

F. Bellver¹
M. J. Masanet²
I. Montero³
M. Lacruz⁴
P. Medina⁵

Modificación de la expresividad emocional familiar tras una intervención psicosocial: estabilidad en el tiempo

¹ Unidad de Salud Mental Foios
Valencia

² Unidad de Salud Mental
Gandia (Valencia)

³ Departamento de Psiquiatría
Universidad de Valencia

⁴ Servicio de Psiquiatría
Hospital de Castellón

⁵ Generalitat de Catalunya

Introducción. Existe controversia sobre si la expresividad emocional (EE) tiende a mantenerse estable o a fluctuar en el tiempo y apenas hay estudios sobre la evolución de la EE y sus subescalas una vez realizada una intervención familiar. Un mayor conocimiento de su comportamiento temporal tendría importantes implicaciones teóricas y clínicas.

Métodos. Se estudian los cambios en la EE y sus subescalas que se producen en una cohorte de 37 familiares de pacientes esquizofrénicos a la que se le realiza una intervención familiar orientada a reducir el estrés ambiental. Los cambios se analizan respecto a tres momentos de evaluación transversales: un momento previo a la intervención, otro al concluir ésta y por último a los 5 años de finalizarla.

Resultados. En este trabajo los niveles de la EE tienden a variar en el tiempo. Estos cambios se producen mayoritariamente en el período de realización de la intervención familiar a expensas de la reducción de los niveles de sobreimplicación emocional. Entre la finalización de la terapia y el análisis realizado 5 años después los niveles se mantienen estables. Los escasos cambios en este período, cuando se producen, se asocian con variables de gravedad clínica y ajuste social.

Conclusiones. La intervención familiar aparece como el factor determinante para la reducción de niveles de EE, mientras que la gravedad de la clínica productiva y el ajuste social del paciente condicionan los incrementos de sus niveles.

Palabras clave:

Esquizofrenia. Expresividad emocional. Terapia familiar. Estabilidad.

Actas Esp Psiquiatr 2005;33(2):102-109

Modification of family expressed emotion after a psychosocial intervention: stability in time

Introduction. There is some controversy about whether expressed emotion (EE) tends to remain stable or

fluctuates in time and there are very few studies on EE evolution and its subscales once a family intervention has been performed. Better knowledge about its behavior in time would have important theoretical and clinical implications.

Methods. We have studied changes in EE and its subscales that are produced in a cohort of 37 relatives of schizophrenic patients to whom a familiar intervention orientated to reducing environmental stress was performed. Changes were analyzed according to three cross-sectional moments of evaluation: one moment previous to intervention, another one when it was finished and finally, one at five years of finishing it.

Results. In this work, the EE levels tend to vary in time. These changes are mainly produced in the period when the family intervention is carried out, at the expense of decreasing the levels of emotional overinvolvement. Between the end of therapy and the analysis carried out five years later, levels remain stable. The few changes that take place in this period, if any, are associated to variables of clinical severity and social adjustment.

Conclusions. Family intervention appears as the determining factor for reducing EE levels, whereas productive clinical severity and the patient's social adjustment condition increases in their levels.

Keywords:

Schizophrenia. Expressed emotion. Family therapy. Stability.

Correspondencia:

Francisco Bellver Pradas
Unidad de Salud Mental de Foios
Ausias March, s/n
46134 Foios (Valencia)
Correo electrónico: bolin@comv.es

INTRODUCCIÓN

En 1972, Brown et al. describieron el constructo de la expresividad emocional (EE) como un índice de las actitudes familiares hacia el paciente esquizofrénico¹. Desde entonces numerosos trabajos han confirmado su importancia como predictor de curso, no sólo para la esquizofrenia en diferentes medios culturales o asistenciales, sino también para otras enfermedades crónicas. Simultáneamente a la extensión de los estudios sobre la EE surgieron a partir de la década de 1980 varios programas de intervención en familias de pacientes esquizofrénicos con la pretensión de reducir el

número de recidivas mediante la modificación del clima emocional familiar, es decir, a través de reducir la EE.

A pesar de esta amplia literatura se ha estudiado poco sobre si los niveles de EE se mantienen estables a lo largo del tiempo, tanto espontáneamente como tras haberse realizado una intervención familiar.

La mayoría de los trabajos existentes¹⁻⁹ apuntan a que entre el 50 y el 68% de los familiares tienden a mantener el mismo nivel de EE a lo largo del período de observación. El resto de familiares varían la alta o baja EE inicial durante el seguimiento, independientemente de que se les haya realizado una intervención o no.

