

EXPRESION DE EMOCIONES Y NIVEL DE INTERACCION EN FAMILIAS
DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA

Judith Mercado Colón, Psy.D.
José J. Cabiya, Ph.D.

Hospital de Psiquiatría Dr. Ramón Fernández Marina
Centro Caribeño de Estudios Postgraduados

The purpose of the present study was to determine the level of the expression of emotions in the families of patients diagnosed as schizophrenics and to explore its relation with relapses in their condition. We also explored the relationship between patients' relapses and level of social interaction in their families.

The experimental sample consisted of sixteen patients diagnosed primarily as schizophrenics in an acute phase of their condition. They were hospitalized at the State Psychiatric Hospital in Río Piedras. In order to determine the level of expression of emotions, sixteen immediate relatives of the patients were interviewed. The components of the expression of emotions included commentaries of censure, hostility and emotional over involvement.

The Spanish version of the "Camberwell Family Interview" and the Expression of Emotions Scale were used to measure the level of expression of emotions and family interaction according to the criteria established by Brown, Birley and Wing (1972).

The results reveal that 62.5% of the families were characterized by a low level of expression of emotions while 37.5% showed a high level of expression of emotions. In addition, it was found that 87.5% of the patients had high family interaction compared to 12.5 that had low family interaction.

The study reveals that there was a higher number of relapses in patients who returned to families with a high level of expression of emotions and family interaction than those who returned to families with a low level of expression of emotions and family interaction.

Canino, Bird, Shrout, Rubio, Bravo, Martínez, Sesman y Guevara (1987) exponen que los cambios transicionales que se han dado en Puerto Rico, de una sociedad agraria a una urbana e industrial, unida al pobre nivel socioeconómico, han creado una situación de aparente alto riesgo para la prevalencia de trastornos psiquiátricos.

En un estudio realizado por estos autores se seleccionó una muestra de 1,513 personas entre las edades de 18 a 64 años para conocer la prevalencia de desórdenes psiquiátricos específicos en Puerto Rico. Estudiaron los desórdenes afectivos, de ansiedad, somatoformes, de esquizofrenia, abuso y dependencia del alcohol. Se

encontró que estos desórdenes reflejaron una prevalencia en la muestra de menos de un dos por ciento al momento de la evaluación de acuerdo a los criterios establecidos. Los autores concluyeron que los desórdenes de pánico y esquizofrenia son los de menor prevalencia en Puerto Rico.

Anderson, Reiss y Hogarty (1986) definen la esquizofrenia como un desorden de pensamiento recurrente y persistente debido a una disfunción cerebral la cual es adquirida a través de traumas, infecciones y/o es heredada a través de los genes. Ellos exponen que independientemente de la causa de la esquizofrenia, el ambiente familiar es importante ya que provee las experiencias emocionales más intensas que un individuo puede encontrarse en toda su vida.

Expresión de emociones en el curso de la esquizofrenia

Una serie de estudios han demostrado una correlación significativa entre el nivel de expresión de emociones en la familia y el riesgo de recaída de pacientes que residen con éstos (Brown, Monck, Carstairs y Wing, 1962; Brown, Birley y Wing, 1972; Vaughn y Leff, 1976; Vaughn, Snyder, Jones, Freeman y Falloon, 1984).

Brown, Monck, Carstairs y Wing (1962) diseñaron un estudio para determinar cómo la expresión de hostilidad u otra emoción fuerte en general de la familia hacia el paciente podrían aislarse como conductas que contribuían a la recaída de éste. Se seleccionaron 128 pacientes entre las edades de 20 y 49 años que habían estado hospitalizados durante un mes. Se construyeron tres escalas de expresión de emociones las cuales fueron las de sobreprotección, dominio y hostilidad. Los resultados confirmaron la primera hipótesis, la cual establecía que los pacientes que regresaban con un familiar que demostraba un sobreenvolvimiento emocional se deterioraban con más frecuencia. Por el contrario, los pacientes que regresaban con un familiar de bajo involucramiento emocional tardaban en deteriorarse. La segunda hipótesis establecía que si el paciente disminuía contacto personal con familias de un alto sobreenvolvimiento emocional se reduciría el deterioro de su enfermedad. Esta hipótesis fue confirmada solamente para aquellos pacientes que tenían un disturbio emocional moderado o severo al momento de su alta.

Brown, Birley y Wing (1972) replicaron este estudio utilizando el instrumento "Camberwell Family Interview" para medir el involucramiento emocional de las familias. Se seleccionaron 101 pacientes entre las edades de 18 y 64 años, de los cuales 59 tenían su primer episodio agudo de enfermedad. Se construyeron cinco escalas de expresión de emociones: comentarios de censura, hostilidad, sobreenvolvimiento emocional, calor humano y comentarios positivos. Se utilizó una escala conocida como índice de expresión de emociones para evaluar los niveles altos y bajos de expresión de emociones.

