

EXPRESION DE EMOCIONES Y CURSO DE LA ESQUIZOFRENIA: I. REVISION CRITICA DE LOS SUPUESTOS DE INDEPENDENCIA, ESTABILIDAD Y CAUSALIDAD.

EMILIO GUTIERREZ

Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología.

Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación

UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

RESUMEN

El cambio producido en la política de altas en los hospitales mentales, durante la década de 1950, provocó la aparición en Londres de una serie de estudios centrados en la influencia de la Expresión de Emociones (EE) sobre el curso de la esquizofrenia. EE es un constructo definido operacionalmente que refleja la actitud, con respecto al paciente esquizofrénico, de sus familiares más cercanos. Después de la realización de varias réplicas, en las que se ha visto confirmado el papel de buen predictor de EE con respecto a las recaídas de los pacientes esquizofrénicos, han surgido un creciente número de investigaciones dirigidas a aclarar los mecanismos por los que EE adquiere dicho papel de buen predictor. El artículo finaliza con una revisión de la evidencia existente en torno a tres aspectos centrales de EE: su independencia, estabilidad y su probable rol causal.

SUMMARY

In the 1950, a main change in the discharge policy of mental hospitals brought about the appearance of a series of studies in London focused on the influence of Expressed Emotion (EE) on the course of schizophrenia. EE is an operationally defined construct that reflects the attitude of close relatives towards schizophrenic patients. After several replications, from which EE has emerged as an important predictor of relapses in schizophrenic patients, increasing research endeavours has been devoted to elucidate the ways through which EE reaches such predictive power. In the last section of the article the author reviews the existing evidence concerning three core issues of EE construct: its independence, stability, and its likely causal role.

La relevancia de los resultados de algunos estudios realizados en torno a la influencia de la Expresión de Emociones (EE) de los familiares de los pacientes esquizofrénicos sobre el curso de la enfermedad del paciente, ha vuelto a colocar en un primer plano de actualidad el interés de clínicos e investigadores por la familia de este tipo de pacientes. Aunque el objetivo fundamental de este artículo sea la presentación de los resultados de una investigación realizada en nuestro país dirigida a estudiar la influencia de EE (evaluada, a diferencia de todos los estudios publicados hasta la fecha, durante una fase no-aguda del curso de la enfermedad del paciente) sobre el curso de la esquizofrenia, antes de proceder a tal presentación consideramos conveniente hacer un breve repaso de las circunstancias que concurrieron en la gestación de la línea de investigación sobre EE.

El porqué de esta estrategia de presentación viene motivado por el deseo de no incurrir en un hecho que con relativa frecuencia caracteriza a los trabajos en los que se realiza una revisión de la literatura sobre EE: la exposición de la aparición del conjunto de investigaciones sobre EE tiende a realizarse sin prestar una adecuada atención a las circunstancias socio-históricas que provocaron los primeros balbuceos de esta línea de investigación en Londres.

Dada la extensión del trabajo de investigación que presentamos optaremos por dividirlo en dos artículos. En el presente artículo, además de prestar atención a esas circunstancias socio-históricas, realizaremos una breve mención a la evolución propiamente dicha de la mencionada línea de investigación, para finalizar centrándonos en algunos de los aspectos de la literatura sobre EE más conflictivos en la actualidad, que serán sobre los que gire la investigación empírica que presentaremos en el segundo artículo

EL CAMBIO EN LA POLITICA DE ALTAS EN LOS AÑOS CINCUENTA Y LA APARICION DEL FENOMENO DE LA PUERTA GIRATORIA.

En la década de 1950 se produce, tanto en America como en Gran Bretaña,

un acontecimiento generalizado que va a afectar profundamente a la filosofía del cuidado de la salud mental pública. Este acontecimiento consiste en la apertura indiscriminada de las puertas de los hospitales mentales. Morrisey y Goldman (1986) se han referido a este cambio en la política de altas como una vuelta a posiciones anteriores; según estos autores, la postura con respecto al cuidado de los enfermos mentales muestra, desde 1800 una naturaleza cíclica. Esta ciclicidad puede resumirse como una sucesión alternativa de dos posturas antagónicas: "pacientes-dentro-de-instituciones-especiales" y "pacientes-fuera-de-instituciones-especiales". En nuestro caso, lo que nos interesa de esta nueva política de altas masivas es que tal acontecimiento significó, con respecto a la esquizofrenia, la aparición en escena de las variables familiares.

El hacinamiento constituido por la población de pacientes mentales crónicos, hospitalizados de por vida, amenazaba con colapsar los recursos asistenciales disponibles en las instituciones mentales durante la década de 1950. El ritmo de crecimiento de las poblaciones de los hospitales psiquiátricos había situado a esas instituciones al borde del colapso. Con anterioridad a la década de 1950, una vez que un paciente esquizofrénico traspasaba el umbral de la puerta del hospital psiquiátrico, la relación cama-paciente era de 1:1. Prácticamente la hospitalización era de por vida y a medida que transcurrían los años de internamiento la posibilidad del alta era poco menos que imposible (Brown, Parkes y Wing, 1961). Dado el comienzo relativamente temprano de esta enfermedad, según estimaciones de Schooler y Levine (1984), ningún problema de construcción de hospitales mentales hubiera podido satisfacer la creciente demanda de camas requeridas por las nuevas admisiones. Esta situación límite fue la responsable directa del cambio en la política hospitalaria, cuyo objetivo no era otro que el intento de reducción de las poblaciones de los hospitales mentales.

Además, como señalan Brown, Carstairs y Topping (1958), esta nueva política de altas masivas se adelantó en el tiempo a la aparición en la nueva escena de los primeros tranquilizantes por lo que no es achacable a éstos el abandono del hospital de las primeras cohortes de pacientes esquizofrénicos, ni la responsabilidad en la puesta en funcionamiento de la "puerta giratoria". Más bien esta apertura generalizada de las puertas de los hospitales mentales estuvo determinada, una vez más, por la dura y prosaica realidad de los parámetros político-económicos y no por que los tranquilizantes mayores ya estuvieran operando como una medida terapéutica generalizada, o por el convencimiento de que una institucionalización prolongada del paciente agrava aún más los efectos de la enfermedad (Goffman, 1961; Wing y Brown, 1970). Este cambio en la política de altas es el caldo de cultivo, el momento de eclosión de la familia del esquizofrénico como centro de interés. Sin embargo, en vez

de detenernos en este punto, al cual volveremos más adelante, haremos una somera revisión de los primeros resultados producidos por esa política de puertas abiertas (polo del ciclo pacientes-fuera-de-instituciones-especiales).

Sin duda, atendiendo a los motivos que la provocaron, esa nueva política supone un éxito, aunque un éxito pírrico, que se concreta en el paso de la situación anterior de un enfermo "abonado" por cada cama a la de varios "abonados" por cama. La puerta abierta se ha convertido en una "puerta giratoria". Por otra parte, en términos terapéuticos no se ha avanzado en absoluto. De las largas hospitalizaciones se pasa a un nuevo cuadro constituido por hospitalizaciones mucho más cortas (aquí es donde se sitúa el mayor componente de acción de los nuevos medicamentos antipsicóticos que van surgiendo: la rápida resolución de las fases agudas constituidas fundamentalmente por síntomas positivos) y temporadas de variable duración fuera del hospital. Conscientemente hemos preferido la denominación "fuera del hospital" y no el eufemismo "en la comunidad", sobre todo cuando uno atiende a lo que usualmente significa para los pacientes la preposición "en", tal y como Lamb y Goertzel (1971) se preguntan.

