

emoción expresada (EE) – expressed emotion (EE)

Authored by
memjavad

February 22, 2026

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2026). *emoción expresada (EE) – expressed emotion (EE)*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=9235>

Emoción Expresada (EE)

Campos Disciplinarios Primarios: Psicología Clínica, [Psiquiatría](#), Psicología Social y Terapia Familiar.

1. Definición Central y Marco Teórico

La **Emoción Expresada (EE)** es un constructo psicológico fundamental utilizado para medir el entorno emocional y la calidad de las interacciones dentro de un sistema familiar o de cuidado, específicamente en relación con un paciente que padece un trastorno mental crónico o una condición médica debilitante. Este concepto no se refiere a la emoción que el paciente siente, sino a la medida cualitativa y cuantitativa de las actitudes, sentimientos y comportamientos que los familiares o cuidadores manifiestan hacia el individuo enfermo durante una entrevista clínica o en el entorno doméstico cotidiano.

Desde una perspectiva teórica, la **Emoción Expresada** se integra dentro del **modelo de vulnerabilidad al estrés**. Este modelo sugiere que los individuos con predisposiciones biológicas a ciertos trastornos, como la [esquizofrenia](#), son particularmente sensibles a las tensiones ambientales. Un entorno con alta EE actúa como un estresor crónico que sobrecarga los mecanismos de afrontamiento del paciente, lo que aumenta significativamente la probabilidad de una recaída sintomática o un empeoramiento del pronóstico clínico.

Es crucial entender que la EE no es un rasgo de personalidad inmutable del cuidador, sino un indicador de la dinámica relacional en un momento dado. Se manifiesta principalmente a través de tres dimensiones negativas (criticismo, hostilidad y sobreimplicación emocional) y dos dimensiones positivas (calidez y comentarios positivos). La investigación contemporánea ha demostrado que la EE es uno de los predictores más robustos y consistentes de los resultados en salud mental en diversas culturas y diagnósticos.

2. Etimología y Desarrollo Histórico

El concepto de **Emoción Expresada** surgió a finales de la década de 1950 y principios de la de 1960 en el Reino Unido, bajo la dirección del sociólogo y psicólogo **George Brown** en la Unidad de Investigación de Psiquiatría Social del Consejo de Investigación Médica de Londres. El interés inicial de Brown nació de la observación de que los pacientes con esquizofrenia que regresaban a vivir con sus padres o cónyuges después del alta hospitalaria tenían tasas de recaída mucho más altas que aquellos que se mudaban a residencias compartidas o vivían solos.

En 1956, Brown realizó un estudio seminal que identificó que el tipo de hogar al que regresaba el paciente era el factor determinante más importante para su estabilidad a largo plazo. A través de entrevistas exhaustivas, Brown y sus colegas desarrollaron la **Camberwell Family Interview**

(CFI), una herramienta diseñada para capturar no solo el contenido de lo que decían los familiares, sino también el tono de voz, el lenguaje corporal y la intensidad emocional de sus expresiones. Este enfoque metodológico permitió transformar observaciones subjetivas en datos empíricos rigurosos.

Durante las décadas de 1970 y 1980, investigadores como **Julian Leff** y **Christine Vaughn** refinaron el constructo y establecieron los umbrales específicos que definen a una familia como de "alta EE" o "baja EE". Sus estudios confirmaron que los pacientes que vivían en hogares de alta EE y que tenían contacto frecuente con sus familiares (más de 35 horas a la semana) presentaban las tasas de recaída más elevadas, independientemente de la gravedad de sus síntomas iniciales o de su adherencia farmacológica.

3. Dimensiones y Características Clave

La **Emoción Expresada** se evalúa tradicionalmente mediante cinco escalas o componentes críticos que permiten desglosar la atmósfera emocional del hogar:

Comentarios Críticos: Se refiere a expresiones de desaprobación, resentimiento o disgusto dirigidas hacia el comportamiento del paciente. La crítica suele centrarse en síntomas que el familiar percibe como controlables por el paciente, como la falta de higiene o la apatía.

Hostilidad: Es una forma más generalizada y severa de crítica en la que el rechazo se dirige a la persona en su totalidad ("eres un vago") en lugar de a comportamientos específicos. Implica una actitud de antagonismo constante hacia el paciente.

Sobreimplicación Emocional (EOI): Se caracteriza por comportamientos sobreprotectores, intrusivos o de excesivo sacrificio personal por parte del cuidador. Aunque nace de la preocupación, genera una presión sofocante que impide la autonomía del paciente y aumenta su estrés.

