

M. L. Vidal¹
M. J. Cortés²
J. Valero^{1,2}
A. Gutiérrez-Zotes^{1,2}
A. Labad^{1,2}

Ambiente familiar y emoción expresada en pacientes con esquizofrenia u otras psicosis y en sus familiares de primer grado

¹ Departament de Formació i Investigació
Hospital Psiquiàtric Universitari Institut Pere Mata
Reus (Tarragona)

² Unitat de Psiquiatria i Psicologia Mèdica
Facultat de Medicina i Ciències de la Salut
Universitat Rovira i Virgili
Reus (Tarragona)

Introducción. Desde siempre se ha considerado la familia como un pilar fundamental en el desarrollo de la psique humana; y en relación con los trastornos mentales sabemos que ciertos aspectos del ambiente familiar modulan el curso de algunos de estos trastornos. El objetivo de este estudio es comparar la percepción del clima familiar entre pacientes esquizofrénicos y pacientes con otras psicosis entre sus familiares de primer grado y ver si el ambiente familiar guarda relación con la expresión del trastorno.

Método. Se estudia a 112 sujetos: 41 pacientes, 41 familiares de primer grado y 30 controles. Los pacientes fueron diagnosticados dentro del grupo de las esquizofrenias (n=24) o del grupo de las psicosis no esquizofrénicas (n=17) sobre la base de los criterios DSM-IV mediante SCAN y se les aplicó la FES y la PANSS. Se utilizó la estadística descriptiva, la comparación de grupos y el estudio de correlaciones.

Resultados. No se observan diferencias significativas al comparar la FES entre ambos grupos de pacientes ni entre pacientes y familiares, aunque sí se observa una tendencia en los pacientes a puntuar más alto que sus familiares en la mayoría de escalas y dimensiones. Se obtienen correlaciones positivas significativas al estudiar el grado de asociación de las escalas de la FES entre pacientes y familiares.

Conclusiones. Aunque de manera no estadísticamente significativa, los pacientes con psicosis funcionales no esquizofrénicas presentan una percepción del ambiente familiar distinto que los pacientes esquizofrénicos y sus familiares: más conflictividad, más rigurosidad en las reglas y más necesidad de planificación. Niveles elevados de emoción expresada guardan relación con el predominio de la sintomatología positiva en pacientes psicóticos.

Palabras clave:
Ambiente familiar. Emoción expresada. Esquizofrenia. Psicosis.

Actas Esp Psiquiatr 2008;36(5):271-276

Correspondencia:
Joaquín Valero
Institut Pere Mata
Institut Pere Mata, s/n
43206 Reus (Tarragona)
Correo electrónico: valeroj@peremata.com

Family environment and expressed emotion in patients with schizophrenia or other psychoses and in their first-degree relatives

Introduction. Family has always been considered a key milestone for the development of the human psyche. Furthermore, in relationship with mental disorders we know that certain aspects of family environment change the course of some of these disorders. This study has aimed to compare the family setting perception of schizophrenic patients vs. other psychotic patients, their first-degree relatives and to see if the expression of the disorder is related with that perception.

Method. The study included 112 subjects: 41 patients, 41 first-degree relatives and 30 normal controls. Patients were included in the group of as schizophrenic (n=24) or non-schizophrenic psychosis (n=17) following DSM-IV criteria diagnosis using the SCAN interview and were evaluated with the Family Environment Scale (FES) and PANSS. Descriptive analysis, group comparisons and correlation studies were used as statistical methods.

Results. No statistically significant differences were found when comparing FES between both group of patients, nor between patients and relatives, although psychotic patients presented a tendency to score higher on almost all the FES scales and dimensions. We found significantly positive correlations between patients and their own relatives in the FES scales.

Conclusions. Although not with statistical significance, non-schizophrenic psychotic patients and their relatives have a slightly different family environment perception than their schizophrenic counterparts: more conflictivity; more rule strictness and more planning needs. High levels of expressed emotion were related with a predominance of positive symptoms in psychotic patients.

Key words:
Family environment. Expressed emotion. Schizophrenia. Psychosis.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha despertado un creciente interés acerca del papel de la familia dentro del contexto psiquiátrico, considerando el ambiente familiar como un factor modulador del curso de la enfermedad. Numerosas investigaciones¹⁻⁴ se dirigen a estudiar el entorno familiar de pacientes con trastornos psiquiátricos, dado que la familia, por un lado, puede funcionar como potencial preventivo y curativo, pero por otro, parece contribuir a la etiopatogenia y mantenimiento de los trastornos mentales.

