Análisis y Modificación de Conducta, 1988, Vol. 15, N.º 40.

EXPRESION DE EMOCIONES Y CURSO DE LA ESQUIZOFRENIA:

II. EXPRESION DE EMOCIONES Y EL CURSO DE LA ESQUIZOFRENIA EN PACIENTES EN REMISION

E. Gutierrez,*, V. Escudero,, J. A. Valero,***, M.C. Vazquez,**

J. A. Castro, L.C. Alvarez, M. Baltar, J. Blanco,*, I. Gonzalez,*** I. Gomez*****

* Dpto. Psicología Clínica y Psicobiología, Facultad de Fil. y CC.EE., UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

** UNED, Centro asociado de Pontevedra, PONTEVEDRA.

*** SANATORIO PSIQUIÁTRICO DE CONXO, SANTIAGO DE COMPOSTELA.

RESUMEN

Nueve meses después de finalizada la última admisión hospitalaria del paciente, los familiares de 32 pacientes esquizofrénicos crónicos fueron entrevistados con la Camberwell Family Interview, a partir de la cual se determinó su estatus en Expresión de Emociones (EE). Después de transcurridos 18 meses de siguimiento

los resultados de los análisis estadísticos efectuados muestran que los pacientes de hogares altos y bajos en EE (que son indistinguibles en cuanto a la edad, sexo, gravedad de la sintomatología residual, funcionamiento social, duración de la enfermedad y número de hospitalizaciones previas) se diferencian significativamente en cuanto al número de descompensaciones sufridas por los pacientes durante su residencia en el hogar y al número de recaídas observadas durante el periodo de seguimiento. Además, EE aparece como el predictor aislado más potente de las recaídas. El artículo finaliza comparando las calificaciones recibidas por los familiares en las escalas de Comentarios Críticos, Sobreimplicación Emocional y Hostilidad, con otros datos similares aparecidos en la literatura.

SUMMARY

Nine months after the last hospital admission of 32 chronic remitted schizophrenic patients their relatives were interviewed with the Camberwell Family Interview in order to determine their Expressed Emotion (EE) status. After a follow-up 18 months the results of statistical analyses performed show that patients living in both high EE and low EE groups (indistinguisable on several measures concerning sex, age, severity of residual symptomatology, social functioning, illness duration and number of previous hospitalizations) significatively differ with respect to a measure of clinical deterioration (suffered by patients while living at home), and relapses occurring in the follow-up. Moreover, EE is the best single predictor of those relapses. In the last section of the article a comparison is made of relatives' ratings on the scales of Critical Comments, Emotional Overinvolvement and Hostility with similar data appeared in the literature.

Hasta el momento presente todos los estudios prospectivos realizados en torno a la influencia de la Expresión de Emociones (EE) sobre el curso de la esquizofrenia (Brown, Monck, Carstairs y Wing, 1962; Brown, Birley y Wing, 1972; Vaughn y Leff, 1976a; Vaughn, Syder, Jones, Freeman y Falloon, 1984; Proyecto COSAMA - Vaughn 1985) en los que EE se ha revelado como un predictor importante de las recaidas, lo que excluye el caso de los estudios realizados en Hamburgo (Dulz y Hand,1986) y el más reciente realizado en Londres (MacMillan, Gold, Crown, Johnson y Johnstone, 1986a), a pesar de algunas diferencias todos en conjunto comparten una misma característica: han realizado la administración de la Camberwell Family Interview (CFI), base de la evaluación del estatus EE de los familiares, mientras el paciente se encontraba hospitalizado durante una fase aguda de la enfermedad. Esta circunstancia constituye una situación especial en la que es muy dificil, sino imposible, descartar que la EE de los familiares no sea una respuesta ante el cuadro de descompensación clínica, deterioro conductual y el ajuste y funcionamiento social deficiente presente durante los dias/semanas anteriores a la admisión del paciente en el hospital.

Debido a que en esos estudios la evaluación del estatus o perfil EE de los familiares se ha realizado durante la estancia del paciente en el hospital, aunque sea posible descartar estadísticamente que la asociación detectada entre EE y las recaidas no depende de una tercera variable, no existe forma posible de demostrar que esas actitudes críticas ya existían antes de que los familiares vislumbraran, ante los pródromos de la recaída que constituye el punto de arranque de los estudios realizados, la inmediatez futura de ésta. Herz (1984) y Herz y Melville (1980) han documentado de forma fehaciente que los familiares de los pacientes esquizofrénicos se percatan adecuadamente de los cambios que se van produciendo en las fases pródromo, antes de que la descompensación alcance su punto álgido en el que la exacerbación florida domina el cuadro sintomático. Sin embargo, debido a que en esos estudios mencionados previamente la medición de EE se realiza una vez que el proceso de descompensación ha

alcanzado ese punto álgido, no hay forma de determinar si esas características actitudinales de los familiares son el resultado de estrategias de afrontamiento defectuosas o inadecuadas (como señala Greenley, 1986), que los familiares han comenzado a emplear una vez que el paciente se encontraba en la fase pródromo de una recaída, o si ya estaban presentes mucho antes de que hubiera un signo de que tal cosa (un empeoramiento del paciente) pudiera ocurrir en un futuro próximo.

Relacionado con este punto queda aún un aspecto importante que ha sido pasado por alto sistemáticamente por todos los estudios realizados hasta la fecha sobre la relación entre EE y el Curso de la esquizofrenia. En todas las investigaciones realizadas se han controlado, como factores importantes de la historia anterior de la enfermedad, aspectos tales como el tipo de comienzo, la duración de la enfermedad, alguna estimación de la duración de las hospitalizaciones desde el inicio de la enfermedad, o simplemente un recuento del número de hospitalizaciones previas. Por otra parte, a medida que los diferentes estudios se han ido sucediendo, el reconocimiento de la complejidad de factores que pueden influir en la admisión de un paciente al hospital (fundamentalmente aquellos que pudieran contaminar su asociación con EE, como por ejemplo la posibilidad de que los familiares AEE fueran más proclives que los familiares BEE a demandar la admisión del paciente al hospital) ha provocado la aparición de otros criterios diferentes al de la mera readmisión del paciente al hospital, para juzgar los fenómenos clínicamente relevantes del curso de la enfermedad que ocurren durante la fase de seguimiento típica de los estudios dirigidos a examinar la relación de EE con el curso de la esquizofrenia.

Sin embargo, al proceder de ese modo, es decir no igualando los términos de recaída y rehospitalización, se comete un "agravio comparativo" ya que si en el período se seguimiento ciertos episodios del curso calificados como "recaídas" no se equiparan al mero recuento de rehospitalizaciones (sino que son juzgados por medio de un alarde de criterios cuantitativo/cualitativos más o menos complicado), también es obvio que episodios de esa misma índole habrán venido ocurriendo con anterioridad al momento en el que se inicia el período de seguimiento. Sin embargo, esos episodios (a los que nos referiremos a partir de ahora con el nombre de "descompensaciones") son ignorados y más importante aún mal representados cuando en esos estudios se incluye únicamente un recuento del número de admisiones previas, como una medida de la gravedad de la enfermedad anterior a la admisión clave que marca el antes y el después del curso de la enfermedad. Como se puede suponer, tampoco otras medidas

que pretenden reflejar la gravedad de la enfermedad anterior a la admisión clave, como el tipo de comienzo, la duración de la enfermedad, o la duración de la estancia en el hospital solucionan el problema que estamos planteando.

La repercusión de esta doble filosofía en el enjuiciamiento de períodos temporales distintos del curso de la enfermedad, sobre la autenticidad y supuesta independencia de la asociación detectada de EE con el curso de la esquizofrenia, es imposible de determinar para los estudios realizados. Obviamente, no desconocemos el hecho de que tanto en la investigación de Brown et al., (1972) como en la de Vaughn y Leff, (1976a) se incluyó una medida que pudiera representar un subproducto de la existencia de esas descompensaciones. Esa medida en cuestión comprendía una estimación de la perturbación conductual del paciente existente en los meses anteriores a la admisión del paciente en el hospital. Sin embargo, aunque en el caso de Brown et al., (1972) esta estimación, que se realizaba a partir de los informes de los familiares, cubría un período de tiempo de doce meses, en el caso del estudio de Vaughn y Leff (1976a) el período retrospectivo cubierto era de tres meses, sensiblemente menor al de seguimiento (de nueve meses en el caso de los dos estudios mencionados).

Por otro lado, a juzgar por el contenido de esa medida de la perturbación conductual previa, es bastante obvia su falta de adecuación a la hora de representar el aspecto de la historia al que nos hemos referido más atrás. El contenido de esa medida, según señalan Brown et al., (1972), se restringía a la presencia de una conducta claramente agresiva o delictiva durante los doce meses anteriores a la admisión, o a la existencia de una acusada perturbación conductual en torno al momento de la admisión.

Una forma adecuada de resolver las dos principales objeciones señaladas consistía en la administración de la CFI a los familiares durante una fase no aguda de la enfermedad (mientras el paciente se encuentra en remisión), prestando una adecuada atención a las descompensaciones clínicas, no seguidas de una admisión al hospital, ocurridas durante un período de tiempo anterior a la administración de la CFI lo suficientemente amplio. Procediendo así, se estaría en condiciones óptimas para estudiar la posibilidad de que la EE de los familiares fuera, de uno u otro modo, una respuesta ante las circustancias presentes o pasadas en el paciente. Por otro lado, una vez transcurrido un tiempo prudencial sería posible determinar si las recaídas que ocurriesen con posterioridad a la administración de la CFI (período de seguimiento) se encuentran asocia-

das bien con alguna característica del paciente, o bien con el estatus EE de los familiares.

Obviamente, si el estatus EE de los familiares es una característica reactiva no es probable que se encuentren perfiles de una alta EE (AEE) si dicha evaluación se realiza en un momento lo suficientemente alejado en el tiempo de la última fase aguda de la enfermedad. Además, si el estatus EE de los familiares es de caracter reactivo habría muy pocas posibilidades de que EE, medido en esas circustancias no especiales (ya que la CFI no se administra mientras el paciente está en el hospital), se encontrase asociado con el curso posterior de la enfermedad. Así pues, de ser la relación de EE con las recaídas una relación espúrea, la realización de la medición de EE en esas condiciones sería una forma adecuada de demostrarlo. Por el contrario, si EE no es una característica reactiva es de esperar que ocurra todo lo contrario, es decir que se detecten perfiles AEE en los familiares a pesar de que los pacientes se encuentren en remisión y que esos perfiles AEE estén asociados con el curso posterior de la enfermedad. Además, de aparecer esta segunda configuración en los datos, aún sería posible determinar en que medida una eventual asociación entre el estatus AEE de los familiares y el curso de la enfermedad se encuentra mediatizada por la presencia de descompensaciones en los pacientes.

Con el objeto de dilucidar cual de ambas interpretaciones se encuentra más apoyada en términos empíricos emprendimos un estudio, cuyo seguimiento a los 18 meses acaba de concluir y que pasamos a presentar a continuación.

HIPOTESIS

Primera hipótesis: A pesar de no realizarse la administración de la CFI durante una fase aguda de la enfermedad, existe una asociación entre un estatus alto en EE de los familiares con las Descompensaciones ocurridas desde la última estancia en el hospital y las recaídas posteriores a la administración de la CFI, no existiendo tal asociación con factores clínicos, demográficos o de ajuste y funcionamiento social del paciente.

