos en lo referente a la EOI y al afecto, se fueran diluyendo en el tiempo y por ello las variables clínicas fueran capaces de elevar los niveles de la EE al final del seguimiento cuando no lo habían conseguido en la evaluación intermedia. La confirmación de esta hipótesis implicaría la necesidad de mantener la intervención en el tiempo, al menos en aquellos casos donde los pacientes presenten síntomas productivos crónicos o un ajuste social más precario.

En el otro lado de la interacción, las recidivas vendrían influidas tanto por la EE como por variables clínicas intrínsecas del paciente (como la vulnerabilidad biológica al estrés, el perfil sintomático, la adherencia al tratamiento, el consumo de tóxicos, la comorbilidad con enfermedades somáticas...), nuevamente influidas por los acontecimientos vitales o sociales. Desde esta concepción se explicarían tanto la disminución inicial de las recidivas al reducirse la EE (aun en presencia de estas

variables) como el progresivo aumento de la tasa de recidivas una vez estabilizada la EE debido a la actuación de las variables clínicas y ambientales a lo largo de estos 5 años.

Así, la asociación entre la EE y las recidivas estaría condicionada tanto por la interacción recíproca como determinada por factores clínicos, biográficos, familiares y sociales que modularían simultáneamente a ambos polos de la interacción.

En cualquier caso, los datos respecto al curso de la enfermedad en los pacientes intervenidos orientan a que la intervención familiar, al ser interrumpida al año, no protege a medio-largo plazo de tener más recaídas y a que las diferencias tras su finalización en cuanto a los pacientes que recaen y a los que no, así como los que siguen un curso continuo podrían explicarse mejor por el perfil de los propios pacientes que por el efecto de la intervención.

Aunque la efectividad de la intervención pudo verse mermada por la ausencia de otros tratamientos psicosociales y rehabilitadores, el programa de intervención familiar, independientemente de la modalidad utilizada, no fue suficiente para que los beneficios sobre la tasa de recaídas y reingresos se mantuvieran en el tiempo, observándose que el riesgo de recaída continuó elevado durante los primeros años tras la reagudización índice, disminuyendo sólo durante el período de realización de la intervención.

En resumen, si bien en nuestro estudio la EE es modificada en mayor medida por una intervención familiar que por cualquier otro acontecimiento o factor que pueda haber sucedido a lo largo de 5 años, una intervención familiar de duración limitada encaminada a reducir la EE, tras su finalización, es insuficiente para mantener en el tiempo los beneficios obtenidos sobre la tasa de recaídas.

En consecuencia, estos hallazgos implicarían la necesidad de prolongar los períodos de realización de la intervención para mantener sus efectos beneficiosos sobre la salud del paciente y de sus familiares.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. El nivel de la EE y el perfil de sus subescalas en una muestra de pacientes remitidos a una intervención familiar es similar al encontrado en los estudios observacionales de países con nuestra misma base cultural.
2. El perfil de la EE de los cuidadores, cuando el paciente se encuentra estabilizado clínicamente, se caracteriza por un predominio de la sobreimplicación y del afecto así como por tasas bajas de crítica y hostilidad.
3. No se detectó un perfil clínico o sociodemográfico ni en los pacientes ni en los familiares que pueda identificarse asociado a niveles diferentes de la EE o de sus subescalas.
4. La intervención familiar fue el principal determinante de la reducción de los niveles iniciales de la EE, que se produjeron por la contribución mayoritaria del descenso de la sobreimplicación emocional.
5. La subescala más susceptible al cambio fue la sobreimplicación emocional y, en segundo lugar, la crítica. La hostilidad se mostró como la subescala más refractaria al cambio.
6. El descenso de los niveles de EE durante el período de realización de la intervención sólo se encontró asociado a la ausencia de recidivas y de reingresos.

Una vez reducidos los niveles de EE mediante una intervención familiar éstos se mantuvieron con independencia de la tasa de recaídas o de rehospitalizaciones.

7. Los niveles de la EE y de sus subescalas no presentaron variaciones significativas durante los 5 años posteriores a la finalización de la intervención, manteniéndose mayoritariamente estabilizados en los valores alcanzados en el momento de su conclusión.
8. Tras finalizar la intervención, las variaciones de los niveles de la EE y de las subescalas de sobreimplicación emocional y afecto, cuando se produjeron, se asociaron a variables clínicas que reflejaban el funcionamiento cotidiano del paciente: gravedad de la sintomatología productiva y nivel de ajuste social.
9. Una intervención familiar de 12 meses de duración, independientemente de que se realizara incluyendo o no al paciente, se mostró eficaz para reducir los niveles globales de la EE, manteniéndose este efecto por un período de al menos 5 años. Sin embargo, el formato que incluía al paciente consiguió una variación significativa en las escalas de crítica, EOI y comentarios positivos, que no se produjo en el formato que se realizaba sin la presencia del paciente.
10. Tanto el formato de intervención centrado en la unidad familiar como el realizado a un grupo de familiares se mostraron eficaces para reducir la tasa de recidivas durante el período de intervención. Sin embargo, el formato grupal se mostró superior en la reducción de la tasa de recidivas para el subgrupo de pacientes con un perfil de mayor estabilidad clínica y familiar.

11. El efecto beneficioso conseguido durante el período de la intervención sobre la tasa de recidivas y de reingresos se fue perdiendo tras la finalización de la intervención.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

Altorfer A, Kassermann ML, Hirsbrunner H. Arousal and communication, I. The relationship between nonverbal, behavioral and psychophysiological indices of the stress response. *Journal of Psychophysiology* 1998; 12: 40- 59.

American Psychiatric Association. DSM-III-R: Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed, revised. Washington DC. APA 1987.

American Psychiatric Association. DSM-IV-R: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta edición. Texto Revisado (Versión española). Barcelona Ed. Masson S.A. 2002.

Anderson J, Adams C. Family interventions in schizophrenia. *British Medical Journal* 1996; 313: 505-6.

Arévalo J, Vizcarro C. Emoción expresada y curso de la esquizofrenia en una muestra española. *Análisis y modificación de Conducta*. 1989; 15: 3-24.

Arévalo J, Vizcarro C. Niveles de "Emoción Expresada" en familiares de pacientes esquizofrénicos. Datos para una comparación transcultural. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1989; 9: 437-50.

Bachman S, Bottmer C, Jacob S, Kronmüller K-T, Backenstrass M, Mundt C, Renneberg B, Fiedler P and Schröder J. Expressed Emotion in relatives of first- episode

and chronic patients with schizophrenia and major depressive disorder- a comparison. *Psychiatry Research* 2002; 112: 239-50.

Ball RA, Moore E, Kuipers L. Expressed Emotion in community care facilities: a comparison of patient outcome in a 9-month follow-up of two residential hotels. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1992, 27: 35-9.

Bandura A. Self-efficacy mechanism on human agency. *American Psychologist* 1982; 37: 122- 47.

Barrelet L, Ferrero F, Szighety L, Giddey C, Pellizzer G. Expressed emotion and first-admission schizophrenia: nine-month follow-up in a French cultural environment. *British Journal of Psychiatry* 1990; 156; 357-62.