El cambio espontáneo es más frecuente desde alta a baja EE que al contrario. La reducción espontánea de los niveles de EE se asocia a diferentes variables dependiendo del trabajo revisado^{1,3-5,9,13-15}, aunque todos coinciden en la inexistencia de asociación con el tiempo de evolución de la enfermedad, lo que parece indicar que la disminución de la EE no es un mero efecto del transcurso del tiempo. La controversia es mayor sobre cuál de las subescalas de la EE presenta más tendencia a fluctuar espontáneamente: la crítica^{1,4,6}, la sobreimplicación^{7,10,15} o ambas¹⁶.

Los trabajos que comparan la estabilidad entre sujetos intervenidos y no intervenidos^{6,15,16} encuentran igualmente que las variaciones en la EE y sus subescalas se producen independientemente de que se haya realizado una intervención, si bien las reducciones de los niveles de la EE se producen en mayor número entre los intervenidos. El hallazgo de que la intervención provoca o favorece la disminución de los niveles de EE lleva implícita la pregunta de por cuánto tiempo se mantiene este efecto una vez finalizada la terapia. Lamentablemente, la mayoría de los estudios observan tiempos de evolución cortos (entre 9 y 18 meses), excepción hecha del trabajo de Lenior de 2002¹⁵, que encuentra que los niveles vuelven a aumentar tras 34 meses de concluida la intervención.

Parece evidente la necesidad de estudios con tiempos de evolución más prolongados que contribuyan a responder la cuestión teórica de si la EE refleja un patrón de actitudes inherente a la familia, ante lo que cabría esperar que se mantuviera estable en el tiempo o bien refleja una respuesta emocional ante la clínica del paciente, lo que conllevaría su fluctuación en función de variables clínicas.

Además, desde el punto de vista clínico, si se lograra identificar un perfil de pacientes tendentes a mantener la EE alta o vulnerables a aumentarla éstos precisarían más atención que los proclives a mantenerla baja o con propensión a reducir sus niveles.

Finalmente se ayudaría a resolver el debate en torno a la duración óptima de las intervenciones familiares, ya que dependería de lo prolongados en el tiempo que fueran los cambios producidos por la intervención.

El objetivo de este estudio es determinar los cambios en la EE que se producen tras una intervención familiar y si éstos se mantienen, así como identificar variables que pudieran contribuir a la estabilidad o a la fluctuación de los niveles de la EE y sus componentes a lo largo del tiempo.

MÉTODO

El diseño del trabajo corresponde a un estudio de seguimiento de una cohorte de familiares de pacientes esquizofrénicos que en su día participaron en una intervención familiar de 12 meses de duración dentro de un estudio de intervención más amplio¹⁷. Se han realizado tres evaluaciones transversales: una evaluación inicial previa a la realización de la intervención, otra inmediatamente tras finalizarla y una evaluación final tras 5 años de concluida (en adelante, t0, t1 y t5, respectivamente).

Muestra

La muestra está constituida por los familiares clave (entendidos como el miembro de la familia más directamente encargado del cuidado del paciente) de 87 pacientes diagnosticados de esquizofrenia que hubieran padecido un último episodio en el año previo, convivieran con su familia y fueran atendidos en consultas externas de psiquiatría del área 4 de la ciudad de Valencia. Una vez estabilizada la clínica aguda de los pacientes fueron remitidos por sus psiquiatras para recibir una intervención familiar de orientación cognitivo-conductual con una duración de 12 meses¹⁷.

De la muestra inicial quedaron excluidos aquellas familias pacientes en las que la condición clínica del paciente estuviera justificada por la existencia de patología orgánica o consumo significativo de tóxicos.

Dado que el objetivo del estudio era valorar los cambios que se producen tras la intervención familiar y si éstos se mantienen en el tiempo, se excluyeron del análisis aquellos casos que no hubieran asistido al menos a un 75% de las sesiones, lo que se concretó en 35 casos. Asimismo hubo que excluir aquellos casos en los que se habían producido cambios en la figura del cuidador principal o éste hubiera fallecido o no estuviera en condiciones físicas o psíquicas de ser evaluado, lo que sucedió en 15 casos.

De este modo para el análisis estadístico la muestra original de 87 familiares quedó reducida a 37 casos.

Evaluación e instrumentos de medida

Los pacientes y sus familias fueron evaluados en los tres momentos de valoración descritos (t0, t1 y t5) por dos investigadores independientes, previamente entrenados en el manejo de las versiones españolas de una batería de instrumentos.

La información clínica y sociodemográfica fue completa y contrastada con la historia clínica y posteriormente con la entrevista de valoración familiar.

La medición del nivel de EE familiar y de sus subescalas se realizó mediante el Cuestionario Familiar de Camberwell (CFI). Se trata de una entrevista psiquiátrica semiestructurada que evalúa el clima emocional de la familia de los pacientes mentales crónicos a través tanto del relato como de la expresión espontánea de sentimientos del familiar clave. Para este estudio se utilizó la versión española del centro de salud mental de Camarillo, modificada por Montero y Ruiz¹⁸.