Una vez a comenzado a girar con toda su fuerza la puerta giratoria de los hospitales mentales el primer intento de frenado corresponde a los tranquilizantes mayores que hacen su aparición a final de la década de 1950. Sin embargo, estos fármacos, cuya utilización masiva no tarda en producirse, no logran disminuir el problema en absoluto. Sin lugar a duda, la introducción de los primeros fármacos antipsicóticos ha supuesto el mayor impacto producido sobre el pensamiento y el tratamiento de la esquizofrenia. En primer lugar, la medicación antipsicótica ha reducido drásticamente el número de hospitalizaciones crónicas en las instituciones mentales. En segundo lugar, ha provocado un acusado giro del pensamiento psiquiátrico hacia bases más biológicas. No obstante, como señala Hollister (1984), los efectos de ninguno de esos cambios han sido tan prometedores como inicialmente se esperaba.

A pesar de que los neurolépticos tienen una indudable e incuestionable eficacia frente a los síntomas positivos típicos de las fases agudas (alucinaciones, desilusiones, etc.), su eficacia es muy restringida (Schooler y Levine, 1983; Herz, 1984) sobre el cuadro de síntomas negativos: aislamiento, apatía, anergia, alogia, comunicación empobrecida (Andreasen, 1982), pudiendo suponer incluso un agravamiento de estos (Ayd, 1975; Goldstein, Rodnick, Evans, May y Steinberg, 1978). También, administrados en dosis más bajas como medicación de mantenimiento, los neurolépticos han demostrado poseer un moderado, pero importante papel en la prevención de las recaídas (Davis, 1975; Davis, Schaffer, Killian, Kinard y Chan, 1980; Donaldson, Gelenberg y Baldessarini,

1983).

Una vez probada la eficacia de los neurolépticos en la resolución de las fases agudas, la aparición de las sucesivas recaídas fue en principio achacada a la ausencia de colaboración en la toma de medicación de mantenimiento. La aparición en el mercado de las versiones inyectables (depot) de los neurolépticos orales posibilitó la comparación de la eficacia de los neurolépticos en la prevención de las recaídas, una vez controlada la posible falta de colaboración. Sin embargo, las conclusiones de una larga serie de estudios han dejado bien patente que a pesar de estar asegurada la colaboración por medio de las versiones inyectables, las cifras de recaídas no sufren una variación sustancial con respecto a las que se producen con medicación oral (Hogarty, Schooler, Ulrich, Mussare, Ferro y Herron, 1979; Hogarty, 1984).

Paralelamente al desarrollo de las investigaciones que pretendían acotar con precisión el papel de la medicación neuroléptica de mantenimiento en la prevención de las recaídas, se sucedían en Londres una serie de estudios cuyo resultado era la identificación del papel que jugaban diversas situaciones estresantes en la aparición de las recaídas. Un tipo de situación estresante aguda era aquella constituida por los acontecimientos vitales (Brown y Birley, 1968; Birley y Brown, 1970; Leff, Hirsch, Gaimd, Rhode y Stevens, 1973; Leff y Vaughn, 1980; y Leff, Kuipers, Berkowitz, Vaughn y Sturgeon, 1983). Otro tipo de situación estresante crónica para el paciente estaba constituida por la convivencia de determinados familiares. A continuación nos concentraremos en la aparición y desarrollo de la línea de investigación referida a ese último aspecto.

En cierta medida se puede afirmar que esta línea de investigación sobre EE, a la que nos referiremos en lo que resta del presente artículo, surge como un acto de "serendipity" (frente a lo ocurrido con las teorías familiares de la esquizofrenia y el movimiento de investigación sobre la interacción familiar que se desarrolló por los mismos años en USA y que tenía una clara conexión con planteamientos previos de la escuela neo-psicoanalítica americana).

EL CONSTRUCTO DE EXPRESION DE EMOCIONES Y LAS INVESTIGACIONES SOBRE EL CURSO DE LA ESQUIZOFRENIA.

La línea de investigación centrada en torno al constructo EE comienza con una serie de estudios llevados a cabo por miembros del Institute of Social Psychiatry del Medical Research Council de Londres, encabezados por G. Brown,

cuyo objetivo en principio era el seguimiento de las primeras cohortes de pacientes psiquiátricos dados de alta, coincidiendo con el cambio de política hospitalaria ya mencionado. Según Brown et al. (1961), entre 1951 y 1956 se había producido un incremento del 50% en el número total de admisiones por año en los hospitales de Inglaterra y Gales. Gran parte de este cambio en las admisiones, fue debido al mayor movimiento de los pacientes esquizofrénicos. Así, aunque se registró un incremento imperceptible en el número de primeras admisiones de pacientes esquizofrénicos (10%), el número de readmisiones se incrementó drásticamente (122%).

En el marco de una investigación llevada a cabo por Brown et al., (1958) y cuyo objetivo era: "averiguar el nivel de ajuste de los pacientes con una prolongada estancia en los hospitales mentales y que habían sido dados de alta, e indagar que factores de su historia y experiencias sociales posteriores estaban asociadas con el nivel de ajuste en la comunidad"(p. 685), estos autores encuentran que los porcentajes de recaída de los 156 pacientes esquizofrénicos varones, incluidos en su muestra de 229 enfermos mentales, aparecían inexplicablemente moduladas por el tipo de hogar de acogida una vez que habían abandonado el hospital. Así, mientras que los porcentajes de recaída para los pacientes que residían con sus padres era del 36%, este porcentaje era mucho menor cuando los pacientes residían con otros familiares (hermanos; 17%) o cuando tras la salida del hospital su residencia eran pequeñas pensiones (0%). También destacaba el hecho de que cuando la madre trabajaba, en el caso de los pacientes que residían en un hogar parental, los porcentajes de recaída eran menores (16%) que cuando permanecía en casa (55%) (Brown, 1959, p. 123). La sorpresa ante estos datos inesperados es el punto de arranque de una serie de investigaciones posteriores.

A pesar de las evidentes deficiencias metodológicas de este primer estudio, los datos parecían apuntar en una dirección potencialmente fructífera. Así, en un estudio posterior (Brown, Monck, Carstairs y Wing 1962) se realizan esfuerzos dirigidos a la definición y creación de escalas que pudieran capturar los aspectos fundamentales del medio familiar, que supuestamente podrían estar operando en la base de los hallazgos del estudio previo (dominancia, hostilidad y una evaluación global de la expresión emocional). De nuevo, después de un año de seguimiento, las recaídas (definidas bien como un retorno de los síntomas floridos, o bien como una readmisión al hospital) para los pacientes que retornaban a hogares calificados como altos en implicación emocional eran significativamente mayores ($p < .001$) que para los pacientes que retornaban a hogares calificados como de baja implicación emocional. Otro resultado significativo que aparece en este estudio, entre otros, es el papel modulador del riesgo de recaída que jugaba la Cantidad de contacto cara-a-cara entre

pacientes y familiares, para aquellos pacientes que regresaban a hogares calificados como de alta Implicación emocional.

