

"EMOCIÓN EXPRESADA" Y CURSO DE LA ESQUIZOFRENIA EN UNA MUESTRA ESPAÑOLA (*)

J. ARÉVALO

C. VIZCARRO

Dpto. de Psicología Biológica y de la Salud.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

RESUMEN

Se revisa el concepto de Emoción Expresada (EE) como una metodología en el análisis de los factores familiares relevantes en el curso de los trastornos esquizofrénicos, así como en otros trastornos psicopatológicos y psicofisiológicos, que se origina en un enfoque empírico e intenta operativizar dichas variables. A través de la Entrevista Familiar Camberwell, se obtuvo medidas de 44 familiares correspondientes a 31 pacientes esquizofrénicos ingresados en un hospital psiquiátrico. Asimismo, se recabó información sobre el estado clínico y del funcionamiento social de los pacientes en dos momentos temporales: durante su ingreso y en un seguimiento a los nueve meses. Se analizó el valor predictivo de la EE con respecto al estado clínico de los pacientes al seguimiento, no encontrándose una asociación significativa entre ambos. El análisis de la asociación entre EE y otras variables clínicas y de ajuste social no arrojó resultados significativos, excepto para ajuste premórbido en la edad adulta, que es inferior en los sujetos de alta EE. Adicionalmente, se encontró que los mejores predictores de recaída son severidad de las alucinaciones, número de ingresos previos y toma regular de la medicación. Finalmente, en un intento de interpretar adecuadamente los resultados obtenidos, se analizan las características de los pacientes de alta y baja EE que se comportan contrariamente a la hipótesis inicial. Estos resultados se discuten a la luz de las características de nuestro estudio y de nuestra muestra, proponiéndose distintas sugerencias para estudios ulteriores.

(*) Este trabajo ha sido financiado por una ayuda de la CAYCIT (PR 2646/83) y una Beca de Formación de Personal Investigador concedida a J.A.

Agradecemos a los profesionales de la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Psiquiátrico Provincial de Madrid así como a los pacientes y familiares su colaboración, sin la cual la realización de este trabajo no habría sido posible.

ABSTRACT

The concept of Expressed Emotion (EE) is reviewed, as a method in the analysis of family factors relevant to the course of schizophrenic, as well as other psychopathological and psychophysiological disorders, developed from a strict empirical approach and which aims at operationalizing these variables. Forty four relatives of 31 schizophrenic patients were assessed through the Camberwell Family Interview. Additional information was also gathered on the clinical status and social functioning of the patients, at two points in time: at their admission and at a 9 months follow-up. No significant association was found between level of EE and clinical status at follow-up. Additionally, level of EE does not seem to be associated with other variables, except premorbid adjustment at adulthood which is lower in high EE patients. On the other hand, severity of hallucinations of our results, the characteristics of the patients who behave contrary to our initial hypothesis are analyzed. Our results are discussed in the light of our particular study and sample, advancing some suggestions to refine this field of study.

INTRODUCCIÓN

Después del auge que tuvieron las teorías etiológicas de la esquizofrenia basadas en factores familiares, a finales de los años 50 y principios de los 60, con trabajos tales como los realizados sobre el "*doble vínculo*" (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1958), el "*cisma*" y el "*sesgo*" marital (Lidz, 1958) o la "*pseudomutualidad*" (Wynne et al., 1958), se produjo un estancamiento en la investigación en este área. Ello se debe a distintas razones. En primer lugar, diferentes revisiones han puesto de manifiesto la dificultad de las teorías citadas y otras de índole similar, para avalar empíricamente la validez de sus postulados dada la escasa o nula operativización de las variables (Goldstein y Doane, 1982; Goldstein y Rodnick, 1975; Jacob, 1975; Liem, 1980; Wynne, 1981). En segundo lugar, se ha planteado, también en este área, como en muchas otras de la investigación en esquizofrenia, el problema de la especificidad de las observaciones para estos trastornos. En otras palabras, las supuestas pautas familiares anómalas de interacción no parecen exclusivas de las familias con un miembro esquizofrénico y, por otro lado, nos encontramos con el hecho de que en todas las familias en las que hay un esquizofrénico no se observan necesariamente dichas anomalías en la interacción (Hirsch y Leff, 1975). Finalmente, se ha planteado el posible carácter reactivo, más que etiológico, de estas pautas de interacción (Kreisman y Joy, 1974). En otro orden de cosas se ha alcanzado un elevado consenso en considerar la participación de factores de diversa naturaleza en el origen del trastorno que obligan a dejar de lado modelos de carácter univariado para dar entrada a modelos comprensivos más complejos (Nuechterlein y Dawson, 1984).

Sin embargo, recientemente el interés por los factores familiares se ha visto notablemente incrementado. Como señala Goldstein (1983) probablemente sean tres las razones de este resurgimiento. En primer lugar, el movimiento de desinstitucionalización y el énfasis en la asistencia de tipo comunitario convierten a los familiares en piezas clave del ajuste posthospitalario a la comunidad de los pacientes esquizofrénicos. La segunda de las razones reside en el trabajo desarrollado a lo largo de más de diez años en torno al concepto de "Emoción Expresada" (EE en adelante) que ha proporcionado evidencia empírica de las relaciones existentes entre la presencia de determinadas actitudes de los familiares hacia el paciente y el pronóstico de su trastorno esquizofrénico (Brown, Birley y Wing, 1972; Vaughn y Leff, 1976a; Vaughn et al., 1984). La tercera y última razón se encuentra en el conjunto de estudios longitudinales que se han centrado en los antecedentes evolutivos de la esquizofrenia adulta, recurriendo para ello a variables muy diversas entre las que se incluyen características intrafamiliares (Doane et al., 1981).

Centrándonos en el concepto de EE, Brown, Birley y Wing (1972) encontraron que los pacientes que al salir del hospital volvían a hogares compuestos por familiares de alta EE recaían de forma significativamente mayor (58%) que los que regresaban a hogares de baja EE (16%). Es decir, se observó una fuerte asociación entre la recaída de los pacientes y actitudes familiares de elevado criticismo, hostilidad y/o implicación emocional excesiva. Resultados semejantes fueron hallados posteriormente por Vaughn y Leff, (1976a) empleando una versión abreviada de la técnica original de evaluación (Vaughn y Leff, 1976b). Desde entonces hasta nuestros días han sido numerosos los estudios que en diferentes contextos socioculturales han pretendido replicar estos resultados (para una información más detallada ver Vizcarro y Arévalo, 1987).