Se han seguido los criterios clásicos de puntuación¹⁹, considerando al familiar de alta EE si realiza seis o más comentarios críticos, si puntúa 3 (moderada) o más en la escala de sobreimplicación emocional o si la hostilidad está presente en cualquiera de sus formas. Asimismo se hace un cómputo del tiempo de contacto directo entre el paciente y los demás miembros de la familia.

Todas las entrevistas fueron grabadas para su posterior evaluación por una investigadora (IM) previamente entrenada en centros especializados con unos niveles de fiabilidad interexaminadores superiores a $r = 0,85$.

Con objeto de analizar si los cambios en los niveles de la EE estaban asociados al estado clínico del paciente se evaluó la presencia e intensidad de los síntomas psicóticos productivos con la versión española de la *Psychiatric Assessment Scale* (PAS)²⁰. Con el mismo objetivo se evaluaron el ajuste social del paciente mediante la versión española de la *Disability Assessment Schedule II* (DAS-II)²¹ y la morbilidad del familiar clave con la versión abreviada en castellano del *General Health Questionnaire de Goldberg* (GHQ)²².

Análisis estadístico

El análisis se ha efectuado utilizando el paquete estadístico SPSS 11.5.

Se ha realizado un análisis descriptivo de la muestra calculando las frecuencias para cada variable. Se han comparado las proporciones de las variables categóricas mediante la prueba ji cuadrado y en los casos necesarios (incumplimientos de supuestos estadísticos) la prueba exacta de Fisher y el método la simulación de Monte Carlo. En variables dependientes continuas se ha utilizado el ANOVA y en las ordinales el ANOVA de Kruskal-Wallis.

La precisión estadística de las estimaciones se ha determinado mediante el cálculo de los intervalos de confianza al 95%. Se han considerado significativos niveles alfa inferiores a 0,05.

Para los análisis de cambio se realizaron pruebas de McNemar apareadas, aplicándose la corrección de Bonferroni para disminuir la posibilidad de error tipo I.

La falta de significación estadística en el análisis multivariante de las variables implicadas no permitió estudiar la contribución de las distintas variables a la estabilidad de la EE en el período de seguimiento.

RESULTADOS

El perfil sociodemográfico de los familiares clave en nuestra muestra es similar al habitual en los cuidadores principales de otras patologías crónicas: mayoritariamente mujeres (87,8%), habitualmente madres de los pacientes (82%) con una media de edad de 56 años (DE=11,7) y más de la mitad sin trabajo remunerado (66,7%). Un 64,9% de ellos puntuaban positivamente en el GHQ. En un 75,7% el tiempo de contacto cara a cara entre paciente y cuidador era mayor de 35 h semanales. En el 70,3% de los casos las familias están compuestas por más de tres miembros.

Asimismo, el perfil de los pacientes en el momento de ser remitidos a la intervención es superponible al de la mayoría de los estudios en este campo: tienen una edad media alrededor de los 24,68 años (DE=4,88), con predominio de hombres solteros, casi todos inactivos laboralmente y que viven en el domicilio paterno. Clínicamente, la media de evolución es de 4,6 años (DE=3,3), mayoritariamente cumplimentan el tratamiento y presentan habitualmente clínica activa y un funcionamiento social deficitario (tabla I).

Los casos que abandonaron la intervención únicamente diferían de aquellos que la completaron en que sus pacientes tenían unas edades superiores tanto en el momento de la evaluación ($t=2,83$; $p=0,006$) como en el del inicio de la enfermedad ($t=2,35$; $p=0,021$), pertenecían a familias más reducidas ($\chi^2=10,81$; $p=0,001$) y tenían un historial de mayor número de ingresos ($t=2,69$; $p=0,009$).

Los niveles de expresividad emocional en la evaluación inicial eran altos en el 73% de los casos, sobre todo a expensas de la sobreimplicación, que era elevada en el 81,5% de los familiares de alta EE. No se encontró ninguna asociación entre los niveles de expresividad emocional ni de sus subescalas y el tiempo de evolución previo de la esquizofrenia.

En el período de realización de la intervención un 43,2% de los casos redujeron sus niveles de EE, no existiendo ningún caso que los incrementara. Entre el fin de la intervención y la evaluación final redujeron sus niveles de EE un 8,1% más, mientras que se produjo un aumento en un 13,6% de los casos. Sólo un 35% de familiares mantuvo invariable su nivel de EE entre las tres evaluaciones: un 21,5% fueron establemente de baja EE y un 13,5% de alta EE (fig. 1).