Barrowclough C, TARRIER N, Watts S, Vaughn C, Bamrah JS, Freeman HL. Assessing the functional value of relatives' knowledge about schizophrenia: a preliminary report. *British Journal of Psychiatry* 1987; 151: 1- 8.

Barrowclough C, TARRIER N. Social functioning in schizophrenic patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1990; 25: 125-9.

Barrowclough C, Johnston M, TARRIER N. Attributions, expressed emotion and patient relapse: an attributional model of relatives' response to schizophrenic illness. *Behavior Therapy* 1994, 25: 67- 88.

Barrowclough C, Tarrrier N, Johnston M. Distress, expressed emotion and attributions in relatives of schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin* 1996; 22: 691- 702.

Barrowclough C, Parle M. Appraisal, psychological adjustment and expressed emotion in relatives of patients suffering from schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1997; 171: 24-30.

Bäumel J, Pitschel-Walz G, Kissling W. Psychoedukative Gruppen bei schizophrenen Psychosen für Patienten Angehörige. En Stark A (ed.) *Verhaltenstherapeutische und psychoedukativ Ansätze im Umgang mit schizophren. Erkrankten.* Tübingen:dgtv-Verlag, 1996, pp. 217-55.

Bebbington P, Kuipers L. The predictive utility of Expressed Emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. *Psychological Medicine* 1994; 24(3): 707-18.

Bellack AS, Mueser KT. Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1993; 19: 317- 36.

Bellack AS, Brown SA. Psychosocial treatments for schizophrenia. *Current Psychiatry Reports* 2001; 3: 407-12.

Bentsen H, Boye B, Munkvold OG, Notland TH, y cols. Emotional overinvolvement in parents of patients with schizophrenia or related psychosis: demographic and clinical predictors. *British Journal of Psychiatry* 1996; 169: 622-30.

Bentsen H, Notland TH , Boye B , Munkvold OG, Bjorge H, Lersbryggen AB, Uren G, Oskarsson KH, Berg-Larssen R, Lingjaerdre O, Malt UF. Criticism and hostility in relatives of patients with schizophrenia or related psychosis: demographic and clinical predictors. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998; 97: 76-85.

Bentsen H, Munkvold OG, Notland TH , Boye B, Oskarsson KH, Uren G, Lersbryggen AB, Bjorge H, Berg-Larssen R, Lingjaerdre O, Malt UF. Relatives' emotional warmth towards patients with schizophrenia or related psychosis: demographic and clinical predictors. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998; 97: 86-92.

Bentsen H, Notland TH, Munkvold O, Boye B, Ultsein I, Bjorge H, Uren G, Lersbryggen Ag, Oskarsson KH, Berg-Larssen R, Lingjaerdre O, Malt UF. Guilt proneness and Expressed emotion in relatives of patients with schizophrenia or related psychoses. *British Journal of Medical Psychology* 1998; 71: 125-38.

Berkowitz R, Eberlein-Fries R, Kuipers L, Leff JP. Educating relatives about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1984; 10: 418-29.

Bertrando P, Beltz J, Bressi C, Clerici M, Farma T, Invernizzi G, Cazzullo CL. Expressed emotion and schizophrenia in Italy: a study of an urban population. *British Journal of Psychiatry* 1992; 161: 223-9.

Birchwood M. Family factors in psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry* 1992; 5: 295- 9.

Boye B, Bentsen H, Notland TH, Munkvold AB, Lersbryggen AB, Oskarsson KH, Uren G, Ulstein I, Bjorge H, Lingjaerde O, Malt UF. What predicts the course of Expressed Emotion in relatives of patients with schizophrenia or related psychoses? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1999; 34: 35-43.

Brewin CR, Mc Carthy B, Duda K, Vaughn CE. Attribution and expressed emotion in the relatives of patients with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 1991; 100: 546- 54.

Brooker C, Falloon IRH, Butterworth A, Goldberg D. Training community psychiatry nurses to undertake psychosocial intervention: report of a pilot study. *British Journal of Psychiatry* 1992; 160: 836-444.

Brown GW, Rutter M. The measurement of family activities and relationships. A metodological study. *Human Relations. Editorial Notice* 1966; 241-63

Brown, G.W., Birley; J.L.T. & Wing, J.K. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry.* 1972; 121: 241-58.

Brown GW. The discovery of EE: induction or deduction? In: *Expressed emotion and families.* Edited by Leff J, vaughn C. New York, Guilford Press, 1985.

Buchkremer G, Stricker K, Holle R, Kush H. The predictability of relapses in schizophrenic patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* 1991; 240: 292-300.

Buchkremer G, Klingberg S, Holle R, Schulze-Monking H, Hornung WP. Psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients and their key relatives or caregivers: results of a 2-years follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997; 96: 483-91.

Budd RJ, Hughes ICT. What do the carers of people with schizophrenia find helpful and unhelpful about psychoeducation? *Clinical Psychology & Psychotherapy* 1997; 4(2): 118-24.

Bustillo J, Lauriello J, Horan W, Keith S. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *American Journal of Psychiatry* 2001; 158: 163-75.

Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse. A metaanalysis. *Archives of General Psychiatry* 1998; 55: 547-52.

Cardin VA, Mc Gill CW, Falloon IRH. An economic analysis: costs, benefits and effectiveness. In : Falloon IRH, (ed.) *Family Management of Schizophrenia*. Baltimore MD: John Hopkins University Press;1985: 115-23.

Cañive JM, Sanz-Fuentenebro J, Tuason VB, Vázquez C, Schrader RM, Alberdi J, Fuentenebro J. Psychoeducation in Spain. *Hospital and Community Psychiatry* 1993; 44: 679-81.

Clerici M, Beltz J, Bertrando P, Fornara A, Garavaglia R, Iraci A, Merati O, Steiner V, Cazzullo CL. Ritardo mentale e ambiente familiare: ruolo dei fattori emotivi. *Minerva Psichiatrica* 1993; 34(3):163-72.

Chisholm D. Selección de las intervenciones psiquiátricas económicamente rentables. Resultados del programa CHOICE de la Organización Mundial de la Salud. *World Psychiatry* 2005; 3: 37- 44.

Cozolino LJ, Goldstein MJ, Nuechterlein KH, West LW, Snyder K. The impact of education about schizophrenia on relatives varying in expressed emotion. *Schizophrenia Bulletin* 1988; 14: 675-87.

Crotty P, Kulys R. Are schizophrenics a burden to their families? Significant others' views. *Health and Social Work* 1986; Summer: 173-88.

Dixon L, Lehman AF. Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1995; 21: 631- 43.

Dixon L, McFarlane WR, Lefley H, Luckstead A, Cohen M, Falloon IRH, Mueser K, Miklovitz D, Solomon P, Sondheim D. Evidence based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services* 1999; 50: 615-8.

Dixon L, Adams C, Luckstead A. Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2000; 26 (1): 5-20.

Dulz R, Hand I. Short-term relapse in young schizophrenic: can it be predicted and affected by family (CFI), patient and treatment variables? An experimental study. In *treatment of Schizophrenia: Family Assessment and intervention* (ed MJ Goldstein, I Hand & K Hahlweg). PP 59-75. Springer- Verlag. Berlin 1986.