Segunda hipótesis: De entre todas las variables incuidas, típicas de los estudios sobre EE, un estatus alto en EE de los familiares de los pacientes

esquizofrénicos es el predictor aislado más potente con respecto a las recaídas.

METODOLOGIA

Muestra.

Los pacientes que forman parte de este estudio pertenecen a un área de población rural/costera, sin grandes núcleos de población urbana, asignadas a un sector del Sanatorio Psiquiátrico de Conxo en Santiago de Compostela. La muestra está compuesta por treinta y dos pacientes esquizofrénicos que fue formándose consecutivamente a medida que los pacientes del Sector Cuatro dél mencionado Hospital (además de cuatro pacientes del Sector Uno) reunían los siguientes criterios:

1. Diagnóstico de esquizofrenia. A cada paciente se le exigía un diagnóstico de esquizofrenia según el DSM-III (APA, 1980). Además, para la última admisión al hospital los pacientes debían satisfacer los criterios del RDC (Spitzer, Endicott y Robins, 1975) para la esquizofrenia.

2. Edad comprendida entre dieciocho y cincuenta años.

3. No haber estado hospitalizado en los últimos nueve meses anteriores a la realización de la CFI.

4. Residencia contínua en el hogar actùal desde su última estancia en el hospital.

En la Tabla 1 se muestran las características sociodemográficas y clínicas de la muestra empleada.

TABLA 1. Características sociodemográficas y clínicas de la muestra.

	N	%
PACIENTES	32	100
SEXO:		
Masculino	26	81
Femenino	6	19
EDAD ($\bar{X}$ años)	31.7	
ESTATUS MARITAL%		
Soltero/a	29	91
Casado/a	2	6
Separado/a, Viudo/a Divorciado/a	1	3
TIPO DE HOGAR:		
Parental	23	72
Fraternal	6	19
Marital	1	3
Otros	2	6
ESTATUS SOCIOECONOMICO	BAJO	
DURACION DE LA ENFERMEDAD		
$\bar{X}$ años	8.03	
NUMERO DE HOSPITALIZACIONES PREVIAS ($\bar{X}$)	2.91	

INSTRUMENTOS Y MEDIDAS.

Tan pronto un paciente había sido seleccionado para formar parte de la muestra, las asistentes sociales del mencionado Sector Cuatro se ponía en contacto con los familiares y fijaban una entrevista en el dispensario de zona a la que acudían los familiares. Siempre que el paciente estaba casado su cónyugue era entrevistado y cuando vivía en el domocilio parental eran los dos padres los entrevistados. El la Tabla 2 se encuentran los datos de los cincuenta familiares entrevistados.

TABLA 2. Características de los familiares entrevistados.

	N	%
FAMILIARES ENTREVISTADOS	50	100
PARENTESCO:		
Madre	27	54
Padre	15	30
Hermano/a	5	10
Cónyuge	2	4
Tío/a	1	2
SEXO:		
Masculino	18	36
Femenino	32	54
EDAD ($\bar{X}$ años)	46.7	

Una vez que los familiares acudían al Dispensario de zona eran recibidos y entrevistados separadamente por un grupo de entrevistadores. Este grupo de entrevistadores estaba formado por dos psicólogos (V.E. y M. B.) y tres médicos (J.B., I.G. e I.G.) que trabajaban en el mencionado hospital. Su única misión era la de acudir a los Dispensarios y entrevistar a los familiares con la versión abreviada de la CFI y el Inventario para la

Evaluación de la Incapacidad (DAS-II). Este grupo de entrevistadores había pasado satisfactoriamente un período de entrenamiento durante el cual realizaron una serie de entrevistas de prueba (no incluídas en los análisis) con el objeto de adquirir maestría con respecto tanto al estilo de entrevista, como con respecto a la observación de ciertos requisitos específicos durante el transcurso de las entrevistas (períodos de tiempo a cubrir, número de veces y tipos de sondeos clarificadores permitidos, énfasis en ejemplos concretos, evitación de preguntas que coarten el tipo de respuesta, etc.).

Camberwell Family Interview.

Por lo que respecta a la versión de la CFI utilizada, se empleó una versión de en gallego de la versión en castellano (con mínimos retoques) entregada por C. Vaughn que había sido empleada por los investigadores del proyecto COSAMA (Jenkins, Karno, De la Selva, 1986).

La CFI es una entrevista semiestructurada que rastrea a fondo dos tipos de información: pbjetiva (referida a la vida del paciente en el hogar en los meses previos al ingreso) y subjetiva (los sentimientos y actitudes del familiar hacia el paciente y la enfermedad). En su versión abreviada su administración lleva de una a dos horas. Al ser una entrevista semiestructurada permite, a pesar de la existencia de directrices claras, una gran flexibilidad para adaptarse al estilo de cada entrevistado. De este modo, el desarrollo de la entrevista se parece más a una conversación informal que a un interrogatorio. Tal y como está organizado el manual, se comienza con una breve revisión de la historia psiquiátrica, lo que da paso a las circunstancias de la última admisión. A continuación las preguntas se dirigen sobre la ocurrencia de determinadas conductas del paciente y poco a poco se va pasando de las conductas sintomáticas a patrones más generales (ocurrencia de irritabilidad y discusiones, cantidad de contacto), para finalizar por lo general con aquellas áreas que tienen que ver con la participación del paciente en las tareas domésticas y la actitud del familiar con respecto a la medicación y a la enfermedad. Una descripción más detallada de la CFI puede encontrarse en el segundo capítulo del libro de Leff y Vaughn (1985), así como en el artículo de Vizcarro y Arevalo (1987).

Debido a que la CFI es una entrevista que se centra en torno a las circunstancias ocurridas en los tres meses previos a la admisión del paciente al hospital (y obviamente los pacientes de nuestra muestra no habían sido hospitalizados por lo menos durante los últimos nueve meses),

tuvimos que hacer algunos cambios mínimos. Así, por ejemplo la parte final de la historia psiquiátrica que tiene que ver con la última admisión al hospital (que es la admisión clave en todos los estudios realizados) en nuestro caso no tenía tanta importancia, ya que podía haber ocurrido hace mucho tiempo (por lo menos hacía nueve meses). De este modo, en nuestro estudio esta parte se restringía a un aspecto más de la historia el cual, tras un breve sondeo, daba paso a las restantes secciones centradas en los tres meses previos al momento de la entrevista.

Medición de los familiares.

Expresión de Emociones (EE). Una vez realizada la entrevista (CFI) que era grabada en cassette, ésta era entregada al primer auto (que había obtenido la acreditación necesaria para la realización de esas mediciones, al obtener índices de fiabilidad superiores a .80 tras la asistencia a un curso de entrenamiento en Londres con C. Vaughn en Noviembre de 1984) que era el encargado de realizar las mediciones en las diferentes escalas de Comentarios Críticos, Sobre-Implicación Emocional, Hostilidad, Calor y Comentarios Positivos, aunque sólo las tres primeras escalas fueron las utilizadas para ubicar a los familiares como altos (AEE) o bajos (BEE) en Expresión de Emociones. Además, una vez que un familiar sobrepasaba el punto de corte establecido en cualquiera de las tres escalas referidas, el hogar del paciente era considerado como AEE.

Aunque para una descripción más detallada del contenido y forma de evaluación en las mencionadas escalas se refiere al lector al capítulo tercero del libro de Leff y Vaughn (1985), así como al artículo de Vizcarro y Arevalo (1987), haremos aquí una breve mención a esas escalas.

Comentarios Críticos (CC): Incluye el recuento de todas las críticas realizadas por el familiar durante la CFI. El manual de entrenamiento define una crítica como "una afirmación que por el modo en el que se expresa constituye un comentario desfavorable de la conducta o la personalidad de la persona a la que se refiere". La crítica puede ser evidente por el contenido del comentario, pero fundamentalmente viene determinado por los aspectos vocálicos (ritmo, inflexión tono). En el primer caso, el contenido del comentario debe ser claro y no dejar lugar a dudas de que el familiar desaprueba, esta resentido o está disgustado por alguna conducta o característica del paciente. Por lo que respecta a los aspectos vocálicos se

atiende al volumen, velocidad, tono, risa nerviosa, etc., características todas ellas más difíciles de describir que de reconocer. Además siempre que tono y contenido sean incongruentes, el tono tiene prioridad. Siempre que un familiar emite seis o más críticas, automáticamente es considerado como alto en EE.

Sobre-Implicación Emocional (SIE): La evidencia acerca de la presencia de SIE se recoge de forma global en una escala de cero a cinco y puede aparecer bajo dos formas distintas. Una es por medio del informe que el propio entrevistado da de su propia conducta. La otra tiene que ver con la conducta manifiesta del entrevistado durante la CFI. Dentro del primer apartado existen tres tipos de informes del entrevistado, con respecto a su conducta pasada, que son importantes ya que pueden llegar a reflejar un grado de preocupación excesiva: presencia de una respuesta emocional y exagerada en el pasado, presencia de una conducta de dedicación y autosacrificio poco común y presencia de una conducta sobre-protectora extrema. Por lo que respecta al segundo apartado, la conducta manifiesta del familiar durante la CFI, se atiende a las dramatizaciones de incidentes o problemas triviales, las alabanzas extravagantes y las manifestaciones emocionales intensas (lloros, suspiros). Un familiar es considerado alto en esta escala si recibe una calificación igual o superior a tres.

Hostilidad (H): La hostilidad se evalúa globalmente en una escala de cuatro puntos, aunque la presencia inequívoca de un comentario hostil ya define automáticamente al familiar como hostil. Un comentario es definido como hostil cuando la persona es atacada por lo que es, más que por lo que hace. El afecto negativo es generalizado de tal modo que se expresa directamente contra la persona del paciente mismo, antes que hacia alguna característica de éste. Se juzga fundamentalmente por el contenido y se distinguen dos formas; hostilidad como Rechazo (el distanciamiento con la persona es total y a menudo adquiere la forma explícita de un deseo de corte absoluto de la relación) y hostilidad como Generalización (una crítica circunscrita es generalizada y se extiende a todas las áreas de actividad o hacia la existencia misma del paciente).

Medidas del Paciente.

Sintomatología Residual. Por las mismas fechas en las que sus familiares

eran entrevistados, los pacientes eran citados en el hospital donde un médico interno residente de tercer año (J.A.V.) sostenía una pequeña entrevista con los pacientes y les puntuaba en las distintas escalas de BPRS (Overall y Gorham,1962). Debido al hecho de que la persona encargada de la evaluación de la sintomatología residual estaba adscrito a un sector diferente de los que se extrajo la muestra, no tenían ningún conocimiento previo del paciente. Esta persona fue elegida para puntuar el BPRS debido a su gran experiencia con esa escala y sus calificaciones eran realizadas de forma ciega con respecto a cualquier otra medida del paciente o de sus familiares. Cuatro pacientes de la muestra original no acudieron a la cita en el hospital, por lo que no se les pudo calificar en el BPRS. Por esa razón tuvieron que ser descartados de algunos análisis, lo que se indicará oportunamente.