Las subescalas de la EE mostraron igualmente una tendencia a mejorar durante la intervención, sin experimentar apenas cambios en el período de seguimiento.

La realización de pruebas de McNemar apareadas entre los tres momentos de evaluación (es decir, t_0-t_1 , t_1-t_5 t_0-t_5)

Tabla 1	Nivel de expresividad emocional y características sociodemográficas y clínicas
Sexo familiar clave (n, %) Masculino: 4 (12,2%) Femenino: 33 (87,8%)	Edad paciente (media, DE): 24,68 (4,88%) Situación laboral paciente (n, %) Activo: 1 (2,7%) Inactivo: 36 (97,3%)
Edad familiar clave (media, ds): 56 (11,7)	Tiempo de evolución (media, DE): 4,6 (3,3)
Situación laboral familiar clave (n, %) Activo: 12 (33,3%) Inactivo: 25 (66,7%)	Edad de inicio (media, DE): 20,11 (3,37) Número de ingresos previos (media, DE): 1,8 (0,79)
GHQ inicial (n, %) No patología: 13 (35,1%) Sí patología: 24 (65,9%)	Antecedentes de ingreso (n, %) No: 15 (40,5%) Sí: 22 (59,5%)
Componentes de la EE Comentarios críticos (n, %) Menos de 6: 27 (73%) Seis o más: 10 (27%)	PAS suma inicial (media, DE): 6,2 (3,16) Cumplimentación del tratamiento (n, %) Sí: 36 (97,3%) No: 1 (2,7%)
Sobreimplicación (n, %) Ausente: 15 (40,5%) Presente: 22 (59,5%)	DAS inicial (n, %) Excelente: 0 Bueno: 3 (8,1%) Moderado: 10 (27%) Pobre: 17 (45,9%) Desajuste grave: 7 (18,9%)
Hostilidad (n, %) Ausente: 30 (81,1%) Presente: 7 (18,9%)	Composición familiar (n, %) Un padre y paciente: 1 (2,7%) Ambos padres y paciente: 7 (18,9%) Padres, hermanos y paciente: 26 (70,3%) Pareja y paciente: 1 (2,7%) Otros: 2 (5,4%)
Comentarios positivos (media, DE): 1,9 (1,72)	
Afecto (media, DE): 3,54 (1,37)	
Contacto cara-cara (n, %) < 35 horas: 9 (24,3%) > 35 horas: 28 (75,7%)	
Sexo paciente (n, %) Masculino: 25 (67,6%) Femenino: 12 (32,4%)	

permitió profundizar en qué momento se producían los cambios. Para ello se fijó un nivel de significación $p < 0,0166$ tras aplicar la corrección de Bonferroni (fig. 2).

Así se producían cambios significativos en los niveles de la expresividad emocional entre t_0-t_1 y entre t_0-t_5 , no encontrándose variaciones entre t_1 y t_5 . Es decir, las diferencias entre la EE de la evaluación inicial y la de los 5 años de seguimiento se producen a expensas de las producidas entre el inicio y el final de la intervención, ya que desde el término de ésta se mantienen los cambios producidos. En cambio en el grupo de casos que abandonaron la intervención no se observó cambio alguno al hacer el análisis entre la EE inicial (t_0) y la final (t_5) mediante la prueba de McNemar.

La subescala de sobreimplicación emocional mostró un comportamiento idéntico al de la EE. En el otro extremo, la hostilidad no presentó cambios significativos en ningún momento, mostrándose así como la subescala más resistente al cambio. La crítica sólo mostró una reducción significa-

tiva tras la intervención, que no se tradujo en una disminución de sus niveles en el periodo total de seguimiento. El resto de subescalas se modificaron favorablemente tras la intervención, pero sin alcanzar significación estadística.

El hallazgo de esta inestabilidad de la EE en nuestra muestra planteaba, por un lado, cuál era la contribución relativa de cada subescala a la variabilidad de la EE global y, por otro lado, si existían variables que pudieran asociarse a una mayor inestabilidad.

Respecto a la contribución relativa que podía tener cada subescala en la variabilidad entre las distintas mediciones de la EE y dada la inexistencia de una prueba específica para variables ordinales se intentó hacer una aproximación a la cuestión mediante la realización de un análisis de varianza univariante. A pesar de los problemas de violación de supuestos por las escalas de medida (son ordinales y no de intervalo como exigiría el ANOVA) nos podemos hacer una idea bastante aproximada de la contribución de cada subes-