En la década de 1950 se formularon las teorías familiares más importantes, destacando la de «patrones de comunicación desviados» de Bateson¹, los «déficits de interrelación» de Lidz² y las formulaciones de Wynne³, las cuales comparten que las condiciones de la vida familiar, especialmente ciertas formas de interacción entre los miembros de la familia, pueden predisponer a un individuo a la esquizofrenia⁵. En la actualidad el aspecto más estudiado es el constructo de emoción expresada (EE). Se utiliza este término, desarrollado a raíz de los trabajos de Brown et al.⁶⁻⁹, para hacer referencia a un índice global de las emociones, actitudes y comportamientos expresados por las familias acerca de un familiar diagnosticado de esquizofrenia. Se observó que los pacientes con familias de alta EE recidivaban más en los meses posteriores al alta hospitalaria que aquellos con familias de baja EE. Sobre la base del constructo de EE, en el estudio de Robert et al.⁴, las familias muy cohesionadas, con un grado elevado de expresividad y con tendencia a manifestar el conflicto se corresponderían con las familias que Brown llamaba de alta EE. La medicación, el escaso contacto con los familiares y una intervención social en familias de alto riesgo modera los efectos negativos de la EE en pacientes esquizofrénicos^{10,11}.

Uno de los instrumentos que más se han utilizado para evaluar el ambiente familiar son las Escalas de Clima Social diseñadas por Moos; en concreto, la *Family Environment Scale* (FES)¹², que evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica. En un estudio transversal con dicha escala, en una muestra de pacientes psiquiátricos crónicos se observó que los pacientes con peor funcionamiento referían menor cohesión familiar, expresividad y énfasis en lo social-recreativo que un grupo de sujetos control. Robert et al.⁴ valoran con la FES el clima familiar en pacientes agudos hospitalizados, con trastorno psicótico o afectivo y en sus familiares, encontrando que los pacientes con trastorno afectivo puntuaban más alto en las subescalas de Cohesión y Expresividad, mientras que aquellos con trastorno psicótico obtenían puntuaciones más elevadas en Conflicto. Por su parte, Phillips et al.¹³ comparan un grupo de pacientes esquizofrénicos con un grupo control, observando que las familias de pacientes esquizofrénicos poseen mayor conflicto y menor cohesión, adaptabilidad y orientación socialrecreativa con relación al grupo control. White et al.¹⁴ señala que los pa-

cientes esquizofrénicos perciben a sus familias menos cohesivas, con menor énfasis en lo moral-religioso, orientación de logro y autonomía. García et al.¹⁵ encontraron diferencias entre pacientes y familiares, percibiendo los primeros menor cohesión y autonomía que los familiares, así como mayor expresividad, conflicto y control.

Existen estudios que relacionan el clima familiar con la aparición de sintomatología y recaídas en los pacientes. Schnur et al.¹⁶ comparan una muestra de esquizofrénicos con otro grupo cuyo número de ingresos era menor, observando que los primeros percibían a sus familias como más conflictivas y con menor expresividad. Cañivé et al.¹⁷ señalan que la percepción de los pacientes acerca del control familiar, así como de la orientación intelectual-cultural, predice la rehospitalización. Halford et al.¹⁸ observan en una muestra de pacientes psicóticos que un mayor nivel de expresividad en la familia se asociaba con menor presencia de síntomas negativos y menor gravedad de los mismos, así como una mejor calidad de vida tras el alta hospitalaria. Por otro lado, en familias con mayor nivel de conflicto se observan mayores niveles de psicopatología durante el seguimiento.

Teniendo en cuenta que las características de los sujetos se consideran moldeadas por sus relaciones interpersonales y que en nuestra sociedad la familia es una unidad social de gran importancia en el desarrollo de éstas, el concepto de clima familiar de Moos sería útil para estudiar las relaciones familiares. En este estudio, mediante la FES, se pretende analizar las posibles diferencias en la percepción del ambiente familiar en pacientes afectados de esquizofrenia u otras psicosis y en sus familiares de primer grado, al igual que estudiar si existen diferencias en cuanto a la EE en dichas familias. A su vez, se quiere estudiar si la sintomatología presente en los pacientes guarda relación con la percepción del ambiente familiar.