Ajuste y Funcionamiento Social. Una vez que los familiares habían sido entrevistados con la CFI y tras un breve descanso los entrevistadores procedían a entrevistar a los familiares según las instrucciones recogidas en el Manual para la Evaluación de la Incapacidad. El DAS-II es un cuestionario de entrevista semiestructurado, de aproximadamente una hora de duración, que permite la recogida de información acerca del nivel de disfunción en la conducta social y en el desempeño de roles específicos por parte de los pacientes durante el último mes. Este inventario ha sido diseñado específicamente como una herramienta para ser utilizada en diferentes culturas (Jablensky, Schwartz y Tomov, 1980) dentro del proyecto de la OMS: "Collaborative Study on the Assessment and Reduction of Psychiatric Disability". La presencia de esta vocación transcultural motivó la selección de este instrumento que únicamente requirió su traducción al gallego para su utilización. La entrevista aprovecha la información que el entrevistado posee del funcionamiento del paciente en diversas áreas. El Inventario se complementa con un Manual que además de aportar el modelo teórico de la incapacidad psiquiátrica, aporta el conjunto de directrices que ayudan a determinar la puntuación en las diferentes áreas. En nuestro caso sólo utilizamos las secciones 1 y 2 del Inventario, por ser las únicas que se adecuaban a nuestras necesidades. El DAS-II permite obtener diez puntuaciones aisladas o diversas combinaciones: subtotal de los cuatro primeros items (Conducta Global) o el subtotal de los seis últimos items (desempeño del Rol Social).

Las cintas gravadas del DAS-II eran entregadas a dos psicólogos (C.V. y J.A.C) los cuales, ciegos a cualquier otra calificación del paciente o de sus familiares, puntuaban las diferentes escalas. Cada una de las escalas

puede alcanzar un valor comprendido entre cero (No Disfunción) a ocho (Disfunción Máxima). Con objeto de poder comparar los porcentajes de acuerdo obtenidos entre los dos calificadores con los de otro estudio publicado (Jong, Giel, Sloof y Wiersma, 1985) los porcentajes de acuerdo, dicotomizando cada una de las escalas, oscilaron (acuerdo punto por punto) entre .84 (para la escala de "Participación en Actividades Domésticas") y 1.00 (para la escala de "Desempeño Laboral"). El acuerdo corregido al azar osciló entre K = .67 y K =1.00 para esas mismas escalas (los valores de Kappa para esas mismas escalas en el estudio de Jong et al., son de .73 y .93, respectivamente). Es interesante señalar que precisamente las escalas que obtuvieron en nuestro caso los valores de Kappa más bajos (.59 para la escala de "Rapidez de los Desempeños" y .38 para la escala de "Fricción") también fueron descartados en el estudio citado debido a que para esos autores eran "conceptual y empíricamente insatisfactorias" (p. 633).

Otras Medidas de los Pacientes. Las restantes medidas de los pacientes (Edad, Sexo, Número de Hospitalizaciones Previas, Duración de la Enfermedad, Tipo de Medicación Prescrita y Tipo de Diagnóstico -dicotomizado como Paranoide-No Paranoide) fueron obtenidas de la historia clínica que figuraba en el hospital. Por lo que respecta a las medidas referidas al Tamaño del Hogar y la Cantidad de Contacto Cara-a-Cara fueron proporcionadas directamente por los diferentes entrevistadores, ya que se obtienen a partir de secciones específicas de la CFI.

Mediciones del Curso.

Descompensaciones. Como ya hemos adelantado, una primera medida del curso es una medida retrospectiva, a saber, la existencia de descompensaciones que aunque no requiriesen para su control una admisión al hospital son, tal y como aquí definiremos las recaídas, acontecimientos que merecen una consideración de importancia. En nuestro caso, la importancia de este aspecto es clave. El estatus EE de los padres puede no estar relacionado con la historia de internamientos, pero bien pudiera estar relacionado con una estimación diferente de la historia psiquiátrica si se tuvieran en cuenta ciertos acontecimientos, que a pesar de no haber requerido un internamiento son, atendiendo al criterio adoptado más abajo para la identificación de una recaída, acontecimientos del curso de la misma importancia que las recaídas. Por lo tanto, se utilizó para la evalua-

ción de la presencia de descompensaciones el mismo criterio que para las recaídas, pero el período de tiempo examinado se refiere al transcurrido desde la finalización de la última estancia del paciente en el hospital hasta el momento en que se administró la CFI asus familiares.

Recaídas. Una vez transcurridos dieciocho meses de haberse tomado las mediciones iniciales de los familiares (EE) y de los pacientes (BPRS, DAS-II), el primer autor mantenía una entrevista con los diferentes psiquiatras que tenían asignados a cada uno de los pacientes incluidos en la muestra. Tan pronto un paciente era dado de alta del hospital el psiquiatra que le tuvo a su cargo durante el período que duró la admisión al hospital mantenía, con una periocidad mensual, entrevistas de seguimiento con el paciente en el dispensario más cercano al hogar de éste. Durante el transcurso de esas revisiones mensuales el psiquiatra anota en la historia del dispensario la presencia de cualquier signo de mejoría o empeoramiento del paciente. También anota la colaboración en la toma de medicación, el tipo de medicación prescrita, así como los cambios en este apartado y las razones que lo motivaron. La definición del término "recaída" es un asunto problemático. Falloon (1982) ha mostrado como los porcentajes de recaídas pueden variar sustancialmente dependiendo de los criterios adoptados para su definición. También este mismo autor (Falloon, 1984) ha clasificado, dependiendo de la restrictividad de los criterios, las definiciones del término "recaídas" se iguala a rehospitalización, mientras que en el extremo opuesto el término "recaídas" depende de la observación de una serie de criterios específicos cuantitativos, prefijados de antemano, que son utilizados para tomar la decisión oportuna. El criterio adoptado en nuestro estudio se corresponde con el rango intermedio, atendiendo a la clasificación aportada por Falloon (1984). Así, en nuestro caso el término "recaída" se restringe a la "presencia de cualquier cambio significativo en la medicación neuroléptica prescrita debido a un empeoramiento del cuadro clínico" (Falloon, 1984, p. 294).

Con respecto a la evaluación de las recaídas queremos resaltar dos características de nuestro estudio. En primer lugar, los psiquiatras entrevistados no tenían ningún tipo de información referida a las diversas calificaciones, tanto del paciente (BPRS, DAS-II) como de los familiares (EE) tomadas dieciocho meses antes. No se hicieron marcas especiales en las historias de dispensarios, de modo que fuera evidente que aquella historia iba a ser revisada con posterioridad y ni tan siquiera se les había advertido que tal cosa fuera a ocurrir en el futuro. Además, los datos que aquí se presentarán divididos en períodos de seguimiento de seis, doce y dieciocho

meses, fueron tomados en una única entrevista (que coincidía con el seguimiento a los dieciocho meses). De este modo, es muy improbable que las decisiones tomadas para los pacientes de la muestra se aparten del tipo de decisiones y tratamiento "típico" que se administra a los restantes pacientes que asisten al dispensario.

Por otra parte, la historia de dispensario de diez pacientes fue entregada a otro psiquiatra, que no tenía asignado a su cargo a esos pacientes, con el objeto de determinar el acuerdo con respecto a qué y cuántos episodios de la historia de esos diez pacientes merecían ser calificados como "recaídas" y "descompensaciones" (en virtud del criterio adopatado, mencionado más atrás). El acuerdo fue perfecto (K= 1.00). También de la historia de dispensario, y durante la entrevista mantenida para la determinación de la ocurrencia de descompensaciones y recaídas, se obtuvo la información concerniente a la colaboración en la toma de medicación de mantenimiento durante los dieciocho meses del seguimiento.

RESULTADOS

Para comprobar la exactitud de las predicciones que se desprenden de nuestras dos hipótesis realizamos tres tipos de análisis estadísticos diferenciados: Chi cuadrado, Análisis de varianza y Análisis de regresión múltiple. En primer lugar presentaremos los análisis correspondientes a las predicciones que se desprenden de la primera hipótesis.

Debido al hecho que cuatro pacientes no acudieron a la cita concertada en el hospital y cuyo objeto era la determinación del grado de sintomatología residual, en algunos análisis el número total de pacientes será de 28. Para estos primeros análisis que vamos a presentar, la V.I. utilizada es EE que forma dos grupos; el grupo de pacientes que residen con algún familiar categorizado como AE y el grupo de pacientes que residen en hogares con familiares BEE.

De los cincuenta familiares entrevistados, doce (24%) fueron calificados como AEE. De esos doce familiares, tres (códigos 301, 306 y 231 -ver Tabla 9) sobrepasaron los puntos de corte establecidos para las escalas de CC y SIE, dos (códigos 202 y 113) únicamente el establecido para CC, dos más (códigos 120 y 223) los de las escalas de CC y H, cuatro (códigos 109, 211, 213, 219) alcanzaron o sobrepasaron el punto de corte de SIE y uno sólo (código 216) rebasó los puntos de corte para las tres escalas de

CC, SIE y H.

De acuerdo con la práctica común desde el estudio de Brown et al. (1972), un familiar es considerado AEE con sólo sobrepasar el punto de corte establecido para cualquiera de las tres escalas mencionadas (CC, SIE, H) y el hogar de un paciente es considerado como AEE cuando al menos un familiar recibía individualmente dicha calificación. Sólo en un caso, los dos padres (códigos 113 y 213) de un paciente (caso 13) fueron calificados separadamente como altos en EE, así pues, once de los treinta y dos pacientes (34,4%) residían en hogares en hogares AEE y 21 (65.6%) en hogares BEE.

Anova para Sintomatología Residual.

Tal y como dijimos anteriormente el BPRS facilita dieciocho medidas en otras escalas, así como dos subtotales (uno para las dieciseis primeras escalas y otro para el total de dieciocho escalas). La razón de incluir el subtotal de las dieciseis primeras escalas se debe al hecho de que esas dieciseis escalas fueron las que aparecieron en su versión original (Overall & Gorham, 1962), a pesar de que con el transcurso de los años se le hayan acumulado escalas adicionales (Hedlund y Vieweg, 1980). En la Tabla 3 aparecen los resultados de los veinte análisis de varianza realizados con respecto a las diferentes medidas proporcionadas por el BPRS.

TABLA 3. ANOVAS para Sintomatología Residual (BPRS).

VARIABLES	F	G.L.	P.
PREOCUPACIONES SOMATICAS	.20	1.26	.6035
ANSIEDAD	.93	1.26	.3441
RETRAIMIENTO AFECTIVO	.14	1.26	.7108
DESORGANIZACION PENSAMIENTO	.04	1.26	.8431
SENTIMIENTOS DE CULPA	1.01	1.26	.3234
COMPORTAMIENTO MOTOR	1.30	1.26	.2853
ESTEREOTIPIAS Y AMANERAMIENTOS	6.57	1.26	.0165 **
MEGALOMANIA	.32	1.26	.5743
TENDENCIAS DEPRESIVAS	.11	1.26	.7427
HOSTILIDAD	2.74	1.26	.1100
DESCONFIANZA	.06	1.26	.8058
CONDUCTA ALUCINATORIA	.00	1.26	.9878
INHIBICION MOTORA	1.32	1.26	.2606
FALTA DE COOPERACION	.48	1.26	.5043
CONTENIDO DEL PENSAMIENTO	.47	1.26	.5001
ENGOTAMIENTO AFECTIVO	.20	1.26	.6588
EXCITACION	1.41	1.26	.2460
DESORIENTACION	1.93	1.26	.1784
TOTAL 18 ESCALAS	.36	1.26	.5550
TOTAL 16 ESCALAS	.65	1.26	.4260

Tal y como predijimos, los grupos de pacientes que residen en hogares AEE y BEE son indistinguibles en cuanto al grado de sintomatología residual presente en las fechas en que fue determinado el estatus EE de sus familiares. Sólo una escala, de las veinte medidas incluídas (la correspondiente a la séptima escala; Estereotipias y Amaneramientos) distingue entre ambos grupos (F 1,24 = 6.57, p .05).

