



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Evaluación de la Emoción Expresada

Alumno/a: Rosa Alonso Vega

Tutor/a: José Antonio Muela Martínez
Dpto: Área de Personalidad, Evaluación y
Tratamiento Psicológico

Junio, 2017

Índice

Resumen y abstract.....	4
1. Introducción.....	4
2. Instrumentos de evaluación de la emoción expresada.	
2.1 Instrumentos de evaluación tipo entrevista	
2.1.2 Entrevista familiar Camberwell (Camberwell family interview, CFI).....	7
2.1.2 Muestra del habla de cinco minutos (Five Minute Speech Sample-FMSS).....	10
2.1.3 PPI: La entrevista del paciente para evaluar las percepciones de los pacientes de las relaciones familiares.....	13
2.2 Cuestionarios:	
2.2.1 Escala de Rechazo del Paciente (Patient Rejection Scale-PRS).....	15
2.2.2 Escala de Ambiente Familiar (Family Environment Scale-FES).....	16
2.2.3 Cuestionario de influencia de las relaciones (Influential relationships Questionnaire-IRQ).....	16
2.2.4 Nivel de emoción expresada (level of expression emotion-LEE).....	17
2.2.5 Escala de Criticismo Percibido (Perceived Criticism Scale-PCS).....	18
2.2.6 Cuestionario de Evaluación de la Emoción Expresada (Questionnaire Assessment of Expressed Emotion- QAEE).....	
2.2.7 Escala de implicación emocional y crítica familiar: Family emotional involvement and criticism scale (FEICS).....	19
2.2.8 Lista de verificación de adjetivos (adjective Checklist-	

AC).....	19
2.2.9 Escala de actitud familiar (Family Attitude Scale- FAS).....	20
2.2.10 Cuestionario familiar (Family Questionnaire- FQ).....	21
2.2.11 Escala para evaluar emoción expresada (EEE).....	22
2.2.12 Escala diádica breve de emoción expresada (BDSEE).....	23
2.2.13 E5 (Entrevista Estructurada de Evaluación de la Emoción Expresada).....	24
 3. Conclusiones.....	25
 4. Bibliografía.....	26

Resumen

La emoción expresada (EE) es el constructo a partir del que se valora la calidad de la relaciones familiares que presentan las personas con trastornos mentales. La alta EE se ha relacionado con un mayor número de recaídas en trastornos como depresión y esquizofrenia, entre otros. El siguiente trabajo es una revisión de los diferentes instrumentos de evaluación que se han utilizado hasta ahora para medir EE con el objetivo de compararlos y de observar cuales son los más apropiados para hacerlo, reuniendo así los diferentes conocimientos sobre la evaluación del constructo.

Palabras clave: emoción expresada, evaluación, trastornos mentales, recaídas, revisión, relaciones familiares.

Abstract

Expressed emotion (EE) is the construct whose the quality of family relations that people with mental disorders present is valued. High EE has been associated with a greater number of relapses in disorders such as depression and schizophrenia, among others. The next work is a review from different assessment tools that have been used to measure EE in order to compare them and to observe which ones are the most appropriate to do, thus gathering different knowledge about EE.

Keywords: expressed emotion, assessment, mental disorders, relapses, review, family relations.

1. Introducción.

El término emoción expresada (EE) se define como el constructo que refleja las relaciones entre una persona generalmente afectada de algún trastorno y sus familiares. Por tanto, se refiere tanto a las conductas de los familiares con el enfermo como a las emociones que manifiestan hacia él. En ese aspecto, se señala que las influencias enfermo-pariente son bidireccionales, es decir, influyen tanto las actitudes y acciones de los familiares sobre los enfermos, como la enfermedad de éstos y sus formas de actuar sobre la familia (Miklowitz, 2004).

En un estudio de Brown (1959) con una muestra de jóvenes esquizofrénicos se observó un

mayor índice de recaídas, un año después del alta hospitalaria, en aquellos pacientes que regresaban a vivir con sus padres sobre los que vivían solos o con otra persona con la que presentaban otro tipo de parentesco (por ejemplo, hermanos). En el primer caso, en el que volvían a vivir al hogar paterno, se observaba también que las recaídas eran mayores en los casos en los que la madre no trabajaba fuera de casa que en los que sí. Estos datos sugerían que las relaciones familiares influían en el curso de la esquizofrenia.

Tras este descubrimiento, Brown y Rutter (1966) elaboraron un instrumento de evaluación, que consistía en una entrevista semiestructurada, para medir las conductas y reacciones emocionales de los pacientes esquizofrénicos (Lemos, 1985). Ésta mide aspectos semánticos y de comunicación no verbal a partir de las dimensiones de crítica, hostilidad, insatisfacción y calidez. Fue el primer instrumento aproximado para medir lo que hoy se conoce como Emoción Expresada, pero fue la publicación de dos estudios posteriores lo que contribuyó al nacimiento del concepto de EE: el de Brown, Birley y Wing (1972) y el de Vaughn y Leff (1976a).

En el primer estudio, de Brown, Birley y Wing (1972), se utilizó la entrevista elaborada por Brown y Rutter (1966) y se acuñó por primera vez el término de “Emoción expresada” para hacer referencia a aquellas influencias del comportamiento y reacciones emocionales familiares sobre el curso del trastorno del paciente y las posibles recaídas (críticas, sobre implicación emocional...). Estos autores defienden que la EE familiar puede causar recaídas en los enfermos esquizofrénicos independientemente de otros factores, como duración de la enfermedad y la sintomatología. La evaluación con el instrumento se realizó en torno a 5 dimensiones: criticismo, hostilidad, insatisfacción, sobreimplicación emocional (SiE) y calidez.

En el segundo estudio de Vaughn y Leff (1976a) se utiliza una versión abreviada del instrumento de Brown y Rutter (1966) que posteriormente será llamada CFI ("Camberwell Family Interview" o Entrevista Familiar de Camberwell) y utilizada actualmente como patrón de oro para la evaluación de la EE. Una descripción detallada del instrumento fue publicada ese mismo año por los mismos autores (Vaughn y Leff, 1976b).

Fue así como nació la Emoción Expresada, la cual está constituida por cinco aspectos: Criticismo, Hostilidad, Sobreimplicación emocional (SIE), Calidez y Comentarios positivos, de los cuales sólo los 3 primeros tienen valor pronóstico. El criticismo no es más que el número de comentarios críticos que realiza un familiar determinado acerca de las conductas del enfermo, considerándose clave el contenido de éstos y, sobre todo, el tono de voz empleado para llevarlos a cabo en su evaluación. La hostilidad, en cambio, es ir un

paso más allá, ya que conlleva a un rechazo o una evaluación negativa general de la persona y no solo de su conducta particular, como la anterior dimensión. En la sobreimplicación emocional (SIE) el pariente se siente demasiado implicado emocionalmente en la enfermedad del paciente, mostrando una fuerte tendencia a la sobreprotección del allegado, un sentimiento de desesperanza, de autosacrificio, o manifestaciones emocionales intensas. En cuanto a la calidez, ésta recoge todas las emociones positivas manifestadas por el familiar: empatía, afecto, interés, etc. Por último, los Comentarios Positivos constituyen el opuesto al criticismo y son el reflejo de una clara aceptación y admiración hacia la persona enferma por parte del familiar (Becerra, 2011). Es necesario aclarar, que las tres primeras dimensiones de la EE (Criticismo, Hostilidad y Sobreimplicación emocional) se recogen actualmente en la mayoría de los trabajos que usan el índice de la emoción expresada. Por otro lado, se piensa que los componentes recién definidos se suceden de manera cíclica, lo que quiere decir que se puede pasar de un periodo de sobreprotección y culpa a otro de crítica-hostilidad, y viceversa (Muela y Godoy, 2001). Por último, se encuentra una correlación negativa en cuanto a una menor cooperación del paciente y una mayor cifra de comentarios críticos proveniente de las madres (King, 2000).