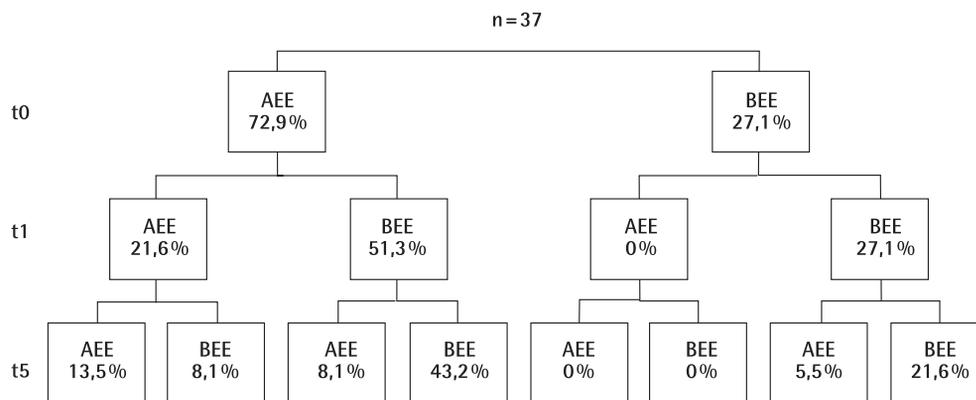


Figura 1 Frecuencias de los cambios en los niveles de EE durante el período de observación. t0: evaluación inicial; t1: evaluación tras intervención; t5: evaluación 5 años tras intervención; AEE: alta expresividad emocional; BEE: baja expresividad emocional.

cala, puesto que la significación estadística sí que se alcanza con la prueba de Kruskal-Wallis.

Dentro de estas limitaciones, la sobreimplicación emocional explicaba un 17,5% de la varianza encontrada en la estabilidad/inestabilidad de la EE entre la evaluación previa y posterior a la intervención. En cambio, al analizar la muestra en el post-test (t2-t3), la estabilidad/inestabilidad de la expresividad emocional se podía explicar por la contribución mayoritaria de dos de las subescalas que la componían: sobreimplicación y comentarios críticos, con un tamaño del efecto operativizado como R cuadrado corregida de 0,083 y 0,153, respectivamente.

Respecto a qué variables se asociaban a la estabilidad o inestabilidad de los niveles de la EE y sus subescalas, se detectó que eran exclusivamente clínicas, no encontrándose ninguna relación con factores sociodemográficos.

Entre el inicio y la finalización de la intervención (t0-t1), el descenso en los niveles de EE se asociaba únicamente a la ausencia de recidivas (Fischer: 0,042) y a la de reingresos (Fischer: 0,046) durante este período.

Entre la conclusión de la intervención y la evaluación final (t1-t5), la variabilidad de los niveles de la EE y de sus subescalas se asociaban con la gravedad de la clínica productiva y con el ajuste social (tabla II).

La menor gravedad clínica al final de la intervención (t1) se asociaba con niveles establemente bajos de EE ($\chi^2=4,543$; $p=0,009$) y sobreimplicación ($U=8,500$; $p=0,004$). Al final del seguimiento (t5) una mayor gravedad clínica se asociaba con los niveles sostenidamente altos o en aumento de EE ($\chi^2=9,242$, $p=0,018$), con la estabilidad de los niveles altos de sobreimplicación ($U=13,500$; $p=0,013$) y con la disminución del afecto ($U=22,500$; $p=0,025$).

Un mejor ajuste social en la evaluación final (t5) se asociaba con niveles estables de EE baja ($\chi^2=9,299$; $p=0,026$,

mientras que un peor ajuste social se relacionaba con el aumento de la sobreimplicación ($U=10,500$; $p=0,037$), así como con la disminución del afecto ($U=31,500$, $p=0,014$) y de los comentarios positivos ($U=3,000$; $p=0,003$).

Los casos con crítica alta estable se distinguían de los de baja estable en que al finalizar la intervención (t1) recibían dosis mayores de neurolépticos ($U=3,000$; $p=0,021$) y que habían requerido más ingresos a los 5 años ($U=5,000$; $p=0,029$). No se encontraron perfiles diferenciales en torno a la hostilidad.

No se pudieron encontrar asociaciones mediante la utilización de técnicas multivariadas. El que no apareciera ninguna variable predictora con suficiente poder estadístico posiblemente sea debido al pequeño tamaño de la muestra.

DISCUSIÓN

La principal limitación de este trabajo es el bajo tamaño muestral que, aunque equivalente al de otros estudios similares^{4,6,8,9,11}, no ha permitido profundizar los análisis. De todas formas, el hecho de que los diversos hallazgos apunten en un mismo sentido parece descartar el que las asociaciones encontradas hayan sido debidas al azar.

Los resultados obtenidos apuntan a que los cambios globales de todo el período de observación se produjeron a expensas de los producidos durante la intervención. Una vez concluida ésta no se produjeron variaciones significativas en los 5 años posteriores.