Anova para Ajuste y Funcionamiento Social.

Esta dimensión de Ajuste y Funcionamiento Social está compuesta como se indicó, por trece medidas y en la Tabla 4 aparecen los resultados de los trece ANOVAS efectuados debido a que las puntuaciones en el DAS-II se efectuaban a partir del informe de los familiares, cuando para

TABLA 4. ANOVAS para Ajuste y Funcionamiento Social (DAS - II).

VARIABLES	F	G.L.	P.
CUIDADO PERSONAL	2.04	1.26	.1649
ACTIVIDADES TIEMPO LIBRE	.23	1.26	.6333
LENTITUD/RAPIDEZ MOVIMIENTOS	.02	1.26	.8977
COMUNICACION	.00	1.26	.9511
PARTICIPACION ACTIV. DOMESTICAS	.04	1.26	.8417
ROL HETEROSEXUAL	.65	1.26	.4280
FRICCION	.10	1.26	.7584
INTERES/DESEMPEÑO LABORAL	.93	1.26	.3449
INTERES EN LA INFORMACION	.02	1.26	.8883
SITUACIONES DE EMERGENCIA	.76	1.26	.3905
DAS: CONDUCTA GLOBAL	.29	1.26	.5920
DAS: DESEMPEÑO ROL SOCIAL	.11	1.26	.7428
DAS: TOTAL	.18	1.26	.6708

un determinado paciente se entrevistaba a más de un familiar la puntuación resultante para cada una de las diez escalas era la media de las puntuaciones obtenidas a partir de los informes de cada uno de los dos familiares entrevistados. Como se puede observar en la Tabla 4, ninguno de los trece ANOVAS realizados diferención en absoluto a los pacientes de ambos grupos, AEE y BEE.

Análisis para las Variables de Edad, Tamaño del Hogar, Historia de Admisiones, Duración de la Enfermedad, Sexo, Diagnóstico, Cantidad de Contacto, Tipo de Medicación, Descompensación y Recaídas.

Los resultados de los diferentes análisis estadísticos efectuados para las mencionadas variables aparecen en la Tabla 5. En la parte superior de la mencionada Tabla se encuentran los ANOVAS efectuados para las cuatro

TABLA 5. Análisis para las variables de Edad, Tamaño del Hogar, Historia de Admisiones, Duración de la Enfermedad, Descompensaciones, Sexo, Diagnóstico, Contacto, Tipo de Medicación y Recaídas.

- ANOVAS -

Vaciables	F	G.L.	P
EDAD	.01	1.26	.9107
TAMAÑO DEL HOGAR	.06	1.26	.8113
HISTORIA DE ADMISIONES	3.15	1.26	.0876
DURACION DE LA ENFERMEDAD	.98	1.26	.3319

- CHI CUADRADO -

	G.L.	P
DESCOMPENSACIONES (*)	1	.03
SEXO (*)	1	.24
DIAGNOSTICO (**)	1	.29
CONTACTO CARA-A-CARA (**)	1	.27
TIPO DE MEDICACION		
Oral Vs. Mixto/Inyectable (*)	1	.24
Oral/Mixto Vs. Inyectable (*)	1	.28
RECAIDAS		
Seis meses (*)	1	.01
Doce meses (*)	1	.009
Dieciocho meses (*)	1	.009

(*) Chi Cuadrado calculado según el Método Exacto de Fisher
(**) Chi Cuadrado calculado según la Corrección de Yates

primeras variables. Los resultados de esos cuatro ANOVAS no dejan lugar a dudas: los pacientes que residen en hogares AEE no se diferencian significativamente en cuanto a la Edad, Tamaño del Hogar (número de personas que conviven regularmente en el hogar), Historia de Admisiones y Duración de la Enfermedad, con respecto a los pacientes de hogares BEE (aunque los pacientes de hogares AEE tienen un mayor número de admisiones previas, esa diferencia no llega a ser significativa).

Con respecto a las cinco últimas variables mencionadas, cuyos resultados se muestran en la parte inferior de la Tabla 5, dada su naturaleza, que no permite considerarlas en una escala de intervalo, la prueba estadística apropiada es el Chi Cuadrado de Fisher. La primera variable de este tipo a la que queremos referirnos es Descompensaciones, que tal y como aquí la hemos definido es juzgada por los mosmos criterios que las recaídas de la fase prospectiva de nuestro estudio; es decir, la existencia en la historia de dispensario de un cambio significativo en la cantidad de medicación neoroléptica de mantenimiento prescrita debido a un evidente deterioro clínico. El período de tiempo sobre el que se juzgó la ocurrencia de descompensaciones para un determinado paciente se extendió, retrospectivamente a partir del momento en que se aplicó la CFI a sus familiares, a lo largo de al menos nueve meses (pues este período de tiempo era el mínimo de estancia fuera del hospital exigido para la inclusión de un caso en la muestra).

Ahora bien, en la gran mayoría de los casos incluidos en la muestra la residencia contínua en el hogar, desde su última salida del hospital, sobrepasaba con mucho ese criterio mínimo de nueve meses (la media del período retrospectivo examinado para la variable referida a las descompensaciones fue de veintidos meses). Más atrás hemos visto como una estimación restringida de un aspecto de la historia (número de admisiones previas al hospital desde el comienzo de la enfermedad) no distinguía entre los dos grupos de pacientes. Sin embargo, si se toma en consideración las descompensaciones ocurridas, tal y como aquí las hemos definido y por el período de tiempo examinado (mínimo de nueve meses, máximo de cuarenta y ocho meses), surge una imagen totalmente distinta. Durante el período de tiempo transcurrido desde su última estancia en el hospital hasta el momento en que se aplicó la CFI a sus familiares, cinco pacientes de la muestra total habían sufrido al menos una descompensación. De esos cinco pacientes (para los que se contabilizaron al menos una descompensación, aunque en dos casos, uno de cada grupo, se contabilizaron dos descompensaciones), los hogares de cuatro de ellos fueron categorizados como AEE, lo que arroja una diferencia significativa entre ambos grupos (Chi cuadrado, método exacto de Fisher, gl=1, p .03).

Los datos de la variable Sexo se distribuyen como sigue: veintiseis de los treinta y dos pacientes (81.2%) eran pacientes masculinos y de los pacientes que residían en hogares AEE, ocho eran pacientes masculinos y tres pacientes femeninos. No hay diferencias significativas entre ambos grupos (Chi cuadrado, método exacto de Fisher, gl=1, p .24).

La variable Diagnóstico se hala dicotomizada en Esquizofrenia Paranoide (Código 295.3 del DSM-III) y Esquizofrenia No-Paranoide (Códigos 295.1, 295.2, 295.6 y 295.9 del DSM-III). En el total de la muestra, diecisiete pacientes (53%) habían recibido un diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide, de los cuales seis pertenecían al grupo AEE. Tampoco en este caso existen diferencias significativas entre ambos grupos (Chi cuadrado, Corrección de Yates=.07, gl=1, n.s).

La variable Cantidad de Contacto está dicotomizada como contacto Alto (>35 horas/semana) y Bajo (<35 horas/semana). De los treinta y dos pacientes de la muestra, dieciseis (50%) mantenían un contacto estrecho con sus familiares durante los tres meses anteriores a la realización de la CFI y en cinco casos ese contacto estrecho con un familiar calificado de AEE sobrepasaba la cifra de 35 h/semana. Tampoco en este caso existen diferencias significativas (Chi cuadrado, Corrección de Yates,=00, gl=1, n.s).

Por último, la variable Tipo de Medicación contempla dos agrupamientos diferentes (Oral Vs. Mixta/Depot y Oral/Mixta Vs. Depot) de las tres modalidades de administración en que la medicación de mantenimiento prescrita a los pacientes desde su última estancia en el hospital. Para catorce pacientes de la muestra total (44%), de los que cuatro pertenecían al grupo AEE (36%), el tipo de medicación neuroléptica prescrita desde su última estancia en el hospital era de administración oral. Medicación neoroléptica depot había sido prescrita a siete pacientes (22%), de los cuales dos (18%) pertenecían al grupo AEE y una combinación de las dos presentaciones anteriores había sido prescrita a los once pacientes restantes (34%), de los cuales cinco (45%) pertenecían al grupo AEE. Tampoco en ninguno de los dos agrupamientos aparecían diferencias significativas entre los grupos de pacientes que residen en los dos tipos de hogares, AEE y BEE (Chi cuadrado, Método exacto de Fisher, gl=1, p .24 y .28, respectivamente para cada uno de los agrupamientos citados).

El objeto de incluir estas dos últimas variables (Contacto y Tipo de Medicación) que se refieren a períodos anteriores a la administración de la CFI, se debe a razones diferentes pero relacionadas ambas con la posibilidad de que el estatus EE de los familiares pudiera estar relacionada de alguna forma, bien con la disponibilidad del paciente dentro del entorno

físico habitual de un familiar determinado (caso de la variable Contacto), o bien con el Tipo de Medicación neuroléptica prescrita. La administración del neuroléptico de mantenimiento en una u otra presentación obedece a diferentes razones (facilitar la conciencia de enfermedad y la responsabilidad del paciente, en el caso de la medicación oral, o controlar la ausencia de autoridad de los familiares que conviven con el paciente ante un abandono de la medicación, en el caso de la medicación depot). De cualquier modo, siempre que hay algún riesgo de posible falta de colaboración y el depot es tolerado existía, por parte de los psiquiatras que tenían a su cargo a los pacientes, la tendencia a prescribir un neoroléptico depot. Aunque existen otras razones, el hecho es que a través de esas decisiones clínicas parecen latir posibles dimensiones importantes (calidad de la relación con los familiares y colaboración de estos en el tratamiento, o niveles de conciencia de enfermedad diferentes, lo que apunta a signos pronósticos muy diferentes). Sin embargo, ninguna de las dos medidas arroja diferencias significativas entre los grupos AEE y BEE.

Por lo que respecta a la variable recaídas, los datos de los análisis estadísticos efectuados se presentan diferenciados para los tres períodos de seguimiento (seis meses, doce meses y dieciocho meses después de la aplicación de la CFI). Si hasta ahora la tendencia general de los análisis efectuados era la no existencia de diferencias significativas, las diferencias entre ambos grupos AEE y BEE son claramente significativas con respecto a las recaídas. Se contabiliza como recaídas el caso de un paciente que al menos recae una vez, independientemente de las veces que recaiga en total. Durante los primeros seis meses del seguimiento seis pacientes de la muestra total habían recaído, cinco de ellos (46%) pertenecían al grupo de once que vivían en hogares AEE y sólo uno (5%) al grupo de veintiún pacientes que residían en hogares BEE (Chi cuadrado, Método exacto de Fisher, gl=1, p .01). Durante el período comprendido entre los seis y doce meses recayeron dos pacientes más (uno de cada uno de los grupos), no existiendo de los doce a los dieciocho meses ningún caso de un paciente que recayera y que no hubiera recaído en los períodos de seguimiento anteriores. Por lo tanto, las cifras de recaídas a los doce y dieciocho meses son las mismas: seis pacientes (54%) del grupo AEE habían sufrido al menos una recaída, mientras que eso había ocurrido sólo en el caso de dos pacientes (9.5%) del grupo BEE (Chi cuadrado, método exacto de Fisher, gl=1, p .009).