Los resultados arrojaron que un 58 por ciento de los pacientes que regresaron a hogares de familias de nivel alto de expresión de emociones recayó, mientras que sólo recayó un 16 por ciento de pacientes que regresaron con familias de nivel bajo de expresión de emociones. Los hallazgos revelaron que el matrimonio ejerce un efecto protector en ambos sexos, ya que el número de recaídas fue menor en pacientes casados que en solteros. A su vez, se encontró que los medicamentos tienen un efecto reductor en el número de recaídas.

Brown, Birley y Wing (1972) encontraron que la interacción de más de 35 horas semanales entre los pacientes y familiares de bajo nivel de expresión de emociones no influían en la recaída de la enfermedad del paciente. No obstante, una interacción menor de 35 horas semanales con familias de nivel alto de expresión de emociones servía de reductor en el número de recaídas del paciente.

Vaughn y Leff (1976) realizaron el estudio anterior con pacientes de condición depresiva para investigar si la expresión de emociones era específico a la esquizofrenia. La muestra consistió de 37 pacientes esquizofrénicos y 30 pacientes depresivos de ambos sexos. Se encontró que las esposas de los pacientes esquizofrénicos manifestaban igual comentario de censura que los padres de éstos. Los hallazgos revelaron también que las esposas de los pacientes depresivos manifestaban igual comentario de censura que las familias de los pacientes esquizofrénicos.

A diferencia de los resultados de familias de pacientes esquizofrénicos, el contacto personal no correlacionaba con el riesgo de recaída de pacientes depresivos. Vaughn y Leff (1976) y Leff y Vaughn (1981) confirmaron los resultados de Brown, Birley y Wing (1972) sobre el efecto protector de los medicamentos en la recaída.

Los estudios de expresión de emociones en Inglaterra (Brown, Monck, Carstairs y Wing, 1962; Brown, Birley y Wing, 1972; Vaughn y Leff, 1976) fueron replicados en otro escenario cultural utilizando una población del Sur de California. Vaughn, Snyder, Jones, Freeman y Falloon (1984) realizaron un estudio con una muestra de 69 pacientes esquizofrénicos. Los resultados fueron consistentes con aquellos realizados en Inglaterra, ya que encontraron una relación entre la expresión de emociones y la recaída del paciente. Los hallazgos reflejaron diferencias culturales en los patrones de expresión de emociones. Las familias de California mostraron mayor tendencia a expresar comentarios de censura y de hostilidad que los de Inglaterra. Por el contrario, no hubo diferencias culturales en la expresión de sobreenvolvimiento emocional. A su vez, Vaughn, Snyder, Jones, Freeman y Falloon (1984) no encontraron relación significativa entre el contacto personal y la recaída en pacientes que provenían de un alto nivel de expresión de emociones.

Estos autores encontraron que el mejor pronóstico para aquellos pacientes que provenían de familias de un nivel alto de expresión de emociones ocurre cuando están protegidos por el tratamiento regular y mantienen un contacto personal de menos de 35 horas semanales con el familiar.

Los estudios de Kottgen, Sonichsen y Mallenhouer (1984) y Mac Millan, Gold, Crow, Johnson y Johnstone (1986) fracasaron en replicar estos resultados. Los resultados no revelaron una relación entre el nivel de expresión de emociones en los familiares y la recaída de los pacientes a los nueve meses de su alta.

Karno, Jenkins, De la Selva, Santana, Telles, López y Mintz (1987) realizaron un estudio al Sur de California con familias mejicanas para medir el nivel de expresión de emociones y determinar su influencia en el curso de la esquizofrenia. Fueron seleccionados 70 pacientes esquizofrénicos entre las edades de 18 a 50 años. Se encontró que los pacientes que regresaban a hogares de nivel alto de expresión de emociones tenían una recaída más alta que los del grupo de nivel bajo de dicha expresión. El estudio reveló que los medicamentos no tenían un efecto protector en aquellos pacientes que residían con familias de nivel alto de expresión de emociones. Contrario a los estudios de las familias inglesas y

angloamericanas, los resultados no revelaron que el contacto personal máximo con un familiar clave de nivel alto de expresión de emociones es necesario para tener efectos adversos en la recaída del paciente. Este hallazgo confirmó los resultados de Hogarty (1985) y Mac Millan, Gold, Crow, Johnson y Johnstone (1986).

Leff, Wig, Ghosh, Bedi, Menon, Kuipers, Korten, Embergh, Day, Sartorius y Jablensky (1987) realizaron un estudio de seguimiento durante un año en Chandigarh (India). Ellos encontraron relación significativa entre el nivel alto de expresión de emociones y la recaída. A su vez, encontraron que la hostilidad era la única expresión relacionada estadísticamente a la recaída.