MÉTODO

Sujetos

La muestra se obtuvo de un estudio familiar más amplio; reclutada en las unidades de agudos y subagudos del Hospital Psiquiátric Universitari Institut Pere Mata de Reus durante el período 2002-2004.

Se selecciona una muestra de paciente-familiar para evitar medidas repetidas, dando prioridad a los hermanos seguidos de los padres y por último de los hijos, configurando una muestra de 41 pacientes con su correspondiente familiar, de los cuales el 53,6% eran padres, el 43,9% hermanos y el 2,4% hijos. Los pacientes fueron incluidos en el estudio tras ser diagnosticados mediante SCAN¹⁹ dentro del grupo de las esquizofrenias u otras psicosis no orgánicas, sobre la base de criterios DSM-IV²⁰, por personal entrenado en dicha técnica. Según los diagnósticos, 24 eran esquizofrénicos y 17 presentaban otras psicosis no orgánicas distribuidos de la siguiente

manera: 10 pacientes con trastorno psicótico no especificado, 4 con trastorno delirante y 3 con trastorno afectivo con síntomas psicóticos. Finalmente, la muestra queda configurada en 24 pacientes esquizofrénicos (PE), 24 familiares de esquizofrénicos (FP), 17 pacientes con otras psicosis (PP), 17 familiares de otras psicosis (FP) y se añadieron 30 sujetos sin historia psiquiátrica familiar como grupo control (C). Todos los participantes firmaron el consentimiento informado. Los datos clínicos y sociodemográficos se recogen en la tabla 1.

Instrumentos

La sintomatología presente se evalúa a través de la PANSS (Escala para el Síndrome Positivo y Negativo en la Esquizofrenia)²¹. Se utiliza el modelo de tres factores: Escala Positiva (P-PANSS), Escala Negativa (N-PANSS) y Escala de Psicopatología General (PG-PANSS).

Todos los participantes cumplimentan la Escala de Clima Social (FES, Moos et al.²²) que contiene 90 ítems de respuesta dicotómica agrupados en 10 subescalas: Cohesión (CO), Expresividad (EX), Conflicto (CT), Autonomía (AU), Actuación (AC), Intelectual-Cultural (IC), Social-Recreativo (SR), Moralidad-Religiosidad (MR), Organización (OR) y Control (CN). Dichas subescalas definen tres dimensiones fundamentales: Relaciones (DR), Desarrollo (DD) y Estabilidad (DE). Se utilizan los valores tipificados²². Se define el constructo de EE a partir de estudios previos^{8,12,23} por la relación entre algunas subescalas de la FES¹² y algunas medidas del CFI²⁴, en concreto la rela-

ción inversa entre la escala EX y la de Sobreimplicación emocional del CFI y la relación directa de CT con la de comentarios críticos del CFI. Cabe matizar respecto a la escala EX y el constructo de EE que la primera hace referencia fundamentalmente al grado en que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos, mientras que EE se relacionaría con la cantidad de comentarios críticos, actitud hostil y sobreimplicación emocional que muestra la familia con respecto al paciente. Por tanto, EX sería un aspecto familiar asociado con una mejor evolución en el paciente, mientras que mayores niveles de EE se asociarían con una peor evolución. En el caso de mayores niveles de CT coincidiría con mayores niveles de EE.

Análisis de datos

Los análisis se realizan con el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 13.0). Para el análisis descriptivo las variables categóricas se describen en frecuencias y porcentajes, aquellas continuas, en medias y desviación estándar (DE). Para la comparación de grupos en variables cuantitativas se utiliza la *t* de Student cuando se cumple la hipótesis de normalidad, y en caso de rechazarla, la U de Mann-Whitney. Para las comparaciones de variables cualitativas se utilizó el test chi cuadrado. El análisis de las relaciones se realizó con la correlación de Pearson.

RESULTADOS

Características clínicas y sociodemográficas (tabla 1)

No se observan diferencias significativas cuando se comparan los pacientes PE frente a PP con relación a la edad de inicio de los síntomas (PE, $x=23,77$; PP, $x=25,38$), a los años de evolución (PE, $x=6,33$; PP, $x=8,74$) y el número de ingresos hospitalarios (PE, $x=3,73$; PP, $x=3,59$).

Clima social y familiar (tabla 2)

Cuando se compara el grupo de pacientes con el de familiares en su totalidad, los primeros puntuaron más alto en todas las escalas y dimensiones de la FES, a excepción de EX, CT y SR, en las que puntuaron menos.