Edgerton RB, Cohen A. Culture and schizophrenia: The DOSMD Challenge. *British Journal of Psychiatry* 1994; 164: 222- 31.

Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. The burden of care: the impact of functional illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry* 1987; 150: 285- 92.

Falloon IRH, Boyd JL, Mc Gill CW, Razani J, Moss HB, Gildermann AM. Family management in the preventions of exacerbations of schizophrenia. *New England Journal of Medicine* 1982; 306: 1437-40.

Falloon IRH, Boyd JL, Mc Gill CW. *Family care of schizophrenia: a problem solving approach to the treatment of mental illness*. 1984, New York. Guilford press

Falloon IRH, Williamson M, Razani J, Moss HB, Gilderman AM, Simpson GM. Family versus individual management in the prevention of morbidity of schizophrenia: I.

Clinical outcome of a two-year controlled study. *Archives of General Psychiatry*. 1985; 42: 887-96.

Falloon IRH. Expressed Emotion: current status. *Psychological Medicine* 1988; 18: 269-274

Falloon IRH, Hahlweg K, Tarrier N. Family interventions in the community management of schizophrenia: methods and results. En: Straube ER y Hahlweg K (eds.) *Schizophrenia: concepts, vulnerability and intervention*. Berlin: Springer-Verlag, 1990, pp 217-40.

Falloon IRH. Family stress and schizophrenia. *Theory and Practice. Psychiatry Clinic of North America*. 1996; 9: 165-82.

Falloon IRH, Montero I, Economou M and the Optimal Treatment Project Collaborators. An international evidence based approach to the optimal treatment of schizophrenic disorders. Presented at the world Congress of Psychosocial Rehabilitation, Hamburg, Germany, May 2-5. 1998

Falloon IRH. Intervenciones familiares en los trastornos mentales: eficacia y efectividad. *World Psychiatry* 2003; 2: 20-8.

Falloon IRH, Montero I, Sungur M, Mastroieni A, Malm U, Economou M, Grawe R, Harangozo J, Mizuno M, Murakami M, Hager B, Held T, Veltro F, Gedye R y The OTP Collaborative Group. *Tratamientos basados en la evidencia en la esquizofrenia:*

resultados de 2 años de seguimiento en un ensayo clínico internacional de campo sobre el tratamiento óptimo. *World Psychiatry* (ed. española) 2004; 2: 104-9.

Glynn S, Randolph ET, Eth S, Paz GG, Leong GB, Shaner AL, Strachan A. Patient psychopathology and Expressed Emotion in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1990; 157. 877-80.

Goldstein MJ, Rodnick EH, Evans JR, May PR, Steinberg MR. Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics. *Archives of General Psychiatry* 1978; 35: 1167-77.

Goldstein MJ, Kreisman D. Gender, family environment and schizophrenia. *Psychological Medicine* 1988; 18: 861- 72.

Goldstein MJ, Miklovitz DJ, Strachan AM, Doane JA, Nuechterlein KH, Feingold D. Patterns of expressed emotions and patients coping styles that characterize the families of recent onset schizophrenics. *British Journal of Psychiatry* 1989; 155 (suppl 5): 107-11.

Goldstein MJ, Talovic SA, Nuechterlein KH, Fogelson DL, Subotnik KL, Asarnow Rf. Family interaction versus individual psychopathology: Do they indicate the same processes in the families of schizophrenics? *British Journal of Psychiatry* 1992; suppl. 18: 97-102.

Goldstein MJ. Psychoeducation and relapse prevention. *International Clinical Psychopharmacology* 1995; 9 (suppl. 5): 59-69.

Goldstein MJ, Miklovitz DJ. The effectiveness of psychoeducational family therapy in the treatment of schizophrenic disorders. *Journal of Marital and Family Therapy* 1995, 21: 361-76.

Goldstein D. Psychoeducation and family treatment related to the phase of a psychotic disorder. Presented at the Psychiatric Rehabilitation Congress. Copenhagen, 1996.

Gómez-Beneyto M, Salazar J, Peris R, Cebrián A, Belenguer MJ. Registro de casos psiquiátricos de Valencia. Diputación provincial de Valencia, 1989.

Greenley JR. Social control and Expressed Emotion. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1986; 174: 24-30.

Gutiérrez E, Escudero V, Valero JA y cols "Expresión de emociones y curso de la esquizofrenia: II expresión de emociones y curso de la esquizofrenia en pacientes en remisión. *Análisis y Modificación de Conducta* 1988; 15: 275-316.

Hahlweg K, Goldstein MJ, Nuechterlein KH, Magana AB, Mintz J, Doane JA, Miklovitz DJ, Snyder KS. Expressed Emotion and patient-relative interaction in families of recent onset schizophrenics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989; 57: 11-8.

Hahlweg K, Wiedemann G. Principles and results of family therapy in schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* 1999; 249 (suppl. 4): 108-15.

Harrison CA, Dadds MR, Smith G. Family caregivers' criticism of patients with schizophrenia. *General Psychiatric Services* 1998; 49: 918-24.

Heikkilä J, Karlsson H, Taiminen T et al. Expressed Emotion is not associated with disorder severity in first-episode mental disorder. *Psychiatry Research* 2002; 111:155-65.

Heresco-Lery U, Ermilov M, Giltsisky B et al. Treatment resistant schizophrenia and staff rejection. *Schizophrenia Bulletin* 1999; 25: 457-65.

Hoening J, Hamilton M. The schizophrenic patient in the community and its effect on the household. *International Journal of Social Psychiatry* 1966; 12: 165- 76.

Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Javan CD, Madonia MJ. Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry* 1986; 43:633-642.

Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ. Family psychoeducation, social skills training and medication in schizophrenia: the long and the short of it. *Psychopharmacological Bulletin*. 1987; 23:12-3.

Hogarty GE, McEvoy JP, Munetz M, DiBarry AL, Bartone P, Cather R, Cooley SJ, Ulrich RF, Carter M, Madonia MJ. Dose of fluphenazine, familial expressed emotion, and outcome in schizophrenia. Results of a two-year controlled study. *Archives of General Psychiatry* 1988; 45: 797-805.

Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Ulrich RF, Carter M. Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia II: Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Archives of General Psychiatry* 1991; 48: 340-7.

Hogarty GE, Greenwald DP, Ulrich Rf, Kornblith SJ, DiBarry AL, Cooley S, Carter M, Flesher S. Three-years trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family: parts I and II. *American Journal of Psychiatry* 1997; 154: 1504- 24.

Hogarty GE. ¿Tiene futuro la psicoeducación familiar?. *World Psychiatry* (ed. Española) 2003; 2: 29-30.

Hooley JM. Expressed emotion -a review of the critical literature-. *Clinical Psychology Review* 1985; 5. 119-39.

Hooley JM. The nature and origins of Expressed Emotion. En: Hahlweg K y Goldstein M (eds.) Understanding major mental disorders. The contribution of family interaction Research. New York. Family Process, 1987, pp. 176-94.

Hooley JM, Richters JE. Expressed Emotion: A developmental perspective. En: Cicchetti D, Toth SL (eds.) Rochester Symposium on Developmental Psychopathology Vol 6. Emotion, Cognition and Representation. Rochester, NY. University of Rochester Press, 1995, pp. 133-66.