Además del valor predictivo de la EI se han puesto de manifiesto otros aspectos de la validez de las medidas de EE (TARRIER et al., 1979; Sturgeon et al., 1981; Kuipers et al., 1983; Miklowitz et al., 1984) y se ha delimitado la interacción existente entre ésta y otras variables predictivas. En concreto, se ha comprobado el papel que desempeñan la toma regular de medicación antipsicótica, el tiempo de contacto cara a cara con los familiares y la ocurrencia de acontecimientos vitales estresantes sobre la probabilidad de que el paciente recaiga (Vaughn y Leff, 1976a; Leff et al., 1983; Leff et al., 1984). Asimismo, se han realizado trabajos sobre la influencia de este tipo de actitudes en otros problemas distintos de la esquizofrenia tales como la depresión (Hooley, Orley y Teasdale, 1986; Vaughn y Leff, 1976a); la obesidad (Fichsman-Havstad y Marston, 1984), la anorexia nerviosa (Szmukler, Eisler, Russell y Dare, 1985), el retraso mental (Greedharry, 1987), la demencia senil (Orford, O'Reilly y Goonatileke, 1987) o los trastornos afectivos bipolares (Miklowitz et al., 1988).

Diferentes autores han señalado la relevancia de llevar a cabo estudios sobre EE en diferentes ámbitos culturales con objeto de poner a prueba su validez pronóstica (Kuipers, 1979; Goldstein, 1983), ya que es un hecho conocido que tanto la expresión emocional como el curso de los trastornos esquizofrénicos pueden experimentar diferencias considerables en función del contexto cultural. Hasta el momento, se han llevado a cabo estudios con el objetivo de determinar la incidencia que tienen las actitudes familiares sobre la recaída en diferentes contextos socioculturales como Inglaterra (Brown, Birley y Wing, 1972; Vaughn y Leff, 1976a; McMillan et al., 1986) en EEUU (Vaughn et al., 1984; Karno et al., 1987 con población mexicano-americana), en Alemania (Kottgen et al., 1984), en la India (Leff et al., 1987) y en nuestro propio país (Fernández Hermida y Fernández Sardonis, 1986, y Gutierrez et al., 1988). Estos estudios apoyan mayoritariamente la relación inicialmente descrita entre EE y pronóstico, con excepción de los realizados por Kottger et al. (1984) y

por MacMillan et al. (1986). Sin embargo, los datos procedentes de nuestro ámbito cultural han sido obtenidos en condiciones que difieren notablemente de los trabajos clásicos sobre EE ya que el primero de ellos no utilizó el procedimiento regularmente empleado para la evaluación de la EE y el segundo se ha llevado a cabo con pacientes esquizofrénicos no hospitalizados en el momento de la evaluación. Ambas modificaciones hacen difícil la comparación con los resultados de otros estudios. Y este es, precisamente, el objetivo de la presente investigación: intentar replicar los trabajos originales de EE (Brown, Birley y Wing, 1972; Vaughn y Leff, 1976a; Vaughn et al., 1984), con una muestra de pacientes esquizofrénicos españoles, siguiendo lo más estrictamente posible la metodología utilizada en otros ámbitos culturales. En cualquier caso, y dadas las dificultades de reproducir exactamente todos los extremos de un diseño, la acumulación de datos obtenidos bajo distintas circunstancias ayuda a descifrar la naturaleza de las posibles relaciones.

Básandonos en los resultados de trabajos anteriores, partimos en este trabajo de la hipótesis de que un alto grado de emoción expresada por los familiares con los que convive el paciente está relacionado con la reaparición de síntomas esquizofrénicos floridos, independientemente de otros factores clínicos y demográficos. Con este fin, se analiza la relación existente entre la EE de los familiares y el estado clínico al final de un seguimiento de nueve meses.

De forma complementaria, se estudia el papel que tienen sobre la recaída otras variables tradicionalmente asociadas al pronóstico. Si bien remitimos a los hallazgos de un estudio más amplio, del que este trabajo forma parte, y en el que se pueden encontrar datos sobre estas variables obtenidos a partir de una muestra más amplia (ver Vizcarro et al., 1986) resulta de interés su consideración aquí, conjuntamente con los datos de EE. Entre estas variables se han incluido factores sociodemográficos tales como la edad, el sexo y el estado civil y factores clínicos como el número de ingresos hospitalarios anteriores, la duración del trastorno desde su aparición, la edad de aparición del trastorno y la intensidad de la sintomatología psicótica durante el episodio. También se ha considerado el nivel de ajuste premórbido y el nivel de ajuste social en los tres meses precedentes al episodio. Finalmente, se han incluido dos variables que han sido señaladas como importantes en la predicción del pronóstico a corto plazo en los pacientes esquizofrénicos, especialmente en aquellos que regresan a hogares de alta EE tras su salida del hospital (Vaughn y Leff, 1976; Vaughn et al., 1984); la toma regular de medicación antipsicótica durante el seguimiento y el nivel de contacto interpersonal con los familiares próximos.

METODO

Sujetos

Los sujetos incluidos en el estudio fueron seleccionados en el momento de su ingreso en la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Psiquiátrico Provincial de Madrid. Se consideraron todos los historiales de aquellos pacientes entre 17 y 50 años que en el momento de su ingreso presentaran sintomatología psicótica. Aparte de los diagnósticos hospitalarios, todos los pacientes recibieron un nuevo diagnóstico realizado por dos psicólogos clínicos, especialmente entrenados para esta finalidad y que presentaban una alta fiabilidad interjueces (.87). Para ser incluidos en nuestro estudio deberían ajustarse al diagnóstico de esquizofrenia de los Criterios de Diagnóstico para la Investigación (Research Diagnostic Criteria o RDC, Spitzer, Endicott y Robins, 1978). Un criterio adicional de inclusión se refería a que el paciente hubiera convivido durante los tres meses anteriores al ingreso con sus familiares.

Se hizo una selección inicial de 41 pacientes, que cumplieran los requisitos descritos, si bien 10 de ellos tuvieron que ser descartados por diversas razones (fundamentalmente por falta de cooperación o contacto con familiares). Las características demográficas y clínicas de estos pacientes pueden observarse en la Tabla Nº 1 mientras que en la Tabla Nº 2 se describen algunas características de los familiares entrevistados.

Instrumentos

Cuestionario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; SADS en adelante de Endicott y Spitzer, 1978, adaptación española de Vizcarro, 1982) como medio de obtener información para establecer el diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo con los Criterios Diagnósticos para la Investigación (Spitzer, Endicott y Robins, 1978).

Durante el período de seguimiento, se utilizó la SADS-C (versión de la SADS para evaluar el cambio, Endicott y Spitzer, 1978; versión española de Vizcarro, 1982). A partir de las subescalas de severidad de delirios y alucinaciones, conducta extravagante y trastornos del lenguaje se estableció la definición de recaída, consistente en la reaparición o exacerbación de dichos síntomas. En cuanto a los criterios de recaída, se estableció que ésta estaba presente: 1º) cuando durante el seguimiento el paciente recibía una puntuación de 5 ó 6 (máxima severidad) en cualquiera de las subescalas mencionadas; 2º) cuando recibía una puntuación de 3 en al menos tres de ellas; y 3º) cualquier combinación de puntuaciones en dichas escalas cuya suma fuese superior a 11. Así pues, y al igual que en otros estudios de EE, ésta es independiente de

TABLA Nº 1.- Características clínicas y demográficas de la muestra.

