

**EMOCION EXPRESADA FAMILIAR Y CURSO DE LA
ESQUIZOFRENIA: (II).
VALIDEZ PREDICTIVA DEL CONSTRUCTO EMOCION
EXPRESADA EN UN GRUPO DE PACIENTES
ESQUIZOFRENICOS RESIDENTES EN LA COMUNIDAD
AUTONOMA VASCA.**

Miriam Azpiri (*)

Luis De Nicolás ()**

Consuelo González (*)**

Ana López (*)**

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento. Sección de Psicología, FICE.
UNIVERSIDAD DE DEUSTO.

RESUMEN

Segunda parte de un trabajo de investigación realizado con el objetivo básico de analizar la replicación de las hipótesis de la investigación EE relativas a la familia como factor de pronóstico en la esquizofrenia. Los resultados obtenidos indican que la variable Emoción Expresada, tomada globalmente, no está relacionada con la variable de seguimiento elegida. Sin embargo, desglosándola en sus componentes, se observó que tanto el Criticismo como la Hostilidad son buenos predictores del curso del trastorno. Estos resultados junto con la constatación de múltiples interacciones entre las variables estudiadas que la investigación EE no prevee, llega a los autores a cuestionar la naturaleza de EE y las estrategias de investigación adecuadas para el estudio de su influencia en el curso del trastorno.

Palabras Clave: *Esquizofrenia; Familia.*

(*) Psicólogo en C.S.M. de Galdakao

(**) Director del proyecto de investigación N° X-86-072, subvencionado por el Dto. de Educación y Universidades del Gobierno Vasco y Director del Dto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento de la Universidad de Deusto.

(***) Psicóloga colaboradora del equipo de trabajo del mencionado proyecto.

SUMMARY

Second part of a study focused on the replicability of the EE hypothesis about the family as a predictive role in schizophrenia. Results revealed that EE variable, taken as a whole, does not relate with the follow-up criteria chosen; however, separate analysis of EE components showed that Hostility and Criticism are good predictors of disorder course. This finding, and the fact that there are very many relations between variables that have not been studied at present, have led authors to question EE rationale and the research strategies used in the investigation about EE influence in disorder course.

Key Words: *Schizophrenia; Family.*

INTRODUCCION

Brown y cols. (1962, 1972) y Vaughn y Leff (1976) demostraron la utilidad del constructo Emoción Expresada (EE) como indicador fiable de la vulnerabilidad del paciente esquizofrénico a recaer durante un período de seguimiento de aproximadamente 9 meses. Para estos autores, EE es un constructo de gran validez predictiva.

Ambos equipos constataron asimismo, que la toma regular de medicación neuroléptica y la reducción del tiempo de contacto cara a cara que el paciente mantiene con su familia actúan como factores protectores de EE, es decir, atenúan su efecto negativo.

Los estudios que tratan de establecer la validez predictiva del constructo EE en otros contextos socio-culturales son básicamente estudios de replicación de los trabajos originales (Vaughn y cols., 1984; Moline y cols., 1986; Karno y cols., 1987; Leff y cols., 1987; Kotten y cols., 1984; MacMillan y cols., 1986; McCreade y cols., 1988; Fernández y cols., 1986; Gutiérrez y cols., 1988; Arévalo y cols., 1989).

Los resultados obtenidos en los mismos con respecto al efecto de EE en el curso del trastorno esquizofrénico, constatan en su mayoría, la validez predictiva del constructo. Los propios autores de los estudios cuyos resultados discrepaban con la hipótesis básica, han buscado las causas de estas discrepancias, situándolas en características de la muestra tales como la cronicidad del trastorno (Kottgen, 1984), criterios diagnósticos diferentes (McCreade y cols., 1988), mejor pronóstico en general de la muestra (McCreade, 1988) o en su reducido tamaño (Arévalo, 1989), y en diferencias metodológicas como la dificultad de entrevistar a todas las

figuras significativas para el paciente en un gran número de casos (Kottegen, 1984), o distintos criterios para definir lo que se entiende por recaída (McCreade, 1988).

Tan sólo uno de los trabajos (McMillan y cols., 1986) cuestiona directamente la hipótesis del valor predictor de EE, proponiendo una hipótesis alternativa basada en los resultados obtenidos de la dependencia de EE de factores relacionados con la cronicidad del trastorno. Los autores plantean que la hipótesis causal de EE es insostenible y abogan por la necesidad de plantear hipótesis de influencia más complejas.