En cuanto a la mayor o menor presencia del constructo, una alta EE se relaciona con mayores recaídas del enfermo, ya que actúa como un fuerte estresor que influye negativamente en la patología presentada. Resulta, sobre todo, un predictor muy fiable en la progresión de trastornos mentales, tales como esquizofrenia; trastornos del estado de ánimo y de la conducta alimentaria; ansiedad; drogadicción y determinadas demencias (Muela y Godoy, 1997). Por lo contrario, una baja EE se ha relacionado con un menor riesgo de recaídas y una menor gravedad de los síntomas. Los familiares con una baja EE se caracterizan por enfrentarse al trastorno de manera positiva y por haber modificado su concepción del futuro de acuerdo a éste, además de presentar los rasgos de empatía, afecto, apoyo y comprensión, entre otros.

Otros estudios muestran una posible influencia de la EE en el inicio de los trastornos y no sólo en su evolución. Por ejemplo, estudios longitudinales de Doane, West y Goldstein (1981) mostraron la influencia de las manifestaciones de emoción expresada provenientes del estilo afectivo paternal en cuadros patológicos esquizofrénicos desarrollados por sus hijos.

En cuanto a la relación con otros aspectos externos, se han encontrado variables moduladoras en la influencia de la EE en el transcurso del trastorno. Así, el efecto de la EE

se dará en menor o mayor medida dependiendo de la edad, el sexo y el parentesco presentado (Brown, Birley y Wing, 1972; Vaughn y Leff, 1976; Vaughn et al., 1984). Se ha encontrado también que la medicación, actúa como factor protector del estrés producido en el paciente por la alta EE (Berkowitz, Kuipers, Leff, Sturgeon y Vaughn, 1983). Por otra parte, cuanto menor sea la vulnerabilidad del afectado, menos estrecho sea su círculo social y más estrategias cognitivas posea, menor será el efecto ejercido por la alta EE sobre su patología. Por otro lado, y no por ello menos importante, el efecto de la alta EE sobre los diferentes pronósticos varía de una cultura a otra pero todos coinciden en la relación que presenta la EE con las recaídas, presentando un mayor número de estas últimas a medida que la EE sea más alta.

Por todo ello, la evaluación de la emoción expresada ha ganado un gran peso en la psicopatología, ya que a partir de ella se pueden realizar intervenciones en el núcleo familiar para tratar de disminuir los niveles de EE y así contribuir a un menor número de recaídas. La estimación de EE se suele llevar a cabo a través de entrevistas a los familiares, olvidándose un poco de la perspectiva que tiene el enfermo sobre ella. Renshaw (2008) encontró que los pacientes tienen un bajo conocimiento de la EE de sus familiares hacia ellos, hecho que impacta al ser ellos los protagonistas de las reacciones que implica el concepto.

En cuanto a los instrumentos para medir EE en el núcleo familiar, se utilizan entrevistas, cuestionarios o autoinformes. Entre los cuestionarios y autoinformes se encuentra los siguientes fallos: no presentar garantía de su validez concurrente y predictiva, no tener en cuenta algunos de los componentes de la EE, etc (Becerra, 2011). Otros sesgos más generales que se pueden encontrar en las pruebas tiene que ver con la muestra, como la falsación de la información producida por la deseabilidad social.

Sobre las entrevistas, a día de hoy, el instrumento más fiable y utilizado es la Camberwell Family Interview (CFI) de Vaughn y Leff (1976). Hasta ahora las técnicas de evaluación tipo entrevista presentan algunas limitaciones que afectan a su aplicabilidad clínica: el elevado tiempo necesario para la aplicación y para la corrección; la necesidad de contar con expertos para la administración y corrección de los instrumentos; y la previa formación de dichos profesionales. La CFI, en concreto, además de las anteriores limitaciones, se enfrenta a las siguientes desventajas: se centra más en los síntomas y comportamientos de enfermedad que en los comportamientos familiares, en ocasiones los pacientes ya no tienen familia o desapruaban la involucración de éstos y normalmente requiere del doble de tiempo para su corrección que lo que se ha tardado en pasarla (Becerra, 2009).

El objetivo principal de éste trabajo es la revisión y explicación de las diferentes técnicas de evaluación psicológica utilizadas hasta ahora para la medición de la EE, con el fin de conocer las ventajas y desventajas de cada una de ellas, además de sus características más relevantes, y comprender por qué la CFI es el instrumento más fiable y utilizado hasta hoy, no existiendo otro instrumento que solviera todas sus dificultades.

La investigación futura debería ir encaminada a la elaboración de un instrumento que reúna todas las ventajas de la CFI, como la gran cantidad de información que permite recoger y su validez predictiva, pero que, a su vez, acabe con desventajas como la enorme cantidad de tiempo requerida para su administración y corrección y la necesidad de formación para aplicarla y corregirla.

Se comenzará con la descripción individual de cada una de las técnicas y se acabará con unas conclusiones finales en las que se exponen los aspectos más relevantes de los instrumentos y se discutirá su uso y comparación con el instrumento prototipo CFI.

3. Instrumentos de evaluación de la emoción expresada

2.1 Instrumentos de evaluación tipo entrevista

2.1.2 Entrevista familiar Camberwell (Camberwell family interview, CFI):

Sus autores son Vaughn y Leff (1976).

Tal y como se ha explicado anteriormente, las primeras inspiraciones que van surgiendo para su creación llegan de la mano de un estudio con enfermos mentales y sus parientes (Brown y Rutter, 1966). A modo de recordatorio: En dicho estudio se concluyó que los comportamientos y manifestaciones emocionales de los familiares hacia el paciente predecían la evolución del enfermo, en los núcleos familiares donde los niveles emocionales eran mal altos los pacientes recaían con una frecuencia mayor que en aquellos núcleos en los que la tensión y manifestaciones emocionales eran menores. A partir de aquí, el fin último de los evaluadores fue elaborar una entrevista familiar que estuviera libre de errores metodológicos: la CFI.

Se trata de una entrevista semiestructurada de una hora y media aproximadamente de duración. El instrumento anterior a la CFI de Brown y cols. (1972) requería 5 ó 7 horas y se encargaba de la evaluación de los 5 componentes de la emoción expresada, aunque mantenía otras diferencias con la CFI, por ejemplo, que evaluaba a los padres y también al paciente (la CFI se aplica sólo a los familiares y nunca al enfermo).

Los componentes de la EE que evalúa la CFI, descritos anteriormente, son los siguientes: Comentarios críticos (un recuento de frecuencia), hostilidad (una escala de cuatro puntos: 0-3), Sobreimplicación emocional (una escala de seis puntos: 0-5), calidez (una escala de seis puntos: 0-5) y comentarios positivos (un recuento de frecuencia). Las escalas más predictivas son la crítica y SiE (Butzlaff y Hooley, 1998, Kavanagh, 1992, Vaughn y Leff, 1976, Wearden et al., 2000), consideradas las escalas clave de la CFI, junto con la escala de hostilidad. Por otro lado, la escala de hostilidad se encuentra vinculada con la de crítica, pues la hostilidad suele ir acompañada de una alta cantidad de comentarios críticos. Sin embargo las escalas de calidez y la de comentarios positivos correlacionan negativamente con la escala de criticismo.

Se lleva a cabo del siguiente modo según Montero y Ruiz (1992):

- Primeramente, se aclara que es necesaria la formación especializada de los evaluadores.
- Se entrevista a cada uno de los parientes que vivan con el enfermo a los pocos días de la admisión hospitalaria del paciente sin que este último esté presente para recabar de información de los tres meses previos al ingreso del paciente en el hospital vinculada con la relación que ambos mantienen, haciendo hincapié en los aspectos relativos a la patología presentada y a las diferencias que surgen en su convivencia. Cuando el paciente vive con los progenitores se les entrevista por separado y con que alguno de los familiares presente alta EE se considera a toda la familia de alta EE. En cuanto al lugar, en la mayoría de los estudios realizados las entrevistas se desarrollan en el domicilio familiar (Montero y Ruiz, 1992) y aunque no se han encontrado pruebas de que la calidad de la información recogida se vea afectada por el lugar en el que se realiza la entrevista se recomienda tener en cuenta la preferencia del familiar. Por otro lado, en lo que respecta al modo, la CFI debe de ser más como una conversación normal con el familiar que como una entrevista formal. Finalmente, en lo que a la actitud del entrevistador respecta, por un lado, es de crucial importancia que el entrevistador se mantenga neutral a fin de permitir al familiar expresarse libremente. Por otro, a muchos de los familiares no les cuesta expresar sus verdaderas emociones y actitudes hacia el paciente, mostrando una conducta abierta hacia el entrevistador, pero otros, sin embargo, se muestran más cohibidos a la hora de expresarse libremente, por lo que requiere más esfuerzo por parte del entrevistador para adquirir una actitud más cercana. Por último es muy común que los entrevistados muestren tendencia a realizar preguntas acerca de su familiar y su enfermedad pero es muy importante que el evaluador se abstenga de responderlas para no introducir sesgos en la entrevista.