VARIABLE	N	%
-Muestra	31	
-Sexo:		
-Varones	18	58
-Mujeres	13	42
-Edad (\bar{X} = 31,1, rango 21-48)		
Estado civil:		
-Solteros	24	77
-Casados	7	23
-Duración del trastorno (\bar{X} = 7,3; rango 0-7):		
- ≤ 5 años	15	48,4
- > 5 años	16	51,6
-Nº de ingresos previos (\bar{X} = 3,2; rango 0-11):		
- ≤ 3 ingresos	19	61,3
- > 3 ingresos	12	38,7
-Tipo de familia:		
-Paterna	23	74,2
-Conyugal	7	22,6
-Hermano	1	3,2

TABLA Nº 2.- Características de los familiares clave.

VARIABLE	N	%
-Familiares clave	44	
-Relación con el paciente:		
-Madre	19	43,2
-Padre	12	27,3
-Esposos	4	9,1
-Esposa	3	6,8
-Hermano	6	13,6
-Sexo:		
-Varones	21	47,7
-Mujeres	23	52,3

la hospitalización del paciente, que como se sabe constituye un criterio más burdo y complejo de recaída (Falloon, 1984).

Camberwell Family Interview (CFI): se utilizó la versión abreviada de la CFI (Vaughn y Leff, 1976a), de la que se puede encontrar información detallada en otros lugares (Brown y Rutter, 1966; Rutter y Brown, 1966; Vizcarro y Arévalo, 1987). Como base para la versión utilizada, se recurrió a la adaptación realizada para el Proyecto sobre Factores Familiares del Centro de Investigaciones Clínicas sobre Salud Mental de Camarillo (California) (ver Jenkins, 1984), introduciendo modificaciones en algunas expresiones no utilizadas en nuestro país. La adaptación española de la CFI fue administrada por separado a cada uno de los familiares clave del paciente, por uno de los autores (J.A.). Todas las entrevistas fueron grabadas, para su posterior valoración en las escalas de EE.

La valoración de las entrevistas en las escalas de EE se realizó después de que uno de los autores (C.V.) recibiera un entrenamiento intensivo con uno de los principales autores en el método de EE en el M.R.C. Social Psychiatry Unit del Institute of Psychiatry de Londres para alcanzar el nivel de acuerdo interjueces requerido para todas las escalas (mínimo de .80). Este entrenamiento constituye una garantía de la similitud de los procedimientos de medida utilizados en distintos estudios y, por lo tanto, de la posibilidad de comparar los resultados. Posteriormente, el otro autor fue entrenado por C. Vizcarro hasta alcanzar el requerido nivel de fiabilidad.

Se calculó la fiabilidad interjueces para 22 de las 44 entrevistas grabadas (50%), en todas las escalas de EE, recurriendo a los oportunos coeficientes de fiabilidad, en función de las características de las puntuaciones de cada escala. Se obtuvieron los siguientes índices de acuerdo: Comentarios Críticos, $r = .91$; Hostilidad, $\phi = .79$; Implicación Emocional Excesiva, $\phi = .83$; Calor, $r = .69$; Comentarios Positivos, $r = .91$; nivel global de EE, $\phi = .98$.

Adicionalmente, como parte de un estudio pronóstico más amplio se obtuvieron también datos de estos sujetos relativos a su nivel de funcionamiento en distintas áreas, su nivel de ajuste premórbido y a los acontecimientos estresantes experimentados por los pacientes a lo largo del período de seguimiento (Vizcarro et al., 1986). Para ello se utilizaron los siguientes instrumentos.

Escala de calidad de vida (Quality of Life Scale, QLS en adelante, de Heinrichs, Hanlon y Carpenter, 1984); se empleó esta escala para evaluar el nivel del funcionamiento de los pacientes en diferentes roles sociales en el período de tres meses anteriores al episodio psicopatológico actual (ver Vizcarro et al., en preparación).

Escala de Ajuste Premórbido (Cannon-Spoor, Potkin y Wyatt, 1982); con esta escala se evaluó el nivel de ajuste social alcanzado por los sujetos antes de la aparición del trastorno en las áreas de sociabilidad, relación con los iguales, comportamiento y adaptación escolar y desarrollo sociosexual (ver Vizcarro et al., en preparación).

PERI (Dorenwend et al., 1978) para la evaluación de acontecimientos estresantes. Esta escala se pasó en la evaluación inicial y en el seguimiento (ver Vizcarro et al., en preparación).

Procedimiento

Una vez seleccionados para el estudio, se administró a los sujetos las distintas escalas (OLS, Ajuste Premórbido y PERI). Posteriormente, se establecía contacto telefónico con los familiares para conseguir su colaboración y administrarles la CFI. Esta se pasaba de forma individual a todos los familiares clave del paciente; padres, cónyuges o cualquier otro familiar adulto que tuviera una estrecha relación con él o con el que pasara mucho tiempo. Las entrevistas se realizaron en el hospital mientras el paciente se encontraba hospitalizado, dada la amplia dispersión geográfica de los domicilios, aunque en algunos casos (8) la entrevista se llevó a cabo en el hogar de los pacientes. Esto, era así, cuando los familiares tenían alguna dificultad en acudir al hospital, o se negaban a ello. La realización de la mayoría de las entrevistas en el hospital, constituye un cambio respecto a la metodología utilizada en los estudios ingleses, si bien no es un procedimiento inédito en los estudios anteriores.

Se consideraron los mismos criterios utilizados en estudios anteriores (Vaughn y Leff, 1976a; Vaughn et al., 1984) a la hora de valorar el nivel de EE de los familiares; 6 ó más comentarios críticos, presencia de hostilidad y/o una valoración de 3 ó más en la escala de IEE. Cuando en una familia, coincidían familiares de alta y baja EE, la familia como un todo era considerada de alta EE (ver Vizcarro y Arévalo, 1987).