Los pacientes en comparación con los controles difieren estadísticamente de forma significativa en las siguientes subescalas: OR ($p<0,01$), SR ($p<0,01$), MR ($p<0,001$), EX ($p<0,001$), AC ($p=0,05$) y en dos de sus dimensiones, DR ($p=0,05$) y DE ($p<0,05$).

No se observan diferencias significativas cuando se comparan PE y PP con relación a la FES, del mismo modo que entre FE y FP. No obstante, es relevante señalar que los FE puntúan más alto en todas las escalas y dimensiones de la FES, excepto en las escalas de CN y CT y en la dimensión DE.

Tabla 1	Características clínicas y sociodemográficas			
	Pacientes (n = 41)		Familiares (n = 41)	
	PE (n = 24)	PP (n = 17)	FE (n = 24)	FP (n = 17)
Sexo (% hombres/mujeres)	83,3/16,7	70,6/29,4	37,5/62,5	29,4/70,6
Edad*	30,4 (7,1)	32,4 (10,5)	44,3 (15,3)	41,9 (14,8)
Estado civil (% soltero/casado-separado)	90,5/9,5	64,7/35,3	18,2/81,8	50/50
Nivel de estudios (% primarios/secundarios)	45/55	53,8/46,2	56,4/43,6	50,1/49,9
Edad de inicio				
Síntomas*	23,7 (7,1)	25,3 (7,8)	—	—
Años de evolución*	6,3 (6,0)	8,7 (10,1)	—	—
Número de ingresos en IPM*	3,7 (3,5)	3,6 (3,8)	—	—

* Media (desviación estándar). PE: pacientes esquizofrénicos; PP: pacientes psicóticos; FE: familiares de esquizofrénicos; FP: familiares de psicóticos.

Tabla 2		Media y desviación estándar de las puntuaciones FES en pacientes, familiares y controles. Comparación de medias entre grupos		
Dimensiones FES	Pacientes (n=41)	Familiares (n=41)	Controles (n=30)	
	P	F	C	
CO	49,53 (11,68)	48,12 (10,54)	45,73 (10,89)	
EX	46,41 (10,58)*	49,73 (10,69)	56,90 (9,03)	
CT	48,34 (11,15)	48,36 (9,94)	52,10 (8,51)	
AU	52,48 (9,02)	48,58 (10,84)	49,00 (13,98)	
AC	50,43 (8,48)*	47,65 (9,27)	45,16 (12,62)	
IC	49,58 (12,19)	48,26 (11,67)	54,10 (12,04)	
SR	51,41 (9,80)*	51,75 (10,91)	59,33 (12,08)	
MR	48,60 (8,49)*	45,95 (9,23)	40,56 (8,92)	
OR	51,78 (9,63)*	48,90 (10,60)	44,73 (10,25)	
CN	48,46 (7,51)	47,29 (8,84)	46,10 (13,47)	
DR	14,56 (3,83)*	14,46 (3,16)	16,00 (2,22)	
DD	25,14 (5,97)	23,19 (6,69)	24,56 (4,76)	
DE	10,43 (2,48)*	9,75 (2,96)	8,63 (3,86)	

p < 0,05. * Entre pacientes y controles. FES: *Family Environment Scale*; CO: cohesión; EX: expresividad; CT: conflicto; AU: autonomía; AC: actuación; IC: intelectual-cultural; SR: social-recreativo; MR: moralidad-religiosidad; OR: organización; CN: control; DR: dimensión relación; DD: dimensión desarrollo; DE: dimensión estabilidad.

Cuando comparamos los pacientes con sus respectivos familiares observamos que los PP puntúan significativamente más alto respecto a FP en la dimensión DD ($p=0,05$). En el resto de las escalas también se observó una tendencia a puntuar más, aunque no significativamente, en el grupo de PP que en FP. No se encuentran diferencias entre PE y FE ni tampoco se observa una tendencia de mayores puntuaciones de PE respecto a FE.

Cuando se analizó el grado de asociación respecto a las escalas y dimensiones de la FES entre los pacientes y sus propios familiares se obtienen correlaciones significativas de forma positiva entre la OR del paciente y la CO del familiar ($r=0,45$; $p=0,003$), la escala SR del paciente y la AU del familiar ($r=0,46$; $p=0,002$), la DD del paciente y la AU del familiar ($r=0,45$; $p=0,003$), así como entre la escala SR del paciente y la DD del familiar ($r=0,45$; $p=0,003$). Por otro lado obtenemos una correlación negativa significativa entre CT del paciente y CO del familiar ($r=-0,41$; $p=0,008$).