Hooley JM, Rosen LR, Richters JE. Expressed Emotion: toward clarification of a critical construct. En: Miller G (ed.) The behavioral high-risk paradigm in psychopathology. New York. Springer-Verlag 1995, pp 88- 120.

Hooley JM. Expressed emotion and locus of control. Journal of Nervous and Mental Disease 1998; 186: 374- 8.

Hooley JM, Hiller JB. Expressed Emotion and personality. Journal of Abnormal Psychology 2000; 109: 40-4.

Hooley JM, Gotlib IH. A diathesis-stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome. Applied and Preventive Psychology 2000; 9: 131-51.

Hooley JM, Campbell C. Control and controllability: beliefs and behaviour in high and low expressed emotion relatives. Psychological Medicine 2002; 32: 1091-9.

Hornung WP, Feldmann R, Klinberg S, Buchkremer g, Reker T. Long-term effects of a psychoeducation psychotherapeutic intervention for schizophrenic outpatients and their key-persons. Results of a five-year follow-up. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* 1999; 249: 162-7.

Ito J, Oshima I. Distribution of EE and its relationship to relapse in Japan. *International Journal of Mental Health* 1995; 24: 23-37.

Ivanovic M, Vuletic Z, Bebbington P. Expressed Emotion in the families of patients with schizophrenia and its influence on the course of illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1994; 29: 61-5.

Jenkins JH, Karno M, de la Selva A, Santana F. Expressed emotion in transcultural context: familial responses to schizophrenic illness among Mexican Americans in treatment of Schizophrenia. Ed.: Goldstein M, Hand I, Hahlweg K. New York, Springer-Verlag 1986.

Jenkins JH, Karno M. The meaning of Expressed emotion: theoretical issues raised by cross-cultural research. *The American Journal of Psychiatry* 1992; 149 (1): 9- 21.

Kane JM, Marder SR. Psychopharmacological treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1993; 19: 287-302.

Karno M, Jenkins JH, De La Selva A, Santana F Telles C, López S, Mintz J. Expressed Emotion and schizophrenic outcome among Mexica-American families. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1987; 175: 143-51.

Kavanagh DJ. Recent developments in Expressed Emotion and Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1992; 160: 601-620.

King S, Dixon MJ. Expressed Emotion, family dynamics and symptom severity in a predictive model of social adjustment for schizophrenic young adults. *Schizophrenia Research* 1995; 14: 121- 32.

King S, Dixon MJ. A causal model of social adjustment in schizophrenic young adults: the influence of Expressed Emotion, family dynamics and sympom type. *Archives of General Psychiatry* 1996; 53 (12): 1098-104.

King S, Dixon MJ. Expressed Emotion and relapse in young schizophrenia outpatients. *Schizophrenia Bulletin* 1999; 25 (2): 377- 86.

King S. Is expressed emotion cause or effect in the mothers of schizophrenic young adults? *Schizophrenia Research* 2000; 45 : 65-78.

King S, Ricard N, Rochon V, Steiger H, Nelis S. Determinants of expressed emotion in mothers of schizophrenia patients. *Psychiatry Research* 2003; 117: 21-22.

Kissling W. Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994; 89 (suppl. 382): 16- 24.

Knapp M. Schizophrenia costs and treatment cost-effectiveness. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000; 102 (suppl. 407): 15-8.

Köttgen C, Sönnischen I, Mollenhauer k, Jurth R. Group therapy with the families of schizophrenic patients: results of the Hamburg camberwell Family Interview Study III. *International Journal of Family Psychiatry* 1984; 5. 83-94.

Kopelovicz A, Zárate R, gonzález V, López SR, Ortega P, Obregón N, Mintz J. Evaluation of expressed emotion in schizophrenia: a comparison of caucasians and mexican-americans. *Schizophrenia Research* 2002, 55: 179-86.

Krawiecka M, Goldberg D, Vaughan M. A standarized psychiatric assessment scale for rating chronic psychotic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1977; 55: 299-308.

Kuipers L, Bebbington P. Expressed Emotion research in schizophrenia. Theoretical and clinical implications. *Psychological Medicine* 1988: 18; 893-909.

Kuipers L, Moore E. Expressed Emotion and staff client relationship. *International Journal of Mental Health* 1995; 24: 13-26.

Kuipers E, Bebbington P, Pilling S, Orbach G. Family intervention who needs it? *Epidemiología e Psiquiatria Sociale* 1999; 8 (3): 169-173.

Kurihara T, Motoichiro K, Tsukahara T, Takano Y, Reverger R. The low prevalence of high levels of expressed emotion in Bali. *Psychiatry Research* 2000; 94: 229-38.

Lacruz M, Masanet MJ, Bellver F, Asencio A, Ruiz I, Iborra M, Montero I. Modificaciones en los conocimientos del cuidador sobre la esquizofrenia tras un programa de intervención familiar. *Archivos de Neurobiología* 1999; 62 (1): 49-64.

Lam DH. Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies. *Psychological Medicine*, 1991; 21: 423-441.

Lazarus RS. *Psychological distress and the coping process*. Mc Graw-Hill. New York 1966.

Lazarus RS. *Emotion and adaptation*. Oxford University Press. New York 1991.

Lebell MB, Marder SR, Mintz J, Mintz LI, Tompson M, Wirshing W, Johnston-Cronk K, Mc Kenzie J. Patient's perception of family emotional climate and outcome in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1993; 162: 751-4.

Leff J, Vaughn C. The interaction of life events and relative's Expressed Emotion in schizophrenia and depressive neurosis. *British Journal of Psychiatry* 1980; 136: 146- 53.

Leff J, Vaughn C. The role of maintenance therapy and relatives' expressed emotion in relapse of schizophrenia: a two-year follow-up. *British Journal of Psychiatry* 1981; 139: 102-4.

Leff JP, Kuipers L, Berkowitz R, Everlein-Vries R, Sturgeon D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry* .1982; 141: 121-34.

Leff J, Vaughn C. *Expressed Emotion in families*. New York: Guilford Press, 1985.

Leff J, Kuipers L, Berkovitz R, Sturgeon D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two-year follow-up. *British Journal of Psychiatry* 1985, 146: 594- 600.

Leff J, Wig NN, Ghosh A, Bedi H, Menon DK, Kuipers L, Korten A, Ernberg G, Day R, Sartorius N, Jablensky A. Influence of relatives' expressed Emotion on the course of schizophrenia in Chandigarh. *British Journal of Psychiatry* 1987; 151: 166- 73.

Leff JP, Berkovitz R, Shavit N, Strachan A, Glass I, Vaughn C. A trial of family therapy v. a relatives' group for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1989; 154: 58-66

Leff JP, Berkovitz R, Shavit N, Strachan A, Glass I, Vaughn C. A trial of family therapy v. a relatives' group for schizophrenia, two year follow-up.. *British Journal of Psychiatry* 1990; 157: 571-7.

Leff JP, Wig NN, Bedi H, Manon DK. Relatives' expressed emotion and the course of schizophrenia in Chandigarh: A two-year follow-up of a first contact sample. *Cross-cultural Psychiatry. (Special Issue) British Journal of Psychiatry* 1990; 156: 351-356.