Lefley (1985) señala que los resultados de las investigaciones anteriores indican que el curso de la esquizofrenia varía a través de las culturas. Más aún, la revisión de literatura revela que no existen estudios en Puerto Rico que hayan explorado cómo la expresión de emociones en la familia de pacientes esquizofrénicos influye en la recaída de éstos. Por tanto, este estudio fue diseñado para medir el nivel de expresión de emociones e interacción en familias de pacientes esquizofrénicos. Adicional a esto, se pretendió investigar la relación entre estas variables y el número de recaídas de estos pacientes.

METODO

Participantes de la investigación

Características generales

Este estudio se realizó con 16 pacientes psiquiátricos hospitalizados entre las edades de 18 a 50 años. Se seleccionaron ocho pacientes del sexo femenino y ocho del sexo masculino. Los pacientes seleccionados tenían un diagnóstico de esquizofrenia en episodio agudo. El estudio se llevó a cabo en el Hospital de Psiquiatría en Río Piedras.

Procedimiento para el muestreo

Selección de la muestra

Los pacientes participantes del estudio estaban hospitalizados en las cuatro Salas de Agudos existentes en el Hospital. Dos de las Salas de Agudos están

compuestas por pacientes del sexo femenino y las dos restantes por pacientes del sexo masculino. El censo promedio diario de cada una fluctúa entre 25 pacientes. Se seleccionaron cuatro pacientes por cada una de las Salas para la participación del estudio.

Los participantes seleccionados cumplieron con los siguientes criterios:

1. El paciente tenía un diagnóstico primario de esquizofrenia en episodio agudo de acuerdo a los criterios del DSM-III Revisado.
2. Tenían un máximo de cuatro hospitalizaciones.
3. Se descartó aquel cuyo diagnóstico secundario era retardación mental, desorden mental orgánico o desorden de uso de sustancias psicoactivas.
4. Su estadía de hospitalización era de un máximo de 10 días previo a la entrevista al familiar.
5. Tenían que haber estado residiendo con su familia durante más de tres meses previo al momento de su admisión al Hospital.
6. Eran de origen puertorriqueño.
7. Regresaron a residir con el familiar entrevistado luego de su hospitalización.

Los pacientes que cumplieron con los criterios del estudio fueron seleccionados utilizando el método de muestreo sistemático. Se realizó una lista con los números de expedientes médicos de cada paciente. El primer y tercer número del expediente fueron seleccionados omitiendo el segundo. Este método continuó utilizándose hasta obtener la muestra total.

Se solicitó consentimiento escrito al paciente y al familiar autorizando la participación de ambos en el estudio. El familiar, a su vez, autorizó por escrito la grabación de la entrevista.

Materiales e Instrumentos

El instrumento del estudio utilizado fue el "Camberwell Family Interview" versión en español. Este instrumento es uno estandarizado y semiestructurado el cual fue desarrollado por Michael Rutter y George Brown en el 1966 (Leff y Vaughn, 1985). Fue diseñado para estudiar los efectos de la enfermedad del paciente con el familiar.

Se utilizaron en este estudio las escalas de expresión de emociones constituidas por un sistema de valoración para medir la expresión de emociones de censura,

hostilidad y sobreenvolvimiento emocional según Brown, Birley y Wing (1972). Cada una de éstas se clasificó en un nivel alto y bajo de expresión de emociones. Un nivel alto de expresión de emociones es clasificado cuando en la entrevista se codifican seis o más comentarios de censura o de hostilidad y cuatro o más comentarios de sobreenvolvimiento emocional. Un nivel bajo de expresión de emociones es clasificado cuando en la entrevista se codifican cinco o menos comentarios de censura, ninguno de hostilidad y tres o menos de sobreenvolvimiento emocional.

El "Barranquilla Rapid Survey Intelligence Test" (BARSIT) fue administrado a los pacientes para descartar retardación mental. La prueba sólo se administró a 10 pacientes ya que el resto no estaba en actitud de cooperación para tomarla y la rehusaron.

Se utilizó el expediente médico para conocer otros aspectos sobre la enfermedad del paciente. El historial psicosocial, la evaluación psicológica inicial y la evaluación psiquiátrica fueron utilizadas con propósitos evaluativos, enfatizándose en esta última el diagnóstico y la evaluación del estado mental. Los datos demográficos de los participantes se obtuvieron a través del expediente médico y de las secciones de "Datos Básicos" y "Datos sobre el Trabajo de los Miembros de la Familia" del "Camberwell Family Interview". Estos datos fueron obtenidos previo a la entrevista grabada.

Diseño de Investigación

El diseño a utilizarse fue uno de correlación 2 X 2 con las variables expresión de emociones e interacción familiar como variables independientes con sus dos niveles respectivos, alto y bajo para cada variable. La variable dependiente fue la recaída.

Las definiciones de las variables independientes están basadas en los criterios de las escalas de emociones propuestas por Brown, Birley y Wing (1972).