Además, en la mayoría de los casos se registraron varias recaídas para un mismo paciente a lo largo del período de seguimiento. Así, aunque sólo en ocho casos de la muestra total se contabilizó al menos una recaída, el número total de episodios diferentes, contabilizados como recaí-

das, para los dos pacientes del grupo BEE fue de cuatro, mientras que el número total de recaídas contabilizadas por los seis pacientes del grupo AEE se elevó a ¡quince! (salvo en un caso todos estos pacientes sufrieron más de una recaída durante el período de seguimiento total, cuatro sufrieron tres recaídas y en un caso se contabilizaron hasta cuatro recaídas). Por otra parte, aunque seis de los ocho pacientes que recayeron fueron rehospitalizados en algún momento durante los dieciocho meses de seguimiento, atendiendo al número total de recaídas diferentes ocurridas (quince para el grupo AEE y cuatro para el grupo BEE) sólo ocho de esas diecinueve recaídas (42%) fueron seguidas de una admisión al hospital. Más aún, seis (40%) de las quince recaídas diferentes contabilizadas por el grupo de pacientes que residían en hogares AEE, significaron una rehospitalización mientras que la admisión al hospital se dio en dos (50%) de las cuatro recaídas totalizadas por el grupo de pacientes que residían en hogares BEE (Chi cuadrado, método exacto de Fisher,= .40, gl=1, n.s). Por lo tanto, es obvio que la variable Recaídas no coincide con la admisión al hospital y que cuando ésto ocurrió, de ningún modo se registró en mayor medida para el grupo AEE, sino más bien lo contrario.

Análisis de Regresión.

Aunque parece claramente que el estatus EE del hogar se encuentra firmemente asociado con las recaídas, bien pudiera ocurrir que esa asociación estuviera mediatizada por la relación de una tercera variable con ambas (caso, por ejemplo, de las descompensaciones o de la escala del BPRS), o bien que alguna otra variable incluida, no asociada con el estatus EE del hogar, estuviera más fuertemente asociada con las recaídas que EE. Todos estos supuestos afectan a lo afirmado en la segunda hipótesis, por lo que es preceptivo realizar un análisis que nos permita conocer:

a) cuales de las medidas incluidas, además de EE, están asociadas con las recaídas, es decir, son predictores potenciales,

b) cuales de esas asociaciones entre los probables predictores y las recaídas se mantienen, cuando de esa relación se ha parcializado la posible contribución de otros posibles predictores (con particular atención a las descompensaciones y a la escala 7 del BPRS en el caso de la relación entre EE y las recaídas), y

c) cual es el orden de importancia y el número de predictores suficientes para dar cuenta de las recaídas.

El análisis seleccionado y que se ajusta a nuestra situación, en la que tanto la V.D (recaídas) como algunas V.I son variables categóricas (dicotómicas), es el análisis de regresión múltiple logístico paso a paso (Dixon, Brown, Engelman, Frang, Hill, Jennrich y Toporek, 1983, p.330). Para la selección del posible conjunto de predictores, de entre el grupo total de medidas tomadas, hemos seguido el criterio de seleccionar de la matriz total de correlaciones entre las medidas incluidas y las recaídas, aquel conjunto de variables cuya correlación con las recaídas es significativa. En la Tabla 6 se muestran las variables seleccionadas según ese criterio.

TABLA 6. Correlaciones más altas con la variable Recaídas.

Variables	Recaídas		
	6 M	12 M	18 M
EXPRESION EMOCIONES	.50***	.49***	.49***
DESCOMPENSACIONES	.23 *	.35 **	.35 **
MEDICACION	.40 **	.31 *	.31 *
HOSPITALIZACIONES PREVIAS	.29 *	.23 *	.23 *
TAMAÑO DEL HOGAR	.40 **	.28 *	.28 *

Niveles de Significación: * = > .10 ** = < .05 *** = < .01

En la Tabla 7 se muestran las variables seleccionadas por el programa PRL del paquete estadístico del BMDP, así como el orden en el que han sido seleccionadas paso a paso. En el análisis de regresión realizado para las recaídas del primer período de seguimiento a los seis meses, las variables seleccionadas son, por este orde, EE y Tamaño del Hogar. En la parte inferior de la Tabla 7 aparecen los resultados del análisis de regresión realizado para los dos períodos de seguimiento restantes (recuerdese que ningún paciente nuevo, es decir que no hubiera recaído anteriormente, recayó después de los doce meses). En este último caso, EE es el único predictor seleccionado. La selección en ambos análisis de la variable estatus EE del hogar se muestra acorde con los resultados publicados por diferentes estudios hasta la fecha y en lo que el estatus EE del hogar se ha revelado como un predictor importante del curso de la enfermedad.

También resalta la aparición de la variable Tamaño del Hogar como un predictor importante a los seis meses. Que sepamos, esta variable no ha sido incluida en otros estudios anteriores y parece ser un factor importante. Más adelante haremos algún comentario más referido a esta variable, pero centrémonos ahora en lo que parece ser un resultado chocante de los análisis efectuados: el hecho que la Colaboración en la Toma de la Medicación de Mantenimiento no aparezca como una variable interesante en ninguno de los análisis de regresión efectuados.

TABLA 7. Tabla resumen de los Análisis de Regresión para la variable Recaídas.

PASOS	VARIABLES	G.L.	PROB/LOG.	CHI CUADRADO	p
		- SEGUIMIENTO A LOS 6 MESES -			
0			-15.442		
1	EXPRESION EMOCIONES	1	-11.599	7.686	.006
2	TAMAÑO DEL HOGAR	1	-10.019	3.161	.075
		- SEGUIMIENTO A LOS 12 y 18 MESES -			
0			-17.995		
1	EXPRESION EMOCIONES	1	-14.183	7.623	.006

Otros análisis.

Como se aprecia en la Figura presentada en el artículo que abre esta serie, en los estudios llevados a cabo en Inglaterra (Brown et al., 1972; Vaughn y Leff, 1976a) tanto la protección aportada por la medicación de mantenimiento como el contacto reducido aparecen como claros factores que modulan, a la baja, la probabilidad de recaída en los pacientes que residen en hogares AEE, siendo aditiva la protección que separadamente parecen proporcionar cada uno de esos factores. También ambos factores protectores de las recaídas eran importantes en el estudio con pacientes esquizofrénicos anglo-americanos llevado a cabo en Los Angeles (Vaughn

et al., 1984). Sin embargo, en este último estudio los porcentajes de recaídas para los pacientes que residían en hogares AEE sólo descendían cuando ambos factores se daban conjuntamente (es decir, la protección dependía de la interacción entre ambos factores.

No obstante, prosiguiendo los análisis en nuestro estudio, ni la ausencia de la colaboración en la toma de la medicación neuroléptica de mantenimiento ni la existencia de un contacto cara-a-cara intenso parecen modular en ningún sentido las recaídas a los seis meses, tanto en el caso de la muestra total (Chi cuadrado, método exacto de Fisher, gl = 1, p .08 y .24., para Colaboración en la Medicación y Contacto respectivamente) como en el subgrupo de pacientes que residen en hogares AEE (Chi cuadrado, método exacto de Fisher, gl = 1, p .18 y .43, respectivamente para las mismas variables). Ambas medidas, tampoco a los doce y dieciocho meses parecen afectar a las recaídas en la muestra total (Chi cuadrado, método exacto de Fisher, gl = 1, p .14 y .23) ni en el subgrupo AEE (Chi cuadrado, método exacto de Fisher, gl = 1, p .27 y .43). Explorando la posibilidad de que ambos factores pudieran actuar no de forma aditiva, sino interactiva (y a pesar del pequeño número de casos por casilla) realizamos algunos análisis con el objeto de comprobar si la presencia conjunta de ambos factores suponía un mayor riesgo de recaída. Tampoco la presencia conjunta de ambos factores parece ser particularmente nociva ni para la muestra total (Chi cuadrado, método exacto de Fisher, gl=1, p .12 y .19 a los seis y doce/dieciocho meses) ni para el subgrupo AEE (Chi cuadrado. método exacto de Fisher, gl=1, p .40 y .60 a los seis y doce/dieciocho meses respectivamente).

Sin embargo, es necesario realizar algunas matizaciones, de diferente naturaleza, sobre las conclusiones que se pueden desprender de los resultados de los análisis recién presentados. En primer lugar, con respecto a la variable Colaboración en la toma de la medicación, durante todo el período de dieciocho meses de seguimiento sólo tres pacientes de la muestra total se hallaron, por un período igual o superior a cuatro semanas, fuera de la protección de la dosis de neuroléptico de mantenimiento prescrita (dos pertenecían al grupo AEE y ambos recayeron -uno medicación oral y otro mixta- y el restante medicación oral- al grupo BEE y no recayó). El comentario que deseamos realizar se refiere al bajo porcentaje de pacientes (9% de la muestra total) que interrumpieron la toma de medicación. Este bajo porcentaje puede estar sin duda relacionado con el hecho de que sólo el 44% de los pacientes tomaban medicación oral, pero principalmente creemos que tiene que ver con la práctica de las visitas domiciliarias que los psiquiatras realizan bien cuando

un paciente no acude a revisión mensual (ocasión en la que se le administra la medicación inyectable), o bien cuando es avisado de que el paciente rehusa tomar la medicación. De este modo, el alto porcentaje de colaboración en la medicación (91%) se encuentra inflado por esa razón, pues en realidad los pacientes tuvieron pocas posibilidades de no colaboración. Debido a estas razones y con el exíguo número de casos no protegidos por la medicación de mantenimiento es arriesgado pronunciarse, en uno u otro sentido, sobre el papel de la medicación en la evitación de las recaídas.

Otra cosa distinta es lo que ocurre con la variable Cantidad de Contacto, pues los únicos datos disponibles que tenemos referidos a esa variable son estimaciones del contacto existente durante los meses anteriores a la administración de la CFI, aunque la impresión obtenida durante la CFI es que los patrones de cuidado y contacto con el paciente (dada la cronicidad de la muestra) no habían variado mucho con el tiempo. Dieciseis pacientes de la muestra (50%) se encontraban en la situación de contacto alto (>35 h/semana), de los cuales cinco pertenecían al grupo de pacientes que residían en hogares AEE y tres de ellos recayeron (dos durante los seis primeros meses y otro de los seis a los doce meses). En los once casos restantes, pertenecientes al grupo BEE, ninguno recayó.

Los investigadores del proyecto COSAMA (Vaughn, 1985) han informado que en su muestra de pacientes esquizofrénicos mexico-americanos residentes en el área de Los Angeles, tampoco un contacto elevado parece afectar negativamente a los pacientes que conviven con un familiar AEE. La explicación que los miembros de proyecto COSAMA dan de ese hecho está relacionada con la medida que aquí hemos denominado Tamaño del Hogar. Esos autores plantean que el mayor número de personas que suelen residir en los hogares AEE mexico-americanos puede suponer un amortiguamiento del efecto negativo del contacto con familiares AEE. Sin embargo, tal y como hemos presentado, no parece que esta sea una hipótesis plausible ya que, a juzgar por los resultados de los análisis efectuados, el Tamaño del Hogar en sí mismo, parece ser un factor asociado con las recaídas, por lo menos en lo que se refiere al subgrupo de pacientes residentes en hogares AEE (Chi cuadrado, método exacto de Fisher, gl=1, p .002 y .06, 6 y 12/18 meses respectivamente).

ANALISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE LA EXPRESION DE EMOCIONES DURANTE LA CFI.

Además de los resultados atrás consignados nos parece interesante

aportaron algunos datos, presentados más en detalle en otro lugar (Gutierrez y Escudero, 1986), con respecto a las características del comportamiento EE de los familiares durante el transcurso de la CFI. La razón de presentar los datos que siguen a continuación estriba en el hecho de que hasta la fecha no existen publicados datos a este respecto de una muestra española. Por otra parte, no debe olvidarse que los datos que vamos a presentar se refieren a una administración de la CFI (base de las mediciones de EE) que no se realizó mientras transcurría la estancia del paciente en el hospital, **sino durante una fase en la que los pacientes se encontraban en remisión y por lo menos nueve meses después de finalizada la última admisión del paciente al hospital.** No obstante, a pesar de esa diferencia en cuanto al momento de la administración de la CFI, creemos interesante la presentación de los datos que a continuación se muestran.

En primer lugar, una primera comparación a realizar, con respecto a datos similares publicados de otros estudios, sería aquella relacionada con el porcentaje de padres entrevistados (en relación a otro tipo de vínculo familiar con el paciente). En nuestro estudio, el 64% de los familiares entrevistados eran padres o madres de los pacientes, mientras que éste parentesco con el paciente se daba en el 57% de los familiares entrevistados en el caso conjunto de los dos estudios realizados en Londres (Brown et al., 1972; Vaughn y Leff, 1976a), en el 77% de los familiares entrevistados en el estudio de Los Angeles (Vaughn et al., 1984) y en el 65% y 75% de los familiares entrevistados en los estudios realizados en Hamburgo (Dulz y Hand, 1986) y el más reciente realizado en Londres (MacMillan, Gold, Crow, Johnson y Johnstone, 1986b). Así, la proporción relativa de padres, frente a otro tipo de familiares, entrevistados en nuestro estudio se encuentra en un lugar intermedio con respecto a otros estudios realizados.

Por otro lado, en nuestro estudio para el 38% de los pacientes de la muestra de hecho se entrevistó a ambos padres (mientras que esto ocurrió para el 27% de los pacientes de los dos estudios de Londres, para el 52% en el estudio de Los Angeles, para el 38% en el estudio de Hamburgo y para el 7% en el último estudio realizado en Londres). Este dato, conjuntamente con los anteriores, reflejan que la composición del tipo de familiares en nuestro estudio no se aparta en exceso de las composiciones incluidas en otros estudios. A continuación presentamos tres tablas en las que se realizan diversas comparaciones entre los datos de nuestro estudio, referidos a las calificaciones y al comportamiento de los familiares en las escalas CC, SIE y H y datos similares de otros estudios.

Comentarios críticos. Por lo que respecta al comportamiento de los familiares en la escala CC, en la Tabla 8 se muestran algunos datos relevantes

TABLA 8. Características de los Comentarios Críticos de los familiares de pacientes esquizofrénicos en diferentes estudios.

POBLACION ESTUDIADA	Familiares Entrevistados	% Ningún CC	% 6 o más CC	$\bar{X}$ CC
A. LONDRES (Brown et al., 1972)	126	33	37	7.16
B. LONDRES (Vaughn & Leff, 1976)	45	29	44	8.22
C. CHANDIGAHR (Menon et al., 1986)	104	56	12	1.83
D. LOS ANGELES (Vaughn et al., 1984)	109	4	53	6.86
E. PITTSBURGH (Cit. en Leff & Vaughn, 1985)	356	10	46	6.65
F. LONDRES (MacMillan et al., 1986)	88	6	57	6.90
G. HAMBURGO (Dulz & Hand, 1986)	63		35	
H. GALICIA	50	38	16	3.24

Chi Cuadrados Significativos/Corrección de Yates (G.L. = 1): COLUMNA % Ningún CC: A/C, $p < .001$; A/D, $p < .001$; A/E, $p < .001$; A/F, $p < .001$; B/C, $p < .01$; B/D, $p < .001$; B/E, $p < .001$; B/F, $p < .001$; C/D, $p < .001$; C/E, $p < .001$; X/F, $p < .001$; D/H, $p < 001$; E/H, p .001; F/H, $p < .001$.

COLUMNA % 6 o más CC: A/C, $p < .001$; A/D, $p < .02$; A/F, $p < .01$; A/H, $p < .02$; B/C, $p < .001$; B/H, $p < .01$; C/D, $p < .001$; C/E, $p < .001$; C/F, $p < .001$; C/G, $p < .001$; D/G, $p < .05$; D/H, $p < .001$; E/H, $p < .001$; F/G, $p < .02$; F/H, $p < .001$; G/H, $p < .05$.

del comportamiento crítico de los familiares durante la CFI, en aquellos estudios que han aportado datos referidos a este apartado. Además, algunos datos que aparecen en las Tablas 8 y 9 han sido tomados del libro de Leff y Vaughn (1985). Como se aprecia en la segunda columna de la Tabla 8 (**% de familiares que no realizan ningún CC**) existen grandes variaciones entre los diferentes estudios, ocupando las posiciones extremas los datos referidos a los estudios realizados en Chandigahn (58%) (Menon, Leff, Kuipers et al., 1986) y Los Angeles (6%). En realidad parecen existir tres grupos de familiares que no se diferencian entre sí y que a su vez se diferencian entre ellos. Por un lado estarían, como grupo inter-

medio, los familiares de los dos primeros estudios realizados en Londres y los de nuestro estudio (A, B, H). Otro agrupamiento, en el que los familiares son más proclives a realizar algún tipo de crítica, sería aquel formado por los familiares de los dos estudios realizados en América (Vaughn et al., 1984; y proyecto COSAMA -Jenkins, Karno y De la Selva, 1986) y el más reciente de Londres (D, E, F). Por último, de forma aislada los familiares de Chandigahr (C) serían los familiares menos propensos a emitir críticas durante la CFI.

En cuanto a la tercera columna de la Tabla 8, que recoge los datos referidos al **porcentaje de Familiares que realizan seis o más CC** (es decir, que son categorizados como AEE en función de la escala CC), la diferencia entre los diversos estudios es menor (el 67% de las comparaciones realizadas para la segunda columna arrojan diferencias significativas, mientras que esto ocurre sólo en el 57% de las comparaciones realizadas para los datos de la tercera columna)y en este caso los familiares seguirían formando tres grupos, aunque diferentes para los agrupamientos de la segunda columna, (A/B/E/G, como grupo intermedio, D/F como grupo más extremo y C/H como grupo menos extremo). Sin embargo estos tres grupos no son tan claros como en el caso anterior.

Como se recordará, en el primer artículo que compone esta serie nos referimos al hecho de que en diversos estudios (Brown et al., 1972; Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-Vries y Sturgeon, 1982; Dulz y Hand, 1986; y el realizado por Hogarty, Anderson, Reiss, Kornblith, Greenwald, Janua y Madonia, 1986 en Pittsburgh) se ha informado de la existencia de un decaimiento temporal, entre dos administraciones diferentes de la CFI al mismo grupo de familiares de pacientes esquizofrénicos, de las críticas vertidas por los familiares de los pacientes. Como en nuestro estudio la administración de la CFI coincide, aproximadamente, con las condiciones de lo que podría ser la segunda aplicación de la CFI en esos estudios mencionados, hemos repetido los análisis realizados para la tercera columna de la Tabla 8, suponiendo que el porcentaje observado de familiares que realizan ser o más CC en nuestro estudio representa en realidad ese 50% de familiares que han permanecido altos en CC (como informan Brown et al., 1972 y Dulz y Hand, 1986). Si en vez de ocho familiares de cincuenta (16%), supusieramos que hubieran sido dieciseis (32%) los familiares que hubieran alcanzado el punto de corte para CC, en una aplicación típica de la CFI (es decir, mientras el paciente se encuentra internado), en esta situación ficticia sólo las comparaciones C/H ($p < .01$), D/H ($p < .05$) y F/H ($p < .01$) diferirían significativamente. En este caso supuesto, el grupo de familiares intermedios quedaría engrosado por la in-

clusión de los familiares de nuestro estudio (A, B, E, G, H).

Con respecto a los datos que aparecen en la cuarta columna, no tenemos información suficiente para poder realizar comparaciones entre los datos de los diferentes estudios, pero quizás no sea muy arriesgado suponer que hubieran podido aparecer dos grupos; un grupo amplio (A, B, D, E, F) y por otro lado, o bien un segundo grupo que reuniría a los familiares del estudio de Chandigahr y a los de nuestro estudio, o bien que estos fueran diferentes entre sí.

Leff (1976) ha señalado la importancia de factores tales como la clase social y la cultura a la hora de establecer comparaciones entre el comportamiento crítico de los familiares de diferentes estudios. Por ejemplo, en su libro Leff y Vaughn (1985) se refieren al hecho de que ninguno de los treinta y un familiares del medio rural del estudio de Chandigahr alcanzaron el punto de corte en la escala CC, siendo la media de la muestra urbana (2.42) significativamente mayor ($p < .01$) que la media de CC para la muestra rural (.58). A tenor de los análisis que hemos realizado con los datos presentados en la Tabla 8, esto parece ser especialmente cierto con respecto a las diferentes culturas de las que se han extraído las muestras de los diferentes estudios incluidos en la mencionada Tabla.

En lo tocante a nuestro estudio hay otro dato, referido aún al comportamiento crítico de los familiares durante la CFI, que parece indicar que el comportamiento de los familiares entrevistados por nosotros no difiere en exceso (a pesar de la diferencia cultural existente) del comportamiento crítico de los familiares en otros estudios (si exceptuamos el comportamientode los familiares del estudio realizado por Chandigahr). Este nuevo aspecto tiene que ver con la distribución temporal de las críticas a lo largo de la duración de la entrevista. La razón que motivó el acortamiento de la duración de la CFI (Vaughn y Leff, 1976b), residió en el hallazgo de que un porcentaje muy importante (63.4%) de las críticas vertidas durante la CFI original (cuya duración podía sobrepasar las cuatro horas) eran realizados durante la primera hora de la entrevista. Como se aprecia en la Figura 9, también esta característica del comportamiento crítico parece aplicarse a los familiares de nuestro estudio (a pesar de que fue empleada la versión abreviada de la CFI), ya que el 74.5% de las críticas vertidas por los cincuenta familiares a lo largo de la CFI (y que se extendio entre una duración mínima de 42 min. -código 319- a una máxima de 155 min. -código 301) fueron realizadas durante la primera hora de la entrevista. Y esto a pesar de que para el 86% de los familiares entrevistados la duración de la CFI se alargó en más de una hora. Como se muestra en la Tabla 9, si únicamente hubieramos atendido al número de críticas reali-

FAMILIARES ENTREVISTADOS	MINUTOS 30	60	90	120	
201	0	0	0	0	
301	6	3	1	0	= (155 =)
202	4	5			
103	0	0			
203	0	0	0	0	
104	0	0	1	0	
206	1	0	0		
306	2	3	5		
107	2	2	0		
207	0	0	1		
108	2	0	1		
208	0	0	0	0	
109	0	0	0		
209	0	2	0		
210	2	1	0		
111	0	0	0		
211	1	0	2	0	
112	0	0	2		
113	2	4	4	0	
213	0	2			
314	2	0	1		
214	0	2	0	0	
215	2	0	0	0	
216	5	6	4	0	
217	0	0	0		
418	0	0			
219	0	0	0	0	
319	0	0			
220	3	1	0		
120	17	3	8	1	
221	3	1	1		
122	1	0	0		
222	1	0	1		
223	10	5			
224	1	1	0	0	
026	1	0	1		
129	0	0			
229	0	0	3	0	
231	4	1	2	0	
331	0	0	0		
132	0	0	0		
232	0	0	0		
133	1	1	1	1	
233	0	0	0		
034	0	0	0		
235	0	3	0		
136	0	0	0		
236	0	0	0		
137	0	0	0		
237	1	0	0		
	74	46	39	2	= 161

TABLA 9. Distribución temporal de Críticas durante la CFI.

zadas durante la primera hora, sólo dos familiares hubieran sido incorrectamente clasificados como bajos en CC (códigos 306 y 231), aunque en ambos casos esos familiares hubieran seguido constituyendo hogares AEE ya que ambos alcanzaron el punto de corte en la escala SIE.