La aclaración del papel de esa Implicación emocional, bien como un mero reactivo, o bien como un contribuyente directo en la aparición de recaídas, motivó a Brown para la realización de un segundo estudio prospectivo (Brown, Birley y Wing, 1972), con el objeto de aclarar la cuestión de la direccionalidad. Si bien, antes de la realización de este segundo estudio Brown dirigió el objetivo de sus esfuerzos hacia la mejora de las técnicas de medición y a la depuración adicional tanto de los refentes emocionales de sus escalas, como de las reglas, indicios y normas para la acumulación de evidencias en cada una de las diferentes escalas. El resultado del trabajo de este nuevo apartado (Brown y Rutter, 1966; Rutter y Brown, 1966) fue el desarrollo de un formato de entrevista estandarizado (CAMBERWELL FAMILY INTERVIEW-CFI) en la que existía un número fijo de preguntas, si bien los términos y el orden de las preguntas no se encontraba totalmente determinado de antemano, ya que la estandarización de esos aspectos y la pérdida de flexibilidad consiguiente, iban en detrimento de los propósitos finales de la entrevista.

A partir de esas consideraciones y de la revisión de la literatura sobre la medición de la expresión de emociones en un formato de entrevista, Brown decide centrarse no sólo en el contenido del discurso, sino fundamentalmente en los aspectos vocálicos tales como el volumen, tono, modulación y ritmo. Un punto importante en el abordaje de esos aspectos vocálicos del discurso, es la confianza de Brown en que tras un entrenamiento intensivo y a partir de la capacidad humana para identificar los distintos tipos de expresión emocional (Calor, Crítica, Insatisfacción, etc.) se puede llegar a lograr la estandarización de tales juicios intuitivos.

Los resultados de este nuevo estudio se mantuvieron en la línea de los anteriores. Las recaídas se dieron con más frecuencia ($p < .001$) en aquellos pacientes que retornaban a hogares calificados como altos en Expresión de Emociones (AEE). A partir de este estudio el estatus de EE de un familiar se establece en función de las calificaciones que recibe durante la CFI, con respecto a determinados puntos de corte en las escalas de Comentarios Críticos, Sobreimplicación Emocional y Hostilidad. En comparación con los pacientes que retornaban a hogares AEE, aquellos otros que lo hacían a hogares bajos en EE (BEE) recaían significativamente menos (16% frente a 58%). También de los análisis de este estudio se desprende el hecho de que un contacto cara-a-cara reducido, entre el familiar y el paciente, funciona como un factor protector del riesgo de recaída para los pacientes que conviven con familiares AEE.

La importancia teórico-práctica de estos resultados mereció un intento

de replicación, efectuado cuatro años más tarde (Vaughn y Leff, 1976_o). Aunque el diseño básico de este nuevo estudio fue similar al utilizado en el de 1972, se produjeron algunas modificaciones entre las cuales destacan el acortamiento de la duración de la CFI (Vaughn y Leff, 1976_o) y la inclusión de una muestra de pacientes neurótico-depresivos, con objeto de averiguar si la sensibilidad al clima producido por la convivencia con un familiar AEE era específica de los pacientes esquizofrénicos o si, más bien, era compartida también por pacientes distintos a los esquizofrénicos.

Con respecto a los resultados de este estudio (Vaughn y Leff, 1976_o), de nuevo apareció una alta asociación entre el estatus AEE y las recaídas. Sólo el 6% de los pacientes esquizofrénicos que residían en hogares BEE recayeron, pero el porcentaje fue del orden del 48% en los pacientes residentes en hogares AEE ($p < .007$).

Además, otro resultado que volvió a aparecer en este estudio es el que se refiere a la confirmación de que ni la colaboración en la toma de medicación de mantenimiento, ni la cuantía del contacto cara-a-cara eran variables importantes para los pacientes que residían en hogares BEE. Por el contrario, la protección ofrecida por la continuidad en la toma de medicación de mantenimiento en los pacientes de hogares AEE, que sólo fue una tendencia no significativa en el estudio de 1972, en el realizado cuatro años más tarde alcanzó un nivel de significación de .05.

Tras la aparición del artículo de Vaughn y Leff (1976_o), se produce el "boom" internacional de EE, multiplicándose sobremanera la bibliografía aparecida desde esa fecha. También, a partir de 1976, comienza a ser familiar la figura que aquí reproducimos y que es el resumen de los hallazgos en las muestras combinadas del estudio de Brown et al., (1972) y Vaughn y Leff (1976_o).

Basados en la similitud de ambos estudios, Vaughn y Leff combinaron sus muestras de pacientes esquizofrénicos (ambas definidas de acuerdo con el Present State Examination y con criterios similares para las recaídas) con el objeto de conseguir una muestra mayor en la que pudiera establecerse con mayor nitidez la relación entre las recaídas, el estatus EE de los familiares y los factores protectores antes mencionados. Estas relaciones aparecen en la figura 1 donde, avanzando de derecha a izquierda, las cifras muestran el descenso en los porcentajes de recaídas desde una situación de máximo riesgo (en la que los pacientes, además de no estar protegidos por la medicación de mantenimiento, tienen un elevado contacto con familiares calificados como AEE), hasta la situación de riesgo mínimo (en el caso de los pacientes que regresan a hogares BEE y están protegidos por la medicación). Entre ambos extremos, se muestran las cifras de recaídas en diferentes condiciones. Así,

en el caso de los pacientes que al salir del hospital regresan a hogares AEE, si se encuentra presente cualquiera de ambos factores protectores, los porcentajes de recaídas se reducen considerablemente (42% y 53% respectivamente). Si ambos factores protectores se encuentran presentes, los porcentajes de recaídas se reducen aún más, en torno al 15%, que prácticamente es el mismo que para los pacientes que residían con familiares BEE (para los cuales, durante los nueve meses de seguimiento, el efecto de la medicación era imperceptible sobre el porcentaje de recaídas).

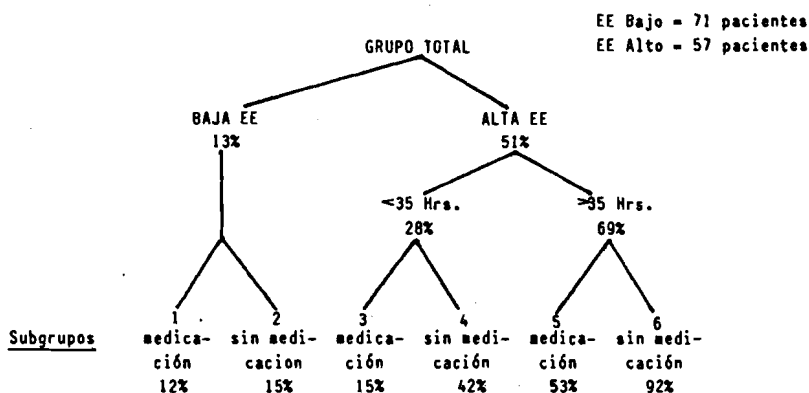


FIGURA 1. Porcentajes de recaídas de 128 pacientes esquizofrénicos, durante un período de nueve meses. (Tomado de Vaughn y Leff, 1976)

También en esa investigación de 1976, los autores incluyeron una muestra de neuróticos-depresivos en los que la escala de Comentarios Críticos (CC), integrante del constructo EE, aparecía relacionada significativamente con el curso posterior de nueve meses -resultado que ha sido recientemente replicado por Hooley, Orley y Teasdale (1986). Así pues, quedaba firmemente establecido el estatus de buen predictor de EE en las recaídas de los pacientes esquizofrénicos y se documentaba por primera vez, la no-especificidad de esa asociación con el curso de la esquizofrenia (al menos por lo que respecta a la escala CC).