Definición de variables independientes

1. Comentarios de censura— oración en la cual, por la forma que es expresada, constituye un comentario no favorable sobre la conducta o personalidad del paciente. Los comentarios de censura pueden ser

evidentes en el contenido del comentario solamente o en sus aspectos vocales del lenguaje. Una descripción poco favorable del paciente no es suficiente para determinar comentarios de censura. Es necesario considerar los aspectos vocales. Se definen éstos como variaciones en el tono del lenguaje acompañados al comentario de censura. Los comentarios de censura en su contenido se dan en dos situaciones:

- a. Hay una oración clara que expresa el disgusto, desaprobación o resentimiento del familiar hacia la conducta o característica del paciente.
 - b. El familiar expresa un comentario de rechazo. Este envuelve un comentario peyorativo sobre el paciente o una oración de disgusto.
2. Hostilidad— comentario que revela crítica generalizada y rechazo. La crítica generalizada está presente cuando el familiar critica la personalidad del paciente en forma global. El rechazo está presente cuando el familiar manifiesta que no quiere cuidar al paciente. La hostilidad está presente cuando el paciente es atacado más por lo que es que por lo que hace.
- a. Nivel alto de hostilidad— el familiar manifiesta uno o más comentarios de hostilidad.
 - b. Nivel bajo de hostilidad— el familiar no manifiesta ningún comentario de hostilidad.
3. Sobreenvolvimiento emocional— oraciones de auto-sacrificio, conducta devota y de sobreprotección acompañada por respuestas emocionales exageradas, comentarios de actitudes sobre el impacto de la enfermedad del paciente, despliegue emocional y dramatización.
4. Interacción familiar— es el número de horas que el paciente y el familiar permanecen juntos. Nivel alto consistió de 35 horas o más y nivel bajo de 35 horas o menos.

Definición de la variable dependiente

La recaída fue definida como las veces que el paciente es reingresado al Hospital de Psiquiatría dentro de un período de tres meses o recibe tratamiento en la Sala de Emergencia de una facilidad de Salud Mental pública o privada. Además, se calculó el número de días desde la

fecha de alta del hospital y la fecha de recaída.

Procedimientos generales

Una vez seleccionada la muestra se procedió a entrevistar al paciente para conocer cuáles eran los miembros de la unidad familiar que permanecían más tiempo junto a él. Se sostuvo comunicación telefónica con ellos, explicándoles el propósito de la investigación. Los dos familiares que permanecían la mayor parte del tiempo junto al paciente fueron citados a entrevista al Departamento de Psicología del Hospital de Psiquiatría. De éstos, se seleccionó el que permanecía más tiempo junto al paciente durante la semana en los últimos tres meses. Se les entrevistó utilizando el instrumento de estudio.

Todas las entrevistas fueron grabadas en audio cassettes ya que ningún familiar rehusó a este procedimiento. Las entrevistas se llevaron a cabo durante los primeros 10 días de hospitalización del paciente.

Durante las dos primeras semanas de admisión del paciente se le realizó una evaluación del estado mental para conocer la conducta del paciente de una forma descriptiva. A su vez, la prueba "BARSIT" les fue administrada durante el mismo período de tiempo sólo a diez pacientes ya que los seis restantes presentaban conducta poco cooperadora. A éstos se les descartó retardación mental por historial.

Previo a su alta se le realizó una segunda evaluación del estado mental para conocer si habían disminuido o remitido síntomas al momento de su alta.

Se sostuvo comunicación telefónica una vez al mes con el familiar del paciente durante un período de tres meses para conocer si éste tuvo una recaída. Además, se exploraba si el paciente continuaba tratamiento ambulatorio en el Centro de Salud Mental y/o en alguna facilidad privada. En estas llamadas no se ofreció ninguna intervención terapéutica ni ningún tipo de intervención sobre manejo del paciente.

Al final de los tres meses, luego que el paciente fuera dado de alta, se citó para entrevista al familiar entrevistado. Les fue administrado la sección de "Distribución de Tiempo" del instrumento "Camberwell Family Interview" a 14 de ellos ya que dos no asistieron a la cita. Esta información se obtuvo mediante comunicación telefónica.

El procedimiento anterior se llevó a cabo con los seis pacientes que recayeron antes de los tres meses establecidos. Este procedimiento midió el tiempo de interacción semanal que mantenían el paciente y el familiar.

Recolección de datos

Luego de grabarse las entrevistas en audio cassettes, éstas fueron transcritas. Cada una de ellas fueron analizadas utilizando la Escala de Expresión de Emociones por dos evaluadores. Cada evaluador analizó ocho entrevistas y produjo puntuaciones en cada una de las subescalas, a saber, censura, hostilidad y sobreenvolvimiento emocional.

Para garantizar el grado de confiabilidad de las puntuaciones se seleccionaron al azar una tercera parte del total de las 16 entrevistas, o sea, seis entrevistas. Se procedió a establecer grados de acuerdo entre los jueces dividiendo el total de acuerdos por el total de la suma de acuerdos y desacuerdos.