Así pues, hemos visto como dentro de la escala CC existen aspectos diferentes (los familiares que no hacen ninguna crítica, los que alcanzan el punto de corte, la media de críticas, la distribución temporal de éstas), dependiendo de los cuales se pueden alcanzar conclusiones diferentes a la hora de comparar el comportamiento de los familiares de diferentes estudios. Aún quedaría otro aspecto final que sería el relacionado con el máximo de CC vertidos por un familiar. Parece ser que el máximo de críticas realizadas por un familiar durante la CFI (sesenta y una), corresponde al estudio de Brown de 1972. En nuestro estudio el máximo correspondió al familiar con código 120, que realizó veintinueve críticas. Otros datos a este respecto son un máximo de cuarenta y nueve en el estudio de Londres de 1976 y de catorce en el estudio de Chandigahr (datos citados en Leff y Vaughn, 1985).

Hostilidad. Por lo que respecta a la puntuación de Hostilidad, ya afirmamos más atras que sólo tres de los cincuenta familiares (6%) fueron calificados como hostiles. Además, esos tres familiares (códigos 120, 223 y 216) habían sobrepasado el punto de corte en CC como se puede ver en la Tabla 9. Este hecho es muy común ya que, como afirman Leff y Vaughn (1985), en ningún caso de los dos estudios de Londres, ni en el estudio de Los Angeles hubo un familiar que fuera calificado hostil que no sobrepasara el punto de corte de la escala CC. También esos autores mencionan el hecho de que en Chandigahr el 29% de los familiares hostiles hicieron menos de seis comentarios críticos, lo cual abunda más en la posibilidad de que los familiares de ese estudio son realmente más diferentes a los familiares de cualquier otro estudio publicado que entre esos últimos entre sí. Tomando en consideración el porcentaje total de familiares que fueron calificados como hostiles en los diferentes estudios (18% en los dos estudios de Londres, el 28% en los estudios de Los Angeles y Pittsburgh y el 16% en Chandigahr), el porcentaje en nuestro estudio de familiares en esa situación es comparativamente más bajo. Más bajo aún que en el caso del estudio de Chandigahr, si bien, a diferencia de lo ocurrido en este estudio (en el que existen un porcentaje de familiares hostiles superior al de los familiares altos en CC) el porcentaje de familiares hostiles sigue siendo comparativamente menor que el de familiares que alcanzan el punto de corte en CC, lo cual coincide con el patrón general de

los restantes estudios citados en la Tabla 8.

Sobreimplicación Emocional. Como se señaló más atrás, sólo el 16% de los familiares (de los cuales sólo un caso no era una madre, cinco si lo eran y en dos casos eran hermanas que desempeñaban en el hogar las funciones típicas de la madre) alcanzó o sobrepasó el punto de corte en esta escala (pero ninguno alcanzó la calificación máxima de cinco). Estos datos se encuentran también por debajo de los ofrecidos por por Leffy Vaunghn (1985) para otros estudios. Así, los datos referidos a las dos muestras inglesas combinadas, y a los estudios de Los Angeles y al de Pittsburgh son de 21,5%, 15% y 29%, respectivamente (aunque esas cifras se refieren a los porcentajes de familiares que obtuvieron puntuaciones de cuatro o cinco en SIE, en cuyo caso sólo el 8% de los familiares de nuestro estudio se encontrarían en esa situación). Por lo que respecta a los datos del estudio de Chandigarhr, los autores mencionados señalan que de los sesenta y siete padres entrevistados, ninguno puntuó más de tres en SIE y sólo tres padres (4%) puntuaron tres, lo cual sigue manteniendo a esos familiares como extremadamente atípicos con respecto al comportamiento durante la CFI de los familiares de los restantes estudios.

Perfiles EE del Hogar. Existe aún otra forma posible de comparar el comportamiento de los familiares en la CFI. Atendiendo no a las calificaciones de los familiares en las diferentes escalas, sino al perfil EE asignado finalmente a los hogares de los pacientes esquizofrénicos. A este respecto, en la Tabla 10 se muestran los datos que han aparecido en la literatura.

TABLA 10. Perfiles EE de los hogares de pacientes esquizofrénicos en diferentes estudios.

POBLACION ESTUDIADA	EE BAJO		EE ALTO	
	N	%	N	%
A. INGLESES (LONDRES) (Brown et al., 1972)	56	61.5	45	49.5
B. INGLESES (LONDRES) (Vaughn & Leff, 1976)	16	43.2	21	56.8
C. ANGLO-AMERICANOS (LOS ANGELES) (Vaughn et al., 1984)	23	33.3	46	66.7
D. MEXICO-AMERICANOS (LOS ANGELES) (Jenkins et al., 1986)	41	58.6	29	41.4
E. INGLESES (LONDRES) (MacMillan et al., 1986)	36	46.8	41	53.2
F. ALEMANES (HAMBURGO) (Ovlz & Hand, 1986)	23	44.2	29	55.8
G. ESPAÑOLES (GALICIA)	21	65.6	11	34.4

Chi Cuadrados Significativos (G.L. = 1): A/C, p<.01; C/D, p<.01; C/G, p<.01. (Calculados según Corrección de Yates).

Como se puede apreciar las conclusiones en este nuevo apartado, si lo comparamos con los datos sobre los que hasta ahora hemos venido pronunciándonos, son muy diferentes. En el caso de los datos de la Tabla 10, sólo tres de las veintiuna comparaciones arrojan diferencias significativas. Sólo en el caso del estudio de Los Angeles (Vaughn et al., 1984), el porcentaje de hogares AEE se diferencian de los consignados para el primer estudio de Londres (Brown et al., 1972), del estudio realizado por Jenkins et al., (1986) con pacientes esquizofrénicos mexico-americanos del área de Los Angeles y del nuestro propio.

Además, si a los datos de los perfiles EE de nuestro estudio, por el mismo razonamiento que expusimos más atrás, le aplicáramos una estimación al alza de un 30% (es decir, si pusieramos que los once hogares identificados como AEE en las condiciones en que se aplicó la CFI en nuestro caso supone una estimación sesgada, por el decaimiento típico encontrado en una segunda aplicación de la CFI), podemos reanalizar los datos de la Tabla 10 suponiendo que en condiciones "normales" (pacientes en fase aguda) las cifras de 15 hogares AEE y 17 BEE serían más esperables. Una vez hecho esto no aparece ninguna diferencia significativa nueva, sino que más bien dejaría de ser significativa la comparación entre los datos extrapolados de nuestro estudio y los datos para el estudio de Los Angeles (Chi cuadrado, corrección de Yates =2.80, gl=1, n.s.).

CONCLUSIONES

En primer lugar, hemos visto claramente como los dos subgrupos de pacientes (los residentes en hogares que incluían familiares AEE y los residentes en hogares BEE) son practicamente indistinguibles en treinta y tres análisis realizados referidos a circustancias presentes en el momento de la administración de la CFI a sus familiares más directos. Exceptuando el caso de las Descompensaciones y el de la escala del BPRS (Estereotipias y Amaneramientos), los pacientes en remisión (la media más alta en una escala del BPRS, obtenida además por el grupo de pacientes que residían en hogares BEE, correspondió a la escala de "Contenido del Pensamiento" -3.06), que residen en hogares AEE no se distinguen por una mayor Sintomatología residual, ni por un funcionamiento social más deficitario. Tampoco aspectos referidos a los meses anteriores a la administración de la CFI (Contacto, Tipo de Medicación, Tamaño del Hogar) y que pudieran estar diferencialmente asociados con el estatus EE

de los familiares, distinguen entre ambos grupos de pacientes. Esta ausencia de diferencias se aplica también al caso de las variables referidas a la Edad y al Sexo de los pacientes de ambos grupos. Exceptuando únicamente el caso de las Descompensaciones ocurridas desde su última estancia en el hospital, ninguna otra característica de la historia (Diagnóstico, Duración de la Enfermedad e Historia de Admisiones) arroja ninguna diferencia significativa adicional entre ambos grupos.

El hecho de que para cinco pacientes, de los ocho que recayeron durante la fase prospectiva de nuestro estudio, se contabilizara al menos una descompensación puede sugerir que la fuerte asociación encontrada entre EE y el curso de la esquizofrénia es, en realidad, un artefacto de la asociación existente entre las descompensaciones y recaídas. Según esta posibilidad, la existencia de una AEE en los familiares sería la consecuencia de la mayor morbidez de la enfermedad en determinados pacientes. Sin embargo, esto no parece ser una explicación pausible. En primer lugar, **sólo cuatro de los once pacientes cuyos hogares fueron calificados como AEE, habían sufrido una descompensación en el período de tiempo que se extendió desde su última estancia en el hospital hasta la administración de la CFI.** Por lo tanto, en siete casos esa posibilidad es insostenible. Es decir, existen familiares (en nuestro caso la mayoría) cuya calificación como AEE no parece estar relacionada con la ocurrencia de descompensaciones en los pacientes durante los meses anteriores a la administración de la CFI. Por otra parte, atendiendo al total de pacientes para los que se contabilizó al menos una descompensación, sólo en tres de esos cinco casos la descompensación se produjo en los cuatro meses previos a la administración de la CFI a sus familiares. **Así pues, tomando como referencia el momento de aplicación de la CFI, no es sostenible una interpretación de que el estatus AEE de los familiares de nuestro estudio sea, de alguna forma, una reacción ante cualquier característica de los pacientes, ocurrida con anterioridad a esa fecha.**

Sin embargo, ambos grupos diferían muy significativamente en cuanto al número de recaídas que ocurrieron en el período de seguimiento realizado, que se extendió durante dieciocho meses. Teniendo en cuenta que salvo una de las diecinueve recaídas contabilizadas para la muestra total durante el seguimiento (que se produjo a los cuarenta y ocho dias de haberse administrado la CFI a los familiares), todas las recaídas ocurrieron por lo menos noventa dias después de la administración de la CFI, es del todo descartable el que la EE de los familiares fuera una respuesta a los pródromos de esas recaídas. **Así pues, EE no se encuentra asociado con ninguna característica del paciente, presente en el momento de admi-**

nistración de la CFI, ni es sostenible suponer a EE un estatus reactivo ante los supuestos pródromos de las recaídas contabilizadas durante el período de dieciocho meses incluidos en el seguimiento.