Los resultados de las replicaciones de la investigación EE no confirman unánimemente los efectos protectores de la medicación y de la reducción del tiempo de contacto con el familiar alto en EE en la recaída. Tan sólo el estudio de California demuestra el efecto conjunto de ambos factores, al encontrar que para que la medicación tenga un efecto debe ir acompañada de una disminución en el tiempo de contacto cara a cara. El resto de los estudios o confirman exclusivamente el efecto protector de la medicación en la recaída (Karno y cols., 1987; MacMillan y cols., 1986; Arévalo y cols., 1989) o no demuestran que ninguno de ambos factores tenga un efecto en las recaídas habidas en sus muestras.

REPLICACION DE LA INVESTIGACION EE EN LA C.A.V.

1. Hipótesis

Las hipótesis que se someterán a prueba son las siguientes:

HIPOTESIS 1: Existe asociación entre el nivel de Emoción Expresada Familiar y el curso del trastorno esquizofrénico.

HIPOTESIS 2.- El nivel de Emoción Expresada es la variable que predice el curso del trastorno.

HIPOTESIS 3.- La toma regular de medicación y la reducción del tiempo de contacto cara a cara con el familiar moderan el efecto del nivel alto de Emoción Expresada sobre el curso del trastorno.

2. Método

2.1. Muestra. Los datos recogidos han sido obtenidos de 19 pacientes que, diagnosticados de esquizofrenia por el equipo médico del centro asistencial, residían en su domicilio familiar durante al menos el año anterior a la evaluación realizada y con perspectiva de seguir haciéndolo durante el año próximo (Azpiri, 1991).

2.2. Variables. Las variables consideradas hacen referencia a cuatro aspectos fundamentales:

1. EVALUACION DEL CURSO DE LA ESQUIZOFRENIA
 - 1.1. Rehospitalización / No Rehospitalización
 - 1.2. Número de Rehospitalizaciones
2. EVALUACION DE FACTORES MODERADORES DEL CURSO
 - 2.1. Colaboración en la toma de medicación
 - 2.2. Contacto cara a cara con los familiares
3. EVALUACION DE CARACTERISTICAS DEL PACIENTE
 - 3.1. Datos sociodemográficos
 - 3.2. Historia Psiquiátrica
 - 3.3. Estado Clínico (P.S.E.)
 - 3.4. Rol Social (D.A.S.B.)
 - 3.5. Conducta (D.A.S.A.)
4. EVALUACION DE CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA
 - 4.1. Características generales
 - 4.2. Emoción Expresada (EE).

2.3. **Procedimiento.** Su valoración se realizó mediante el registro de datos anamnésticos y la realización de entrevistas con el paciente y sus familiares significativos. Al paciente se le aplicó el Present State Examination (Wing y cols. 1974) para la evaluación de su estado clínico. A sus familiares se les aplicó individualmente una versión de la entrevista semiestructurada Camberwell que incluyera cuestiones relativas al funcionamiento social del paciente siguiendo el esquema del Dissability Assessment Schedule (Who/ Das, 1985).

Transcurrido el año, se realizó una entrevista personal con el paciente para recabar algunos datos de su estado mental y también con la familia, en relación a la evolución de la enfermedad y a los factores moduladores de la misma.

3. Resultados

La hipótesis I plantea que existe relación entre EE, entendida globalmente, y la necesidad de ingresar o no al paciente en los 12 meses siguientes. Los resultados, obtenidos utilizando las técnicas estadísticas Chi Cuadrado y "t" de Student, no confirman la hipótesis, tal como puede apreciarse en la tabla 1.

Sin embargo, al desglosar EE en sus componentes, se observa que el Criticismo y la Hostilidad si están relacionados con la necesidad de hospitalización. No ocurre lo mismo con el componente de Sobreimplicación.

Ahora bien, antes de afirmar que existe una relación de dependencia entre ambos componentes de EE y la necesidad o no de rehospitalización, se hace preciso demostrar que tal relación no está mediatizada por la relación que el Criticismo y la Hostilidad pudieran tener con terceras variables asociadas también a la recaída.

TABLA 1.- Distribución de EE y componentes de EE según la evolución del trastorno.