Intencionalmente hemos recorrido, sin mucho detenimiento, el conjunto de investigaciones llevadas a cabo desde 1958 a 1976. Hemos preferido hacerlo así ya que, además de los artículos originales, existen excelentes revisiones de la cada vez más voluminosa literatura sobre EE. De ellas destacaremos dos en inglés (kuipers, 1979; Hooley, 1985) y dos excelentes revisiones publicadas en castellano (Lemos Giraldez, 1986; Vizcarro y Arevalo, 1987). También puede recurrirse al libro de Leff y Vaughn (1985)

La conclusión más importante de este conjunto de investigaciones realizadas hasta 1976 es aquella que sostiene que un estatus de AEE en los familiares, medido durante la hospitalización del paciente debida al incremento de la sistomatología positiva, es el predictor aislado más potente con respecto a las recaídas producidas durante los nueve meses posteriores a la salida del paciente del hospital. Por "predictor aislado más potente" quiere significarse el hecho de que existen otros predictores, que la relación de EE con las recaídas no depende de la relación de EE con una tercera variable, a su vez relacionada con las recaídas y que de entre todos los factores relacionados con el curso, es EE el que mejor predice las recaídas. A partir de ese momento son varias las áreas de interés por las que ha discurrido la investigación posterior relacionada con EE:

1. La clasificación de la independencia de EE con respecto a otros predictores importantes.
2. La polémica en cuanto a la estimación de EE como una característica de los familiares tipo rasgo o tipo estado.
3. La aclaración del papel causal vs. reactivo de EE.
4. La exploración de la validez transcultural de la relación EE/ Curso de la esquizofrenia.
5. La determinación de la validez de EE.
6. La utilidad de EE como predictor del Curso de otros trastornos diferentes a la esquizofrenia.
7. La toma en consideración de los resultados obtenidos en las investigaciones sobre EE, para el diseño de programas de intervención tendentes a mejorar la supervivencia del paciente esquizofrénico en la comunidad.

A continuación vamos a concentrarnos en los tres primeros apartados mencionados pues son los que más directamente vinculados se encuentran con el estudio que presentaremos. Además, el cuarto punto, también guarda relación con los datos que se presentarán ya que son los primeros datos que se refieren a una muestra española. A este respecto es obligado mencionar el trabajo publicado por Fernandez Hermida y Fernandez Sandonis (1986). Estrictamente hablando, ese es el primer trabajo que conocemos de datos empíricos de una muestra española relacionados con EE. Si bien en ese trabajo, como los autores advierten explícitamente, la medición de EE no se realizó según el procedi-

miento estandar que implica el alcance de un determinado índice de fiabilidad con respecto a los autores ingleses y que suele obtenerse tras un laborioso curso de entrenamiento personal.

La independencia de EE (particularmente la independencia de la relación de EE y el curso de la esquizofrenia con respecto a otros predictores importantes), su estabilidad y su probable rol causal son tres cuestiones estrechamente relacionadas. Una primera forma de encadenar esos aspectos es aquella que afirmaría que EE en los familiares es una respuesta (por lo tanto EE sería reactivo) a algunas características de la enfermedad del paciente. Así pues, EE actuaría como una variable tipo estado y su papel de buen predictor sería un artefacto de la relación de una tercera variable tanto con EE como con el curso.

En segundo lugar, una forma alternativa es aquella que sostiene que, efectivamente, las características EE en los familiares son estables, independientes de cualquier característica de la enfermedad del paciente y que por lo tanto la utilidad de EE como un factor predictor importante del curso reside en su papel causal con respecto a las recaídas.

En este momento y a juzgar por la literatura publicada con respecto a EE, ninguna de las dos opciones es "totalmente sostenible" y como suele ocurrir a menudo la evidencia disponible apoya indistintamente diversos aspectos fragmentarios de ambas posiciones opuestas. Por otra parte, fuera de ambas opciones (inspiradas ambas en los modelos de causación lineal) y más en línea con los modelos de causalidad circular, existe un tercer modelo. Según esta tercera posibilidad EE podría funcionar en determinadas fases del curso de la enfermedad como un factor causal (siendo de este modo el responsable directo de la aparición del cuadro de síntomas positivos característicos de los pacientes en las fases agudas). Por otra parte, en los periodos del curso que se extienden entre las fases agudas, el cuadro de síntomas negativos (Andreasen, 1982) y el funcionamiento social y laboral reducido configurarían una situación ante la que "algunos familiares" (quizás aquellos caracterizados por un repertorio inadecuado o defectuoso de habilidades de afrontamiento, por no referirnos a características de personalidad, patrones de interacción o cualquier otro factor externo a los propios familiares) reaccionarían aumentando su EE.

Aunque este tercer modelo se ajusta mejor a los datos disponibles, aún necesitaría hacerse más complejo para ajustarse mejor a los datos que han ido apareciendo en los estudios publicados después de 1976. En primer lugar, este modelo podría ser adecuado para algunos componentes del constructo EE, pero no para otros. Así, mientras que sería adecuado para la escala de CC, no lo sería tanto para el de Sobreimplicación Emocional (SIE). También es posible que este

modelo, a la luz de ciertos resultados obtenidos por muestras formadas por primeros ingresos (Dulz y Hand, 1986; MacMillan, Gold, Crow, Johnson y Johnstone, 1986) solo sea adecuado para aquellos casos en los que la enfermedad presenta una mayor cronicidad.

A continuación revisaremos de forma más detallada la información disponible con respecto a estos tres aspectos (independencia, estabilidad, y causalidad) por separado, a pesar de ser aspectos íntimamente relacionados y que se solapan en muchas ocasiones.

La independencia de EE.

Uno de los aspectos que recibieron una atención más especial desde los primeros estudios (Brown et al, 1962, 1972; Vaughn y Leff, 1976) fue la exclusión de la posibilidad de que la relación entre EE y las recaídas fuera una relación epúrea. En la actualidad son muchos los aspectos clínicos, sociodemográficos y premórbidos identificados como predictores útiles del curso de la esquizofrenia (Vaillant, 1964; Gittelman-Klein, 1968, 1969; Strauss y Carpenter, 1974, 1977; Turner y Gartrell, 1978; Stephens, Ota, Carpenter y Schaffer, 1980; Jonsson y Nyman, 1984). A este respecto, es un hecho establecido que la asociación entre EE y las recaídas se mantiene (a excepción del trabajo publicado por MacMillan et al., 1986) cuando factores tales como el grado de perturbación conductual o el nivel de deterioro laboral previos al episodio presente son controlados estadísticamente, de modo que la asociación entre EE y las recaídas no puede justificarse por la simple consideración de otras posibles variables mediadoras. Referido a este aspecto Koenigsberg y Handley (1986) han reunido en una tabla todas las variables independientes (predictores potenciales) consideradas en los estudios realizados sobre EE, incluyendo un sistema de subíndices que indican, para cada variable incluida, tanto la existencia de una asociación significativa con el curso como el mantenimiento, o desvanecimiento de la asociación de EE con el curso de la esquizofrenia cuando la asociación de EE con esa variable es controlada.

Otra característica general de los estudios prospectivos realizados, es la constante referida a que las medidas de la gravedad de la psicopatología en el momento de la admisión nunca llegaba a diferenciar entre los pacientes cuyos familiares eran calificados como altos o bajos en EE. Como afirma Vaughn (1986,) en ningún caso ni por ningún criterio adoptado los pacientes con hogares AEE se diferencian de los pacientes de hogares BEE lo que, en su opinión, es

indicativo de que la diferencia parece residir en los familiares. Por lo tanto, como conclusión a este apartado, se puede afirmar que la relación EE/recaídas no depende de una tercera variable, a no ser que sistemáticamente se haya pasado por alto una variable de carácter elusivo como advierte Leff (1976); esa asociación no desaparece cuando se controlan otros factores y además, atendiendo a las variables incluidas, no parece haber ninguna característica que distinga entre pacientes cuyos padres son categorizados bien como AEE o BEE. Sin embargo, este último aspecto pertenece ya a la polémica sobre la estabilidad de EE.