-Por último, su grabación es corregida por dos expertos independientes, considerándose una alta EE cuando se supere el punto de corte en las dimensiones de comentarios críticos, hostilidad y SiE mencionadas más arriba. Este punto de corte ha sido considerado por muchos especialistas como artificioso, ya que en muchas ocasiones ha variado su valor dependiendo del estudio.

Una vez explicado el procedimiento, se procederá a explicar las partes de la entrevista:

-Sección A: la componen los datos de identificación y familiares. Se determina el tiempo de contacto cara-cara del familiar con el paciente a partir de la descripción de las actividades diarias que realiza el paciente y el tiempo que pasa con el pariente. También se recaba información sobre los efectos provocados por la enfermedad en el núcleo familiar, tales como la participación de los miembros en las tareas del hogar, la contribución económica y manejo del dinero y la irritabilidad y frecuencia de peleas entre ellos.

-Sección B: Es la parte más larga de la entrevista. Recoge información en mayor medida sobre la Historia Psiquiátrica del paciente, haciendo hincapié en los síntomas y en lo más relevante de la conducta del enfermo en los últimos tres meses. El informante debe aportar sobre cada síntoma descrito: inicio, gravedad, frecuencia, contexto donde se produce, reacciones y tensiones provocadas en el contexto social, modo de hacerle frente y posibilidad de autocontrol.

Seguidamente se pasa al apartado de Relaciones dividido en dos secciones independientes según el paciente viva con los padres o con su cónyuge. En última instancia se recoge información acerca de la actitud familiar con respecto al tratamiento farmacológico del paciente, pasando al apartado de Preguntas Adicionales donde se inspeccionan diversas áreas también relevantes para el tema.

Por último, la corrección se realiza del siguiente modo:

-Se evalúa la frecuencia de comentarios críticos y de comentarios positivos.

-La hostilidad se evalúa en torno a 4 puntos en los que el 0 implica ausencia, el 1 generalización, el 2 rechazo y el 3 hostilidad en todas sus formas.

-La SiE se evalúa en una escala de 6 puntos que dependen de aspectos como respuestas emocionales exageradas, auto-sacrificio y sobreprotección.

-El Afecto también se puntúa sobre 6 puntos, teniéndose en cuenta el tono de voz, la espontaneidad, la empatía, el grado de preocupación y el de interés hacia el paciente.

Comparada con el método observacional, la CFI tiene como ventaja una mayor recogida de información, ya que durante la entrevista el evaluador puede clarificar las intervenciones del evaluado.

A pesar de ser el método para medir EE más utilizado la CFI ha resultado ser una medida muy poco adecuada para utilizar en el ámbito clínico, ya que: requiere una enorme cantidad de tiempo debido a la formación de los evaluadores para su administración y corrección; la capacitación para la evaluación de la EE es costosa y difícil de conseguir; y la cantidad de tiempo requerida para llevarla a cabo es muy alta (mínimo una hora y media) y más para corregirla (por lo general el doble de la duración de la entrevista). Además, otras desventajas que presenta es que se centra más en los síntomas y comportamientos de enfermedad que en los comportamientos familiares y que en ocasiones los pacientes ya no tienen familia o desaprueban la involucración de éstos. Por tanto, se han desarrollado instrumentos alternativos. En algunos casos, los investigadores simplemente han buscado reducir el tiempo necesario para administrar la CFI eliminando algunas de sus secciones (Mueser, Bellack y Wade, 1992). Sin embargo, aunque esto acorta la CFI a unos 45 minutos, la codificación de la entrevista todavía toma una cantidad considerable de tiempo. Como resultado, el CFI abreviado no ha sido aceptado por clínicos e investigadores.

Por último, la mayoría de los estudios realizados con la CFI se basan en la relación de la EE con la evolución del curso de la esquizofrenia, encontrándose en los resultados una correlación entre la alta EE familiar y las mayores recaídas en cuadros psicóticos en la esquizofrenia. Otros estudios tienen que ver con la relación de la EE y otros trastornos como la depresión, los trastornos alimenticios y la demencia.

2.1.2 Muestra del habla de cinco minutos (Five Minute Speech Sample- FMSS):

Elaborada por Magana, Goldstein, Karno, Miklowitz, Jenkins y Falloon. (1986).

Gottschalk (1969) analizó la FMSS usando un esquema de codificación de contenido, que consistía en escalas tales como: Ansiedad (por ejemplo, descripciones de ocurrencia o amenaza de muerte, mutilación, separación, culpa o vergüenza), Hostilidad (es decir, descripciones de sentimientos y acciones hostiles-agresivas), y Esperanza (intensidad de optimismo de que es probable que ocurra el resultado más favorable). En este estudio se demostró que las puntuaciones más altas en la escala de ansiedad se correlacionaron con el aumento de los síntomas de ansiedad y que las puntuaciones del contenido de FMSS pronosticaban la reacción de los pacientes al tratamiento (Gottschalk y Gleser, 1969). La FMSS fue el primer instrumento alternativo a la CFI, construido con el objetivo de solventar las desventajas presentadas por esta entrevista, aunque tampoco está libre de limitaciones. Se trata también de una entrevista pero esta vez no estructurada y con una

breve duración de 5 a 10 minutos. Al igual que la CFI, recoge información sobre la SiE y la crítica y requiere de personal experto para llevarla a cabo y para su corrección, aunque en muchos estudios no incluye las dimensiones de hostilidad y calidez (Van Humbeeck, Van Audenhove, De Hert, Pieters y Storms, 2002).

Su modo de aplicación consiste en que, de nuevo, un familiar, hable sobre el enfermo y la relación que mantiene con éste. La instrucción que se le da es la siguiente: "Me gustaría escuchar sus pensamientos sobre (nombre del paciente) con sus propias palabras y sin que yo le interrumpa con cualquier pregunta o comentario. Cuando le pida que empiece, me gustaría que hablara durante 5 minutos, diciéndome qué tipo de persona es (nombre del paciente) y cómo se llevan. Después de haber comenzado a hablar, prefiero no responder a ninguna pregunta. ¿Hay preguntas que quisiera hacerme antes de comenzar?" (Magana et al., 1985, pág. 205). Esta instrucción y la entrevista son grabadas, recogiendo los pensamientos y sentimientos relevantes de la persona conforme a la EE.

En cuanto a su corrección, se considera una elevada EE si en la entrevista se presenta un solo comentario negativo hacia el paciente o más por parte del entrevistado, si éste hace una valoración negativa del paciente, si se produce evidencia de sobreprotección y si se dan numerosos detalles de la vida pasada.

Uno de los primeros y principales problemas a los que se enfrenta la entrevista es la tendencia a subestimar la alta EE. En la mayoría de estudios de EE con FMSS contrastados con la CFI, los parientes calificados con una alta EE en la FMSS, también lo son con la CFI, pero muchos identificados de baja EE con la FMSS son clasificados de alta EE con la CFI (Fujita et al., 2002; Leeb et al., 1991; Magaña et al., 1986; Malla, Kazarian, Barnes y Cole, 1991).