	CURSO DEL TRASTORNO				T.FISHER
	HOSPITALIZA		NO HOSPITALIZA		
	N	%	N	%	
B. Crit. familiar (0-5)	1	5.5.	11	61.1	.02171
A. Crit. familiar (>5)	4	22.2	2	11.1	
B. Sobr. familiar (0-3)	9	50	5	27.7	.23366
A. Sobr. familiar (>3)	4	22.2	0	0.0	
B. Host. familiar (0)	1	5.5	9	50	.04739
B. Host. familiar (>0)	4	22.2	3	16.6	
B. EE familiar (*)	2	11.1	5	27.7	.32353
A. EE familiar	4	22.2	7	38.8	

- * Bajo EE= Crit. <6, Sp<4, H=0
 Alto EE= Crit. <5, Sp >3, H. >0

TABLA 2.- Resumen de las pruebas de independencia (Chi Cuadrado y 't' de Student) de los componentes de EE con respecto de las variables del paciente. Las variables no citadas no obtienen una relación significativa.

	CRITICISMO	HOSTILIDAD
1. CARACT. SOCIODEMOGRAFICAS		
Situación familiar		N.S. < 0.05
2. HISTORIA PSIQUIATRICA		
No. Ingresos Hospitalarios	N.S. < 0.001	N.S. < 0.05
Fase Actual Trastorno	N.S. < 0.05	
Toma de medicación	N.S. < 0.001	N.S. < 0.05
3. ESTADO CLINICO		
4. ROL SOCIAL		
5. CONDUCTAS DESADAPTATIVAS		
Autocuidado		N.S. < 0.1
Aislamiento Social		N.S. < 0.1

Realizadas las pruebas de independencia que se presentan resumidas en la Tabla 2, se observa que el nivel de Criticismo y de Hostilidad expresado por los familiares que componen la muestra, no es independiente de la historia de hospitalizaciones ni de la colaboración del paciente a seguir las prescripciones médicas relativas a la toma de medicación.

Por otra parte, tal como puede apreciarse en la tabla resumen 3, los componentes de EE no son las únicas variables relacionadas con la recaída.

TABLA 3.- Tabla resumen de la relación variables del paciente con la necesidad o no de hospitalizar durante el período de seguimiento (Chi cuadrado y 't' de Student). Las variables no citadas no obtienen relaciones significativas.

	RECAIDA
1. CARACT. SOCIODEMOGRAFICAS	
2. HISTORIA PSIQUIATRICA	
Intentos de Suicidio	N.S. < 0.05
Toma de Medicación	N.S. < 0.05
3. ESTADO CLINICO	
Ansiedad	N.S. < 0.05
4. ROL SOCIAL	
5. CONDUCTAS DESADAPTATIVAS	
Aislamiento Social	N.S. < 0.1

La *Hipótesis II* afirma que entre todas las variables estudiadas, el mejor predictor aislado del número de rehospitalizaciones es el nivel de EE del hogar de residencia.

Los resultados, obtenidos mediante la aplicación de las técnicas estadísticas r de Pearson y r . bp, recogidos en la tabla 4, no permiten asegurar que la hipótesis sea cierta en los términos en que ha sido planteada por dos razones básicas.

En primer lugar, EE no correlaciona significativamente con el número de rehospitalizaciones y nuevamente son los componentes de Criticismo y Hostilidad los que sí lo hacen.

En segundo lugar, si bien el Criticismo y la Hostilidad son predictores fiables del número de rehospitalizaciones durante el seguimiento, no son los únicos ni los mejores predictores. Tanto el número de rehospitalizaciones previas como la colaboración en la toma de medicación obtienen índices de correlación significativos,

TABLA 4.- EE y componentes de EE en relación a la evolución del trastorno (Número de rehospitalizaciones).

	NO. REHOSPITALIZACIONES		
	R. Biserial-Puntual	't'	
Criticismo Familiar	.617315	3.1386929	**
Sobreimplicación Familiar	-.296956	1.243936	
Hostilidad Familiar	.5336248	2.5238801	*
EE Familiar	.280379	1.1683804	

* p < .05

** p < .01

*** p < .001

La *Hipótesis III* afirma que la toma regular de medicación y el tiempo de contacto cara a cara actúan como variables moderadoras del nivel alto de EE.

El efecto que tiene la medicación en la prevención de los llamados síntomas positivos de la esquizofrenia y así también de la rehospitalización es un hecho aceptado por distintos autores.