Leff JP. Family work for schizophrenia: practical application. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2000; 102 (suppl. 407), 78-82.

Lehman AF, Steinwachs DM and PORT co-investigators. At issue: Translating research into practice: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophrenia Bulletin* 1998^a; 24: 1-10.

Lehman AF, Steinwachs DM and PORT co-investigators. Patterns of usual care for schizophrenia: initial results from the Schizophrenia PORT client survey. *Schizophrenia Bulletin* 1998^b; 24: 11-9.

Lenior ME, Dingemans PM, Linszen DH, De Haan L, Schene AH. Social functioning and the course of early-onset schizophrenia: five-year follow-up of a psychosocial intervention. *British Journal of Psychiatry* 2001; 179: 53-8.

Lenior ME, Dingemans P, Schene AH, Hart A, Linszen DH. The course of parental expressed emotion and psychotic episodes after family intervention in recent-onset schizophrenia. A longitudinal study. *Schizophrenia Research* 2002; 57: 183-190.

Leonard S, King S. Mothers' and siblings' reactions to schizophrenia. Presentado en el 26° congreso Internacional de Psicología; montreal, Canadá. International Journal of Psychology (abstract) 1996; 31 (3): 447.

Lewandosky L, Buchkremer G. Therapeutische Gruppenarbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten-Ergebnisse zweijähriger Verlaufsuntersuchungen. Zeitschrift für Klinische Psychologie 1988; 17: 2

Linszen DH, Dingemans P, Van Der Does JW, Nugter MA, Scholte P, Lenior R, Goldstein MJ. Treatment, expressed emotion and relapse in recently onset schizophrenic disorders. Psychological Medicine 1996; 26: 333-42.

Linszen DH, Dingemans PM, Nugter MA, Van Der Does AJW, Scholte WF, Lenior MA. Patient attributes and expressed emotion as risk factors for psychotic relapse. Schizophrenia Bulletin 1997; 23: 119-30.

Linszen DH, Dingemans PM, Lenior M. Early intervention and a five-year follow-up in young adults with a short duration of untreated psychosis: ethical implications. Schizophrenia Research 2001; 51: 55- 61.

Lobo A, Pérez-Echevarría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ 28) in a spanish population. Psychological Medicine. 1986; 16: 135-40.

López SR, Nelson KA, Mintz J, Snyder KS. Attributions and affective reactions of family members and course of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 1999; 108: 307-14.

López SR, Polo AJ, Karno M, Hipke KN, Jenkins JH, Vaughn C, Snyder KS. Ethnicity, Expressed Emotion, attributions and course of schizophrenia: family Warmth matters. *Journal of Abnormal Psychology* 2004; 113(3): 428-39.

Mc Farlane WR, Link B, Dushay R, Marchal J, Crilly J. Psychoeducational multiple family groups: Four-year relapse outcome in schizophrenia. *Family Process* 1995^a; 34: 127-44.

Mc Farlane WR, Lukens E, Link B, Dushay R, Deakins SA, Newmark M, Dunn EJ, Horen B, Toran J, Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 1995^b; 52: 679-87.

Mc Farlane WR, Dushay R, Statsny P, Deakins S, Link B. A comparison of two levels of family aided assertive community treatment. *Psychiatric Services* 1996; 47: 744-50.

McGill C, Falloon IRH, Boyd JL, Wood-Siverio C. Family educational intervention in the treatment of schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry* 1983; 34: 934-8.

Mc Guffin P. Nature and nurture interplay: Schizophrenia. *Psychiatric Practice* 2004, 31 (suppl. 2): 189-93.

Mc Millan JF, Gold A, Crow TJ, Johnson AL, Johnstone EC. Expressed Emotion and relapse. *British Journal of Psychiatry* 1986; 148: 133-43.

Mc Rennie RG, Phillips K. The Nithsdale Schizophrenia Survey: VII. Does relatives high emotion predict relapse? *British Journal of Psychiatry* 1988; 152: 477- 81.

Mc Rennie RG, Phillips K, Harvey JA, Waldron G, Stewart M, Baird D. The Nithsdale Schizophrenia Survey: VII. Do relatives want family intervention- and does it help?. *British Journal of Psychiatry* 1991; 158: 110-3.

Mc Rennie, RG Robertson LJ Hall DJ Berry I. The Nithsdale Schizophrenia Surveys. XI: Relatives' Expressed Emotion. Stability over five years and its relation to relapse. *British Journal of Psychiatry* 1993; 162: 393-7.

Mc Rennie, RG Williamson DJ, Attawes RWB, Connolly MA, Tilak-Singh The Nithsdale Schizophrenia Surveys. XIII: Parental rearing patterns, current symptomatology and relatives' expressed emotion. *British Journal of Psychiatry* 1994; 165: 347-52.

Magaña AB, Goldstein MJ, Karno M, Miklovitz DJ, Jenkins J, Falloon IRH. A brief method for assessing Expressed Emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatric Research* 1986, 17: 203-12.

Magliano L, Fadden G, Madianos M, de Almeida JM, Held T, Guarneri M, Marasco C, Tosini P, Maj M. Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1998; 33: 405-12

Magliano L, Fiorillo A, Fadden G, Gair F, Economou M, Kallert T, Schellong J, Xavier M, Gonçalves M, Torres F, Palma-crespo A, Maj M. Efectividad de una forma de intervención psicoeducativa sobre las familias de pacientes con esquizofrenia: resultados preliminares de un estudio sufragado por la Comisión Europea. *World Psychiatry (ed. Española)* 2005; 3: 45-9.

Marder SR. Integrating pharmacological and psychosocial treatments for schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000; 102 (suppl. 407): 87- 90.

Mari JJ, Steiner DL. An overview of family interventions and relapse in schizophrenia: meta-analysis of research findings. *Psychological Medicine* 1994; 24: 565-78

Marom S, Munitz H, Jones PB, Weizman A, Hermesh H. Familial expressed emotion: outcome and course of Israeli patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2002; 28 (4): 731- 743.

Martins C, de Lemos AI, Bebbington PE. A Portuguese/ Brazilian study of Expressed Emotion. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1992; 27: 22-7.

Masanet MJ, Lacruz M, Asencio A, Bellver F, Montero I. Clima emocional y perfil clínico en la esquizofrenia. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría* 1997; 25 (3): 159-66.

Masanet MJ, Montero I, Lacruz M, Bellver F, Asencio A, Hernández I. Family interventions in schizophrenia: a five-year follow-up study. *En prensa*.

Mavreas VG, Tomaras V, Karydi V, Economou M, Stefanis CN. Expressed emotion in families of chronic schizophrenics and its association with clinical measures. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1992; 27: 4-9.

Merinder LB, Viuff AG, Langessen HD. Patient and relative education in community psychiatry a randomized controlled trial regarding its effectiveness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1999; 34: 287- 94.

Miklovitz DJ, Goldstein MJ, Falloon IRH: Premorbid and symptomatic characteristics of schizophrenics from families with high and low levels of Expressed Emotion. *Journal of Abnormal Psychology* 1983, 92: 359- 67.