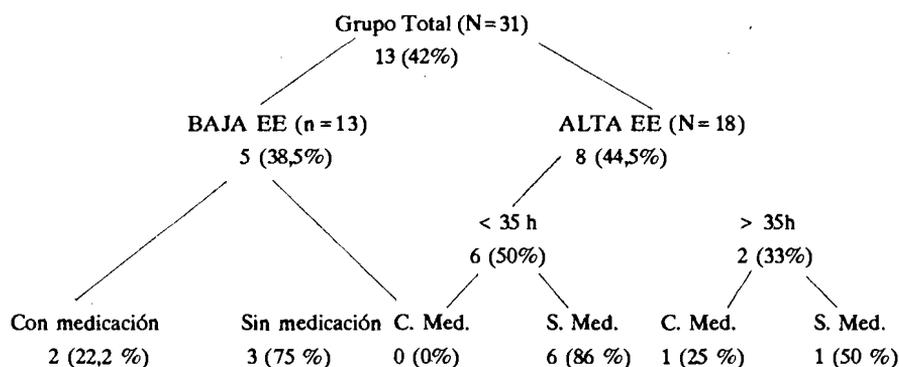
Una vez que el paciente era dado de alta, se llevó a cabo un seguimiento a lo largo de 9 meses. En primer lugar, se explicaba a pacientes y familiares que se estaba llevando a cabo un estudio con el objetivo de mejorar la asistencia al paciente y que por ello resultaba importante obtener información de los familiares más cercanos sobre la evolución del paciente una vez que saliera del hospital. Si se conseguía su autorización, se realizaban entrevistas telefónicas bimensuales a lo largo de los nueve meses del seguimiento. En dichas entrevistas, que eran llevadas a cabo con el paciente y/o con los familiares, se completaba la SADS-C y se recogía información acerca del nivel de contacto

que el paciente mantenía con sus familiares (menos de 35 horas-semana / más de 35 h.). Asimismo, se indagaba si estaba tomando la medicación anti-psicótica con regularidad, considerando como "toma irregular de medicación" todos aquellos casos en los que había evidencia de abandono de la medicación durante un mes o serias dudas sobre la fiabilidad de los informes recogidos. Finalmente, todos aquellos pacientes que a lo largo del seguimiento fueron reingresados en el hospital, fueron sometidos de nuevo a una evaluación clínica exhaustiva.

RESULTADOS

1. Emoción expresada y recaída. Con respecto a la capacidad predictiva de la EE, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre el nivel de EE (Alta / Baja) y la recaída al final de los nueve meses de seguimiento ($\chi^2 = 0,0002$, n.s.) (vease Figura Nº1). La proporción de recaídas en el grupo de baja EE (38,5%) fue superior a la informada en otros estudios (Brown, Birley y Wing, 1972; Vaughn y Leff, 1976a; Vaughn et al., 1984), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < .05$) respecto al primero y tercero de los estudios citados. Asimismo, la proporción de recaídas de los pacientes con familias de alta EE (44,5%) fue también menor, aunque la diferencia no llegó a ser significativa.

FIGURA Nº1.- Tasas de recaídas a lo largo del seguimiento de nueve meses.



En la Tabla Nº 3 se ofrece una comparación de la distribución de las tasas de recaídas en alta y baja EE de nuestra muestra, en relación a otros estudios realizados en diferentes contextos socioculturales (ver también Arévalo y Vizcarro, en prensa).

TABLA 3.- Tasas de Recaída entre pacientes esquizofrénicos de Alta y Baja EE, procedentes de diferentes estudios.

	Tasas de Recaída (%)		
	Alta EE	Baja EE	P
Londres, n=101 (Brown, Birley y Wing, 1972)	58	16	<.001
Londres, n=37 (Vaughn y Leff, 1976a)	48	16	.007
Los Angeles, n=54 (Vaughn et al., 1984)	56	17	.015
Los Angeles, "Mejicanos-americanos", n=44 (Jenkins et al., 1986)	59	26	.03
Hamburgo, n=50 (Kottgen et al., 1984)	41	57	n.s.
Chicago, diferentes razas, n=24 (Moline et al., 1985)	91	31	.004
Chandigarh, India, n=70 (Leff et al., 1987)	31	9	.03
Northwick, n=77 (McMillan et al., 1986)	63	39	n. s.
Los Angeles, n=32 (Nuechterlein et al., 1986)	37	0	
Galicia, n=32 (Gutierrez et al., 1988)	54	9,5	.009
Madrid, n=31 (Arévalo y Vizcarro, 1988)	44,5	38,5	n.s.

Algunos estudios han sugerido la necesidad de modificar los puntos de corte al trabajar con otras poblaciones (Hooley, Orley y Teasdale, 1986) e incluso en diferentes culturas. Así pues, adicionalmente, se indagó la conveniencia de modificar los puntos de corte en nuestro contexto sociocultural. Dadas las posibilidades que permitía el tamaño de nuestra muestra, esto se hizo a título meramente exploratorio y no de un modo sistemático recurriendo a las técnicas estadísticas oportunas. Para ello, se fue disminuyendo o aumentando de uno en uno los valores de las escalas de Comentarios Clínicos o de Implicación Emocional Excesiva, calculándose la relación de las distintas frecuencias resultantes de la recaída. Ninguno de los puntos de corte ensayados permitió diferenciar estadísticamente al grupo de los pacientes que recayeron del que no recayó. Por lo tanto la relación del índice global de EE y de las diferentes escalas tradicionalmente predictivas con la recaída tampoco resultó significativa (Comentarios Críticos (<5 vs >6) - $\chi^2=0,01$; Implicación Emocional Excesiva (<2 vs >3) $\chi^2=0,0007$). La misma pauta se observó con las escalas de Calor y de Comentarios Positivos (ambas dicotomizadas por la mediana) (Fisher $p=1,00$; $\chi^2=0,001$; $p<.93$).

Con respecto a la cuestión de si los niveles de EE se encuentran sistemáticamente asociados a otras variables se analizó si los sujetos de alta y baja EE se diferenciaban en las demás variables aludidas en la introducción. Sólo se mostró estadísticamente significativa la diferencia en la puntuación de Ajuste Premórbido de la Subescala de Edad Adulta ($U=22$; $p<.05$), en la que los sujetos de alta EE recibían una puntuación mayor (peor ajuste) que los de baja EE.

Finalmente, con respecto a la posibilidad de que nuestros datos pudieran presentar algún sesgo particular, una comparación de las puntuaciones obtenidas por los familiares de nuestra muestra, con las de otros estudios, permite descartar que éste sea el caso. En efecto, y a pesar de que se evidencian algunas diferencias significativas, nuestra muestra no ocupa en ningún caso una posición extrema (ver Arévalo y Vizcarro, en prensa).

2. Asociación de otras variables con la recaída. Se consideraron tres tipos de variables: clínicas, posteriores al alta y sociodemográficas. Entre las primeras se incluyó el número de ingresos anteriores (<3 ingresos / >3 ingresos), el tiempo transcurrido desde el inicio del trastorno (<5 años / >5 años), la edad de aparición del trastorno (<25 años / >25 años), el nivel de sintomatología durante el episodio actual (puntuaciones de las escalas de síntomas psicóticos de la SADS), el nivel de ajuste premórbido y la calidad de vida en los tres meses precedentes al episodio (puntuaciones de la QLS). Entre las variables sociodemográficas se incluyeron la edad, el sexo y el estado

civil. Por último, como variables moduladoras del pronóstico posteriores al alta se consideraron la toma de medicación antipsicótica (regular / irregular) y el nivel de contacto social con los familiares (menos de 35 horas-semana / más de 35 h).

2.1. Variables clínicas. Sólo alcanzó significación estadística la diferencia en puntuaciones en severidad de alucinaciones durante el episodio ($U=60$; $p<.02$), que eran más severas entre los sujetos que recayeron. Por otra parte, y sin alcanzar la significación estadística, se observó una proporción claramente mayor de sujetos con más de 3 ingresos en el grupo de recaída ($\chi^2=3,40$; $1g.l.$; $p<.06$).

