

Un estudio correlacional entre ajuste diádico, apoyo social, ansiedad y depresión en parejas con hijos normales y con patología psíquica (toxicomanía y esquizofrenia)

A. Espina Eizaguirre*, B. Pumar González**, M. A. Bel Cortés***, E. Azkárate Iriñdo***, A. Elortegui Urquijo*** y E. García Martín***

Resumen

El objetivo de este trabajo es estudiar las relaciones entre el apoyo social, el ajuste diádico, ansiedad y depresión en padres de esquizofrénicos y toxicómanos. La muestra fue de treinta y tres parejas dividida en tres grupos: 0. control, 1. padres de esquizofrénicos, 2. padres de toxicómanos. Resultados: Ambos grupos experimentales presentaban más ansiedad y depresión que el grupo control. Los padres de esquizofrénicos tenían peor ajuste diádico que los otros dos grupos. Los padres de toxicómanos tenían peor apoyo social, seguido de los padres de esquizofrénicos.

Palabras clave: ansiedad, depresión, apoyo social, ajuste diádico, padres de toxicómanos, padres de esquizofrénicos.

Abstract

The objective of these work is to determine the relationships between social support, dyadic adjust-

.../...

ment, anxiety and depression in the parentes of eschizophrenics and drug addicts. The subjets were thirty-three couples divided into three groups: 0. Control group, 1. Parentes of schizophrenics, 2. Parents of drug addicts. Results: Both experimental groups showed greater anxiety and depression than the control group. The parents of schizophrenics showed worse dyadic adjustment than the other two groups. The parents of drug addicts showed the poorest social support, followed by the parents of schizopernics.

Key words: Parents of drug addicts, parents of schizophrenics, dyadic adjustment, anxiety, depression, social support.

Introducción

Desde los años 40 hasta la actualidad numerosos terapeutas de familia han señalado la relación existente entre las disfunciones conyugales y la aparición de patologías psíquicas en los hijos (Lidz, 1958; Brodey, 1959; Bowen, 1960, Minuchin, 1974; Haley, 1976, 1980).

La insatisfacción marital va a propiciar que los padres busquen compensarse afectivamente en los hijos y que se produzcan saltos transgeneracionales en los que los padres involucran a sus hijos en sus conflictos. Minuchin (1974) describe la tríada rígida con sus diferentes formas: triangulación,

* Psiquiatra, Profesor Titular

** Médico, Psicóloga

*** Psicólogo

rodeo y coalición estable; y Haley (1967) habla del "triángulo perverso" al conceptualizar estos saltos transgeneracionales que dificultan el desarrollo del hijo, favoreciendo la aparición de trastornos. La observación en terapia de conflictos conyugales en padres con hijos sintomáticos no nos permite hablar de una relación directa entre ambos hechos si no contamos con estudios empíricos que incluyan parejas normales. En un trabajo anterior, Espina et al. (1990), señalamos diferencias en varias áreas del ajuste diádico en parejas con hijos esquizofrénicos y grupo control. Respecto a factores causales, no hemos encontrado referencias de estudios longitudinales sobre desajuste en la pareja y la aparición de patología psíquica en los hijos.

Otro aspecto interesante es el apoyo social con el que cuentan los padres. Vaillant (1966), hablando de características de las familias con hijos toxicómanos, señala que los emigrantes, al cortar con su medio familiar de origen y tener que luchar con el nuevo medio, se encuentran sin apoyo en una situación de stress y tienden a buscar en sus hijos el apoyo emocional, dificultando su independencia.

Leff y Vaughn (1985) en sus estudios sobre Emoción Expresada (EE) destacan la frecuencia con que un padre se muestra sobreimplicado emocionalmente con el hijo esquizofrénico mientras que el otro padre es hipercrítico, y cómo la Sobreimplicación Emocional (SIE), los Comentarios Críticos (CC) y la Hostilidad (H) son factores causales de la recaída. La SIE de los padres, relacionada con un mal ajuste de pareja, ya ha sido resaltada por terapeutas de familia como determinante de la detención del desarrollo del hijo y la consiguiente aparición de patología en el mismo.

En tercer lugar, la ansiedad y depresión de los padres les hace menos continentales al bajar el umbral de stress y propiciar conductas de alta EE con el consiguiente aumento de recaídas en el hijo. Angel y Sternchuss (1983) señalan la existencia de depresiones en la familia del toxicómano y Kalina (1985) habla de un "núcleo depresivo" en la madre del toxicómano. La ansiedad y depresión de los padres puede ser causada por la patología del hijo y viceversa, pero, sea cual sea el origen, actuará como estresor para el hijo. Al tratarse de un estudio transversal no podemos saber si el desajuste diádico de los padres, la falta de apoyo y la ansiedad y depresión de los mismos, son causantes de la patología del hijo, o si la patología de éste causa lo anterior. El objetivo de este estudio es comprobar algunas observaciones clínicas y detectar factores estresantes para tenerlos en cuenta a la hora de planificar intervenciones terapéuticas en familias

con un hijo toxicómano o un hijo esquizofrénico, y estudiar las características diferenciales de las parejas con hijos normales y con estas patologías.