En cuanto a su validez predictiva, la FMSS ha demostrado ser altamente efectiva en la identificación de la calidad de las relaciones relativas a los cuidadores y en predecir la adaptación del paciente (Magana et al., 1986). Ésta suele ser una alternativa en casos en los que el entrevistado no conoce al paciente especialmente bien y no podría responder a todas las preguntas contenidas en el CFI, como por ejemplo, cuando en lugar de familiares se entrevista a miembros del equipo de tratamiento. Este hecho lo demuestran estudios como el de Moore y Kuipers (1999), en el cual se utilizó la FMSS para evaluar EE en cuidadores de pacientes psiquiátricos hospitalizados, obteniendo un acuerdo de 89,7% en la clasificación de EE entre la FMSS y la CFI. También resulta ser eficaz en el caso de trastornos para los que el tamaño del efecto de la relación de recaída-EE es mayor, por ejemplo trastornos del estado de ánimo, como depresión. Así lo avalan diferentes estudios

(Asarnow, Goldstein, Tompson y Guthrie, 1993; Butzlaff y Hooley, 1998; Uehara, Yokoyama, Goto y Ihda, 1996; Yan, Hammen, Cohen, Daley y Henry, 2004).

En los últimos años la FMSS ha sido cada vez más empleada en la investigación con padres y niños pequeños. Algunos investigadores diseñaron adaptaciones al sistema de codificación FMSS-EE, así como nuevos protocolos de codificación para abordar temas como resolver las preocupaciones sobre la aplicabilidad de FMSS-EE al contexto de la crianza de niños pequeños. Además, el sistema de codificación ofrecido por Caspi et al. (2004) ofrece nuevas escalas globales de Negatividad y Calor que van más allá del conteo de comentarios específicos de los padres. En general se ha demostrado que el FMSS es adecuado para evaluar la relación padre-hijo e indicar el bienestar de los niños.

Un problema con el que se enfrenta la FMSS, como cualquier otra entrevista, es con la deseabilidad social, encontrándose determinados sesgos al clasificar a las familias en baja o alta EE. Esto se puede deber a que el bajo tiempo en el que se pasa la entrevista puede llegar a recoger en exclusiva los aspectos más superficiales, dejando cabida a la reactividad. Es decir, el comportamiento del evaluado se vería alterado por la mera presencia del entrevistador, modificando su discurso en función a lo que piensa que se esperan que diga del paciente o lo que estaría socialmente más aceptado. Por otra parte, el tiempo es demasiado escaso, por lo que no permite recoger la misma cantidad de datos que la CFI, limitándose la riqueza y profundidad de la información. Se encuentra también con el largo tiempo necesitado en la especialización de los profesionales encargados de llevar a cabo la técnica y también con el extenso tiempo requerido en su corrección. Por último, otro de sus inconvenientes es el requisito de tener una fiabilidad interjueces de 0.80.

Resumiendo, la FMMS se considera una buena alternativa, a pesar de sus desventajas, para la evaluación de la EE, presentando una buena consistencia interna superior a 0.80 y una fiabilidad test-retest de 0.64 (Becerra, 2011).

2.1.3 PPI: La entrevista del paciente para evaluar las percepciones de los pacientes de las relaciones familiares.

Diseñado por Lois Mintz, Malta Lebell, y Michael J. Goldstein (citado en Tompson, Goldstein, Lebell, Mintz, Marder y Mintz, 1995).

Este instrumento no fue creado para medir EE pero ha acabado utilizándose para la recogida de información acerca de los pensamientos de los pacientes sobre la actitud de sus familiares hacia ellos. Se divide en 9 áreas agrupadas en tres subescalas: crítica, SiE y percepción de los miembros de la familia. Las nueve áreas se dividen de la siguiente

manera: se agrupan en un conjunto de cuatro preguntas sobre la crítica de los familiares, un grupo de cuatro preguntas sobre SiE y una acerca de cuanto el familiar puede llegar a molestar al paciente. Los cuatro grupos de preguntas diseñadas para obtener percepciones de crítica incluyen las siguientes áreas: (1) dificultades de relación, (2) expectativas poco realistas por el relativo, (3) desacuerdos con el familiar sobre otras relaciones interpersonales y (4) conflictos con el familiar. Los cuatro grupos de preguntas diseñados para obtener percepciones acerca de la SiE abarcan las siguientes áreas: (1) sobreprotección, (2) propensión a la preocupación del familiar, (3) participación excesiva en las otras relaciones interpersonales del paciente y (4) intrusividad del familiar. Si el paciente responde que sí a cualquiera de las preguntas anteriores el investigador debe determinar la naturaleza de la dificultad afirmada. Para finalizar, la última área mencionada (acerca del grado de molestia que el familiar produce en el paciente) comenzaría con la pregunta "¿alguna vez sientes que [nombre del familiar] te fastidia las cosas?" para luego recabar información acerca de 13 áreas que incluyen aspectos como el cumplimiento de la medicación, la gestión del dinero, la realización de tareas, etc.

Cuenta con una alta consistencia interna y en cuanto al poder predictivo, sólo la escala de la crítica del PPI predijo recaídas en pacientes psicóticos (Tompson et al., 1995). Esta misma subescala muestra una correlación positiva con los resultados del FMSS.

2.2 Cuestionarios:

2.2.1 Escala de Rechazo del Paciente (Patient Rejection Scale- PRS):

Hay una versión abreviada de la escala llamada PRS (Kreisman, Simmens y Joy, 1979) y otra extensa llamada PRS-1 (Kreisman et al., 1988). Ambas se caracterizan por la facilidad presentada en su administración y codificación. Inspirada en la CFI, la PRS consta de 11 ítem que evalúan la crítica y el rechazo ejercido hacia el paciente. Su consistencia interna es de 0.78. La PRS-1, en cambio, incluye 24 ítem y añade la evaluación de la frustración, la aceptación y el amor, aunque sigue sin examinar aspectos como la SiE. Su consistencia interna es de 0.89 y su fiabilidad test-retest es de 0.72.

Watzl, Rist y Cohen (1986) mencionan una comunicación personal de Kreisman (1984) acerca de una comparación de la PRS con los componentes de emoción expresada medida con la CFI (no publicada) que no mostraban relación entre la puntuación de PRS y "sobreimplicación emocional", pero sí lo hacían con las dimensiones de "crítica" y "hostilidad".

Una vez más, la escala no posee punto de corte al partir del que ejercer una clasificación. Como en muchos autoinformes, se observa una tendencia por parte de los familiares a subestimar el rechazo presentado hacia los pacientes (Kreisman et al. 1988). Según este autor la escala de rechazo presenta un buen poder predictivo en lo que a recaídas se refiere. En un estudio transcultural de emoción expresada con la PRS llevado a cabo con muestras de familiares de esquizofrénicos provenientes de Estados Unidos, Alemania e Inglaterra por Watzl, Rist y Cohen (1986) se encontraron reacciones de crítica y de rechazo hacia el paciente casi idénticas entre los países. Factores como el tamaño de la familia, el espacio vital y las redes sociales pueden determinar, en general, las actitudes hacia el paciente esquizofrénico más que los factores culturales, étnicos o religiosos que podrían confundirse con los primeros (Lukoff et al., 1984).

2.2.2 Escala de Ambiente Familiar (Family Environment Scale- FES):

Sus autores son Moos y Moos (1981).

No evalúan EE propiamente dicha sino aspectos que se relacionan con ella (como el conflicto), ya que evalúan la relación del familiar con el paciente. La componen 90 ítem dicotómicos verdadero/falso, que evalúan 3 aspectos principales: relación (cohesión, expresividad y conflicto), crecimiento personal (independencia, orientación de logro, orientación intelectual y cultural, énfasis activo y recreativo y énfasis moral o religioso) y mantenimiento del sistema (organización y control).

La escala recoge información tanto del paciente como del familiar.

Hay evidencias de una pequeña correlación entre las subescalas de conflicto y expresividad de la FES y las de criticismo y SiE de la CFI (Schnur, Friedmann, Dorman, Redford y Kesselman, 1986).

Esta prueba de evaluación tampoco posee un punto de corte para el establecimiento de una baja o alta EE, su validez predictiva es escasa y no es frecuente su uso (Van Humbeeck, Van Audenhove, De Hert, Pieters y Storms, 2002).

2.2.3 Cuestionario de influencia de las relaciones (Influential relationships Questionnaire-IRQ):

Elaborado por Baker, Helmes y Kazarian (1984). En él los pacientes deben evaluar la actitud de los dos parientes que presentan más importancia para él. Esto se hace a partir de 37 ítem, divididos en 3 escalas: Crítica, cuidado y protección. Además algunos ítem también recogen información sobre hostilidad.