2.2. Medicación y contacto familiar. Los sujetos que tomaron de forma regular la medicación neuroléptica recayeron en una proporción significativamente menor que los que lo hacían de forma irregular ($\chi^2=8,92$; $p<.002$). El nivel de contacto no se encontró significativamente relacionado con la recaída ($\chi^2=0,12$; $p<.73$). (ver Figura Nº1).

2.3. Variables sociodemográficas. Ninguna de estas variables apareció significativamente relacionada con la recaída (sexo, $\chi^2=0,49$, $p<.48$; edad, $\chi^2=1,42$; $p<.23$; estado civil, $\chi^2=0,00$, $p<1.00$).

En la Tabla Nº 4 puede observarse un resumen de los datos correspondientes a todas las variables mencionadas.

3. Análisis de las características diferenciales de los sujetos que recaen y no recaen en los subgrupos de alta y baja EE. Con objeto de indagar si estos resultados se debían a la confusión con alguna otra de las variables estudiadas, se realizaron las mismas comparaciones estadísticas señaladas más arriba teniendo en cuenta por separado los grupos de alta y baja EE. Además, se ha llevado a cabo un estudio más detallado de aquellos casos que no se ajustan a la hipótesis inicial, es decir, de los pacientes de baja EE que recaen y de los pacientes de alta EE que no recaen.

3.1. Recaídas en baja EE. Los pacientes de baja EE que recayeron y los que no lo hicieron, no se diferenciaron entre sí en ninguna de las variables incluidas en nuestro estudio, con excepción de la subescala de ajuste premórbido en la adolescencia inicial, en la que los sujetos que recayeron obtuvieron una puntuación significativamente mayor, es decir mostraron un peor ajuste ($U=29,5$; $p<.05$) con respecto a los que no recaían.

De los 5 pacientes que recayeron en el subgrupo de baja EE (38%), 2 de ellos se vieron sometidos al efecto de importantes acontecimientos vitales durante el período de seguimiento (en un caso dificultades económicas muy se-

TABLA Nº 4.- Relación de la Recaída con las diferentes variables.

1. Emoción Expresada:		
- EE global (baja/alta)	$\chi^2=0,0002$	$p < 1.00$
- Comentarios Críticos ($\leq 5/\geq 6$)	$\chi^2=0,008$	$p < .93$
- Implicación Emocional Excesiva ($< 2/> 3$)	$\chi^2=0,0001$	$p < 1.00$
- Hostilidad (ausente/presente)	$\chi^2=0,18$	$p < .87$
- Comentarios Positivos ($\leq Md/\geq Md9$)	$\chi^2=0,008$	$p < .93$
- Calor ($\leq Md/\geq Md$)	Test de Fisher=0,0001	$p < 1.00$
2. Variables clínicas:		
Nº de ingresos previos ($\leq 2/\geq 3$)	$\chi^2=3,40$	$p < .06$
Duración del trastorno ($\leq 5/\geq 6$)	$\chi^2=0,33$	$p < .56$
Edad de aparición del Trast. ($< 24/> 25$)	$\chi^2=0,0001$	$p < 1.00$
SADS:		
Delirios	U = 124,5	$p < .74$
Alucinaciones	U = 60	$p < .02^*$
Trast. Formal del Pensm.	U = 99	$p < .46$
Conducta Extravagante	U = 107	$p < .67$
GAS (Global Assessment Scale)	U = 140,5	$p < .34$
QLS:		
Factor I (Rel. interp. y red. social)	U = 155,5	$p < .12$
Factor II (Funcionamiento ocupacional)	U = 139,5	$p < .36$
Factor III (Otros síntomas residuales)	U = 131	$p < .57$
Factor IV (Activ.y objetos comunes)	U = 114,5	$p < .92$
Puntuación global	U = 146	$p < .24$
Ajuste Premórbido:		
Infancia	U = 88,5	$p < .68$
1ª Adolescencia	U = 89,5	$p < .71$
2ª Adolescencia	U = 61,5	$p < .39$
Edad Adulta	U = 34	$p < .41$
General	U = 84,5	$p < .55$
Global	U = 86,5	$p < .61$
3. Variables Sociodemográficas:		
Sexo (varon/mujer)	$\chi^2=0,49$	$p < .48$
Edad ($\leq 25/\geq 25$)	$\chi^2=1,42$	$p < .23$
Estado civil (soltero/casado)	$\chi^2=0,00$	$p < 1.00$
4. Variables posteriores al alta:		
Medicación (regular/irregular)	$\chi^2=8,92$	$p < .002^{**}$
Nivel de contacto (bajo/alto)	$\chi^2=0,12$	$p < .73$

* $p < .05$

** $p < .01$

rias y en el otro un fuerte desengaño amoroso), recayendo a pesar de la toma regular de medicación antipsicótica. Sólo hubo un paciente de baja EE que no recayó y que se viera sometido a acontecimientos estresantes de peso simi-

lar (separación matrimonial) y que también estaba tomando medicación regularmente. Las tres recaídas restantes vinieron precedidas de dificultades con la medicación. Uno de los pacientes sufrió una reagudización intensa de sus síntomas psicóticos a raíz del reajuste de la medicación establecido por su médico. Los síntomas volvieron a desaparecer una vez que se estableció la dosis adecuada. Otra paciente recayó al mes de habersele suprimido la medicación por mejoría clínica después del alta. Finalmente, la última de las pacientes que recayó no observó las prescripciones médicas desde su salida del hospital.

3.2. No recaídas en alta EE. Para intentar entender el bajo número de recaídas en este grupo de pacientes (44%) en comparación con los referidos por estos estudios, se analizaron las diferencias posibles entre los sujetos de alta EE que recayeron y los que no en las distintas variables. Se observó que los sujetos que recaían tenían un número de ingresos previos significativamente mayor que los que no recaían (Test de Fisher $p < .05$) y que éstos últimos tomaban la medicación regular en proporción significativamente mayor que los que recaían (Test de Fisher $p < .05$). Además, se observó que los sujetos que recaían presentaban puntuaciones significativamente superiores a los que no recaían en la escala de alucinaciones de la SADS ($U = 12$; $p < .01$) y en las subescalas de Ajuste Premórbido de la Infancia ($U = 11$; $p < .03$) y la primera adolescencia ($U = 12$; $p < .03$) (en otras palabras, su ajuste en estas etapas era inferior).