Calidez: Evalúa la amabilidad, el afecto y el interés genuino que el familiar muestra hacia el paciente. A diferencia de las anteriores, esta es una dimensión protectora que suele estar asociada con mejores resultados terapéuticos.

Comentarios Positivos: Son expresiones directas de elogio, aprobación o aprecio por el comportamiento o las cualidades del paciente.

En la práctica clínica, un hogar se clasifica como de **Alta Emoción Expresada** si el cuidador principal puntúa alto en criticismo, hostilidad o sobreimplicación emocional. El criticismo se mide habitualmente por el número de comentarios negativos realizados durante la entrevista, mientras que la hostilidad y la EOI se califican en escalas de intensidad. Esta distinción es vital porque las intervenciones deben adaptarse a la dimensión específica que predomine en el entorno familiar.

4. Metodología de Evaluación y Medición

La evaluación de la **Emoción Expresada** requiere instrumentos especializados que vayan más allá de los cuestionarios de autoinforme, ya que los cuidadores a menudo no son conscientes de sus propios patrones de comunicación. El estándar de oro sigue siendo la **Camberwell Family Interview (CFI)**, una entrevista semiestructurada que dura entre una y dos horas. El evaluador analiza no solo las respuestas, sino las señales paralingüísticas, como la velocidad del habla y la inflexión tonal, que revelan la actitud subyacente hacia el paciente.

Debido a la complejidad y el tiempo que requiere la CFI, se desarrollaron métodos más breves para su uso en entornos de investigación y clínica rápida. La **Muestra de Habla de Cinco Minutos (Five-Minute Speech Sample o FMSS)**, creada por [Anne Magaña](#) en 1986, es la alternativa más popular. En esta técnica, se pide al familiar que hable sin interrupciones sobre el paciente y su relación durante cinco minutos exactos. La grabación se codifica posteriormente buscando indicadores de crítica o sobreimplicación.

Además de estas técnicas de entrevista, existen cuestionarios como el **Family Questionnaire (FQ)** y la **Level of Expressed Emotion Scale (LEE)**. Aunque son más fáciles de administrar, suelen carecer de la profundidad necesaria para capturar la hostilidad sutil o la sobreimplicación compleja. Por lo tanto, en la investigación académica de alto nivel, se prefiere el uso de medidas observacionales o grabaciones de interacciones directas para validar los hallazgos de los cuestionarios.

5. Significado e Impacto en la Salud Mental

La importancia de la **Emoción Expresada** radica en su capacidad predictiva universal. Originalmente estudiada en la esquizofrenia, la investigación se ha extendido al [trastorno bipolar](#), la depresión mayor, los trastornos de la conducta alimentaria y el trastorno obsesivo-compulsivo. En todos estos casos, la alta EE en el hogar se correlaciona con una mayor frecuencia de episodios agudos y una menor respuesta al tratamiento estándar.

El impacto de la EE se explica a través de la respuesta fisiológica del paciente. Los estudios de psicofisiología han demostrado que los pacientes que viven con familiares de alta EE muestran una mayor reactividad del sistema nervioso autónomo (como el aumento de la conductancia de la piel y la frecuencia cardíaca) cuando interactúan con ellos. Esta activación constante del sistema de estrés agota los recursos cognitivos y biológicos del individuo, facilitando la aparición de delirios, alucinaciones o estados depresivos profundos.

Más allá de la psicopatología, la EE también afecta la recuperación funcional. Los pacientes en entornos de baja EE tienden a reintegrarse mejor en el mercado laboral y a desarrollar habilidades sociales más sólidas. Esto sugiere que reducir la EE no solo previene las crisis, sino que fomenta

un entorno de rehabilitación que promueve la autonomía y la calidad de vida, transformando el hogar de un lugar de conflicto en un refugio terapéutico.

6. Aplicaciones Clínicas e Intervenciones Familiares

El reconocimiento de la EE como factor de riesgo ha revolucionado el tratamiento de los trastornos mentales graves, desplazando el enfoque del paciente individual hacia el sistema familiar. Las **Intervenciones Familiares Psicoeducativas** se han diseñado específicamente para reducir los niveles de EE. Estas terapias no buscan culpar a la familia, sino dotarla de herramientas para manejar el estrés que conlleva cuidar a una persona con una enfermedad crónica.