Relaciones entre la *Family Environment Scale* y la sintomatología (tabla 3)

En un análisis *post hoc* se analizó la FES en función de la psicopatología presente en los pacientes, según el predominio de síntomas positivos o negativos. No se obtienen dife-

Tabla 3		Correlación entre las puntuaciones del FES y la PANSS en el grupo de pacientes					
Dimensiones	Pacientes esquizofrénicos (n=24) PE			Pacientes psicóticos (n=17) PP			
	P-PANSS	N-PANSS	PG-PANSS	P-PANSS	N-PANSS	PG-PANSS	
	CO	-	-	-	-	-	-
EX	-	-	-	-0,57*	-	-	
CT	-	-	-	-	-	-	
AU	0,59**	-	-	-	-	-	
AC	-	-	-	-	-	-	
IC	0,43*	-	-	-	-	-	
SR	0,61**	-	-	-	-	-	
MR	0,41*	-	0,41*	-	-	-	
OR	-	-	-	-	-0,69**	-	
CN	-	0,46*	-	-	-	-	
DR	-	-	-	-	-	-	
DD	0,63**	-	-	-	-	-	
DE	-	-	-	-	-	-	

* Correlación significativa al nivel de 0,05 (bilateral). ** Correlación significativa al nivel de 0,01 (bilateral). FES: *Family Environment Scale*; CO: cohesión; EX: expresividad; CT: conflicto; AU: autonomía; AC: actuación; IC: intelectual-cultural; SR: social-recreativo; MR: moralidad-religiosidad; OR: organización; CN: control; DR: dimensión relación; DD: dimensión desarrollo; DE: dimensión estabilidad.

rencias significativas cuando se comparan las puntuaciones de la FES en función de los síntomas; no obstante, se observa que los pacientes con predominio de sintomatología positiva puntúan algo más alto en todas las escalas menos en la de EX.

Al estudiar el grado de correlación entre la PANSS y la FES, en los PE, P-PANSS se correlaciona positivamente con AU, IC, SR, MR y DD. N-PANSS, por su parte, se correlaciona positivamente con CN, mientras que PG-PANSS lo hace con MR. En el grupo PP la dimensión positiva se correlaciona de forma negativa con EX, y de la misma forma la dimensión negativa lo hace con OR (tabla 3). Al analizar las relaciones de la FES de los familiares con la PANSS de sus pacientes sólo aparece correlacionada de forma positiva EX con la dimensión positiva de la PANSS.

Al correlacionar el constructo EE con la PANSS en el grupo de pacientes tan sólo aparece una correlación positiva con P-PANSS en el grupo PP ($r=0,56$; $p=0,020$).

DISCUSIÓN

En el presente estudio se han analizado aquellos aspectos que en cierta medida contribuyen a un mejor entendimien-

to del ambiente familiar «disfuncional» en pacientes con patologías psiquiátricas, como son la esquizofrenia y las otras psicosis no orgánicas.