Ahora bien, igual que en otras investigaciones sobre EE, el análisis de la interacción entre Criticismo y Medicación en la necesidad de hospitalizar durante el período de seguimiento, indica que la recaída no depende de la medicación una vez controlado el nivel de Criticismo (tabla 5).

TABLA 5.- Interacción del efecto del Criticismo familiar con colaboración en la toma de medicación en la evolución.

	HOSPITALIZA		NO HOSPITALIZA		T. FISHER
	N	%	N	%	N.S.
BAJO CRITICISMO FAMILIAR					
Medicación Regular	1	8.3	10	83.3	.9166
Medicación Irregular	0	0.0	1	8.3	
ALTO CRITICISMO FAMILIAR					
Medicación Regular	0	0.0	1	16.6	.3333
Medicación Irregular	4	66.6	1	16.6	

Por lo que respecta a la interacción entre el Criticismo y el tiempo de contacto con el familiar en la recaída, la predicción relativa al efecto protector de la reducción no se cumple (Tabla 6)

TABLA 6.- Interacción del efecto del Criticismo familiar con la duración del contacto social en la evolución.

	HOSPITALIZA		NO HOSPITALIZA		T. FISHER
	N	%	N	%	N.S
BAJO CRITICISMO FAMILIAR					
Contacto (< 35 h.)	1	8.3	6	50.0	.5833
Contacto (> 35 h.)	0	0.0	5	41.6	
ALTO CRITICISMO FAMILIAR					
Contacto (< 35 h.)	3	50.0	2	33.3	.6667
Contacto (> 35 h.)	1	16.6	0	0.0	

4. Discusión

A partir de estos resultados pueden hacerse las siguientes consideraciones relativas al constructo EE, la influencia de las actitudes familiares de EE en el curso de la esquizofrenia y en general, al modelo de investigación:

En primer lugar, la influencia del factor familiar EE en la recaída del paciente esquizofrénico resulta, a la luz de los datos precedentes, poco clara. No se confirma la hipótesis de partida, relativa a la relación entre la Emoción Expresada familiar, entendida globalmente, y la necesidad de ingresar o no al paciente en los 12 meses siguientes.

Sin embargo, al desglosar EE en sus componentes, se observa que el Criticismo y la Hostilidad si están relacionados con la necesidad de hospitalización. No ocurre lo mismo con el componente Sobreimplicación, factor que, aunque de modo no significativo, predice la no-hospitalización.

Tales resultados pueden ser debidos a la definición de recaída adoptada en este estudio, que aunque fácilmente operacionable, es restringida y por tanto, insensible a cambios importantes en el estado de salud del paciente, limitando así la interpretación de los resultados.

La definición de recaída como aquella alteración en el estado de salud del paciente que requiere para su mejor tratamiento la hospitalización psiquiátrica, no es la única posible ni la más adecuada. De hecho, la posibilidad de que un individuo ingrese depende de muchas causas y en última instancia, hace referencia a la incapacidad percibida por la propia familia de poder contener adecuadamente al paciente, sin riesgo para él o los otros.

En consecuencia, la constatación de que el predominio de actitudes familiares de Sobreimplicación Emocional no tenga relación con la recaída definida como hospitalización, no descarta la hipótesis de que efectivamente lo haga, en caso de adoptarse distintos indicadores del curso del trastorno (estado clínico, funcionamiento social, etc.).

En segundo lugar, el hecho de que las actitudes familiares Criticismo y Hostilidad, ambas variables relevantes en la recaída, no sean independientes de algunos aspectos de la historia psiquiátrica del paciente operacionalizados como "número de ingresos hospitalarios previos", "presencia del paciente en el medio hospitalario en el momento del reclutamiento" y "toma regular de medicación durante el seguimiento", y no dependan, sin embargo, de las variables relativas a la situación actual del paciente, tales como el estado clínico o su adecuación social, nos lleva a pensar que ambos componentes de EE se van configurando a lo largo del tiempo y en estrecha relación con la historia psiquiátrica del paciente.

Pero además, el hecho de que tanto el "número de rehospitalizaciones previas" como la "colaboración del paciente en la toma regular de medicación", obtengan índices de correlación significativos con la variable de seguimiento, plantea la existencia de relaciones complejas entre el abordaje hospitalario del proceso psicótico y las actitudes de EE.

Estos resultados nos llevan a cuestionar en primer lugar, el papel de predictor directo de la recaída que a EE y a sus componentes se les ha atribuido.