De los 10 pacientes de alta EE que no recayeron, 7 habían tenido 2 ingresos previos como máximo. Asimismo, 8 de estos 10 pacientes que permanecieron bien habían tomado su medicación con regularidad. En 5 de estos casos la toma de medicación regular coexistió con bajo contacto interpersonal. Es decir la protección simultánea de los pacientes de alta EE por estos dos factores combinados (medicación regular y bajo contacto) resultó significativa (Test Exacto de Fisher, $p = 0.008$), ya que de los 5 pacientes que se hallaban en esta situación no recayó ninguno. Sin embargo, la actuación aislada de uno de estos factores no resultó significativa (de 4 pacientes que sólo estaban tomando medicación regular recayó 1, mientras que de 7 pacientes que sólo estaban protegidos por el bajo contacto social recayeron 6). No debemos olvidar ser cautelosos en la interpretación de estos datos, dado el pequeño tamaño de las celdillas.

DISCUSIÓN

En respuesta a la cuestión principal planteada en este estudio sobre el valor predictivo de la EE en relación con la recaída de pacientes esquizofrén-

cós a los 9 meses de seguimiento, nuestros datos no avalan esta hipótesis. La recaída de los pacientes esquizofrénicos de nuestra muestra no parece estar significativamente relacionada con el clima familiar que les acoge a su salida del hospital, al menos tal cómo éste ha sido medido en este estudio.

Si bien este resultado es contrario a la asociación reiteradamente informada en la literatura entre alta EE y recaída, no es el único caso en el que esto se ha observado. Con anterioridad, dos estudios realizados en Alemania (Kottger et al., 1984) y en Inglaterra (MacMillan et al, 1986) han arrojado el mismo resultado. En el primero de ellos, la tasa de recaídas en el grupo de baja EE era incluso mayor que la de alta EE. En el segundo, realizado con pacientes hospitalizados por primera vez, la mayor proporción de recaídas de alta EE dejaba de ser significativa cuando se descartaban los efectos de la medicación neuroléptica y del tiempo transcurrido desde la aparición del trastorno hasta la hospitalización.

En primer lugar, podemos pensar que la diferencia de estos resultados respecto a los obtenidos en otros trabajos puede ser debida a algunas variaciones en el procedimiento seguido por nosotros, como por ejemplo la definición de recaída. Sin embargo, desde nuestro punto de vista, tales diferencias no resultan sustanciales.

Otra explicación posible de los resultados que hemos obtenido podría residir en el punto de corte empleado para dividir a los familiares en alta y baja EE que había sido el mismo utilizado en los estudios americanos y británicos (Vaughn y Leff, 1976a; Vaughn et al., 1984). Con el objetivo de comprobar una posible sensibilidad diferencial de los pacientes esquizofrénicos españoles a las actitudes críticas o de elevada implicación emocional se modificaron reiteradamente los puntos de corte en estas dos escalas de forma aislada, no hallándose ninguna distribución que permitiera comprobar la asociación entre las recaídas y las principales escalas de EE. Debido a que el tamaño de la muestra era reducido no se realizaron análisis adicionales que combinaran simultáneamente variaciones en el punto de corte de las dos escalas para determinar un nuevo índice global de EE. Por otra parte, es necesario tener en cuenta que esos mismos punto de corte han resultado significativos en el estudio de Gutierrez et al., (1988) con una muestra de esquizofrénicos gallegos. Pero antes de comentar las posibles explicaciones de estos diferentes resultados haremos algunas consideraciones sobre nuestros propios datos.

Un análisis más detenido de las recaídas permite apreciar algunas pautas que podrían explicar parcialmente la tasa relativamente alta de éstas entre los pacientes de baja EE. Por una parte, los acontecimientos vitales estresantes, que han sido señalados como factor precipitante de la aparición de episodios psicóticos (Brown y Birléy, 1968) y como un elemento importante en la pro-

ducción de recaídas en pacientes esquizofrénicos de baja EE (Leff et al., 1983; Leff y Vaughn, 1980), solo se hallan presentes en el 40% de estos pacientes. Y a la inversa, se observó que sólo un paciente de baja EE (12,5%), entre los que no recayeron, se vió enfrentado a un acontecimiento de características semejantes. Por otra parte, el resto de los pacientes de baja EE que recayeron presentaron problemas en la toma regular de la medicación antipsicótica. Este factor que supuestamente tiene una importancia menor para estos pacientes (Leff et al., 1983), es sin embargo un elemento protector repetidamente señalado en la literatura sobre pronóstico a corto plazo en esquizofrenia (Davis et al., 1980) y que, además, ha resultado significativo para la muestra total.

Entre los sujetos de alta EE se observaron varias características significativas que pueden considerarse protectoras con respecto a la recaída. Por un lado, los sujetos que no recayeron tenían un número significativamente menor de ingresos previos y además tomaban regularmente la medicación en una proporción significativamente mayor que los que recayeron. Además, se observó que la puntuación de estos últimos en la escala de alucinaciones durante el episodio psicótico fue significativamente menor, lo mismo que en las puntuaciones de ajuste premórbido durante la niñez y la primera adolescencia. En resumen, el número menor de ingresos entre los sujetos de alta EE que no recayeron, su nivel inferior de sintomatología alucinatoria y su mejor ajuste premórbido configuran un subgrupo de pacientes con un nivel de cronicidad y de severidad del trastorno menos pronunciado, factores que en sí mismos pueden explicar la menor tasa de recaídas en un período de seguimiento relativamente corto. Si a esto añadimos la actuación del efecto protector de la medicación antipsicótica en gran parte de estos casos, se configura un subgrupo de pacientes con un pronóstico favorable.

Así pues, la falta de relación entre el nivel de EE y recaída podría explicarse por la asociación fortuita de nuestros subgrupos de alta y baja EE con factores protectores y de riesgo, respectivamente. Esto sería cierto, como hemos explicado, de un pequeño número de casos en cada subgrupo, y al tratarse de celdillas con un pequeño tamaño, ejercen un efecto importante. En nuestro caso, somos conscientes de que esto constituye una explicación *post hoc*, y de que el estudio de una muestra de mayor tamaño debería paliar estas asociaciones debidas al azar. En este sentido, resulta prioritario aumentar el tamaño de la muestra, y asimismo, parece indicado prolongar el período de seguimiento de modo que los resultados tengan un mayor significado práctico.

En este estudio se han replicado otros resultados señalados en otras investigaciones sobre EE en relación al papel de la toma de medicación y del bajo nivel de contacto interpersonal. En este sentido, Vaughn y Leff (1976a) habían indicado que ambos factores tenían un efecto aditivo al encontrar un ba-

jo número de recaídas tanto cuando actuaban separadamente como de forma conjunta. Por su parte, Vaughn et al. (1984) indicaron que se trataba de factores cuyo efecto era interactivo, puesto que sólomente la presencia simultánea de ambos hacía disminuir la tasa de recaídas. Nuestros datos se acercan a esta última pauta. Sólo el 12,5% de sujetos de alta EE que tomaban medicación recayeron, tasa inferior al 15% encontrado en baja EE. En cambio la proporción de recaídas se incrementa (25%) si consideramos a aquellos sujetos que se encontraban tomando medicación pero en alto contacto. Sin embargo, cuando al efecto de la medicación se añade el efecto de bajo contacto interpersonal la proporción de recaídas se reduce a 0, siendo de este modo la tasa más pequeña. Claramente, la toma regular de la medicación parece ser el factor protector de mayor peso, ya que el contacto interpersonal reducido sólo se mostraba efectivo cuando actuaba conjuntamente con éste, observándose que recaían el 85,7% de los sujetos que estaban únicamente bajo la protección de este factor.