Al igual que otras ya citadas, esta escala tampoco tiene un punto de corte establecido para distinguir entre alta o baja EE, pero cuenta con una alta consistencia interna de 0.76- 0.91 y una aceptable fiabilidad test-retest de 0.53-0.85 (Becerra, 2009).

Tiene una buena validez predictiva, siendo sus escalas de crítica y cuidado las que con más poder predictivo cuentan en lo que a recaídas de los pacientes con esquizofrenia se refiere (Baker, Kazarian y Helmes, 1987; Baker, Kazarian y Marquez, 1994). Siguiendo en la línea de la predicción, la escala resulta muy adecuada para predecir las quejas psiquiátricas (Baker et al., 1994; Clarke, Walker y Cuddy, 1996).

2.2.4 Nivel de emoción expresada (level of expression emotion- LEE):

Sus creadores son Cole y Kazarian,(1988). Mide en los últimos tres meses, variables que pueden relacionarse con la emoción expresada a partir de la evaluación de los familiares más importantes para el enfermo. Se trata de un cuestionario y no de una entrevista, siendo ésta la aportación fundamental de la LEE junto con que evalúa a familiares por un lado y a pacientes por otro. Su versión original consta de 60 ítem que recogen información de cuatro aspectos básicos: intrusividad, respuesta emocional, actitudes negativas hacia la enfermedad y expectativas hacia el paciente. Cada aspecto está compuesto por 15 cuestiones a las que los evaluados tienen que contestar con verdadero o falso.

Cuenta con una alta consistencia interna que oscila entre 0.84 y 0.89 y con una buena fiabilidad test retest que puede ir del 0.67 hasta 0.82 (Becerra, 2009). El coeficiente de correlación test-retest para la escala LEE global durante un período de seis semanas fue $r = 0,82$, y varió de $r = 0,67$ a $0,81$ para las subescalas (Cole y Kazarian, 1988).

Hay dos versiones disponibles de la escala, una dirigida al paciente y otra al familiar, con el fin de obtener información bidireccional sobre la relación familiar. Se han encontrado datos que avalan una buena predicción de recaída de la versión del paciente en esquizofrenia (Cole y Kazarian, 1993).

Por otro lado, Gerlsma, van der Lubbe y van Nieuwenhuizen (1992) crearon una nueva versión adaptada, compuesta por 33 ítems, a la que mas tarde se le añadió una subescala de Crítica, aumentandola a 38 ítems. Esta última subescala es la única dimensión de EE que coincide con las que mide la CFI y la FMSS.

Un aspecto positivo que presenta la LEE es que los resultados obtenidos no se ven influenciados por variables individuales como la edad y el sexo (Cole y Kazarian, 1988)

La LEE acortada ha mostrado ser eficiente en la evaluación de EE en adolescente, mostrando un creciente reconocimiento de la interrelación entre EE y problemas

psicológicos en la adolescencia (Gerlsma et al., 1992).

Aunque la versión original de 60 ítem se puede usar para sustituir en ocasiones a la CFI, no se considera una opción alternativa viable (Hooley y Parker, 2006).

2.2.5 Escala de Criticismo Percibido (Perceived Criticism Scale- PCS):

Fue desarrollada por Hooley y Teasdale (1989). En un principio, la escala se creó con la intención de evaluar cómo de criticados se sentían los pacientes diagnosticados de depresión por sus parejas. Las personas objeto de estudio deben responder a dos preguntas básicas acerca de su cónyuge: 1) ¿Cómo de crítico piensa que es usted con (su esposo/sa)? y 2) ¿Cómo de crítico cree que (su esposo/sa) es con usted?. Las puntuaciones van desde 1 (nada crítico) a 10 (demasiado crítico).

En estudios realizados por Hooley y Teasdale (1989) en los que se revisaba la situación de pacientes depresivos tras 9 meses transcurridos desde su evaluación con la PCS, la escala demostró ser un buen predictor tanto de la no recaída (con una puntuación de 2 o menos puntos en la escala) como de las recaídas (acertó el 100% de los casos a partir de una puntuación de 6 puntos). Estos mismos autores demostraron que los cónyuges que se definieron a ellos mismos como críticos obtuvieron también un elevado número de comentarios críticos durante la CFI. Además, los resultados obtenidos con la PC se correlacionan con los resultados obtenidos por la LEE de 38 ítem (Van Humbeeck et al., 2004).

Un aspecto interesante es que el instrumento cuenta con una buena validez predictiva para personas con problemas de abuso de drogas, con trastornos de depresión y con trastornos de ansiedad, tales como el Trastorno Obsesivo-compulsivo (TOC) y el trastorno de pánico con agorafobia (Chambless y Steketee, 1999, Renshaw, Chambless y Steketee, 2003).

Por otro lado, la utilización de la escala se encuentra a veces limitada cuando de evaluar otras culturas se trata, como en la egipcia, en la que los pacientes no estaban familiarizados con la puntuación numérica de ese tipo de aspectos y muchos de ellos se abstenían de contestar, por parecer les algo inapropiado (Okasha et al., 1994).

Para finalizar, otra aclaración importantes es que los resultados que se obtienen con la PCS no se relacionan con la sintomatología presentada por la persona (Riso, Klein, Anderson, Ouimette y Lizardi, 1996).

2.2.6 Cuestionario de Evaluación de la Emoción Expresada (Questionnaire Assessment of Expressed Emotion- QAEE):

Fue diseñada por Docherty, Serper y Harvey (1990). Se inspiró en la CFI. Se dirige a los familiares. Aunque la primera versión contaba con 144 ítem, luego se redujo a 99: 70 ítem que evalúan criticismo y hostilidad y 29 que evalúan SiE. Se trata no de decir si una conducta se realiza o no, sino con cuanta frecuencia se produce ese comportamiento en una escala de 0 (no se produce el comportamiento o casi nunca) y 3 (se produce siempre o casi siempre).

Cuenta con un punto de corte establecido para las escalas de Criticismo (87/210) y sobreimplicación emocional (44/87) (Becerra, 2011).

Entre los aspectos favorables de la escala, cuenta con una alta consistencia interna (0.90-0.96) y con un punto de corte establecido. Sin embargo, no hay información sobre su validez predictiva.

Puede ser una buena alternativa del CFI (Docherty, Serper y Harvey, 1990).

2.2.7 Escala de implicación emocional y crítica familiar: Family emotional involvement and criticism scale (FEICS).

Fue desarrollada por Shields, Franks, Harp, McDaniel y Campbell (1992), para la evaluación de dos de los aspectos de la EE: criticismo y SiE. En su origen contaba con 40 ítems, pero fue modificada quedando reducida a 14 ítem: 7 pertenecientes a la crítica y 7 a la SiE. Ambos aspectos son valorados a partir de la frecuencia en la que se producen ciertas conductas señalada en una escala Likert que va desde 1 (nunca o extrañamente) a 5 (siempre). No cuenta con un punto de corte para la distinción de alta o baja EE. Su consistencia interna es elevada.

Presenta una consistencia interna de 0.82 para la escala de crítica y de 0.76 para la escala de sobreimplicación emocional, pero todavía no está claro si estas dos escalas miden lo mismo que las escalas de criticismo percibido y de SiE medidas con la CFI (Campbell, Franks, Harp, McDaniel y Shields, 1994).

A partir de una versión modificada de la escala se llevaron a cabo estudios para comprobar la influencia de la EE en la calidad del matrimonio y se demostró que una alta EE predecía la agresión verbal en las relaciones conyugales pero que no había una relación significativa entre la EE y la calidad del matrimonio (Gavazzi et al., 2000).

Debido a que no hay información acerca de la validez simultánea y predictiva de la FEICS no está claro si es una buena alternativa para el CFI.

2.2.8 Lista de verificación de adjetivos (adjective Checklist- AC):

Friedman y Goldstein (1993, 1994).