El que la intervención aparezca como el principal determinante para la disminución de los niveles de EE concordaría con la mayoría de estudios de intervención, aunque pocos de ellos siguen lo que ocurre más allá del año siguiente de finalizar la terapia. Así, posiblemente la principal aportación de nuestro estudio sea tener un período de seguimien-

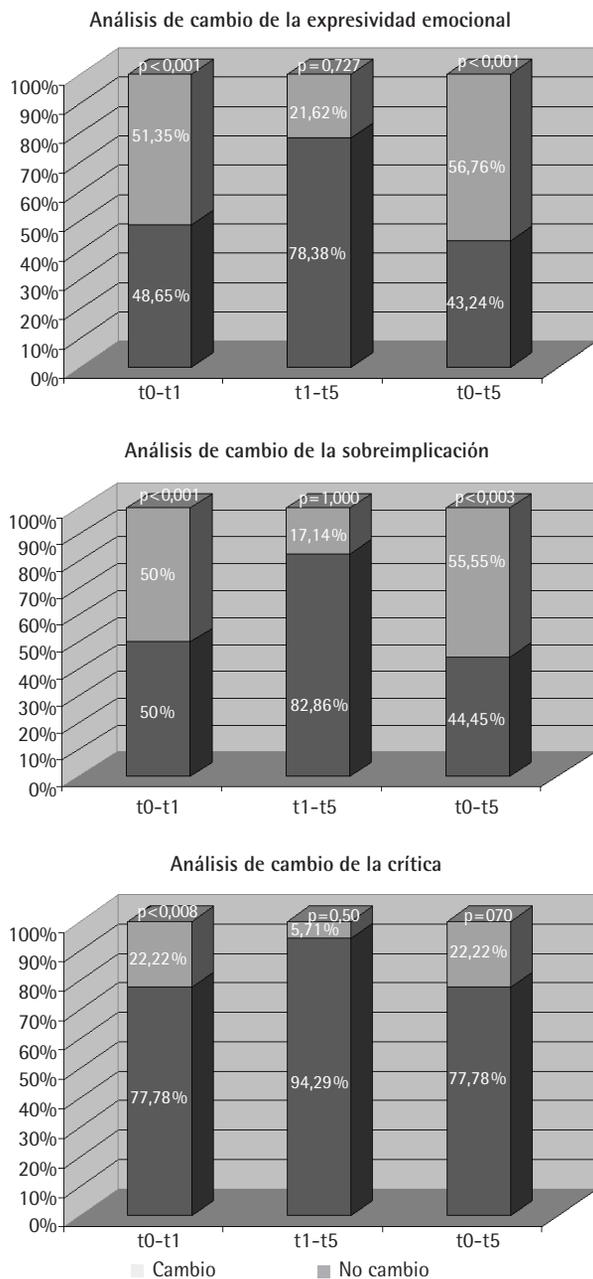


Figura 2 | Análisis de cambio entre los tres momentos de evaluación. Se han remarcado los McNemar estadísticamente significativos tras aplicar la corrección de Bonferroni.

to mayor que ningún otro trabajo de estas características, con excepción del trabajo de Lenior de 2002¹⁵.

Lamentablemente no disponemos de un grupo control que nos permita atribuir los cambios observados a la intervención terapéutica. Con esta limitación, si orientativamente comparamos nuestras cifras con las descritas en la literatura referente a culturas occidentales, comprobamos que en

Tabla 2	Cambios de los niveles de EE y subescalas tras el final de la intervención: asociación con variables clínicas				
	PASt1	PASt5	INGRt5	DASt5	Dosis t1
Alta EEt1 → alta EEt5		↑**			
Baja EEt1 → alta EEt5		↑**			
Baja EEt1 → baja EEt5	↓*				↓**
Alta EOIt1 → alta EOIt5		↑**			
Baja EOIt1 → alta EOIt5					↑**
Baja EOIt1 → bajaEOIt5	↓*				
Alta CRt1 → alta CRt5			↑**		↑**
Alto Wt1 → bajo Wt5		↑**			
Bajo Wt1 → alto Wt5					↓**
Alto CPt1 → bajo CPt5					↓*

t1: evaluación tras intervención; t5: evaluación a los 5 años; * p < 0,01; ** p < 0,05; EE: expresividad emocional; EOI: sobreimplicación; CR: crítica; H: hostilidad; W: afecto; CP: comentarios positivos; PAS: gravedad clínica (mayor cuanto más alta); DAS: ajuste social (mayor cuanto más bajo); INGR: número de ingresos; dosis: dosis fármacos.

nuestro caso se producen unas reducciones mayores que los descensos espontáneos descritos por otros autores, que oscilan entre el 25^{3,10} y el 41%^{4,8}. En cualquier caso, los cambios se produjeron únicamente en el grupo de familiares intervenidos, no produciéndose cambios en los niveles de EE del grupo de los abandonos. Esto nuevamente orientaría a que las variaciones no son espontáneas.