Retomando la comparación de los dos estudios llevados a cabo con muestras españolas con una metodología similar, sería necesario explicar dos diferencias fundamentales. En primer lugar, Gutierrez et al., (1988) han detectado una pauta que puede considerarse globalmente como de baja EE en relación con otros estudios y con el nuestro específicamente (para una información más detallada véase Arévalo y Vizcarro, en prensa). Por otra parte, surge la cuestión obvia de que en el estudio gallego, estas variables resultan predictivas, mientras que en el nuestro no lo son. Tentativamente, podríamos considerar que la primera diferencia puede estar relacionada con la procedencia rural (en el estudio de Gutierrez et al., 1988) o urbana de los pacientes incluidos en ambos estudios.

Las discrepancias relativas al valor pronóstico, por otra parte, podrían estar relacionadas con diferencias en la composición de la muestra, constituida mayoritariamente por varones solteros en el estudio gallego, mientras que la nuestra es más heterogénea a este respecto.

Como conclusión de los resultados obtenidos señalaremos que no hemos replicado la asociación entre recaída y EE y menos aún que la EE sea el mejor predictor aislado de recaída esquizofrénica con independencia de la intervención de otras variables. Nuestros datos apuntan a la medicación regular y al número de ingresos anteriores como mejores predictores de recaída en un período de nueve meses. En este sentido, la medicación parece actuar como un elemento claramente protector tanto para los pacientes de baja EE como para los de alta EE, de acuerdo con lo indicado en el estudio de EE MacMillan et al., (1986) por un lado, y concordante con la cuantiosa literatura que ha puesto de relieve el valor preventivo de la toma continuada de medicación antipsicótica (ver Davis et al., 1980; Davis, 1975).

De forma tentativa, se puede señalar igualmente que los acontecimientos vitales pueden jugar un papel importante en la recaída de los pacientes de baja EE. Asimismo, el bajo contacto interpersonal cuando se halla presente a la vez que la medicación tiene un efecto protector frente a la recaída en los pacientes de alta EE.

Finalmente, creemos de gran utilidad tener en cuenta en la planificación de toda intervención terapéutica la participación de los distintos factores que están relacionados con el pronóstico. De este modo, la inclusión de la medicación antipsicótica, parece fuera de toda duda, junto con la puesta en marcha de intervenciones psicosociales (Falloon y Liberman, 1983) tendentes a la disminución de la tensión familiar, la reducción del alto nivel de contacto con los familiares de alta EE y el manejo del estrés procedente de los acontecimientos vitales puede ser de gran relevancia para mejorar el curso de la esquizofrenia.

BIBLIOGRAFÍA

- AREVALO, J. y VIZCARRO, C. (en prensa).- Niveles de Emoción Expresada en familiares de pacientes esquizofrénicos: datos para una comparación transcultural.
- BATESON, G.; JACKSON, D. ; HALEY, J. y WEAKLAND, J. (1956).- Towards a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264.
- BROWN, G.W. y BIRLEY, J.L.T. (1968).- Crisis and life changes at the onset of schizophrenia. *Journal of Health and Social Behaviour*, 9, 203-214.
- BROWN, G.W.; BIRLEY, J.L.T. y WING, J.K. (1972).- Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- BROWN, G.W. y RUTTER, M.L. (1966).- The measurement of family activities and relationships. *Human Relations*, 19, 241-263.
- CANNON-SPOOR, H.E.; POTKIN, S.G. y WYATT, R.J. (1982).- Measurement of premorbid adjustment in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 470-484.
- DAVIS, J.M. (1975).- Overview: Maintenance therapy in psychiatry-I. Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 132, 1237-1245.
- DAVIS, J.M.; SCHAFFER, C.B.; KILLIAN, G.A.; KINARD, C. y CHAN, C. (1980).- Important issues in the drug treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 70-87.
- DOANE, J.A.; WEST, K.L.; GOLDSTEIN, M.J.; RODNICH, E.H. y JONES, J.E. (1981).- Parental communication deviance and affective style; predictors of subsequent schizophrenia spectrum disorders in vulnerable adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 38, 679-685.
- DOHRENWEND, B.S.; KRASNOFF, L.; ASKENASY, A.R. y DOHRENWERD, B.P. (1978).- Exemplification of a method for scaling life events: The PERI life events scale. *Journal of Health and Social Behaviour*, 19, 205-229.

- ENDICOTT, J. y SPITZER, R.L. (1978).- A diagnostic interview: the Schedule for the Affective Disorders and Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35, 837-844.
- FALLOON, I.R.H. (1984).- Relapse: A reappraisal of assessment of outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 293-299.
- FALLOON, I.R.H. y LIBERMAN, R.P. (1983).- Interactions between drug and psychosocial therapy in schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 9, 543-554.
- FERNÁNDEZ HERMIDA, J.R. y FERNÁNDEZ SANDONIS, J. (1986).- Factores familiares y curso de la esquizofrenia. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 6, 431-454.
- FISCHMANN-HAVSTAD, L. y MARSON, A. (1984).- Weight loss maintenance as an aspect of family emotion and process. *British Journal of Clinical Psychology*, 23, 265-271.
- GOLDSTEIN, M.J. (1983).- Family interaction: patterns predictive of the onset and course of schizophrenia; En H. Stierlein, L.C. Wynne and M. Wirsching (Eds.) *Psychosocial intervention in schizophrenia*, pp 5-19. Berlin: Springer.
- GOLDSTEIN, M.J. y DOANE (1982).- Family factors in the onset, course, and treatment of schizophrenic spectrum disorders. An update on current research. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 692-700.
- GOLDSTEIN, M.J. y RODNICK, E.H. (1975).- The family's contribution to the etiology of schizophrenia: current status. *Schizophrenia Bulletin*, 1, 48-63.
- GREDHARRY, D. (1987).- Expressed emotion in families of mentally handicapped. *British Journal of Psychiatry*, 150, 400-402.
- GUTIERREZ, E.; ESCUDERO, V.; VALERO, J. et al., (1988).- 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*, 15, 275-316.
- HEINRICHS, W.; HANLON, T.E. y CARPENTER, W.T. (1984).- The Quality of Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 388-397.
- HIRSCH, S.R. y LEFF, J.P. (1975).- *Abnormalities in parents of schizophrenics*, Maudsley Monograph, Nº 22, London: Oxford University Press.
- HOOLEY, J.M.; ORLEY, J. y TEASDALE, J.D. (1986).- Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 148, 642-647.
- JACOB, T. (1975).- Family interaction in disturbed and normal families: a methodological and substantive review. *Psychological Bulletin*, 82, 33-65.
- JENKINS, J.D. (1984).- Schizophrenia and the family: Expressed emotion among Mexican Americans and Anglo Americans, Unpublished doctoral dissertation, University of California. Los Angeles.
- JENKINS, J.H.; KARNO, M.; SELVA, A. y SANTANA, F. (1986).- Expressed emotion in cross-cultural context: familial responses to schizophrenic illness among mexican-american. En M.J. Goldstein; I. Hand y K. Hahlweg (Eds.). *Treatment of schizophrenia: family assessment and intervention*. N. York: Springer Verlag.
- KARNO, M.; JENKINS, J.; SELVA, A.; SANTANA, F.; TELLES, C.; LÓPEZ, S. y MINTZ, J. (1987).- Expressed emotion and schizophrenia outcome among Mexican-American families. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 143-151.
- KOTTGEN, C.; SONNISCHEIN, I.; MOLLENHAUER, K. et al. (1984).- Families' high expressed emotion and relapses in young schizophrenic patients: Results of Hamburg-Camberwell family intervention study. *International Journal of Family Psychiatry*, 5, 71-82.