Los resultados revelaron que el grado de acuerdo global entre los evaluadores fue de 91%, sobrepasando el grado esperado de 70%. Los por cientos de acuerdos entre evaluadores para cada una de las escalas de expresión de emociones revelaron, también, que hubo un grado de acuerdo que sobrepasó el esperado de 70%. La siguiente tabla presenta estos resultados.

Para clasificar a las familias en un nivel alto o bajo de expresión de emociones se utilizaron las puntuaciones totales obtenidas por los jueces originalmente cuando evaluaron las 16 entrevistas. El nivel de interacción familiar se estableció de acuerdo a los criterios de 35 horas o más para alta interacción y menos de 35 horas para baja interacción y se procedió a clasificar a las familias de acuerdo a estos criterios. Finalmente se anotó en una hoja de registro las fechas de las recaídas.

Resultados

Los resultados obtenidos revelan que no existen diferencias significativas entre el número de familias de un nivel alto de expresión de emociones y un nivel bajo de expresión de emociones utilizando los criterios de Brown, Birley y Wing (1972) ($X^2 = 1$, $gl = 1$, $p \leq .05$). El estudio reveló que el 62.5% de las familias tenían un nivel bajo de expresión de emociones, mientras que el 37.5% tenían un nivel alto en dicha expresión utilizando los criterios anteriormente señalados. La Tabla 2 presenta los resultados señalados.

Los componentes del nivel de expresión de emociones fueron los comentarios de censura, la hostilidad y sobreenvolvimiento emocional. El promedio obtenido en cada uno de estos componentes fue de 4.2 comentarios de censura, .31 de hostilidad 2.2 de sobreenvolvimiento emocional. La expresión de censura tuvo una amplitud

TABLA 1
Porcientos de acuerdos entre evaluadores

Escala de Expresión de Emociones	Acuerdo
Censura	89%
Hostilidad	94%
Sobreenvolvimiento emocional	89%
Puntuación global	91%

TABLA 2

Distribución numérica y porcentual del nivel de expresión de emociones de los familiares presentados con la proporción de casos esperados y observados

Nivel de EE	<u>Casos observados</u>		<u>Casos esperados</u>		<u>Residual</u>
	f	%	f	%	
Bajo	10	62.5	8	50	2.00
Alto	6	37.5	8	50	-2.00

Nota: EE = Expresión de emociones
 $X^2 = 1$, gl = 1, $p \leq .05$

de 1 a 15 comentarios, predominando dos comentarios de censura con un 31.3%.

El análisis de los datos reveló diferencias significativas entre el número de familias de un nivel alto de interacción

familiar y el número de familias de nivel bajo de interacción familiar según los criterios de Brown, Birley y Wing (1972) ($X^2 = 9$, gl = 1, $p \leq .03$). La Tabla 3 presenta estos resultados.

TABLA 3

Distribución numérica y porcentual del nivel de interacción familiar en relación a la proporción de casos esperados y observados

Nivel de Interacción Familiar	<u>Casos observados</u>		<u>Casos esperados</u>		<u>Residual</u>
	f	%	f	%	
Baja	2	12.5	8	50	-6.00
Alta	14	87.5	8	50	6.00

Nota: Interacción familiar baja menos de 35 horas
 Interacción familiar alta 35 horas o más
 $X^2 = 9$, gl = 1, $p \leq .03$

De acuerdo a los criterios de Brown, Birley y Wing (1972) se encontró que 14 (87.5%) familiares mantuvieron alta interacción con el paciente, mientras que dos (12.5%) de los familiares presentaban baja interacción con éste. El promedio, la moda y la mediana de la interacción familiar fue de 70, 74 y 81 horas semanales respectivamente.

Los resultados revelaron que el tiempo de recaída de los pacientes fluctuó entre nueve y 69 días desde el momento de su alta. El promedio de recaída fue de 13.6 días. Se encontró, además, que 10 de los pacientes no recayeron (62.5%) y seis recayeron (37.5%). Por otra parte, se observó que tres de los seis pacientes que recayeron provenían de familias de un nivel alto de expresión de emociones, mientras que siete de los que no recayeron provenían de familias de un nivel bajo de expresión de emociones. Por consiguiente, los resultados revelaron que no existían diferencias significativas entre el nivel de expresión de emociones y la recaída del paciente, de acuerdo a los criterios de Brown, Birley y Wing (1972) ($X^2 = .71$, $gl = 1$, $p \leq .05$). La Tabla 4 presenta estos resultados.

TABLA 4
Distribución numérica y porcentual del nivel de expresión de emociones y su relación con la recaída

	Recaída	
	No	Sí
Nivel de EE	f	f
Bajo	7	3
Alto	3	3

Nota: EE = Expresión de emociones
 $X^2 = .71$, $gl = 1$, $p \leq .05$

El análisis de los resultados tampoco reveló relación significativa entre el nivel de interacción familiar y la recaída del paciente según los criterios de Brown, Birley y Wing (1972) ($X^2 = .15$, $gl = 1$, $p \leq .05$). Por otra parte, los resultados revelaron interrelación significativa entre

el nivel de expresión de emociones, la interacción familiar y la recaída.