Apoya esta hipótesis el que, coincidentemente con la literatura, no se hayan detectado asociaciones entre la EE medida en el contacto inicial y el tiempo previo de evolución de la enfermedad, lo que refuerza la inexistencia de una tendencia espontánea hacia la reducción de los niveles de EE con el paso del tiempo.

Finalmente, el análisis mediante los McNemars apareados también confirma el cambio alrededor de la realización de la intervención, no volviéndose a detectar cambios significativos tras concluir ésta.

Otro dato remarcable en nuestro estudio es que la variación de la EE se produce sobre todo a expensas de la sobreimplicación emocional. Esto supone una diferencia respecto a diversos trabajos anglosajones en los que la sobreimplicación es la subescala más resistente al cambio^{6,11}.

En nuestra muestra, de forma intuitiva se aprecia que la alta sobreimplicación es la que principalmente determina el que se clasifiquen los familiares como de alta EE y, por tanto, las variaciones en los niveles de la EE se producen fundamentalmente a expensas de la sobreimplicación. Para poder objetivar estadísticamente la contribución de las subescalas

a la EE global hubo que recurrir a una aproximación que violaba supuestos de escalas de medida. Con esta limitación metodológica se apuntaba a la mayor contribución de la sobreimplicación en el periodo de la intervención, mientras que tras la finalización el papel mayor era para la crítica, pasando la sobreimplicación a un segundo lugar.

Quizá la explicación más obvia a este hallazgo es el elevado porcentaje de familias sobreimplicadas en nuestra muestra. Este predominio de la sobreimplicación puede tener varias posibles explicaciones.

La interpretación más probable es que se deba a las diferencias culturales entre los patrones emocionales mediterráneos y los anglosajones, cuyas muestras muestran tasas mayores de crítica que de sobreimplicación^{1,2,6,10,11,16}.

Otra variable posiblemente implicada es el tipo de convivencia, que difiere también de los estudios anglosajones, ya que en nuestra muestra todos los pacientes siguen viviendo en sus familias de origen, con elevados tiempos de contacto cara a cara, lo que podría conducir a una mayor sobreimplicación.

También es posible que refleje una diferencia de género al estar nuestra muestra casi exclusivamente constituida por madres, mientras que en otros estudios hay mayor paridad en la distribución por sexos de los cuidadores. De ser así podría implicar una tendencia mayor de las madres a involucrarse emocionalmente en el cuidado del paciente.

Finalmente, otra posibilidad es que la muestra estuviera sesgada hacia una mayor sobreimplicación. Inicialmente, al no ofertarse la intervención de forma sistemática, sino sólo cuando era considerada oportuna por el psiquiatra del paciente, podrían haberse derivado preferentemente a los familiares más demandantes e involucrados con el enfermo, es decir, a los más sobreimplicados. Por otra parte, dado que sólo se han analizado los datos de quienes asistieron a más del 75% de las sesiones, es posible que los familiares con más tendencia a sobreimplicarse tuvieran una adherencia mayor que los que reaccionen con mayor hostilidad o crítica y por ello estuvieran sobrerrepresentados.

De todas formas, sea cual sea la razón del predominio de la sobreimplicación en nuestra muestra, no invalida el hallazgo de que la sobreimplicación se muestra más susceptible al cambio que la crítica.

Otro resultado destacable de este trabajo lo constituye el que las fluctuaciones de los niveles de la EE se asocien únicamente con variables clínicas.

Así, entre el inicio y el fin de la intervención las únicas variables que se asociaban significativamente con la disminución de los niveles iniciales de EE eran la ausencia de recaídas y reingresos, lo que podría indicar tanto que la EE se reduce al recaer menos los pacientes como que al disminuir la EE se producen menos recaídas.

Entre el fin de la intervención y la evaluación final, el que los niveles de la EE varíen o no depende de la gravedad de la clínica productiva y del grado de ajuste social. El que en este periodo ya no se produzca asociación con el número de recaídas podría deberse a que con el tiempo se produjera un «acostumbramiento» del familiar ante las situaciones de crisis, ocasionando más repercusión emocional la presencia cotidiana de una mayor gravedad sintomática o de un peor funcionamiento social.

La sobreimplicación y la crítica también varían en relación con variables clínicas, independientemente de las sociodemográficas.

No disponemos de datos propios que nos puedan orientar sobre la dirección de la relación causal entre la EE (y sus subescalas) y la clínica del paciente, aunque, de acuerdo con la literatura^{3,4,14}, es probable que esta asociación se deba a la influencia recíproca entre los síntomas del paciente y las reacciones de la familia. En cualquier caso, estos hallazgos nuevamente subrayan la importancia de la EE como predictor de curso, no sólo en relación con las recaídas, sino también con otras variables clínicas.