Se trata de una lista compuesta por 20 adjetivos, de los cuales la mitad son positivos (cariñoso, bondadoso, amigable, dedicado, fácil de relacionarse, cooperativo, considerado, claro, aceptable y activo) y la otra mitad negativos (grosero, malo, perezoso, irritable, irresponsable, hostil, mentiroso, contrario, aburrido y enfadado). Los adjetivos tratan de medir aspectos de criticismo y de SiE. Estos adjetivos se presentan en orden alfabéticos y se deben puntuar en una escala tipo likert de frecuencia del 1(nunca) al 8 (siempre). Se realizan dos evaluaciones: en la primera los parientes deben informar sobre su comportamiento hacia los pacientes y en la segunda sobre el de los pacientes hacia ellos. Cabe destacar que ni el CFI ni el FMSS evalúan directamente la percepción de los miembros de la familia sobre su propio comportamiento, convirtiéndose en una de la primera medida de EE desarrollada para evaluar directamente la percepción de los familiares acerca de sus sentimientos hacia un paciente y sus percepciones acerca de los sentimientos del paciente hacia ellos (Friedmann y Goldstein, 1993).

Las calificaciones de los familiares acerca de ellos mismos y del paciente se relacionaron con patrones persistentes de comportamiento afectivo observado específico para el individuo que estaba siendo calificado, por lo que demuestra su validez predictiva (Friedmann y Goldstein, 1994).

Requiere de menos tiempo para su administración y puntuación que la CFI pero, aún así, no se ha utilizado generalmente como medida de EE (Klaus, Pérez, Young y Fristad, 2015).

La consistencia interna de las escalas positiva (0.91-0.94) y negativa (0.88-0.92) es alta y no cuenta con punto de corte (Becerra, 2011). Presenta una buena validez concurrente general con la FMSS y la escala de adjetivos negativos correlaciona adecuadamente con la CFI (Friedman y Goldstein, 1993). Si se quiere profundizar en la relación del paciente con el familiar la lista de verificación de adjetivos resulta muy adecuada.

2.2.9 Escala de actitud familiar (Family Attitude Scale- FAS):

Fue creada por Kavanagh, O'Halloran, Manicavasagar, Clark, Piatkowska, Tennant, y Rosen (1997). Se trata de un cuestionario que surgió con el objetivo de incluir aspectos favorables que la CFI y la FMSS no incluían: poder ser administrada tanto a los familiares como a los pacientes y ser sensibles a la detección de manifestaciones muy leves de hostilidad, pero mostrando una fuerte asociación con las variables de la CFI. Está formada por 30 ítem que recogen información acerca de los siguientes aspectos: criticismo o distanciamiento emocional, criticismo-hostilidad y distanciamiento afectivo- desconfianza

acerca de las posibilidades que presenta el otro.

Presenta una buena consistencia interna entre sus ítem de 0.95 (Manchester, 1990). Un ejemplo de su alta consistencia interna lo presenta un estudio realizado a familiares de pacientes esquizofrénicos y con trastorno esquizoafectivo, obteniendo una consistencia del 0.95 en padres y el 0.94 en madres (Kavanagh et al., 1997). En este mismo estudio de Kavanagh (1997) se encontró que la puntuación en el FAS fue mayor cuando la duración del trastorno era más alta o cuando el funcionamiento del paciente era peor. Además, las puntuaciones del FAS correlacionaron en gran medida con el criticismo, la calidez y la hostilidad de la CFI (Fujita et al. 2002).

Se cuenta con datos sobre su validez predictiva en los que se ve asociada la recaída de los pacientes con una alta puntuación obtenida mediante la FAS (Kavanagh y Pourmand, 2005) pero no hay disponibles datos sobre su estabilidad temporal.

Entre los inconvenientes que presenta esta medida se encuentran que no incluye componentes importantes de la EE como la SiE y que no consta de un punto de corte claro para la clasificación de alta o baja EE.

La FAS se puede utilizar para evaluar a cualquier persona de la familia, es breve y no requiere entrenamiento para administrar.

2.2.10 Cuestionario familiar (Family Questionnaire- FQ):

Fue desarrollada por Wiedemann, Rayki, Feinstein y Hahlweg (2002).

Se trata de un breve cuestionario que se aplica a los familiares de los pacientes para medir EE a partir de los aspectos de criticismo y de SiE. Fue elaborada mediante la elección de los ítem que presentaban una mayor correlación con las dimensiones de SiE y criticismo de la CFI, para finalmente quedar reducida a una escala de 20 ítem (10 que miden SiE y 10 que miden criticismo). Cada ítem está conformado por una escala tipo likert de cuatro alternativas de respuesta en la que el pariente debe señalar de 1(nunca) a 4 (casi siempre/siempre) según su comportamiento real con el paciente. A diferencia de otras escalas, ésta presenta dos puntos de corte: uno para criticismo (23) y otro para SiE (27), obteniéndose un nivel de crítica alto o de sobreimplicación familiar si se superan dichas cifras. Por otro lado, la consistencia interna de ambas subescalas es alta, siendo la de SiE de 0.78 a 0.80 y la de criticismo de 0.91 a 0.92.

Presenta una buena correlación tanto con las escalas de CC y SiE de la CFI como con las puntuaciones generales de la escala y coincide con ella en declarar el nivel de emoción expresada en el 74% de los casos. No se necesita ninguna formación para su aplicación y

no requiere de mucho tiempo en su aplicabilidad ni en su corrección.

En un estudio con la versión griega de la escala realizado a familiares de pacientes psicóticos (Economou, Koutra, Lionis, Roumeliotaki, Triliva y Vgontzas, 2014) se hallaron datos muy interesantes: los mayores niveles de SiE manifestado por los familiares hacia los pacientes fueron encontrados en mujeres, personas mayores sin trabajo y padres viudos; las mayores cifras encontradas de criticismo provenían de los cuidadores que viven con el paciente y se produce una correlación positiva entre el nivel de criticismo y la duración de la enfermedad, alargándose esta cuando la cantidad de criticismo expresado es mayor. También se encontró que a mayor carga psicológica familiar, más grande es el riesgo de comportarse críticamente o sobreimplicarse emocionalmente con el enfermo. Por último, el estudio demostró buena consistencia interna y fiabilidad test-retest, convirtiendo a la FQ en un instrumento útil para las investigaciones.

2.2.11 Escala para evaluar emoción expresada (EEE):

Desarrollada por Méndez, Orta y Peñate (2004).

La componen 40 ítem que recogen información acerca de la relación filio-parental para la evaluación de la presencia de los distintos componentes de la EE. Se divide en 6 subescalas: bajo grado de tolerancia de los padres hacia los hijos(criticismo), comentarios positivos, SiE, desconfianza en las posibilidades del otro, hostilidad como impaciencia hacia el comportamiento del otro y hostilidad como pérdida de control. Se observa , por tanto que reúne todos los componentes de la EE, incluidos los positivos y otros nuevos como la desconfianza en las posibilidades del otro.

Cuenta con un punto de corte que permite distinguir entre familias con alta EE y familias con baja EE (media más una desviación típica en el factor EE, formado por criticismo-hostilidad).

Tiene una buena consistencia interna de 0.87 y muestra una correlación positiva con la escala FAS, aunque no se ha comparado con la CFI (Becerra, 2011).

2.2.12 Escala diádica breve de emoción expresada (BDSEE):

Desarrollada por Medina-Pradas, Navarro, López, Grau y Obiols (2011). Constituye una de las técnicas mas nuevas, modernas y completas para evaluar la EE. Recoge la visión diádica de la EE, lo que quiere decir que la EE es evaluada teniendo en cuenta el punto de vista del familiar y del paciente a la vez. Por tanto, se cuenta con una versión para el paciente (Medina-Pradas, Navarro, López, Grau y Obiols, 2011b) y otra para el familiar

(pendiente de publicación). Además, aspectos positivos de la EE como la calidez son incluidos en la escala, no haciendo hincapié solo en los negativos.

Su fácil aplicabilidad y corrección, además de los aspectos mencionados anteriormente convierten esta escala en una técnica prometedora por la que se puede apostar en los próximos años.

2.2.13 E5 (Entrevista Estructurada de Evaluación de la Emoción Expresada):

Muela, Espinosa-Fernández, Garcia-Lopez y Díaz-Castela. (2012). Se trata de un breve cuestionario que requiere muy poca cantidad de tiempo para su administración: alrededor de unos 5 minutos.