Miklovitz DJ, Goldstein MJ, Doane JA. Is expressed emotion an index of transcriptional process? I. Parents' affective style. *Family Process* 1989; 28:153-167

Miklovitz DJ. The role of family systems in severe and recurrent psychiatric disorders: A developmental psychopathology view. *Development and Psychopathology* 2004; 16 (3): 667- 88.

Mingyuan Z, Heqin Y, Chengde Y, Jianlin Y, Qingfeg Y, Peijun C, Lianfang G, Jizhong Y, Guangya Q, Zhen W, Jianjua C, Minghua S, Jushan H, Longlin W, Yi Z, Buoying Z, Orley J, Gittelman M. Effectiveness of psychoeducation of relatives of schizophrenic patients. A prospective cohort study in five cities of china. *International Journal of Mental Health* 1993; 22: 47-59.

Miura Y, Mizuno M, Yamashita Ch, Watanabe K, Murakami M, Kashima H. Expressed Emotion and social functioning in chronic schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* 2004; 45 (6): 469-74.

Moline RA, Singh S, Morris A, Meltzer HY. Family expressed emotion and relapse in schizophrenia in 24 urban american patients. *American Journal of Psychiatry* 1985; 142: 1078-81.

Montero I, Bonet A, Puche E, Gómez-Beneyto M. Adaptación española del DAS-II (Disability Assessment Schedule) *Psiquis* 1988; IX: 175-180.

Montero I, Gómez-Beneyto M, Ruiz I, Puche E, Adam A. Expresividad emocional y evolución de la esquizofrenia: una réplica al trabajo de Vaughn. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría* 1990; 18 (6): 387-95.

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. *British Journal of Psychiatry*. 1992; 161: 217-22.

Montero I, Ruiz I. La entrevista familiar Camberwell (CFI) Camberwell family interview schedule. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1992; 42 (XII): 199-202.

Montero I, Gómez-Beneyto M. Funcionamiento social medido por medio del DAS-II en una muestra de pacientes esquizofrénicos seguidos a lo largo de dos años. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría* 1993; 14: 352-8.

Montero I, Gómez-Beneyto M. Social adjustment in schizophrenia: predictive factors of short-term social adjustment in a sample of schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1998; 97: 116-21.

Montero I, Asencio A, Ruiz I, Hernández I. Family interventions in schizophrenia. An analysis of non-adherence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1999; 100: 136-41.

Montero I, Asencio A, Hernández I, Masanet MJ, Lacruz M, Bellver F, Iborra M, Ruiz I. Two strategies for family intervention in Schizophrenia: A randomized Trial in a mediterranean environment. *Schizophrenia Bulletin* 2001; 27 (4): 661-70.

Moore E, Ball RA, Kuipers L. Staff-patient relationships in the care of long-term adult mentally ill. A content analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1992^a; 27: 28-34.

Moore E, Ball RA, Kuipers L. Expressed emotion in staff working with the long-term adult mentally ill. *British Journal of Psychiatry* 1992^b; 161: 802-8.

Mottaghipour Y, Pourmand D, Maleki H, Davidian L. Expressed emotion and the course of schizophrenia in Iran. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2001; 36 :195-9.

Mozný P, Votýpková P. Expressed emotion, relapse rate and utilization of psychiatric inpatient care in schizophrenia: a study from Czechoslovakia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1992; 27: 174-9.

Muela JA, Godoy JF. Programa de intervención familiar en esquizofrenia. Dos años de seguimiento del Estudio Andalucía. *Apuntes de Psicología* 2001; 19: 421- 30.

Murphy HBM. Migration, culture and mental health. *Psychological Medicine* 1977; 7: 677-84.

Niedermeier T, Watzl H, Cohen R. Prediction of relapse of schizophrenic patients: camberwell Family Interview vs. Content analysis of verbal behaviour. *Psychiatry Research* 1992; 41: 275-82.

Nuechterlein KH, Dawson ME. A heuristic vulnerability stress model of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1984; 10: 300-12.

Nuechterlein KH, Snyder KS, Dawson ME, Rappe s, Gitlin M, Fogelson D. Expressed emotion, fixed-dose fluphenazine decanoate maintenance and relapse in recent onset schizophrenia. *Psychopharmacology Bulletin* 1986; 22: 633-9.

Nugter A, Dingemans P, Van der does JW, Linszen D, Gersons B. Family treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenia. *Psychiatry Research* 1997; 72: 23-31.

Oliver N, Kuipers E. Stress and its relationship to expressed emotion in community health workers. *International Journal of Social Psychiatry* 1996; 42 (2): 150- 9.

Otsuka T, Nakane Y, Ohta Y. Symptoms and social adjustment of schizophrenic patients as evaluated by family members. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994; 89: 111-6.

Parker G, Johnson P. Parenting and schizophrenia: an australian study of Expressed Emotion. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1987; 21: 60-6.

Parker G, Johnston P, Hayward L. Parental expressed emotion as a predictor of schizophrenic relapse. *Archives of General Psychiatry* 1988; 45: 806-13.

Patterson P, Birchwood M, Cochrane R. Preventing the entrenchment of high expressed emotion in first episode psychosis: early developmental attachment pathways. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2000; 34 (suppl) 191-7.

Pekkala E, Merinder L. Psicoeducación para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida) En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 N° 2. Oxford: Update Software Ltd (<http://www.update-software.com>).

Penn DL, Mueser KT. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 1996; 153: 607- 17.

Pérez Fuster A, Ballester M, Girón M et al. Fiabilidad, validez y sensibilidad de La Escala de Evaluación Psiquiátrica de Krawiecka. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría* 1989; 17:111-8

Peterson EC, Doherty NM. Expressed Emotion, attribution and control in parents of schizophrenic patients. *Psychiatry* 2004; 67 (2): 197- 207.

Pharoah FM Rathbone J Mari JJ Streiner D. Family intervention for schizophrenia (Review). *The Cochrane Library* Vol (1). 2004. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(4):CD000088. Pp 1-131.

Phillips MR, Xiong W. Expressed emotion in mainland China: chinese families with schizophrenic patients. *International Journal of Mental Health* 1995; 24: 54-75.

Phillips MR, Pearson V, Feifei L, Minjie X, Yang L. Stigma and expressed emotion. A study of people with schizophrenia and their family members in china. *British Journal of Psychiatry* 2002; 181: 488-93.

Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G, Morgan C. Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behavioural therapy. *Psychological Medicine* 2002; 32 (5): 763- 82.

Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Martindale B, Orbach G, Morgan C. Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Medicine* 2002; 32 (5): 783- 91.

Pitschel-walz G, Leucht S, Bauml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia- a metaanalysis. *Schizophrenia Bulletin* 2001; 27: 73-92.

Posner CM, Wilson KG, Kral MJ, Lander S, Mc Ilwraith RD. Family psychoeducational support groups in schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1992; 62: 206-18.

Provencher HL, Mueser KT. Positive and negative symptom behaviours and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 1997; 26 (1): 71-80

Ran MS, Xiang MZ, Chan CL, Leff J, Simpson P, Huang MS, Shan YH, Li SG. Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia: a randomised controlled trial. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2003; 38(2):69-75.