En nuestro trabajo los cambios alcanzados tras la intervención se mantuvieron durante al menos 5 años. En este periodo se detectó incremento de los niveles de EE sólo en el subgrupo de casos que presenta mayor gravedad de la sintomatología productiva o un peor ajuste social. Clínicamente esto implicaría que en este subgrupo existiría el riesgo de perder los beneficios de la terapia sobre la EE con el paso del tiempo, por lo que debiera prestárseles una especial atención y prolongar la duración de la terapia en estas familias.

Dada la importancia teórica y clínica del estudio del comportamiento de la EE en el tiempo consideramos que son necesarios estudios con muestras más amplias que permitan validar los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brown GW, Birley JLT, Wing, JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Br J Psychiatry* 1972;121:241-58.
2. McRae RG, Robertson LJ, Hall DJ, Berry I. The Nithsdale Schizophrenia Surveys XI: Relatives' Expressed Emotion. Stability over five years and its relation to relapse. *Br J Psychiatry* 1993; 162:393-7.
3. Scazufca M, Kuipers E. Stability of expressed emotion in relatives of those with schizophrenia and its relationship with burden of care and perception of patients' social functioning. *Psychol Med* 1998;28:453-61.
4. Stirling J, Tantam D, Thomas P, Newby D, Montague L, Ring N, et al. Expressed emotion and schizophrenia: the ontogeny of EE during an 18-month follow-up. *Psychol Med* 1993;23:771-8.
5. Santos A, Espina A, Pumar B, González P, Ayerbe A, García E. Longitudinal study of the stability of expressed emotion in fa-

- families of schizophrenic patients: a 9-month follow-up. *Span J Psychol* 2001;4:65-71.
6. Leff JP, Kuipers L, Berkowitz R, Everlein-Vries R, Sturgeon D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1982;141:121-34.
 7. Dulz R, Hand I. Short-term relapse in young schizophrenic: can it be predicted and affected by family (CFI), patient and treatment variables? An experimental study. En: *Treatment of schizophrenia: family assessment and intervention*. Berlin: Springer-Verlag, 1986; p. 59-75.
 8. Goldstein MJ, Miklovitz DJ, Strachan AM, Doane JA, Nuechterlein KH, Feingold D. Patterns of expressed emotions and patients coping styles that characterize the families of recent onset schizophrenics. *Br J Psychiatry* 1989;155(Suppl. 5):107-11.
 9. Boye B, Bentsen H, Notland TH, Munkvold AB, Lersbryggen AB, Oskarsson KH, et al. What predicts the course of expressed emotion in relatives of patients with schizophrenia or related psychoses? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34:35-43.
 10. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Javna CD, et al. Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:633-42.
 11. Leff JP, Berkowitz R, Shavit N, Strachan A, Glass I, Vaughn C. A trial of family therapy v. a relatives' group for schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1989;154:58-66
 12. Vaughan K, Doyle M, Mc Conaghy N, Blaszczynski A, Fox A, Tarrrier N. The relationship between relative's expressed emotion and schizophrenic relapse: an australian replication. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992;27:10-5.
 13. Lam DH. Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies. *Psychol Med* 1991;21:423-41.
 14. Kavanagh DJ. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1992;160:601-20.
 15. Lenior ME, Dingemans P, Schene AH, Hart A, Linszen DH. The course of parental expressed emotion and psychotic episodes after family intervention in recent-onset schizophrenia. A longitudinal study. *Schizophr Res* 2002;57:183-90.
 16. Tarrrier N, Barrowclough C, Vaughn CE, Bamrah JS, Porceddu K, Watts S, et al. The community management of schizophrenia. A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *Br J Psychiatry* 1988;153:532-42.
 17. Montero I, Asencio A, Hernández I, Masanet MJ, Lacruz M, Bellver F, et al. Two strategies for family intervention in schizophrenia: a randomized trial in a mediterranean environment. *Schizophr Bull* 2001;27:661-70.
 18. Montero I, Ruiz I. La entrevista familiar Camberwell (CFI) Camberwell family interview schedule. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1992; 12:199-202.
 19. 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.
 20. Pérez Fuster A, Ballester M, Girón M. Fiabilidad, validez y sensibilidad de la escala de evaluación psiquiátrica de Krawiecka. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría* 1989;17:111-8.
 21. Montero I. Adaptación española del DAS-II (Disability Assessment Schedule). *Psiquis* 1988;IX:175-80.
 22. Lobo A, Pérez Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ 28) in a Spanish population. *Psychol Med* 1986;16:135-40.