Evalúa los 3 componentes clásicos de la emoción expresada (Crítica, Hostilidad y SiE) al que se le añade la Calidez y consta de dos versiones: una para los familiares y otra para el enfermo. Ambas cuentan con ítem idénticos, solo que formulan de manera diferente la pregunta según vaya dirigida al paciente o al familiar. Los ítem de los que consta la escala son 8 (dirigidos al enfermo): Le molesta mi comportamiento, mi forma de actuar y no lo disimula(centrado en la conducta); se enfada conmigo y llega a insultarme(centrado en la persona); el enfado es tan grande que procura evitarme; creo que piensa que esto no tiene solución, que va a seguir así para siempre; creo que esto repercute en él/ella y que le afecta física o psicológicamente; justifica lo que sucede o se responsabiliza de mi tarea; siente una preocupación o una tristeza tan grande que apenas puede evitar llorar; no le da demasiada importancia, tranquiliza el ambiente, negocia, razona, habla... no supone ningún problema. Recogen información acerca de los componentes de la emoción expresada (respectivamente: crítica, hostilidad –generalizada y de rechazo-, SiE –desesperanza, autosacrificio, sobreprotección, manifestaciones emocionales intensas- y calidez) y pueden ser presentados ante situaciones concretas (ante la falta de colaboración en las tareas domésticas, ante posible falta de rendimiento escolar, etc) o ante una situación general generadora de conflicto familiar. Los pacientes deben responder a los ítem de manera dual, una refiriéndose a su padre y otra a su madre. El patrón de respuesta utiliza una escala tipo likert de cinco alternativas, las cuales son: Nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre. El sujeto debe elegir una de estas cinco alternativas según la frecuencia con la que se produzca la conducta a la que hace referencia el ítem determinado, obteniendo así un indicador del grado de emoción expresada presente en el ámbito familiar.

Aunque todavía está investigándose, es una escala prometedora ya que, además de ser nueva e innovadora, recoge la visión diádica de la EE, al tener en cuenta también la visión

del paciente y requiere de muy corto tiempo de administración, además de recoger aspectos sobre todos los aspectos de la EE.

3. Conclusiones

Tras la revisión de los diferentes instrumentos de evaluación de Emoción Expresada se puede observar que a pesar de ser muchos los instrumentos creados después de la aparición de la CFI para solventar sus desventajas, esta entrevista sigue siendo el instrumento estrella debido, principalmente, a su validez predictiva y a la riqueza de información que permite recoger. Además las limitaciones presentadas por el resto de instrumentos ayudan a que los investigadores sigan optando por la CFI como instrumento más fiable para la medición de la EE.

Entre las desventajas presentadas por la CFI, resumidas a lo largo de este trabajo, se ha visto que destacan la enorme cantidad de tiempo requerida para su administración y corrección y la necesidad de contar con un personal experto. La FMSS fue el primer instrumento alternativo que intentó acabar con estas dificultades, pero la escasa información que permite recoger debido a su tiempo de administración hace que se siga optando por la enorme cantidad que permite recoger la CFI. Además otros factores como la tendencia a subestimar la EE (Fujita et al., 2002; Leeb et al., 1991; Magaña et al., 1986; Malla, Kazarian, Barnes y Cole, 1991) siguen dejando a la CFI como instrumento más fiable.

Después del FMSS se crearon muchos cuestionarios con el objetivo de solventar las desventajas presentadas por las entrevistas, al prescindir de menos tiempo y no requerir de personal experto. Sin embargo, como hemos visto en las páginas anteriores, estas técnicas tampoco se encuentran libres de limitaciones, enfrentándose a aspectos como: muchas de ellas no presentan punto de corte para la clasificación de alta o baja EE; no contemplar algunos de los aspectos de la EE; poseer una menor validez predictiva y el problema de la deseabilidad social, al tratarse de técnicas de autoinforme (Becerra, 2009).

Por todos estos aspectos y la poca cantidad de estudios con los que se cuenta en cuanto a los instrumentos alternativos, los investigadores siguen apostando por la CFI, aunque se está haciendo el intento en los últimos años de crear el instrumento definitivo que la sustituya, acabando con sus desventajas descritas anteriormente e incluyendo aspectos nuevos e innovadores como la visión diádica de la EE, al recoger tanto la perspectiva del

familiar como la del paciente. Este es el caso de Medina-Pradas, Navarro, López, Grau y Obiols (2011) y de Muela, Espinosa-Fernández, García-Lopez y Díaz-Castela. (2012), autores de los dos últimos instrumentos más nuevos para la medición de EE.

Otro aspecto interesante es que la mayoría de los estudios realizados tratan sobre la relación de la EE con la esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo (como depresión). En los últimos años están ganando importancia otros trastornos, como es el caso de trastornos alimenticios (Medina-Pradas, Navarro, López, Grau y Obiols, 2011), hecho que resulta interesante ya que el estudio de la EE en diferentes trastornos podría ayudar a una menor aparición de recaídas y mejora en el curso de éstos.

Por último, se comprueba también que el estudio de la EE no es muy frecuente, ya que no se cuenta con una abundancia de estudios sobre ella. Esto puede ser debido a su reciente aparición o al problema presentado por los instrumentos.

En la investigación futura, además de crear nuevos instrumentos que incluyan menos dificultades y contengan una alta fiabilidad, se deberían realizar más estudios que permitan contrastar los diferentes instrumentos y hacer que el estudio e intervenciones con la EE gane peso en la práctica clínica.

4. Bibliografía.

Asarnow, J. R., Goldstein, M. J., Tompson, M., & Guthrie, D. (1993). One-year outcomes of depressive disorders in child psychiatric in-patients: Evaluation of the prognostic power of a brief measure of expressed emotion. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 129–137.

Barrowclough, C. Tarrier, N. (1992). Interventions with families. *Innovations in the management of schizophrenia*. 79-101

Baker, B., Helmes, E., & Kazarian, S. S. (1984). Past and present perceived attitudes of schizophrenics in relation to rehospitalization. *British Journal of Psychiatry*, 144, 263–269.

Baker, B., Helmes, E. y Kazarian, S. S. (1987). Perceived attitudes of schizophrenic inpatients in relation to rehospitalisation. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 55, 775–777.

- Baker, B., Kazarian, S., & Marquez, J. A. (1994). Perceived interpersonal attitudes and psychiatric complaints in patients with essential hypertension. *Journal of Clinical Psychology*, 50 (3), 320–324.
- Becerra, J. A. (2009). Evaluación de la emoción expresada: descripción de algunos de los instrumentos utilizados para su medida. 10º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis*. Psiquiatría.com
- Becerra, J. A. (2011). DESCRIPCIÓN Y LIMITACIONES DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA EMOCIÓN EXPRESADA. *Papeles del psicólogo*, 32 (2), 152-158.
- Brown G, Birley J, Wing J. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenia disorders. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse. *Archives of General Psychiatry*, 55, 547– 552.
- Campbell, T., Franks, P., Harp, J., McDaniel, S., Shields, C. (1994). Family Emotional Involvement and Criticism Scale (FEICS): II. Reliability and Validity Studies. *Family Systems Medicine*, 12, 361-377
- Chambless, D. L., & Steketee, G. (1999). Expressed emotion and behavior therapy outcome: A prospective study with obsessivecompulsive and agoraphobic outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 658–665.
- Cohen, R. y Watzl, H. Rist, F. (1986). The Patient Rejection Scale: Cross-Cultural Consistency. *Schizophrenia Bulletin*, 12 (2), 236-238
- Cole, J. & Kazarian, S. (1988). The level of expressed emotion scale: A new measure of expressed emotion. *Journal of clinical psychology*, 44 (3), 392-397.
- Docherty NM. & Serper MR (1990). Development and preliminary validation of a questionnaire assessment of expressed emotion. *Psychological Reports.*, 67(1): 279-87.

Friedmann, M. S., & Goldstein, M. J. (1993). Relatives' awareness of their own expressed emotion as measured by a self-report adjective checklist. *Family Process*, 32, 459–471.

Friedmann, M. S., & Goldstein, M. J. (1994). Relatives' perceptions of their interactional behavior with a schizophrenic family member. *Family Process*, 33, 377–387.