Ran MS, Leff J, Hou ZJ, Xiang MZ, Chan CL. The characteristics of expressed emotion among relatives of patients with schizophrenia in Chengdu, China. *Culture, Medicine and Psychiatry* 2003; 27: 95- 106.

Randolph ET, Spencer ETH, Glynn SM, Paz GG, Leong GB, Shaner AL, Strachan A, Van Vort W, Escobar JI, Liberman RP. Behavioural family management in schizophrenia-outcome of a clinic-based intervention. *British Journal of Psychiatry* 1994; 164: 501- 6.

Reicher B, Adeyemi JD, Lawal RA, Famuyiwa OO, Haruna AY, Jibodu MO. Emotional reactions of relatives to schizophrenic patients in Lagos, Nigeria. *African Journal of Medicine and Medical Sciences* 2003; 32: 7-11.

Rosenfarb IS, Goldstein MJ, Mintz J, Nuechterlein KH. Expressed Emotion and subclinical psychopathology observable within the transactions between schizophrenic patients and their family members. *Journal of Abnormal Psychology* 1995; 104 (2): 259- 67.

Rostworowska M, Barbaro B, Cechnicki A. The influence of expressed emotion on the course of schizophrenia. a Polish replication. Poster presented at 17th Congress of the European Association for Behaviour Therapy. August 26, 1987. Amsterdam.

Rund BR, Noe L, Sollien T, Fjell A, Borchgrevink T, Hallert M, Noess PO. The Psychosis Project: outcome and cost-effectiveness of psychoeducational treatment

program for schizophrenic adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994; 89: 211-8.

Santos A., Espina A., Pumar B: Longitudinal study of the Stability of Expressed Emotion in Families of Schizophrenic Patients: A 9-Month Follow-up *The Spanish Journal of Psychology*. 2001, Vol. 4, N° 1 65-71.

Sartorius N, Jablensky A, Shapiro R. Two-year follow-up of the patients included in the WHO International Pilot Study of Schizophrenia. *Psychological Medicine* 1977; 7: 529-41.

Scafuzca M, Kuipers E. Links between Expressed Emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1996; 168: 580-7.

Scafuzca M, Kuipers E. Stability of Expressed Emotion in relatives of those with schizophrenia and its relationship with burden of care and perception of patients' social functioning. *Psychological Medicine* 1998; 28: 453-61

Schooler NR. Integración de las estrategias de tratamiento familiar y farmacológico en la esquizofrenia. Revisión selectiva. *International Clinical Psychopharmacology* 1995, 10 (suppl. 3). 73-80.

Schooler NR, Keith SJ, Severe JB, Matthews SM. Maintenance treatment of schizophrenia: a review of dosage-reduction and family treatment strategies. *Psychiatric Quarterly* 1995; 66: 279-92.

Schooler NR, Keith SJ, Severe JB, Matthews SM, Bellack AS, Glick ID, Hargreaves WA, Kane JM, Ninan PT, Frances A, Jacobs M, Lieberman JA, Mance R, Simpson GM, woerner MG. Relapse and readmission to hospital during maintenance treatment of schizophrenia: the effects of dose reduction and family treatment. *Archives of General Psychiatry* 1997; 54: 453-63

Schreiber JL, Breier A, Pickar D. Expressed Emotion. Trait or state? *British Journal of Psychiatry* 1995; 166 (5): 647-9.

Scott RD, Fagin L, Winter D. The importance of the role of the patient in the outcome for schizofrenia. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 62-8.

Sellwood W, Tarrier N, Quinn J, Barrowclough C. The family and compliance in schizophrenia: the influence of clinical variables, relatives' knowledge and Expressed Emotion. *Psychological Medicine* 2003; 33: 91-6.

Shi Y, Baolong Z, Dongsheng X, jingjing S. A comparative study of life quality in schizophrenic patients after family intervention. *Chinese Mental Health Journal* 2000; 14 (2): 135- 7:

Shimodera S, Mino Y, Inoue S, Izumoto Y, Fujita H, Ujihara H. Expressed emotion and family distress in relatives of patients with schizophrenia in Japan. *Comprehensive Psychiatry* 2000; 41 (5); 392-7.

Siol T, Stark FM. Therapist and parents interacting with schizophrenic patients. *International Journal of Mental Health* 1995; 24: 3-12.

Simoneau TL, Miklovitz DJ, Richards JA, Saleem R, George EL. Bipolar disorder and family communication: effects of a psychoeducational treatment program. *Journal of Abnormal Psychology* 1999; 108: 588-97.

Smith JV, Birchwood MJ. Specific and non-specific effects of educational intervention with families living with a schizophrenic relative. *British Journal of Psychiatry* 1987; 150: 645-60.

Snyder KS, Wallace CJ, Moe K, Liberman RP. Expressed Emotion by residential care operators and resident's symptoms and quality of life. *Hospital and Community Psychiatry* 1994; 45: 1141-3.

Solomon P, Draine J, Mannion E, Maisel M. Impact of brief family psychoeducation on self efficacy. *Schizophrenia Bulletin* 1996; 22: 41- 50.

Stengard E. Educational intervention for the relatives of schizophrenia patients in Finland. *Nordic Journal of Psychiatry* 2003; 57: 271-77.

Stirling J, Tantam D, Thomas P, Newby D, Montague L, Ring N, Rowe S. Expressed emotion and early onset Schizophrenia: a one year follow-up. *Psychological Medicine*.1991; 21 : 675-85.

Stirling J, Tantam D, Thomas P, Newby D, Montague L, Ring N, Rowe S. Expressed emotion and Schizophrenia: the ontogeny of EE during an 18-month follow-up. *Psychological Medicine*.1993; 23 : 771-8.

Strachan AM family Intervention for the rehabilitation of schizophrenia: toward protection and coping. *Schizophrenia Bulletin* 1986; 12: 678-99.

Strachan AM, Feingold D, Goldstein MJ, Miklovitsz DJ, Nuechterlein KH. Is expressed emotion an index of transcriptional process? 2. Patients' coping style. *Family Proceedings*. 1989; 28: 169-81.

Sturgeon D, Turpin G, Kuipers L, Berkovitz R, Leff J. Psychophysiological responses of schizophrenic patients to high and low Expressed Emotion relatives: a follow-up study. *British Journal of Psychiatry* 1984; 145: 62- 9.

Subotnik KL, Goldstein MJ, Nuechterlein KH, Woo SM, Mintz J. Are communication deviance and Expressed emotion related to family history of psychiatric disorders in schizophrenia? *Schizophrenia Bulletin* 2002; 28 (4): 719- 29.

Szmukler GI, Herman H, Colusa S, Benson A, Bloch S. A controlled trial of a counselling intervention for caregivers of relatives with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1996; 31: 149- 55.

Szmukler GI, Kuipers E, Joyce J, Harris T, Leese M, Maphosa W, Staples E. An exploratory randomised controlled trial of a support programme for carers of patients with a psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2003; 38 (8): 411-8.

Tanaka S, Mino Y, Inoue S. Expressed Emotion and the course of schizophrenia in Japan. *British Journal of Psychiatry* 1995; 167: 794-8.