- KREISMAN, D.E. y JOY, V.D. (1974).- Family response to the mental illness of a relative. A review of literature. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 34-57.
- KUIPERS, L. (1979).- Expressed Emotion: A review. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 18, 237-243.
- KUIPERS, L.; STURGEON, D.; BERKOWITZ, R. y LEFF, J. (1983).- Characteristics of expressed emotion; its relationship to speech and looking in schizophrenic patients and their relatives. *British Journal of Clinical Psychology*, 22, 257-264.
- LEFF, J.; KUIPER, L.; BERKOWITZ, R.; VAUGHN, C. y STURGEON, D. (1983).- Life events, relatives expressed emotion in relapse of schizophrenia: A two-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 139, 102-104.
- LEFF, J. y VAUGHN, C. (1980).- The interactions of life events and relatives expressed emotion in schizophrenia and depressive neurosis. *British Journal of Psychiatry*, 136, 146-153.
- LEFF, J. y VAUGHN, C. (1981).- The role of maintenance therapy and relatives' expressed emotion in relapse schizophrenia: a two year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 139, 102-104.
- LEFF, J.; WIG, N.; GHOSH, A.; BEEDI, H.; MENON, D.; KUIPERS, L.; KORTEN, A.; ERNBERG, G.; DAY, R.; SARTORIUS, N. y JABLENSKY, A. (1987).- Influence of relatives' expressed emotion on the course of schizophrenia in Chandigarh. *British Journal of Psychiatry*, 151, 166-173.
- LIDZ, T. (1958).- Schizophrenia and the family. *Psychiatry*, 21, 21-27.
- LIEM, J.H. (1980).- Family studies of schizophrenia: An update and commentary. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 429-455.
- MacMILLAN, J.F.; GOLD, A.; CROW, T.J.; JOHNSON, A.L. y JOHNSTONE, E.C. (1986).- The Northwick Park study of first episodes of schizophrenia: IV. Expressed emotion and relapse. *British Journal of Psychiatry*, 148, 133-143.
- MIKLOWITZ, D.J.; GOLDSTEIN, M.J.; FALLOON, I.R.H. y DOANE, J.A. (1984).- Interactional correlates of expressed emotion in the families of schizophrenics. *British Journal of Psychiatry*, 144, 482-487.
- MIKLOWITZ, D.J.; GOLDSTEIN, M.J.; NUECHTERLEIN, K.H.; SNYDER, K. y MINTZ, J. (1988).- Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Archive of General Psychiatry*, 45, 225-231.
- MOLINE, R.A.; SINGH, S.; MORRIS, A. y MELTZER, H. (1985).- Family expressed emotion and relapse in schizophrenia in 24 urban american patients. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1078-1081.
- NUECHTERLEIN, K.H. y DAWSON, M.E. (1984).- A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 300-312.
- NUECHTERLEIN, K.H.; SNYDER, K.S.; DAWSON, M.E.; RAPPE, S.; GITLIN, M. y FOGELSON, D. (1986).- Expressed emotion, fixed-dose fluphenazine decanoate maintenance, and relapse in recent-onset schizophrenia. *Psychopharmacological Bulletin*, 22, 633-640.
- ORFORD, J.; O'REILLY, P. y GOONATILLEKE, A. (1987).- Expressed emotion and perceived family interaction in the key relatives of elderly patients with dementia. *Psychological Medicine*, 17, 963-770.
- RUTTER, M. y BROWN, G.W. (1966).- The reliability and validity of measures of family life and relationships in families containing a psychiatric patients. *Social Psychiatry*, 1, 38-53.

- SPITZER, R.L.; ENDICOTT, J. Y ROBINS, E. (1978).- *Research Diagnostic Criteria (RDC) for a selected group of functional disorders*. Ed 2 New York, Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.
- STURGEON, D.; KUIPERS, L.; BERKOWITZ, R.; TURPIN, G. y LEFF, J. (1981).- Psychophysiological responses of schizophrenic patients to high and low expressed emotion relatives. *British Journal of Psychiatry*, 138, 40-45.
- SZMUKLER, G.I.; EISLER, I.; RUSSELL, F.M. y DARE, C. (1985).- Anorexia nerviosa, parental "expressed emotion" and dropping out of treatment. *British Journal of Psychiatry*, 147, 265-271.
- TARRIER, N.; VAUGHN, C.E.; LADER, M.H. y LEFF, J.P. (1979).- Bodily reactions to people and events in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 36, 311-315.
- VAUGHN, C. y LEFF, J.P. (1976a).- The influence of family and social factors on the course of psychiatry illness: a comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-37.
- VAUGHN, C. y LEFF, J.P. (1976b).- The measurement of expressed in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 157-165.
- VAUGHN, C.; SNYDER, K.S.; JONES, S.; FREEMAN, W.B. y FALLOON, I.R.H. (1984).- Family factors in schizophrenic relapse, Replication in California of Briths research of expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 41, 1169-1177.
- VIZCARRO, C. (en preparación).- Escalas de evaluación psicopatológica.
- VIZCARRO, C. y AREVALO, J. (1987).- Emoción expresada: Introducción al concepto, evaluación e implicaciones pronósticas y terapéuticas. *Estudios de Psicología*, 26-27, 89-109.
- VIZCARRO, C.; BOTELLA, J.; AREVALO, j.; GARCIMARTIN, J.; LLORENTE, G. y SOLA, J. (1986).- Factors of relapse in schizophrenic disorder. Comunicación presentada al 21 Congreso Internacional de Psicología aplicada. Tel Aviv (Israel), Julio de 1986.
- WYNNE, L.C. (1981).- Current concepts about schizophrenics and family relationships. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 82-89.
- WYNNE, L.C.; RYCKOFF, I.; DAY, J. y MIRSCH, S. (1958).- Pseudo-mutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry*, 21, 205-220.