La estabilidad de EE.

A pesar de suponer una cierta perdurabilidad de las características EE Brown et al. (1972) afirmaba que EE: "es una medida de la propensión de los familiares a reaccionar de ese modo determinado ante un paciente particular, aun cuando fuera necesario la presencia de otros factores para precipitar esa reacción... La medida refleja la cualidad de la relación con una determinada persona (el paciente), no una tendencia general a reaccionar ante cualquier persona de un modo similar" (p. 246). También a partir de 1972, EE pasa a tener una connotación negativa, pues un familiar es calificado como AEE en función de las calificaciones que reciba en tres escalas concretas (CC, SIE y Hostilidad) pues las restantes escalas (Calor y Comentarios Positivos) no añaden nada a la predicción obtenida desde las tres primeras escalas. Así pues, un familiar puede ser categorizado como AEE al sobrepasar un determinado punto de corte en al menos una de las tres escalas de CC, SIE, y Hostilidad (H).

Atendiendo al discurrir de la investigación posterior es útil distinguir entre familiares AEE, sin más especificaciones y familiares AEE dependiendo de la escala o escalas por las que ha alcanzado ese estatus (CC, SIE, H). Es necesario precisar en este punto, con respecto a la distinción que se acaba de introducir, que comparativamente son muchos más los familiares calificados como AEE en función del número de críticas (definido en los últimos estudios como la emisión de seis o más críticas) durante la CFI, que los que alcanzan ese estatus AEE atendiendo a su calificación en las dos escalas restantes (SIE y H). Así, aunque es posible ser calificado como AEE en virtud únicamente de la escala H (Hostilidad se valora globalmente en una escala que va de cero a tres, donde cero significa ausencia de Hostilidad; uno, hostilidad como Generalización; dos, hostilidad como rechazo y tres, hostilidad como Generalización y Rechazo, siendo suficiente una valoración distinta de 0 para que un familiar sea consi-

derado AEE), un gran porcentaje de los familiares que hacen comentarios hostiles también suelen rebasar el punto de corte de la escala CC. Sin embargo, es relativamente raro que un familiar sea calificado como hostil sin que emita un número suficiente de críticas como para ser calificado de AEE en la escala CC (AEE/CC). Además, son muy pocos los familiares que a pesar de rebasar el punto de corte establecido para CC son a su vez calificados como hostiles.

Por lo que respecta a la escala SIE (que se evalúa en una escala global de cero a cinco, estando últimamente establecido el punto de corte en una puntuación igual o superior a tres), a diferencia de lo que ocurre en la escala de CC, son muy pocos los familiares que son calificados como AEE en virtud de su puntuación en la escala SIE (AEE/SIE) y cuando esto ocurre suelen ser las madres los familiares típicos.

La pregunta en este apartado tiene que ver con la consideración de EE (o de sus diversos componentes) bien como características tipo-rasgo (estables y perdurables), o bien como características tipo-estado (inestables y fructuantes). La respuesta a esta pregunta, es obvio, tiene implicaciones importantes en los otros dos apartados (la independencia de EE y su probable papel causal con respecto a las recaídas).

Existen cuatro estudios (Brown et al, 1972; Leff, KUopers, Berkowitz, Eberlein-Vries y Sturgeon, 1982; Dulz y Hand, 1986; y Hogarty, Anderson, Reiss, Kornblith, Greenwald, Jauna y Madonia, 1986) en los que la CFI se ha aplicado en dos ocasiones, lo cual posibilita la comparación de las actitudes manifestadas por los familiares en dos ocasiones distintas. En el primer estudio Brown informa que al cabo de nueve meses el número de familiares que sobrepasan el punto de corte para la escala de CC había descendido en un 55% (del 30% al 14% de la muestra total). Por el contrario, en el marco de dos estudios de intervención dirigidos a modificar el estatus AEE alcanzado por los familiares en la fase de evaluación pre-intervención, se mantuvo relativamente estable. En el primer caso, Leff et al. (1982) informan que diez de los doce familiares del grupo de control (compuesto por familiares AEE a los que no se les administró la intervención), mantuvieron dicho estatus al cabo de nueve meses. Por otra parte, en el estudio realizado en Pittsburgh (Hogarty et al., 1986) sólo un 25% de los familiares del grupo de control cambiaron su estatus de AEE a BEE. Sin embargo, es necesario hacer dos matizaciones: en ambos estudios los cambios se refieren al estatus AEE de los familiares de forma global (es decir, sin especificar las escalas por las cuales alcanzaron tal estatus AEE) y además, en el caso del estudio de Pittsburgh, el hecho de que la segunda medición de EE coincidiera con la recaída del paciente pudo haber influido en el alto número de familiares que fueron calificados como AEE en el seguimiento.

También en otro estudio realizado en Hamburgo (Dulz y Hand, 1986) existen datos concernientes a este respecto. Además en este estudio la pregunta acerca de la estabilidad del EE era uno de los objetivos que motivaron su realización. Por lo que se refiere al estatus AEE, considerado éste de forma global y combinando los familiares de los grupos de control y experimental, dieciseis de los treinta y tres familiares (48%) calificados inicialmente como AEE habían cambiado a BEE nueve meses después. Además, atendiendo a las calificaciones concretas recibidas por los familiares en las diferentes escalas, doce de los veintidos familiares (54%) previamente calificados como AEE/CC, no sobrepasaron el punto de corte en la escala CC nueve meses después y ocho de los quince familiares (53%) calificados inicialmente como AEE/SIE, cambiaron su estatus de altos a bajos en el transcurso de los nueve meses. Las cifras correspondientes al grupo de control fueron similares (AEE global: siete de trece -54%; AEE/CC: seis de nueve -66%; AEE/SIE: dos de cuatro -50%, cambiaron su calificación de altos a bajos después de transcurridos nueve meses).

Sin embargo, este último ha sido el estudio en el que los resultados se han mostrado más atípicos con respecto a la tónica general hasta el momento. Quizás, entre esos resultados atípicos el que más resalte sea aquel que se refiere al hecho de que a diferencia con todos los estudios realizados (Brown et al., 1962, 1972; Vaughn y Leff, 1976; Hogarty, 1984; Proyecto COSAMA-Vaughn, 1985; Vaughn, Snyder, Jones, Falloon y Liberman, 1984; MacMillan et al., 1986; y el nuestro propio), es el único estudio donde las recaídas para el grupo de pacientes que residen con familiares BEE exceden a las de los pacientes que residen en hogares AEE. Vaughn (1986) ha señalado algunas de las peculiaridades de este estudio que podrían explicar los resultados excepcionalmente contradictorios encontrados.

EE como Agente Causal.

En 1977, C. Vaughn realizó un análisis de contenido de las críticas vertidas por los familiares en su estudio de 1976. De su análisis se desprende el dato referente a que si las relaciones previas al comienzo de la enfermedad eran buenas entre el familiar y el paciente, lo normal eran dos tipos de reacciones: o bien una respuesta de preocupación, pero carente de rasgos críticos, o bien una respuesta crítica pero confinadas las críticas en este caso a las conductas relacionadas con la enfermedad. Sin embargo, si con anterioridad al comienzo de la enfermedad la relación entre el familiar y el paciente era mala, las críticas vertidas se restringían exclusivamente a rasgos o características idiosincrás-

ticas de la personalidad del paciente, pero no a los síntomas de la enfermedad. Esta última configuración, como señala Kuipers (1979), se aplicaba a las dos terceras partes de los familiares que se manifestaban críticamente con respecto al paciente, lo que podía interpretarse como una acusación hacia éste que pasaba por alto los cambios conductuales debidos a la enfermedad, considerándolos meramente como una intensificación de los fallos previamente detectados. Es decir, este gran grupo de familiares no diferenciaban entre la conducta pre y post-enfermedad, e incluso ni siquiera apreciaban un proceso de enfermedad en el paciente.