El análisis de los resultados al utilizar tanto los criterios de Brown, Birley y Wing (1972) y como la mediana de horas de interacción familiar revelaron los mismos hallazgos. Se encontró que tres pacientes cuyos familiares manifestaban un nivel alto de expresión de emociones y que mantenían una alta interacción familiar recayeron. A su vez, dos de los seis pacientes que recayeron provenían de familiares de nivel bajo de expresión de emociones y que mantenían una alta interacción familiar. Se observó que uno de los seis pacientes que recayeron provenía de un ambiente familiar con un nivel bajo de expresión de emociones y mantuvo baja interacción familiar. Los resultados estadísticos revelaron la dirección jerárquica esperada ($Y = 1.00$, $p \leq .05$). Estos resultados se presentan en la Tabla 5.

Discusión

Los resultados revelaron que las familias puertorriqueñas de este estudio se caracterizaron por mantener una alta interacción familiar. Al analizar la interacción familiar en el presente estudio se encontró que el paciente y el familiar interactuaron un promedio de 70 horas semanales. Estos datos no son consistentes con los estudios con familias inglesas (Brown, Birley y Wing, 1972; Vaughn y Leff, 1976) y con familias norteamericanas (Vaughn, Snyder, Jones, Freeman y Falloon, 1984) donde se ha encontrado que el promedio de interacción familiar es de 35 horas semanales.

El hallazgo de que la interacción familiar sea mayor en las familias puertorriqueñas que en las inglesas y norteamericanas sugiere que nuestra cultura está orientada hacia la interacción e interrelación interpersonal entre los distintos miembros. Al interpretarse estos resultados es importante tomar en cuenta que la organización familiar varía de una cultura a otra y, por tanto, es de esperarse que el nivel de interacción entre sus miembros sea distinto.

En este estudio no se encontró que el nivel de expresión de emociones estuviera relacionado a la recaída de acuerdo a los criterios de Brown, Birley y Wing (1972). Esto no corrobora los hallazgos de investigadores tales como Vaughn, Snyder, Jones, Freeman y Falloon (1984), Hogarty (1985), Karno, Jenkins, De La Selva, Santana,

TABLA 5

Distribución numérica y porcentual de la recaída, el nivel de expresión de interacción familiar de acuerdo a los criterios de Brown, Birley y Wing (1972)

Nivel de EE	Interacción familiar					
	Alto		Bajo		Total	
	f	%	f	%	f	%
Bajo	2	66.7	1	33.3	3	50
Alto	3	100.0	0	0.0	3	50

Nota: EE (Expresión de emociones) $Y = 1.00, p \leq .05$

Telles, López y Mintz (1987), Leff, Wig, Ghosh, Bedi, Menon, Kuipers, Korten, Ernberg, Day, Sartorius y Jablensky (1987). Los resultados de estas investigaciones reflejaron que los pacientes que provenían de familias de un nivel alto de expresión de emociones recayeron en su mayoría a los nueve meses, luego de su alta al hospital. Vaughn, Snyder, Jones, Freeman, y Falloon (1984) exponen que independientemente de las diferencias culturales en los patrones de expresión de emociones, el nivel alto de expresión de emociones es un factor predictivo en la recaída del paciente.

Los hallazgos del presente estudio revelaron que hubo un mayor número de recaídas en aquellos pacientes que provenían de familias con un nivel alto de expresión de emociones y que mantuvieron alta interacción familiar que aquellos que regresaron con familias de un nivel bajo de expresión de emociones y que mantuvieron alta interacción familiar.

Estos resultados son consistentes con los de Brown, Birley y Wing (1972) y Vaughn y Leff (1976), quienes encontraron que una interacción mayor de 35 horas semanales entre el paciente y el familiar de nivel alto de expresión de emociones aumentaba el riesgo de recaída. A su vez, encontraron que esta interacción entre los pacientes y los familiares de nivel bajo de expresión de emociones no influía en la recaída de su enfermedad. Por el contrario, Vaughn, Snyder, Jones, Freeman y Falloon

(1984), Hogarty (1985), Mac Millan, Gold, Crow, Johnson y Johnstone (1986), Karno, Jenkins, De La Selva, Santana, Telles, López y Mintz (1987) no encontraron que el contacto personal de más de 35 horas semanales con un familiar de nivel alto de expresión de emociones tuviera efectos adversos en la recaída.

Implicaciones del estudio

Esta investigación reveló diferencias culturales en la expresión de emociones de las familias puertorriqueñas al compararlas con las familias inglesas, norteamericanas, mejicanas e hindúes. Estas diferencias implican que las familias puertorriqueñas deben ser estudiadas en relación a sus patrones idiosincráticos de expresión emocional, sus normas, valores, la relación intra e interpersonal de la estructura y dinámica familiar.