Fristad, M. A., Klaus, N. M., Pérez, G., Young, A.S. (2015). Validity of the Expressed Emotion Adjective Checklist (EEAC) in Caregivers of Children With Mood Disorders. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 4 (1), 27–38

Fujita, H., Shimodera, S., Izumoto, Y., Tanaka, S., Kii, M., Mino, Y., & Inoue, S. (2002). Family Attitude Scale: Measurement of criticism in the relatives of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry Research*, 110, 273–280.

Gerlsma, C., van der Lubbe, P. M., & van Nieuwenhuizen, C. (1992). Factor analysis of the Level of Expressed Emotion Scale, a questionnaire intended to measure “perceived expressed emotion”. *British Journal of Psychiatry*, 160, 385–389.

Gerlsma, C., & Hale, W. W., III. (1997). Predictive power and construct validity of the Level of Expressed Emotion Scale (LEE): Depressed out-patients and couples from the general community. *British Journal of Psychiatry*, 170, 520–525.

Gleser, G. C. y Gottschalk, L. A. (1969). The measurement of psychological states through the content analysis of verbal behavior. Berkeley: University of California Press.

Hooley, J. M., & Teasdale, J. D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology*, 98 (3), 229–235.

Hooley, J.M. Y Parker, H. A. (2006). Measuring Expressed Emotion: An Evaluation of the Shortcuts. *Journal of Family Psychology*, 20 (3), 386–396.

Kavanagh, D. J., O'Halloran, P., Manicavasagar, V., Clark, D., Piatkowska, O., Tennant,

C., & Rosen, A. (1997). The Family Attitude Scale: reliability and validity of a new scale for measuring the emotional climate of families. *Psychiatry Research*, 70, 185–195.

King, S. (2000). Is expressed emotion cause or effect in the mothers of schizophrenic young adults?. *Schizophrenia Research*, 45 (1), 65–78

Kim, E. y Miklowitz (2004). Expressed emotion as a predictor of outcome among bipolar patients undergoing family therapy. *Journal of Affective Disorders*, 82 (3), 343–352

Kreisman, D. E., Simmens, S. J., & Joy, V. D. (1979). Rejecting the patient: preliminary validation of a self-report scale. *Schizophrenia Bulletin*, 5 (2), 220–222.

Kreisman, D., Blumenthal, R., Borenstein, M., Woerner, M., Kane, J., Rifkin, A., & Reardon, G. (1988). Family attitudes and patient social adjustment in a longitudinal study of outpatient schizophrenics receiving low dose neuroleptics: the family's view. *Psychiatry*, 51, 3–13.

Koutra, K., Economou, M., Triliva, S., Roumeliotaki, T., Lionis, C. y Vgontzas, A. N. (2014). Cross-cultural adaptation and validation of the Greek version of the Family Questionnaire for assessing expressed emotion. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 1038-1049.

Leeb, B., Hahlweg, K., Goldstein, M. J., Feinstein, E., Mueller, U., Dose, M., & Magaña-Amato, A. (1991). Cross-national reliability, concurrent validity, and stability of a brief method for assessing expressed emotion. *Psychiatry Research*, 39, 25–31.

Leff, J. P., Kuipers, L., Berkowitz, R., Vaughn, C. y Sturgeon, D. (1983). Life events, relatives expressed emotion and maintenance neuroleptics in schizophrenic relapse. *Psychological Medicine*, 13, 799-806.

Lemos, S. (1985). Factores familiares (expresión emocional) y evolución de la esquizofrenia. Ponencia presentada a la Jornada sobre la adaptación a la comunidad del enfermo mental crónico, organizada por el Colegio Oficial de Psicólogos y el Instituto de Salud Mental de Valencia.

Lukoff, D.; Nuechterlein, K.H., Snyder, K. Y Ventura (1984). Life events, familial stress, and coping in the developmental course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 258-292.

Magana A., Goldstein J., Karno M., Miklowitz D., Jenkins J., Falloon IR. (1986). A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 17 (3), 203-12.

Malla, A. K., Kazarian, S. S., Barnes, S., & Cole, J. D. (1991). Validation of the Five-Minute Speech Sample in measuring expressed emotion. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 297– 299.

Manchester, D. (1990). Some psychometric properties of the Family Attitude Scale and preliminary normative data. Master in Psychology thesis, University of Sydney.

Medina-Pradas, C., Navarro J. B., López S. R., Grau A. y Obiols, J. E. (2011a). Dyadic view of expressed emotion, stress and eating disorder psychopathology. *Apetite*, 57(3), 743-748.

Medina-Pradas, C., Navarro J. B., López S. R., Grau A. y Obiols, J. E. (2011b). Further development of a scale of perceived expressed emotion and its evaluation in a sample of patients with eating disorders. *Psychiatry Research*, 190(3), 291- 296.

Medina-Pradas, C. (2016). Actualización en torno a la Emoción Expresada: consideraciones teóricas, metodológicas y prácticas. *Revista de psicoterapia*, 27 (103), 251-266.

Méndez A, Orta E y Peñate W (2004). Primeros datos de validación de una escala para evaluar la emoción expresada (EEE). *Análisis Modificación de Conducta*, 30 (132), 591-621.

Montero, L. y Ruiz, L. (1992). L. La entrevista familiar Camberwell: (CFI). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 7 (42), 199-202.

Moore, E., & Kuipers, E. (1999). The measurement of expressed emotion in relationships between staff and service users: The use of short speech samples. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 345–356.

Moos, R. H., & Moos, B. S. (1981). Family Environment Scale Manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Muela, J. A. y Godoy, J. F. (2001). Importancia de los componentes de la emoción expresada. *Clínica y salud*, 12 (2), 179-197.

Muela, J.A., Espinosa-Fernández, L. García-López, L. J. y Díaz-Castela, M. M. (2012). Validación de la Entrevista Estructurada de la Emoción Expresada (E5) en población adolescente con trastorno de ansiedad social. Libro de resúmenes del IX Congreso Internacional de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS). Valencia.

Okasha, A., El Akabawi, A. S., Snyder, K. S., Wilson, A. K., Youssef, I., & El Dawla, A. S. (1994). Expressed emotion, perceived criticism, and relapse in depression: A replication in an Egyptian sample. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1001– 1005.

Renshaw, K. D., Chambless, D. L., & Steketee, G. (2003). Perceived criticism predicts severity of anxiety symptoms after behavioral treatment in patients with obsessive-compulsive disorder and panic disorder with agoraphobia. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 411–421.

Sher-Censor, E. (2015). Five Minute Speech Sample in developmental research: A review. *Developmental Review*, 36, 127–155.

Shields, C. G., Franks, P., Harp, J. J., McDaniel, S. H., & Campbell, T. L. (1992). Development of the Family Emotional Involvement and Criticism Scale (FEICS): a self-report scale to measure expressed emotion. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18 (4), 395–407.

- Schnur, D. B., Friedmann, S., Dorman, M., Redford, H. R., & Kesselman, M. (1986). Assessing the family environment of schizophrenic patients with multiple hospital admissions. *Hospital and Community Psychiatry*, 37 (3), 249–252.
- Tompson, M. C., Goldstein, M. J., Lebell, M. B., Mintz, L. I., Marder, S. R., & Mintz, J. (1995). Schizophrenic patients' perceptions of their relatives' attitudes. *Psychiatry Research*, 57, 155–167.
- Uehara, T., Yokoyama, T., Goto, M., & Ihda, S. (1996). Expressed emotion and short-term treatment outcome of outpatients with major depression. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 299–304.
- Van Humbeeck, G., Van Audenhove, Ch., De Hert, M., Pieters, G. y Storms, G. (2002). Expressed emotion. A review of assessment instruments. *Clinical Psychology Review*, 22 (3), 321-341.
- Vaughn C. & Leff J. (1976). The measurement of expressed emotion of families of psychiatric patients. *The British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 157-65.
- Wiedemann G., Rayki O., Feinstein E. & Hahlweg K (2002). The Family Questionnaire: development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion. *Psychiatry Research*, 109(3), 265-79.
- Yan, L. J., Hammen, C., Cohen, A. N., Daley, S. E., & Henry, R. M. (2004). Expressed emotion versus relationship quality variables in the prediction of recurrence in bipolar patients. *Journal of Affective Disorders*, 83, 199–206.