Las conclusiones de Vaughn (1977) coinciden con la estimación de Brown et al. (1972) de que en un 35% de los familiares las actitudes que les calificaban como AEE parecían ser una reacción directa ante la conducta del paciente, es decir, en esos casos el familiar está respondiendo a las anormalidades del paciente al ser éste afectado por la enfermedad.

Estas aproximaciones de Vaughn y de Brown recogen su opinión acerca de la configuración de las actitudes en ciertos familiares. Sólo existe un estudio en el que empíricamente se ha constatado que ciertas actitudes de los familiares si están relacionadas con algunas características premórbidas y mórbidas del paciente; el realizado por Miklowitz, Goldstein y Falloon, (1983). Estos autores distinguieron entre familiares AEE/CC y AEE/SIE. En este estudio los pacientes cuyos familiares eran calificados de AEE/SIE diferían significativamente tanto de los pacientes que residían con familiares BEE como de los que residían con familiares AEE/CC, en cuanto una medida de la calidad del ajuste premórbido y de la sintomatología residual en el momento del alta. Sin embargo, debe recordarse, como ya se mencionó más atrás, que este subtipo de familiares, los AEE/SIE, representan una exigua minoría y que suelen coincidir con las madres de los pacientes.

Este aspecto del probable papel causal de EE (al igual que el referido al de la estabilidad) ha sido tratado siempre con mucha cautela por parte de los investigadores ingleses y en general por el resto de autores que han investigado el tema. Esta cautela no es ajena (más bien creemos que es la razón) al temor de que EE pase a significar un elemento más a favor de las "teorías parentogénicas" (término acuñado por Rashkis y Singer, 1959) vigentes hace 30 años. La prevención de este riesgo está claramente presente cuando Falloon (1982) afirma, en respuesta a un artículo de Day (1982):

"Yo me declaro culpable de haber desarrollado un estudio de intervención basado en los datos de Expresión de Emociones, ante los cuales todavía soy algo excéptico, a pesar de las cuatro réplicas" (p. 222 - 223).

También C. Vaughn (1986b), ante el peligro de una interpretación errónea de EE, deja claramente sentado la separación de EE de cualquier planteamiento anterior: "No obstante una minoría de familiares de pacientes esquizofrénicos -quizás un 15% en la experiencia del autor- exhiben estilos de respuesta extremos o extraños, reminiscentes de los estereotipos 'esquizofrenogénicos' descritos en el pasado por F. Fromm-Reichmann, Laing, Lidz y otros" (p. 104).

A pesar de esta prevención y cautela, Dulz y Hand (1986) opinan: "...la literatura en torno a la CFI implícitamente culpa a los familiares por las recaídas y la enfermedad del paciente" (p. 59). Este aspecto de la inculpación de los familiares es un tema ante el que los autores reaccionan enérgica y repetidamente. Dos excelentes ejemplos lo constituyen la respuesta de Falloon (1986) a un extraño artículo de Hattfield (1986), y la respuesta de Anderson ante un desafortunado artículo de Selvini-Palazzoli (1986).

Esta actitud de cautela y de necesidad de posteriores réplicas es la regla, más que la excepción aún teniendo en cuenta la existencia de una clara evidencia (Goldstein, 1981; Norton, 1982; Valone, Norton, Goldstein y Doane, 1983; Goldstein, 1985) de que las actitudes EE en algunos familiares están presentes (y que se constituyen también en un buen predictor) mucho tiempo antes de que los hijos reciban un diagnóstico dentro del sector más duro del espectro esquizofrénico (Wender, Rosenthal y Kety, 1968) y de que los intentos dirigidos a modificar la EE de los padres han logrado espectaculares resultados en la prevención de las recaídas (Leff et al. , 1982; Hogarty et al. , 1986).

La interpretación más apoyada en la actualidad que intenta explicar la presencia de ese tipo de actitudes características de los familiares altos en EE, está en consonancia con la afirmación de Vaughn (1977, 1986a) de que lo que distingue a los familiares AEE de los BEE reside a su vez en las: "diferencias en los umbrales de tolerancia, las actitudes en torno a la legitimidad de la enfermedad y en los estilos de afrontamiento" (p. 99). En línea con esta afirmación Greenley (1986), utilizando datos no publicados del estudio de Brown et al., (1972), ha avanzado un nuevo concepto de EE como un indicador de los intentos de los familiares para controlar socialmente la conducta de los pacientes de un modo particular. Por control social Greenley se refiere a los medios por los que: "la gente trata de moldear la conducta de los demás mediante sugerencias, amenazas, quejas, discusiones, críticas, poniendo en juego los sentimientos bien para obligar a alguien, o para que se sienta culpable, etc. En mi opinión, esos tipos de control social expresados de forma constante y vehemente son precisamente, el aspecto central de lo que inicialmente se denominó expresión de emociones" (p. 25). En ese estudio, Greenley encuentra apoyo para su hipótesis de que los intentos de control social son el modo de

afrontamiento preferente del que se sirven los familiares ansiosos y con temor.

Otra hipótesis de este estudio, que tampoco es rechazada, es la que afirma que el reconocimiento de los problemas del paciente como el resultado de una enfermedad mental sirven para reducir la probabilidad de que las familias ansiosas y temerosas utilicen como estrategia de afrontamiento un intenso control social interpersonal. Sin embargo, a pesar de que los resultados del estudio de Greenley nos acerca más a una comprensión más cabal de que es EE y cómo puede operar para producir las recaídas, sus conclusiones parecen ir en contra de los resultados de un estudio reciente (MacMillan et al., 1986) obtenidos con pacientes esquizofrénicos menos crónicos. Según el nuevo concepto de Greenley un status AEE sería el resultado de un intenso control social interpersonal. De acuerdo con este autor, a medida que los pacientes reciben una mayor atención psiquiátrica los familiares irán tomando una mayor conciencia de que lo que le ocurre al paciente es fruto de una enfermedad y así con el tiempo irán confiando menos en esas estrategias típicas de un control social interpersonal intenso.

Sin embargo, más bien parece que ocurre todo lo contrario pues, por un lado EE se manifiesta como un predictor potente precisamente con muestras crónicas (que supuestamente habrán recibido mucha más atención que las muestras compuestas por primeros ingresos) y por otro lado cuando las muestras son menos crónicas (como en el estudio de MacMillan et al., 1986) EE no se muestra como un predictor importante. La reconceptuación de Greenley tiene, como él mismo reconoce, implicaciones importantes: "En primer lugar, ya que el intenso control social interpersonal es considerado como una estrategia de afrontamiento, debería ser reactivo a los cambios sintomáticos en el paciente. Segundo, el intenso control social interpersonal es una estrategia de afrontamiento y no un atributo estable de la familia.... (aunque) podría verse influido también por los patrones de interacción, la estructura familiar, características de la personalidad, factores sociodemográficos y otros factores aparte de la conducta del paciente" (p. 29, negritas añadidas).