Otra implicación del estudio se basa en la importancia de tomar en consideración el trasfondo psicológico, social, educativo y económico de las familias estudiadas, el cual pudo ser único y distinto al compararlo al típico de las familias puertorriqueñas. Es posible que el bajo nivel socioeconómico y educativo de los familiares del presente estudio pudo haber estado relacionado con limitaciones en los recursos psicológicos de los mismos para manejar la condición del paciente.

Por tanto, se puede inferir la necesidad de que se

implanten programas de intervenciones psicoeducativas, que mejoren los recursos psicológicos de los familiares para manejar la condición de estos pacientes. Además, estos programas deberán ser adaptados a las necesidades reales de las familias puertorriqueñas tomando en consideración su trasfondo cultural.

Limitaciones del estudio

Entre las limitaciones del estudio se encuentra el tamaño reducido de la muestra. Esto afectó el análisis comparativo de los resultados en los estudios con familias inglesas, norteamericanas, mejicanas e hindúes. A su vez, limitó el que se pudieran hacer generalizaciones con los hallazgos en las familias puertorriqueñas.

Otra de las limitaciones fue el instrumento de entrevista "Camberwell Family Interview". El instrumento está basado en información brindada por el familiar sobre recuerdos retrospectivos de la conducta del paciente y sentimientos del familiar de tres meses atrás. Esto conllevó a que algunos familiares no pudieran precisar con exactitud eventos ocurridos debido a olvidos en su memoria. Por otro lado, escalas de expresión de emociones y el instrumento de entrevista no proveyeron de una sección para registrar y cuantificar la conducta no verbal del familiar.

El entrevistar a un solo familiar del paciente se considera una de las mayores limitaciones del estudio. En este estudio sólo se entrevistó al familiar que permanecía más tiempo junto al paciente y esto no es necesariamente representativo de la dinámica familiar en la expresión de emociones. La composición familiar de este estudio fluctuaba entre 2 y 8 miembros. Esto pudo conllevar a que familiares con un nivel alto y bajo de expresión de emociones ejercieran influencia en la recaída del paciente y los mismos no fueron entrevistados. Kottgen, Sonichsen y Mallenhouer (1984) y Wig, Menon, Bedi, Leff, Kuipers, Ghosh, Day, Korten, Emberg, Sartorius y Jablensky (1987) atribuyeron que el entrevistar un solo familiar pudo conllevar a que se cometieran errores al clasificar a las familias en un nivel alto y bajo de expresión de emociones.

Otra de las limitaciones del estudio es que no se controló empíricamente la variable del tratamiento de psicofármacos, por lo cual se desconoce la influencia de

éstos en la recaída. En este estudio se exploró si el paciente continuó tratamiento, pero no se investigó los psicofármacos recetados al paciente ni la dosis administrada. Tampoco se exploró si el paciente respondió al tratamiento según les fue prescrito.

La recaída fue definida como las veces que el paciente fue reingresado al Hospital de Psiquiatría dentro de un período de tres meses luego de haber sido dado de alta y/ o debido a una reaparición de síntomas recibió tratamiento en la Sala de Emergencia de una facilidad de Salud Mental pública o privada. Esta definición limitó los resultados del estudio, ya que sólo el hecho de la reaparición o exacerbación de síntomas en los pacientes que ya los tenían, se pudo haber considerado como recaída.

Por último, no se entrevistó por segunda vez al familiar al momento de la recaída del paciente. Se considera que de haberse realizado, pudo ampliar el análisis del nivel de expresión de emociones y su relación con la recaída.

Recomendaciones

A base de los resultados obtenidos en el estudio y de las limitaciones de éste, se establecieron unas recomendaciones para que se tomen en consideración en investigaciones futuras.

Se deberá ampliar el diseño y alcance del estudio para incluir en el mismo variables que resultaron estadísticamente significativas en el análisis posterior del estudio, nivel educativo del paciente y el familiar, nivel intelectual y condición mental del paciente. Al ampliar el diseño y la muestra del estudio es necesario incluir más recursos humanos para poder realizar una investigación con más alcance y envergadura. El estudio debe ser patrocinado o coauspiciado por institutos de investigaciones de nivel universitario o por agencias estatales y federales ya que influye directamente con la calidad de vida y con la incidencia de enfermedad mental en Puerto Rico.

Se deberán incluir otros niveles de estrata social baja, media y alta seleccionada de hospitales privados, para explorar si existen diferencias en los hallazgos con estas poblaciones. Se recomienda tomar en consideración la zona geográfica en la cual residen. Hollingshead y Redlick (1958) encontraron que la mayor incidencia de

enfermedad mental es en la clase baja.