En segundo lugar, cuestionan las tentativas de interpretar EE en términos de causalidad simple y exigen la utilización de modelos que tengan en cuenta las múltiples interacciones observadas entre las variables.

En tercer lugar, si bien la medicación tiene un efecto que podríamos considerar protector de la rehospitalización en el grupo total de paciente, su efecto se confunde al analizarlo en interacción con el efecto del nivel de Criticismo familiar.

Ante la tentación de hipotetizar que entre ambas, la variable realmente relevante para la hospitalización durante el seguimiento es el nivel de criticismo familiar, habría que puntualizar dos cosas:

En primer lugar, el número de casos incluidos en algunas categorías es tan pequeño, que la eventual adición de un caso en alguna de tales categorías podría conducir a resultados diferentes. Así, pues, cualquier conclusión a partir de los datos sería probablemente precipitada y requiere por tanto, la precaución y la acumulación de evidencia.

En segundo lugar, el estudio detallado de la tabla de contingencia ilustra, una vez más, el modo en que las variables 'nivel de criticismo familiar' y 'colaboración del paciente con la medicación prescrita' interactúan: el número de casos que no colaboran con la toma de medicación en el grupo de criticismo, y viceversa, el número de casos que toman regularmente la medicación en el grupo de alto criticismo son ambos muy pequeños. Podría pensarse en actitudes mutuas (familiares y paciente) simétricas con respecto de quién lleva el control del tratamiento.

En conclusión, puede considerarse que este trabajo apoya la hipótesis básica de la investigación EE relativa a la influencia de las actitudes familiares englobadas bajo el constructo Emoción Expresada, con tres restricciones:

a.- En primer lugar, dadas las diferencias observadas entre los componentes de EE en lo que respecta a sus antecedentes y consecuencias, preferimos hablar de los componentes de EE más que de EE de modo global.

b.- En segundo lugar, si bien EE no es un buen predictor de la recaída definida como 'número de rehospitalizaciones' en los 12 meses de seguimiento, los componentes de Criticismo y Hostilidad lo son. Sin embargo, no son los únicos ni los mejores predictores de la variable seguimiento.

c.- En tercer lugar, dadas las interacciones observadas entre las variables estudiadas, cuestionamos la independencia de las actitudes familiares de EE y asimismo el papel de predictor directo de la recaída que se le ha atribuido. Por el contrario, consideramos que el mejor modo de estudiar el proceso de recaída es en términos de interdependencia de factores personales, familiares y protectores (medicación).

BIBLIOGRAFIA

- A.P.A. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION): **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 3rd Ed. Washington, 1980. Versión española, Ed. Masson, S.A. Barcelona, 1983.
- AREVALO, J.; VIZCARRO, C.: Emoción Expresada y curso de la esquizofrenia en una muestra española. **Análisis y Modificación de Conducta**, 1989, vol. 15, no. 43, 3-24.