Tarrier N, Barrowclough C, Porceddu K, Watts S. The assessment of psychophysiological reactivity to the Expressed Emotion of the relatives of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry* 1988; 152: 618- 24.

Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn CE, Bamrah JS, Porceddu K, Watts S, Freeman H. The community management of schizophrenia. A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *British Journal of Psychiatry* 1988; 153: 532-42.

Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn CE, Bamrah JS, Porceddu K, Watts S, Freeman H. Community management of schizophrenia. a two-year follow-up of a behavioural intervention with families. *British Journal of Psychiatry* 1989; 154: 625-8.

Tarrier N. Electrodermal activity, Expressed Emotion and outcome in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1989; 155 (suppl. 5): 51-6.

Tarrier N, Lowson K, Barrowclough C. Some aspects of family intervention in schizophrenia: II. Financial considerations. *British Journal of Psychiatry* 1991; 481-4.

Tarrier N, Barrowclough C, Porceddu K, Fitzpatrick E. The Salford Family Intervention Project: relapse rates of schizophrenia at five and eight years. *British Journal of Psychiatry* 1994; 165: 829-32.

Telles C, Karno M, Mintz J, Paz G, Arias M, Tucker D, López S. Immigrant families coping with schizophrenia: behavioural family intervention vs. Case management with a low income Spanish-speaking population. *British Journal of Psychiatry* 1995, 167: 473-9.

Tomaras V, Mavreas V, Economou M, Ioannovich E, Karydi V, Stefanis C. The effect of family intervention on chronic schizophrenics under individual psychosocial treatment: a 3-year study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2000; 35: 487-93.

Turpin G, Tarrier N, Sturgeon D. Social psychophysiology and the study of biopsychosocial models of schizophrenia. En: Wagner H (ed.) *Social psychophysiology: Theory and clinical applications*. Chichester: Wiley 1988.

Van Os J, Marcelis M, Germeys I, Graven S, Delespaul P. High expressed Emotion: Marker for a caring family? *Comprehensive Psychiatry* 2001; 42 (6): 504-7

Van Humbeeck G, Van Audenhove C, Declercq A. Mental health, burnout and job satisfaction among professionals in sheltered living in Flanders. A pilot study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2004; 39: 569- 75.

Vaughn CE, Leff JP. 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: 125-37

Vaughn CE, Snyder K, Jones S, Freeman WB, Falloon IRH. Family factors in schizophrenia relapse. Replication in California of British research in expressed Emotion. *Archives of General Psychiatry* 1984; 41: 1169-77.

Vaughn C. Patterns of emotional response in families of schizophrenic patients . In: *Treatment of Schizophrenia*. Edited by Goldstein M , Hand I, Hahlweg K. New York, Springer-Verlag, 1986.

Vaughan K, Doyle M, Mc Conaghy N, Blaszczynski A, Fox A, Tarrier N. The relationship between relative's Expressed Emotion and schizophrenic relapse: An Australian replication. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1992; 27: 10-5.

Vaughan K, Doyle M, Mc Conaghy N, Blaszczynski A, Fox A, Tarrier N. The sidney Intervention Trial: a controlled trial of relatives'counselling to reduce schizophrenic relapse. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1992; 27: 16-21.

Wearden AJ, Tarrier N, Barrowclough C, Zastowny TR, Armstrong Rahill A. A review of expressed Emotion research in health care. *Clin Psychol Rev* 2000; 20 (5): 635-66.

Weisman AG. Understanding cross-cultural prognostic variability for schizophrenia. *Cultural Diversity and Mental Health* 1997; 3: 23-35.

Weisman AG, Nuechterlein KH, Goldstein MJ, Snyder KS. Expressed Emotion, attributions, and schizophrenia symptom dimensions. *Journal of Abnormal Psychology* 1998; 107, 355-9.

Weisman AG, Nuechterlein KH, Goldstein MJ, Snyder KS. Controllability perceptions and reactions to symptoms of schizophrenia: a within-family comparison of relatives with high and low Expressed Emotion. *Journal of Abnormal Psychology* 2000; 109: 167-71.

Weisman AG, Gomes LG, López SR. Shifting blame away from ill relatives. Latino families' reactions to schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2003; 191 (9). 574-81.

West M, Rose MS, Adrieene S. Anxious attachment as a determinant of adult psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1993; 181: 422-7.

Wiedemann G , Hahlweg K, Müller U, Feinstein E, Hank G, Dose M. Effectiveness of targeted intervention and maintenance pharmacotherapy in conjunction with family intervention of schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2001; 251: 72- 84.

Wig N, Menon DK, Bedi H, Leff J, Kuipers L, Ghosh A, Day R, Korten A, Ernberg G, Sartorius N. Expressed emotion and schizophrenia in North India: I. Cross-cultural transfer of ratings of relatives' expressed emotion. *British Journal of Psychiatry* 1987; 151: 156-60.

Wig N, Menon DK, Bedi H, Leff J, Kuipers L, Ghosh A, Day R, Korten A, Ernberg G, Sartorius N. Expressed emotion and schizophrenia in North India: II. Distribution of expressed emotion components among relatives of schizophrenic patients in Aarhus and Chandigarh. *British Journal of Psychiatry* 1987; 151: 160-5.

Wing JK. Reasoning about madness. Oxford: Oxford University Press, 1978.

World Health Organization. A procedure and schedule for the assessment of disability in patients with severe psychiatric disorders. (WHO Disability Assessment Schedule). WHO, Geneva; 1985.

Wright ER. The impact of organizational factors on mental health professionals. Involvement with families. *Psychiatric Services* 1997; 48: 921-7.

Wuerker AM. Relational control patterns and expressed emotion in families of persons with schizophrenia and bipolar disorder. *Family Process* 1994; 33: 389-407.

Wuerker A., Haas G, Bellack A. Interpersonal control and Expressed Emotion in families of Persons with Schizophrenia: Change over time. *Schizophrenia Bulletin* 2001; 27 (4): 671-85.

Xiang M, Ran M, Li S. A controlled evaluation of psychoeducational family intervention in a rural Chinese community. *British Journal of Psychiatry* 1994; 165: 544-8.

Xiong W, Phillips MR, Hu X, Wang R, Dai O, Kleinman J, Kleinman A. Family-based intervention for schizophrenic patients in China: a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 1994; 165: 239-247.

Yang LH, Phillips MR, Licht DM, Hooley JM. Causal attributions about schizophrenia in families in China: Expressed Emotion and patient relapse. *Journal of Abnormal Psychology* 2004; 113 (4). 592-602.

Zastowny TR, Lehman AF, Cole RE, Kane C. Family management of schizophrenia: a comparison of behavioural and supportive family treatment. *Psychiatric Quarterly* 1992; 52: 159-86.

Zhang M, Wang M, Li J, Phillips MR. Randomized-control trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients: An 18-month study in Suzhou, Jiangsu. *British Journal of Psychiatry* 1994; 165 (suppl. 24): 96-102.

Zhang M, He Y, Gittelman M, Wong Z, Yang H. Group psychoeducation of relatives of schizophrenic patients: two-year experiences. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 1998; 52. 344-7.

Zubing J, Spring B. Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychopathology* 1977; 86: 103-26.