La importancia de las implicaciones de la reconceptuación de Greenley (1986) se pueden apreciar claramente si las contextualizamos en el marco desiderativo que intenta deslindar la investigación (y sobre todo la teorización) de EE de las teorías parentogénicas "démodés". Sin embargo tanta insistencia, como la que expresa Greenley, parece operar más como una opción ideológica que como un deslindamiento racional basado en la existencia de datos inequívocos al respecto.

Así pues, los aspectos relacionados con la supuesta estabilidad, la supuesta independencia y la supuesta causalidad de EE son aspectos que se encuentran

sujetos a una gran controversia y sin una conclusión eficaz en este momento (y mucho nos tememos que son temas difíciles de cerrar).

BIBLIOGRAFIA

- ANDERSON, C.M. : The All-Too- Short Trip from Positive to Negative Connotation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 1986, 12: 351-354.
- ANDREASEN, N.C. : Negative Symptoms in Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 1982, 39: 784-788.
- AYD, F.J. : The Depot Fluphenazines: A Reappraisal After Ten Year's Clinical Experience. *American Journal of Psychiatry*, 1975, 132: 491-500.
- BIRLEY, J. y BROWN, G.W.: Crisis and Life Changes Preceding the Onset of Relapse of Acute Schizophrenia: Clinical Aspects. *British Journal of Psychiatry*, 1970, 116: 327-333.
- BROWN, G.W.: Experiences of Discharged Chronic Schizophrenic Patients in Various Types of Living Groups. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1959, 37: 105-133.
- BROWN, G.W. y BIRLEY, J. : Crisis and Life Changes and the Onset of Schizophrenia. *Journal of Health and Social Behavior*, 1968, 9: 203-214.
- BROWN, G.W.; BIRLEY, J. y WING, J.K.: Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: A Replication. *British Journal of Psychiatry*, 1972, 121: 241-258.
- BROWN, G.; CARSTAIRS, G.M. y TOPPING, G.G.: Post-Hospital Adjustment of Chronic Mental Patients. *Lancet*, 1958, 2: 685-689.
- BROWN, G.W.; MONCK, E. y CARSTAIRS, G.M.: Influence of Family Life on the Course of Schizophrenia Illness. *British Journal of Preventive Social Medicine*, 1962, 16: 55-68.
- BROWN, G.; PARKES, C.M. y WING, J.K.: Admissions and Readmissions to Three London Mental Hospitals. *Journal of Mental Science*, 1961, 107: 1070-1077.
- BROWN, G.R. y RUTTER, M.: The Measurement of Family Activities and Relationships. *Human Relations*, 1966, 19: 241-263.
- DAVIS, J.M.: Overview: Maintenance Therapy in Psychiatry: I. Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 1975, 132: 1237-1245.
- DAVIS, J.M.; SCHAPPER, C.B.; KILLIAN, G.A.; KINARD, C. y CHAN, C.: Important Issues in the Drug Treatment of Schizophrenia. NIMH Special Report: Schizophrenia. Rockville: NIMH, 1980.
- DAY, R.: Research on the Course and Outcome of Schizophrenia in Traditional Cultures: Some Potential Implications for Psychiatry in Developed Countries: En M.J. Goldstein (Ed.) *Preventive Interventions in Schizophrenia: Are We Ready?*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1982.
- DONALDSON, S.R.; GELENBERG, A.J. y BALDESSARANI, R.J.: The Pharmacologic Treatment of Schizophrenia: A Progress Report. En W.T. Carpenter y N.R. Schooler (Eds.): *New Directions in drug Treatment for Schizophrenia*. Rockville: NIMH, 1983.
- DULZ, B. y HAND, I.: Short-Term Relapse in Young Schizophrenics: Can It Be Predicted and Affected by Family (CFI), Patients, and Treatment Variables? An Experimental Study. En M.J. Goldstein, I. Hand y K. Hahlweg (Eds.) *Treatment of Schizophrenia*. Berlin: Springer-Verlag, 1986.
- FALLOON, I.R.H.: Comments to R. Day: "Research on the Course and Outcome of Schizophrenia in Traditional Cultures: Some Potential Implications for Psychiatry in the Developed Countries. En M.J. Goldstein (Ed.), 1982. Op. cit.

- FALLOON, I.R.H.: Relapse: A Reappraisal of Assessment of Outcome in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1984, 10: 293-299.
- FALLOON, I.R.H.: Response to Agnes B. Hatfield. *Schizophrenia Bulletin*, 1986, 12: 334-336.
- FERNANDEZ HERMIDA, J.R. y FERNANDEZ SANDONIS, J.: Factores Familiares y Curso de la Esquizofrenia. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1986, 6: 431-454.
- GITTELMAN-KLEIN, R. y KLEIN, D.F.: Marital Status as a Prognostic Indicator in Schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1968, 147: 289-296.
- GITTELMAN-KLEIN, R. y KLEIN, D.F.: Premorbid Asocial Adjustment and Prognosis in Schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 1969, 7: 35-53.
- GOFFMAN, C.: *Asylums*. New York: Doubleday, 1961.
- GOLDSTEIN, M.J.: Family Interaction: Patterns Predictive of the Onset and Course of Schizophrenia. Ponencia presentada al International Symposium on the Psychotherapy of Schizophrenia. Heidelberg (Alemania Federal), 1981.
- GOLDSTEIN, M.J.: Family Factors that Antedate the Onset of Schizophrenia and Related Disorders: The Results of a Fifteen Year Prospective Longitudinal Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1985, 71, suppl. 319: 7-19.
- GOLDSTEIN, M.J.; RODNICK, E.H.; EVANS, J. R.; MAY, P.R. y STEINBERG, M.R.: Drug and Family Therapy in the Aftercare of Acute Schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 1978, 35: 1169-1177.
- GREENLEY, J.R.: Social Control and Expressed Emotion. *Journal of Mental and Nervous Disease*, 1986, 174:24-30.
- HATFIELD, A.B.: Semantic Barriers to Family and Professional Collaboration. *Schizophrenia Bulletin*, 1986, 12: 325-333.
- HERZ, M.I.: Recognizing and Preventing Relapse in Patients with Schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 1984, 35: 344-349.
- HOGARTY, G.E.: Depot Neuroleptics: The Relevance of Psychosocial Factors: A United States Perspective. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1984, 45: 36-42.
- HOGARTY, G.E.; ANDERSON, C.M.; REISS, D.J.; KORNBLITH, S.J.; GREENWALD, D.P.; JAUNA, C.D. y MADONIA, M.J.: Family Psychoeducation, Social Skills Training, and Maintenance Chemotherapy in the Aftercare Treatment of Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 1986, 43: 633-642.
- HOGARTY, G.E.; SCHOOLER, N.R.; ULRICH, R; MUSSARE, F; FERRO, P. y HERRON, E.: Fluphenazine and Social Therapy in the Aftercare of Schizophrenic Patients. Relapse Analysis of a Two-Year Controlled Study of Fluphenazine Decanoate and Fluphenazine Hydrochloride. *Archives of General Psychiatry*, 1979, 36: 1283-1294.
- HOLLISTER, L.E.: Drug Treatment of Schizophrenia. *Psychiatric Clinic of North America*, 1984, 7: 435-452.
- HOOLEY, J.M.: Expressed Emotion: A Review of the Critical Literature. *Clinical Psychology Review*, 1985, 5: 119-139.
- HOOLEY, J.M.; ORLEY, J. y TEASDALE, J.D.: Levels of Expressed Emoyion and Relapse in Deprressed Patients. *British Journal of Psychiatry*, 1986, 148: 642-647.
- JENKINS, J.H.; KARNO, M.; DE LA SELVA, A. Y SANTANA, F.: Expressed Emotion in Cross-Cultural Context:

Familial Responses to Schizophrenic Illness among Mexican-American. En M.J. Goldstein, I. Hand y K. Hahlweg (Eds.), 1986. Op. cit.