Las puntuaciones obtenidas en el grupo de pacientes con respecto a los controles nos dejan entrever cómo los pacientes perciben un mayor aislamiento social, se sienten más controlados por sus familias, lo cual les lleva a una percepción de sus familias como más rígidas, a valorar aspectos éticosreligiosos, considerar que dentro de su familia existe poca capacidad para actuar y hablar libremente de los sentimientos, lo que podría relacionarse con el subtipo de familias desestructuradas. Por su parte, los familiares percibirían mayores niveles de conflicto, mayores niveles de expresión de emociones, así como mayor interés en actividades socio-recreativas en comparación con el grupo de pacientes. Al igual que los resultados obtenidos por Robert et al.⁴, y así como por Phillips et al.¹³, no se encuentran diferencias significativas en la percepción del clima familiar en los pacientes y sus familiares cuando éstos son estudiados en su totalidad ni cuando se estudian en función del diagnóstico. Sin embargo, en este estudio encontramos diferencias en el grupo de PP respecto a sus familiares, no observándose en el grupo PE. Ello nos podría indicar que los PP valorarían más los procesos de desarrollo personal, se considerarían autosuficientes y capaces de tomar sus propias decisiones, al mismo tiempo que mostrarían mayor interés en actividades políticas, sociales, culturales y recreativas, otorgando importancia a prácticas y valores éticosreligiosos. En un principio, el hecho de que no se observaran tales diferencias entre PE y FE nos hizo plantear su posible relación con el concepto de «esquizotaxia» introducido por Meehl²⁵, y posteriormente reformulado por Tsuang et al.²⁶, para definir una predisposición al trastorno sobre la base de factores genéticos y ambientales. En el ámbito de la sintomatología esta predisposición quedaría reflejada en familiares de pacientes esquizofrénicos en una mayor presencia de síntomas negativos y cognitivos^{27,28}. Sin embargo, al estudiar la sintomatología con nuestros datos obtenemos que los valores obtenidos a través de la N-PANSS no son significativos y por tanto no son suficientes para explicar la semejanza entre pacientes esquizofrénicos y sus familiares. Cuando estudiamos los síntomas negativos entre el grupo de pacientes los PE obtienen mayores puntuaciones que los PP, mientras que no sucede en los FE respecto a FP, aspecto que podría explicarse en parte por la posible alteración del estado de ánimo motivado por el propio hecho de tener un familiar gravemente enfermo, lo que podría, por su parte, potenciar que su visión del clima familiar sea bajo en ambos casos.

La escala de Expresividad, la cual haría referencia al grado en que se permite y anima a actuar libremente y expresar abiertamente los sentimientos dentro de la familia, aparece relacionada con la sintomatología positiva, datos que concordarían con Spiegel et al.²⁹, que describen dicha escala como factor protector contra las recaídas en pacientes psiquiátricos. A nivel psicopatológico, dentro del grupo PE la sintomatología positiva parecería asociarse con una ma-

yor percepción de seguridad en sí mismos, con mayor interés en actividades recreativas, políticas, sociales y culturales. Por otra parte, la sintomatología más defectual o negativa parecería relacionarse con una percepción de pautas de interacción basadas en el control y en una adecuación más estricta a normas y reglas dentro del ámbito familiar. Por tanto, en este sentido podemos pensar que la presencia de este tipo de sintomatología podría ser un aspecto que dificulte la evolución de la propia enfermedad y, como describen Cañive et al.¹⁷, el grado de cohesión entre los miembros de la familia y el nivel de conflicto serían los aspectos del ambiente familiar que mayor se asociarían con la sintomatología negativa, en concreto la abulia, la anhedonia, la insociabilidad y el embotamiento afectivo.

Como apuntaban Glynn et al.³⁰, los pacientes que viven en familias con altos niveles de EE muestran mayor sintomatología positiva en comparación con las familias de baja EE. En nuestra muestra en el grupo de PP, la percepción de mayores niveles de EE dentro de la familia se asocian con la presencia de sintomatología más florida. Niveles elevados de EE se han vinculado con predominio de sintomatología positiva en pacientes psicóticos, pudiendo asociarse con mayores niveles de recaídas. Por tanto, la alta EE intrafamiliar sería un factor que se correlaciona con la aparición de sintomatología positiva, que es la principal causa de ingreso, y esta última, por su parte, se relaciona con la percepción de ambientes familiares más abiertos.

Los resultados de este estudio nos acercan y permiten entender un poco más la relación entre ambiente familiar y trastorno mental. En este caso el estudio de pacientes psicóticos y sus familiares nos acerca a una percepción familiar en la que existe mayor nivel de conflicto, mayor rigidez con relación al cumplimiento de normas y reglas, así como una mayor necesidad de planificar y estructurar las actividades. Todo esto podría relacionarse con una dinámica más paranoide, característica en este tipo de patologías.

No obstante, consideramos que serían necesarias futuras repeticiones, ya que cabe destacar algunas limitaciones como el tamaño de muestra, la falta de un grupo de familias control, así como el hecho de que los valores del constructo EE no se obtienen de un modo estandarizado. Por otra parte, el hecho de que los datos se recogen en momentos de hospitalización, puede afectar a los resultados por la propia situación de ingreso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland J. Toward a theory of schizophrenia. *Behav Sci* 1956;1:251-64.
2. Lidz T. *The Origin and Treatment of Schizophrenic Disorders*. New York: Basic Books, 1973.
3. Wynne L, Singer M. Thought disorder and family relations of schizophrenics. II. A classification of forms thinking. *Arch Gen Psychiatry* 1963;9:199-206.