Las intervenciones suelen estructurarse en varias fases:

Alianza Terapéutica: Establecer una relación de apoyo con los familiares, validando su carga y sus esfuerzos.

Psicoeducación: Proporcionar información clara sobre la enfermedad para que la familia comprenda que ciertos comportamientos son síntomas biológicos y no actos voluntarios de maldad o pereza.

Entrenamiento en Solución de Problemas: Enseñar estrategias para manejar crisis cotidianas de manera calmada y estructurada.

Habilidades de Comunicación: Entrenar a los miembros de la familia en la escucha activa y en la expresión de sentimientos de manera constructiva, evitando la crítica destructiva.

Los metaanálisis indican que las intervenciones familiares que reducen con éxito la EE pueden disminuir las tasas de recaída en la esquizofrenia del 50% a menos del 10% en el primer año. Este éxito subraya la necesidad de integrar la evaluación de la EE en los protocolos de atención primaria y secundaria en salud mental, asegurando que el tratamiento farmacológico se complemente con un soporte ambiental adecuado.

7. Variaciones Transculturales y Diversidad

Un área de intenso debate y estudio es cómo la **Emoción Expresada** se manifiesta en diferentes contextos culturales. Aunque el vínculo entre alta EE y recaída es casi universal, los niveles basales de EE y lo que se considera "normal" varían significativamente. Por ejemplo, estudios realizados en la India y en comunidades mexicanas en Estados Unidos han mostrado niveles de EE más bajos en comparación con poblaciones anglosajonas o europeas.

En algunas culturas colectivistas, ciertos niveles de **sobreimplicación emocional** pueden no ser percibidos como intrusivos, sino como una forma esperada de apoyo y cuidado familiar. En estos contextos, la sobreprotección podría no tener el mismo efecto estresante que en sociedades individualistas donde la autonomía personal es un valor supremo. Esto ha llevado a los

investigadores a pedir una mayor sensibilidad cultural al aplicar los criterios de la CFI y otras herramientas de medición.

Además, la forma en que se expresa el criticismo varía. En algunas culturas, el silencio o el aislamiento social pueden ser formas de crítica más potentes que el comentario verbal directo. La investigación transcultural sugiere que, si bien el constructo de EE es válido globalmente, los clínicos deben ser cautelosos al interpretar los comportamientos familiares, evitando imponer normas occidentales de comunicación a familias de orígenes diversos.

8. Debates Contemporáneos y Críticas

A pesar de su éxito empírico, la **Emoción Expresada** ha enfrentado críticas significativas, principalmente relacionadas con el riesgo de "culpabilización de la familia". Durante años, teorías obsoletas como la de la "madre esquizofrenógena" causaron un daño inmenso a los cuidadores. Algunos críticos argumentan que el concepto de EE, si se maneja mal, puede sugerir que los familiares son los causantes de la enfermedad del paciente, en lugar de reconocer que su comportamiento suele ser una reacción al estrés extremo de la convivencia con la enfermedad.

Otro punto de debate es la dirección de la causalidad. Aunque la mayoría de los estudios sugieren que la alta EE causa recaídas, algunos investigadores proponen un modelo bidireccional. Es posible que los pacientes con síntomas más disruptivos o difíciles de manejar provoquen de manera natural niveles más altos de crítica y hostilidad en sus cuidadores. En este sentido, la EE sería tanto un predictor como una consecuencia del estado clínico del paciente.

Finalmente, existe una discusión sobre la estabilidad del constructo. Algunos estudios muestran que los niveles de EE pueden fluctuar significativamente en respuesta a cambios en la medicación del paciente o a eventos vitales externos. Esto plantea la pregunta de si una única evaluación (como la FMSS) es suficiente para caracterizar el clima emocional a largo plazo de una familia o si se requiere un monitoreo continuo para obtener una imagen precisa de la dinámica del hogar.

9. Lecturas Adicionales

[Amaechi, N., et al. \(2008\). "Expressed Emotion: A Review of Assessments, Genetics, and Clinical Implications". NCBI.](#)

[Wikipedia: Expressed Emotion \(Inglés\).](#)

[ScienceDirect: Overview of Expressed Emotion Research.](#)

[Psicología y Mente: Qué es la emoción expresada y cómo afecta a la psicopatología.](#)

[Brown, G. W., et al. \(1972\). "Influence of family life on the course of schizophrenic illness: a replication". British Journal of Psychiatry.](#)