JONSSON, H. y NYMAN, A.K.: Prediction of Outcome in Schizophrenia. *Acla Psychiatrica Scandinavica*, 1984, 69: 274-291.

KOENIGSBERG, H.W. y HANDLEY, R.: Expressed Emotion: From Predictive Index to Clinical Construct. *American Journal of Psychiatry*, 1986, 143: 1361-1373.

KUIPERS, L.: Expressed Emotion: A Review. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 1979, 18: 237-243.

LAMB, H.R. y GOERTZEL, V.: Discharged Mental Patients - Are They Really in the Community?. *Archives of General Psychiatry*, 1971, 24: 29-34.

LEFF, J.: Schizophrenia and Sensivity to the Family Environment. *Schizophrenia Bulletin*, 1976, 2: 566-573.

LEFF, J.; HIRSCH, S.R.; GAIND, R.; RHODE, P.D. y STEVENS, B.C.: Life-Events and Maintenance Therapy in Schizophrenic Relapse. *British Journal of Psychiatry*, 1973, 123: 659-660.

LEFF, J.; KUIPERS, L.; BERKOWITZ, R.; EBERLEIN-VRIES, R. y STURGEON, D.: A Controlled Trial of Social Intervention in the Families of Schizophrenic Patiens. *British Journal of Psychiatry*, 1982, 141: 121-134.

LEFF, J.; KUIPERS, L.; BERKOWITZ, R.; VAUGHN, C.E. y STURGEON, D.: Life-Events, Relative's Expressed Emotion and Maintenance Neuroleptics in Schizophrenic Relapse. *Psychological Medicine*, 1983, 13: 799-806.

LEFF, J. y VAUGHN, C.E.: The Interaction of Life Events and Relative's Expressed Emotion in Schizophrenia and Depressive Neurosis. *British Journal of Psychiatry*, 1980, 136: 146-153.

LEFF, J. y VAUGHN, C.E.: Expressed Emotion in Families: Its Significance for Mental Illness. New York: Gilford, 1985.

LEMONS GIRALDEZ, S.: Factores Familiares (Expresión Emocional) y Evolución de la Esquizofrenia. *Anales de Psiquiatria*, 1985, 1, suppl. Dic. 85, 295-306.

MACMILLAN, J.F.; GOLD, A.; CROWN, T.J.; JOHNSON, A.L. y JOHNSTONE, E.C.: Northwick Park Study of First Episodes of Schizophrenia. IV. Expressed Emocion and Relapse. *British Journal of Psychology*, 1986, 149: 133-143.

MIKLOWITZ, D.J.; GOLDSTEIN, M.J. y FALLOON, I.R.H.: Premorbid and Symptomatic Characteristics of Schizophrenics from Families with High and Low Levels of Expressed Emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 1983, 92: 359-367.

MORRISSEY, J.P. y GOLDMAN, H.H.: Care and Treatment of the Mentally ill in the United States: Historical and Developments and Reforms. *Annals, AAPSS*, 1986, 484: 13-27.

NORTON, J.P.: Expressed Emotion, Affective Style, Voice Tone and Communication Deviance as Predictors of Offspring Schizophrenia Spectrum Disorder. Tesis doctoral no publicada, UCLA, 1982.

RASHKIS, H.A. y SINGER, R.D.: The Psychology of Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 1959, 1: 406-416.

RUTTER, M. y BROWN, G.W.: The Reliability and Validity of Measures of Family Life and Relationships in Families Containing a Psychiatric Patient. *Social Psychiatry*, 1966, 1:38-53.

SCHOOLER, N.R. y LEVINE, J.: Strategies for Enhancing Drug Therapy of Schizophrenia. *American Journal of Psychotherapy*, 1983, 37: 521-533.

SELVINI-PALAZZOLI, M.: Towards a General Model of Psychotic Family Games. *Journal of Marital and Family Therapy*, 1986, 12: 339-349.

STEPHENS, J.H.; OTA, K.Y.; CARPENTER, W.T. y SCHAFFER, J.W.: Diagnostic Criteria for Schizophrenia: Prognostic Implications and Diagnostic Overlap. *Psychiatry Research*, 1980, 2: 1-12.

STRAUSS, J.S. y CARPENTER, W.T.: The Prediction of Outcome in Schizophrenia: II. Relationship Between Predictor and Outcome Variables. *Archives of General Psychiatry*, 1974, 31: 37-42.

STRAUSS, J.S. y CARPENTER, W.T.: Prediction of Outcome in Schizophrenia. III. Five-Year Outcome and Its Predictors. *Archives of General Psychiatry*, 1977, 34: 159-163.

TURNER, R.J. y GARTRELL, J.W.: Social Factors in Psychiatric Outcome: Toward the Resolution of Interpretive Controversies. *American Sociological Review*, 1978, 43: 368-382.

VAILLANT, G.E.: Prospective Prediction of Schizophrenic Remission. *Archives of General Psychiatry*, 1964, 11: 509-518.

VALONE, K.; NORTON, J.P.; GOLDSTEIN, M.J. y DOANE, J.A.: Parental Expressed Emotion and Affective Style in an Adolescent Sample at Risk for Schizophrenia Spectrum Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 1983, 92: 399-407.

VAUGHN, C.E.: Patterns of Interaction in Families of Schizophrenics. En H.Katsching (ed.): *Schizophrenia. The Other Side*. Viena: Urban & Schwarzenberg, 1977.

VAUGHN, C.E.: Comunicación personal, 1985.

VAUGHN, C.E.: Comment on Chapter 5. En M.J. Goldstein, I. Hand y K. Hahlweg (Eds.), 1986a. Op.cit.

VAUGHN, C.E.: Patterns of Emotional Response in the Families of Schizophrenic Patients. En M.J. Goldstein y K. Hahlweg (Ed.), 1986b. Op. cit.

VAUGHN, C.E. y LEFF, J.: The Influence of Family and Social Factors on the Course of Psychiatric Illness. A Comparison of Schizophrenic and Depressed Neurotic Patients. *British Journal of Psychiatry*, 1976a, 129: 125-137.

VAUGHN, C.E. y LEFF, J.: The Measurement of Expressed Emotion in the Families of Psychiatric Patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 1976b, 15: 157-165.

VAUGHN, C.E.; SNYDER, K.S.; JONES, S.; FREEMAN, W.B. y FALLOON, I.R.H.: Family Factors in Schizophrenic Relapse. A California Replication of the British Research on Expressed Emotion. *Archives of General Psychiatry*, 1984, 41: 1169-1177.

VIZCARRO, C. t AREVALO, J.: Emoción Expresada: Introducción al Concepto, Evaluación e Implicaciones Pronósticas y Terapéuticas. *Estudios de Psicología*, 1987, 27-28: 89-109.

WENDER, P.; ROSENTHAL, D. y KETY, S.S.: A Psychiatric Assessment of the Adoptive Parents of Schizophrenic. En D. Rosenthal y S.S. Kety (Eds.) *The Transmission of Schizophrenia*. New York: Pergamon Press, 1968.

WING, J. y BROWN, G.: *Institutionalism and Schizophrenia*. Cambridge: Cambridge University Press, 1970.