4. Robert A, Escartí MJ, Pérez Egea R, García C, Pérez Sola V, Tejedor C. Clima familiar en pacientes con trastorno psicótico o afectivo. *Rev Psiquiatr Fac Med Barna* 2004;31:260-63.
5. Liem JH. Family studies of schizophrenia: an update and commentary. *Schizophr Bull* 1980;6:429-55.
6. Brown GW, Monck E, Carstairs GM, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenia illness. *Br J Prev Soc Med* 1962;16:55-68.
7. Brown GW, Rutter M. The measurement of family activities and relationships: methodological study. *Hum Relat* 1966;19:241-63.
8. Brown GW, Birley JL, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Br J Psychiatry* 1972;121:241-58.
9. Brown G. The Discovery of Expressed emotion: Induction or deduction? En: Chapter I, editor. *Expressed emotion in families: its significance for mental illness*. Londres: The Guilford Press, 1985.
10. Leff JP, Wing JK. Trial of maintenance therapy in schizophrenia. *Br Med J* 1971;3:599-604.
11. Falloon IR, Liberman RP, Lillie FJ, Vaughn CE. Family therapy of schizophrenics with high risk of relapse. *Fam Process* 1981;20: 211-21.
12. Moos RH, Moos BS. *Family Environment Scale Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press, 1981.
13. Phillips MR, West CL, Shen Q, Zheng Y. Comparison of schizophrenic patients' families and normal families in China, using Chinese versions of FACES-II and the Family Environment Scales. *Fam Process* 1998;37:95-106.
14. White DL. *Schizophrenics' perceptions of family relationships*. Doctoral dissertation, department of education. St. Louis: St. Louis University, 1978.
15. García R, Cantero B, Gómez JA. Estudio sobre el ambiente familiar de una muestra de pacientes psicóticos. *Inform Psiquiatr* 2004;178:303.
16. Schnur DB, Friedman S, Dorman M, Redford HR, Kesselman M. Assessing the family environment of schizophrenic patients with multiple hospital admissions. *Hosp Commun Psychiatr* 1986;37:249-52.
17. Cañive JM, Sanz-Fuentenebro J, Vázquez C, Qualls C, Fuentenebro F, Tuason VB. Family environment predictors of outcome in schizophrenic patients in Spain: a nine-month follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92:371-7.
18. Halford WK, Schweitzer RD, Varghese FN. Effects of family environment on negative symptoms and quality of life of psychotic patients. *Hosp Commun Psychiatr* 1991;42:1241-7.
19. Vázquez Barquero JL. *Cuestionarios para la evaluación clínica en neuropsiquiatría: SCAN/adaptación al español*. Unidad de Investigación en Psiquiatría Social de Cantabria. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, España. Meditor: Madrid, 1993.
20. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV, fourth ed*. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
21. Peralta V, Cuesta MJ. Validación de la escala de los síndromes positivos y negativos (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afin* 1994;22:171-7.
22. Moos RH, Moos BS, Trickett EJ. *Escalas de clima social familia (FES), trabajo (WES), instituciones penitenciarias (CIES), centro escolar (CES) manual*. Madrid: TEA, 1989.
23. Vaughn CE, Leff JP. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *Br J Psychiatry* 1976;129:125-37.
24. Rutter ML, Brown GW. The reliability and validity of measures of family life and relationships in families containing a psychiatric patient. *Soc Psychiatry* 1966;1:38-53.
25. Meehl PE. Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *Am Psychol* 1962;17:827-38.
26. Tsuang MT, Stone WS, Faraone SV. Toward reformulating the diagnosis of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000;157:1041-50.
27. Tsuang MT. Genotypes, phenotypes and the brain: A search for connections in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1993;163:299-307.
28. Tsuang MT, Stone WS, Seidman LJ, Faraone SV, Zimmet S, Wojcik J, et al. Treatment of nonpsychotic relatives of patients with schizophrenia: four case studies. *Biol Psychiatry* 1999;45:1412-18.
29. Spiegel D, Wissler T. Family environment as a predictor of psychiatric rehospitalization. *Am J Psychiatry* 1986;143:56-60.
30. Glynn SM, Randolph ET, Eth S, Paz GG, Leong GB, Shaner AL, et al. Patient psychopathology and expressed emotion in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1990;157:877-80.