Se recomienda controlar empíricamente la variable interviniente del tratamiento de psicofármacos para explorar su influencia en la recaída. En el presente estudio no se pudo precisar la relación entre recaídas, expresión de emociones y seguimiento al tratamiento médico.

Es necesario redefinir la variable de recaída y se diseñe un instrumento que incluya la sintomatología de la esquizofrenia a base de esta definición. Este instrumento deberá ser validado. Se recomienda sea administrado al paciente al momento de su ingreso y de su alta del hospital y cuando el paciente recaiga, de esto ocurrir.

Es necesario se entreviste un mínimo de dos familiares que permanezcan la mayor parte del tiempo con el paciente. Esto podría evitar errores en la clasificación del nivel de expresión de emociones en los familiares y, a su vez, podría ser más representativo de la dinámica familiar. Se recomienda que el familiar sea entrevistado durante su admisión al hospital y cuando el paciente recaiga, de esto ocurrir. Esto permitiría tener una visión amplia sobre si ocurren variaciones en el nivel de expresión de emociones.

Por último, se recomienda estudiar posibles factores culturales que proveen los mecanismos para expresar y canalizar las emociones y particularmente la interacción familiar. Se ha observado en este estudio que ésta tiende a ser estrecha, continua y recíproca.

Referencias

- Anderson, C.M., Reiss, D.D. y Hogarty, G. (1986). *Schizophrenia and the Family*. New York: Guilford Press.
- Brown, G.W., Birley, J.L. y Wing, J.K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorder: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- Brown, G.W., Monck, E.M., Carstairs, G.M., y Wing, J.K. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal of Preventive Social Medicine*, 16, 55-68.
- Canino, G.J., Bird, H.R., Shrout, P.E., Rubio, M., Bravo, M., Martínez, R., Sesman, M. y Guevara, L.M. (1987). The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 44, 727-735.
- Hogarty, G.E. (1985). Expressed emotion and schizophrenic relapse: Implications from the Pittsburgh study. En Alpert, M. *Controversies in Schizophrenic*. Nueva York: Guilford Press.
- Hollingshead, A.B. y Redlick, F. (1958). *Social class and mental illness*. Nueva York: John Wiley & Sons, Inc.
- Karno, M., Jenkins, J.H., De la Selva, A., Santana, F., Telles, C., López, S. y Mintz, J. (1987). Expressed emotion and schizophrenic outcome among mexican-american families. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(3), 143-151.
- Kottgen, C., Sonichsen, I. y Mallenhouer, K. (1984). Families high express emotions and relapses in young schizophrenic patients: Results of the Hamburg-Camberwell Family Intervention Study II. *International Journal of Family Psychiatry*, 5, 71-82.
- Leff, J.P. y Vaughn, C. (1981). The role of maintenance therapy and relative expressed emotion in relapse of schizophrenic: A two year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 139, 102-104.
- Leff, T. y Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families*. New York: Guilford Press.
- Leff, T., Wig, N.N., Ghosh, A., Bedi, H., Menon, D.K., Kuipers, L., Korten, A., Embergh, G., Day, R., Sartorius, N. y Jablensky, A. (1987). Expressed emotion and schizophrenia in North India: Influence of relatives expressed emotion in the course of schizophrenia in Chandigarh. *British Journal of Psychiatry*, 151, 156-173.
- Lefley, H.P. (1985). Families of the mentally ill in cross-cultural perspective. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 151, 314-320.
- Mac Millan, J.P., Gold, T.J., Crow, A.L., Johnson y Johnstone, E.C. (1986). Expressed emotion and relapse. *British Journal of Psychiatry*, 148, 133-143.
- Vaughn, C.E. y Leff, J.P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137.
- Vaughn, C.E., Snyder, K.S., Jones, Freeman, W.B. y Falloon, I.R. (1984). Family factors in schizophrenic relapse: Replication in California of British Research on expressed emotions. *Archives of General*

Psychiatry, 41, 1169-1177.

Wig, N.N., Menon, D.K., Bedi, H., Leff, T., Kuipers, L., Ghosh, A., Day, R., Korten, A., Ernberg, G., Sartorius, N. y Jablensky, A. (1987). Expressed emotion and

schizophrenia in North India: Distribution of expressed emotion components among relatives of schizophrenics patients in Aarhus and Chandigarh. British Journal of Psychiatry, 151, 160-165.

Referencias

Anderson, E.M. Koro, D.T. y Hogarty, G. (1982). Schizophrenics and the Family. New York: Guilford Press.

Brown, W., Blaney, J. y Wong, K. (1972). Influence of family environment on schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 118, 247-258.

Blaney, W., Blaney, E.M., Cameron, G.M. y Wong, K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 118, 259-268.

Chandigarh, P. (1987). Schizophrenia. M. Blaney, M. Blaney, E.M. Koro, D.T. y Hogarty, G. (Eds.), Schizophrenia and the Family, pp. 1-10. New York: Guilford Press.

The prevalence of specific psychiatric disorders in