- AZPIRI, M. : **La familia del paciente esquizofrénico. El constructo Emoción Expresada (EE)**. Tesis doctoral. Universidad de Deusto, 1991.
- BROWN, G.W.; BIRLEY, J.L.T. 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.W.; MONCK, E. y CARSTAIRS, G.M. y WING, J.K.: Influence of family life on the course of schizophrenia illness. **British Journal of Preventive Social Medicine**, 1962, 16: 55-68.
- DULTZ, B. y HAND, I.: Short-Term relapse in young schizophrenics: Can it be predicted and affected by family (CFI) and treatment variables?. An experimental study. En Goldstein M.J.; Hand, I. y Hahlweg, K. (Eds.), 1986, OP. CIT.
- FERNANDEZ HERMIDA, J.R.; FERNANDEZ SANDONIS, J.: Factores familiares y curso de la esquizofrenia. **Actas Luso españolas de Psiquiatría**, 1986, 14, 6, 431-454.
- GOLDSTEIN, M.; HAND, I. y HAHLEWEG, K. : **Treatment of schizophrenia: Family assessment and intervention**, Springer-Verlag, Berlin, 1986.
- GUTIERREZ, E. : **Familias con un hijo esquizofrénico: Expresión de emociones y curso del paciente**. Extracto de Tesis Doctoral. Universidad de Santiago de Compostela, 1986.
- GUTIERREZ, E.; ESCUDERO, J.A.; VAZQUEZ, M.C.; CASTRO, J.; ALVAREZ, L.C.; BALATAR, M.; BLANCA, J.; GONZALEZ, I.; GOMEZ.: Expresión de emociones y curso de la Esquizofrenia: II. Expresión y curso de la esquizofrenia enpacientes en remisión. **Análisis y Modificación de Conducta**, 1988, Vol. 15, No. 40, 275-316.
- KARNO, M.; JENKINS, J.H.; DE LA SELVA, A.; SANTANA, F.; TELLES, C.; LOPEZ, S. y MINTZ, J.: Expressed-Emotion and Schizophrenic outcome among mexican-american families. **The Journal of Nervous and Mental disease**, 1987, 175, 143-151.
- KOTTGEN, C.; SONNICHSEN, I.; MOLLENHAUER, K. y cols.: Families . High expressed emotion and relapses in young schizophrenic patients: Results of the Hamburg-Camberwell family intervention study, II. **International Journal of Family Psychiatry**, 1984, 5, 71-82.
- LEFF, J. y VAUGHN, C. : **Expressed emotion in families: Its significance for mental illness**. New York: Guilford Press, 1985.
- LEFF, J. y VAUGHN, C. : Expressed emotion and relapse in schizophrenia. (Correspondencia). **Briticsh Journal of Psychiatry**, 1986, 148: 215.
- LEFF, J.; WIG, N.N.; GHOSH, A.; BEDI, H.; MENON, K.; KUIPERS, L.; KORTEN, A.; ERNBERG, G.; DAY, R.; SARTORIOUS, N.; JABLENSKY, A.: Influence of Relatives Expressed emotion on the course of schizophrenia in Chadigarh. **British Journal of Psychiatry**, 1987, 151, 166-173.
- LEMONS GIRALDEZ, S. : **Contexto psicosocial y evolución de la esquizofrenia**.

Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, 1988.

- McCREADE, R.G.; PHILLIPS, K.: The Nithsdale Schizophrenia Survey. VII. Does relatives. High expressed emotion predict relapse?. **British Journal of Psychiatry**, 1988, 152, 477-481.
- MacMILLAN, J.F.; GOLD, A.; CROW, T.J.; JOHNSON, A.L. y JOHNSTONE, E.C.: Expressed emotion and relapse. **British Journal of Psychiatry**, 1986, 148, 133-144.
- MacMILLAN, J.F.; GOLD, A.; CROW, T.J.; JOHNSON, A.L.; JOHNSTONE, E.C.: Expressed emotion and relapse (Correspondencia). **British Journal of Psychiatry**, 1986, 148, 7410743.
- MINTZ, J.; MINTZ, L.; GOLDSTEIN, M.: Expressed emotion and relapse in first episodes of schizophrenia. A rejoinder to McMillan et al. **British Journal of Psychiatry**, 1987, 151, 314-320.
- MINTZ, L.I.; NUECHTERLEIN, K.H.; GOLDSTEIN, M.J.; MINTZ, J.; SNYDER, K.S.: The initial onset of schizophrenia and family expressed emotion. Some methodological considerations. **British Journal of Psychiatry**, 1989, 154, 212-217.
- MOLINE, R.A.; SANT SINGH, M.S.W.; MORRIS, A. y MELTZER, H.Y.: Family expressed emotion and relapse in schizophrenia in 24 urban american patients. **American Journal of Psychiatry**, 1985, 142, 1078-1081.
- VAUGHN, C.E.; LEFF, J.: The influency of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patient. **British Journal of Psychiatry**, 1976, 129, 125-137.
- VAUGHN, C.; SNYDER, K.; JONES, S.; FREEMAN, W.B. y FALLOON, I.R.H.: Family factors in schizophrenic relapse: A replication. **Schizophrenia Bulletin**, 1982, 8, 425-426.
- VAUGHN, C.; SNYDER, K.; JONES, S.; FREEMAN, W.B.; y FALLOON, I.R.H.: Family factors in schizophrenic relapse. A Californi replication of the British Research on Expressed Emotion. **Archives of General Psychiatry**, 1984, 41, 1169-1177.
- WING, J.K.; COOPER, J.E. y SARTORIOUS, N.: **The Measurement and classification of psychiatric symptoms**. London: Cambridge University Press, 1974.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION: **Who disability assessment schedule**. (WHO/DAS). Geneva, 1985.