No obstante, de ser EE de naturaleza reactiva ésto sólo podría fundamentarse en nuestro estudio a partir de los resultados encontrados para las descompensaciones. Pero tanbién es verdad, a juzgar por los resultados de los análisis de regresión realizados, que no parece que esa variable sea capaz de dar cuenta de la asociación detectada entre EE y las recaídas. Además, la existencia de una asociación entre las descompensaciones y EE no es clara, en cuanto al sentido de la influencia. Bien pudiera ocurrir que esas descompensaciones pudieran estar causadas por el estatus AEE que ya se encontraba presente. Para esto, seria obligado suponer que dicho estatus AEE en los familiares habia permanecido invariable desde mucho antes de ser detectada por nosotros.

Toda la investigación realizada, incluso la nuestra, en torno a la asociación entre EE y el curso de la esquizofrenia tropieza con un mismo obstáculo, a saber, la incapacidad de determinar el estatus causal de EE sobre el mencionado curso, o viceversa. Para ilustrar este punto, supongamos que nuestro estudio (al que denominaremos estudio B) es en realidad una segunda investigación sobre la misma muestra realizada con posterioridad a un primer estudio típico (al que denominaremos estudio A y que consiste en la administración de la CFI mientras el paciente se encuentra en el hospital) realizado previamente, de modo que el período de seguimiento de ese estudio A coincide con el período de tiempo de la fase retrospectiva de nuestro estudio. Supongamos que también en ese estudio A se detecta la presencia de una fuerte asociación entre EE y las recaídas que se encuentran en la fase prospectiva de dicho estudio.

En este caso hipotético, las descompensaciones de nuestro estudio serían las recaídas que se hubieran contabilizado desde el estudio A (con lo cual podrían ser "ingenuamente" interpretadas como el resultado del estatus AEE de los hogares evaluado en el estudio A). Sin embargo, con la misma dosis de ingenuidad, esas recaídas (ahora descompensaciones en nuestro estudio B) podrían ser potencialmente consideradas como la "causa" del estatus EE de los familiares que nosotros hemos identificado como AEE.

Supongamos ahora lo contrario, es decir que nuestro estudio B se hubiera realizado con anterioridad y que algún otro investigador, desconocido para nosotros, hubiera iniciado un estudio típico A con la misma muestra, doce meses después de nuestra administración de la CFI. En este nuevo

caso hipotético (ingenuidad por descontado) las recaídas de nuestro estudio B ("causadas" por el estatus EE identificado por nosotros) pasarían a ser las descomposiciones "causante" del estatus EE que sería identificado en ese estudio, etcétera, etcétera, etcétera. Obviamente, este obstáculo que hemos descrito es un hándicap difícil de manejar. Lo más probable es que estemos incurriendo en un ejemplo más del "mito de la uniformidad" (Kiesler, 1966) al suponer que los familiares AEE son más parecidos entre sí que diferentes, por el mero hecho de pronunciarse de determinado modo durante una entrevista, con respecto a un miembro de su familia afectado por una enfermedad como la esquizofrenia (también la misma duda se puede aplicar a este rótulo, es decir, suponer que esos enfermos son más parecidos entre sí que diferentes, por el mero hecho de ser diagnosticados de esquizofrenia). Quizás sea muy arriesgado suponer que siempre se produce la misma resultante de una situación compuesta por un familiar AEE y un individuo cuya vulnerabilidad al estrés se manifiesta con la aparición de síntomas psicóticos.

Sin más argumentos que nuestra familiarización con la literatura sobre el tema y en un tono ciertamente conservador, quizás lo único que podamos concluir es que bien pudiera ocurrir que ese grupo de familiares, que nosotros hemos identificado como AEE a pesar de que no exista nada en el paciente a lo que reaccionar, pudieran formar parte de un subgrupo de familiares para los cuales dicho estatus AEE no necesite de circustancias especiales en el paciente. No nos cabe ninguna duda que si la CFI se hubiera administrado durante una fase aguda de la enfermedad, las cifras con respecto al estatus EE de los familiares se hubieran visto bastante incrementadas (nosotros hemos realizado algunas estimaciones más atrás). Quizás en esos casos, precisamente los que nosotros no hemos detectado como AEE debido al decaimiento "natural", la hipótesis de Greenley (1986) sea la más adecuada. A pesar de no contar en nuestro estudio con una evidencia directa de la virtualidad de la existencia de ese "decaimiento natural" (que presupondría la conceptuación de EE como una reacción de los familiares ante las vicisitudes del curso de la enfermedad del paciente), la existencia de tal feníomeno puede desprenderse del examen comparativo que hemos realizado a partir de los datos presentados en las Tablas 8 y 10, particularmente el bajo porcentaje relativo de familiares AEE/CC con respecto a los familiares AEE/SIE apunta en esa dirección.

Los autores ingleses, que son los que tienen una mayor experiencia de investigación y de intento de modificación de esas características EE, afirman que ambos tipos de familiares AEE deben ser considerados de forma

diferente. Las características SIE parecen ser, en su experiencia, bastante más difíciles de modificar y por ende más proclives a mantenerse estables. También en esa dirección apuntan los resultados de Miklowitz et al., (1983). Por otra parte, quizás el comportamiento crítico esté más sujeto a fructuaciones y para un porcentaje importante de familiares pueda ser entendido como una respuesta del familiar ante lo que el paciente hace/no hace.

Por otra parte, independientemente de las repercusiones conceptuales que puede tener este hecho, es obvio que EE no sólo es un predictor importante de las recaídas cuando su medición se realiza durante una fase crítica de la enfermedad del paciente, sino que todo parece indicar que, a pesar del probable decaimiento temporal del número de familiares identificados como AEE, también EE es un predictor importante e independiente de las recaídas del paciente, aunque la evaluación de EE se realice durante una fase no-aguda de la enfermedad del paciente. Además, es importante resaltar el hecho encontrado en nuestro estudio, que indica que EE sigue siendo el predictor más importante de las recaídas ocurridas en los tres períodos de seguimiento incluídos, aún tomando en consideración las descompensaciones ocurridas desde la última salida del hospital hasta el momento en que se administró la CFI a sus familiares. La importancia de esta última afirmación reside en el hecho de que en ningún otro estudio realizado hasta la fecha, había sido tomada en consideración la posibilidad de que la asociación EE/curso de la esquizofrenia pudiera estar mediatizada por la existencia de un mayor número de descompensaciones, que no fueron seguidas por una admisión al hospital, anteriores a la administración de la CFI.

Por último, un par de matizaciones: en primer lugar, la posible generalización de nuestros resultados es un capítulo abierto. Independientemente de las restricciones impuestas por las características de nuestro estudio, es importante matizar que el ámbito de posibles generalizaciones se restringe a un universo compuesto por pacientes esquizofrénicos crónicos, de clase baja y que residen con sus familiares cuando son dados de alta del hospital. En segundo lugar, debido a las condiciones de realización de nuestro estudio, es importante resaltar también que los supuestos de estabilidad, independencia y porqué no, probable rol causal de las actitudes AEE (que parecen apoyados por los resultados de nuestro estudio) quizás sólo sean aplicables en el caso de un porcentaje reducido de familiares, precisamente aquellos para los que el paso del tiempo y los cambios en el paciente no parece ir acompñados por un decaimiento de las actitudes que les califican como AEE.

NOTA

Nuestro agradecimiento a los psiquiatras Ignacio Tortajada, Jose Manuel Lado, Santiago Agra, Pedro Ruíz, Ramiro Touriño y a las asistentes sociales María Jesús Iglesias y Charo Terrer (del Sanatorio Psiquiátrico de Conxo) por la colaboración y facilidades ofrecidas durante el curso del presente trabajo.

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition).** Washington, D.C.: APA, 1980.

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.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.

DIXON,W.J.; BROWN, M.B.; ENGELMAN, L.; FRANG, J.W.; HILL, M.A.; JENNRICH, R.I. y TOPOREK, J.D.: **BMDP Statistical Software, 1983 Printing with Additions.** Berkeley: University of California Press, 1983.

DULZ, B. y HAND, I.: Short-Term Relapse in Young Schizophrenics: Can It Be Predicted and Affected by Family (CFI, Patient, 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.: Comment 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.), **Preventive Interventions in Schizophrenia: ARe we Ready?.** Washington D.C.: U.S Government Printing Office, 1982.

FALLOON, I.R.H.: Relapse: A Reappraisal of Assessment of Outcome in Schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin,** 1984, **10:** 293-299.

GREENLEY, J.R.: Social Control and Expressed Emotion. **Journal of Mental and Nervous Disease,** 1986, **174:**24-30.

GUTIERREZ, E. y ESCUDERO, V.: Características de la Distribución de la Expresión de Emociones de los Familiares de Pacientes Esquizofrénicos: Perspectiva Transcultural. Comunicación presentada a las **Primeras Jornadas de Psicología y Salud.** Santander, Marzo 1986.

HEDLUND, J.L. y VIEWEG, B.W.: The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): A Comprehensive Review. **Journal of Operational Psychiatry,** 1980, **11:**48-65.

HERZ, M.I.: Recognizing and Preventing Relapse in Patients with Schizophrenia, **Hospital and Community Psychiatry,** 1984, **35:** 344-349.

HERZ, M.I. y MELVILLE, C.: Relapse in Schizophrenia. **American Journal of Psychiatry,** 1980, **137:**801-805.

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 Mantenance Chemotherapy in the Aftercare Treatment of Schizophrenia. **Archives of General Psychiatry,** 1986, **43:** 633-642.

JABLENSKY, A.; SCWARTZ, R. y TOMOV, T.: Who Collaborative Study on Impairments and Disabilities Associated with Schizophrenic Disorders. A Preliminary Communication: Objectives and Methods. **Acta Psychiatrica Scandinavica,** 1980, **62** Suppl. 285.

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.

JONG, A De.: GIEL, R.; SLOOF, C.J. y WIERSMA, D.: Social Disability and Outcome in Schizophrenic Patients. **British Journal of Psychiatry, 1985, 147:** 631-636.

KIESLER, D.J.: Some Myths of Pschotherapy Research and the Search for a Paradigm. **Psychological Bulletin,** 1966, **65:** 110-136.

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

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

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

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 Emotion and Relapse. **British Journal of Psychiatry,** 1986a, **148:** 133-143.

MACMILLAN, J.F.; GOLD, A.; CROWN, T.J.; JOHNSON, A.L. y JOHNSTONE, E.C.: Expressed Emotion and Relapse in Schizophrenia (letter). **British Journal of Psychiatry,** 1986b, **148:** 741-743.

MENON, K.; LEFF, J.; KUIPERS, R.; BEDI, H.; GHOSH, A.; DAY, R.; KORTEN,A.; ERNBERG, G.; SARTORIUS,N. y JABLENSKY, A.: The Distribution of Expressed Emotion Comnponents Among Relatives of Schizophrenic Patients in Aarhus and Chandigahr. **British Journal of Psychiatry,** 1986, in press.

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.

OVERALL, J.G. y GORHAM, D.R.:The Brief Psychiatric Rating Scale. **Psychological Reports,** 1962, **10:** 799-812.

SPITZER, R.L.; ENDICOTT, J. y ROBBINS, G.:**Research Diagnostic Criteria.** New York: New Yrk State Psychiatric Institute, Biometric Research, 1975.

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

VAUGHN, C.E. yLEFF, J.: The Influence of Family and Social Factors on the Course of Psytriatric 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. y AREVALO, J.: Emoción Expresada: Introducción al Concepto, Evaluación e Implicaciónes Pronósticas y Terapéuticas. **Estudios de Psicología,** 1987, **27-28:** 89-109.