Material y métodos

Muestra: Consta de 33 parejas casadas extraídas de la población de Guipúzcoa, con un hijo de edad comprendida entre 15 y 35 años que vive en casa con los padres y es soltero. Se ha dividido en tres grupos con las siguientes características:

Grupo 0: Grupo control. Formado por 13 parejas sin trastornos psicológicos en ningún miembro de la familia. En este grupo se ha seleccionado como "hijo índice" a aquéllos que cumplieran los criterios de edad establecidos y fueran varones. Las edades de los hijos seleccionados estaban comprendidas entre 15 y 32 años ($\bar{x} = 20.8$). Los miembros de la pareja tenían edades entre: 42 y 74 años ($\bar{x} = 53.6$) para los maridos y entre 40 y 68 años ($\bar{x} = 50.1$) para las mujeres. El número de hijos por cada familia fue de 2.2 de media.

Grupo 1: Grupo esquizofrenia. Formado por 10 parejas con un hijo diagnosticado de esquizofrenia, todos ellos varones con edades entre 17 y 35 años ($\bar{x} = 25.7$). Los padres de este grupo tenían edades entre: 46 y 63 años ($\bar{x} = 57.5$) para los maridos y entre 45 y 59 años ($\bar{x} = 53.8$) para las mujeres. La media de hijos por familia fue de 3.2. Esta muestra ha sido recogida en los centros de Salud Mental de Guipúzcoa (Osakidetza).

Grupo 2: Grupo Toxicomanía. Las 10 parejas que forman este grupo tenían un hijo varón de edad comprendida entre 21 y 30 años ($\bar{x} = 25.2$), que se encontraba siguiendo un tratamiento de deshabitación de toxicomanía en AGIPAD (Asociación Guipuzcoana para la Investigación y Prevención del Abuso de Drogas). Las edades de los padres de estos sujetos variaban entre 46 y 64 años ($\bar{x} = 57.8$) y las madres entre 43 y 62 años ($\bar{x} = 53.6$). La media del número de hijos para este grupo fue de 3.0.

Al estudiar la homogeneidad de los tres grupos en cuanto a las variables de edad y número de hijos descritas, se encontró que la edad de los hijos del grupo control era significativamente menor que la del grupo 2. Para ver si dicha variable influía en el ajuste diádico y el apoyo social que percibían los padres se realizó un análisis correlacional, que dio correlaciones inferiores a 0.20 en cada una de las áreas estudiadas. Por lo tanto, se concluye que la edad del hijo no interfiere con las variables estudiadas.

En cuanto a las variables sociológicas controladas: Nivel Socioeconómico, Ocupación del Marido y de la Mujer y Nivel de Estudios de la Pareja, no se han encontrado diferencias significativas entre los tres grupos. En base a estas variables nuestra muestra se caracteriza por lo siguiente: a) pertenecen a un nivel socioeconómico medio el 72% de las parejas, b) el 57% de los maridos trabajan como personal cualificado o técnicos y el 66% de las mujeres son amas de casa, c) en cuanto al nivel de estudios, más del 50% de las mujeres y sus maridos poseen estudios básicos o no poseen ningún estudio.

Variables e Instrumentos

Para el diagnóstico del hijo con trastornos psicológicos, se han utilizado los criterios del DSM-III-R valorados por 2 psiquiatras de forma independiente:

El Ajuste Diádico se ha medido mediante un cuestionario autoaplicado, Dyadic Adjustment Scale (DAS) de Spanier et al. (1976). Esta escala mide 4 áreas de la relación de pareja: Consenso, Cohesión, Grado de Satisfacción y Expresión de Afecto; además nos da una medida global de la Cantidad de Ajuste que percibe cada miembro de la pareja. La Calidad de la relación se evalúa en base a la diferencia de puntuación (en valor absoluto) obtenida en el Ajuste Total por cada miembro de la pareja.

El Apoyo Social, entendido como la cantidad de personas con las que mantiene contacto cada miembro de la pareja, es medido con un cuestionario autoaplicado (Escala de Apoyo Social de la Universidad de California, 1981).

Ansiedad y Depresión han sido evaluadas para cada miembro de la pareja con hijos con trastornos psicológicos (grupo 1 y grupo 2), en base a dos cuestionarios: el Self-Rating Anxiety Scale (SAS) de Zung (1971) para Ansiedad y el Beck Depression Inventory (BDI) de Beck (1962) para Depresión.

Resultados

Análisis Comparativo

Para comparar el grupo control con cada uno de los grupos de parejas con hijos con patología (grupo esquizofrenia y toxicomanía) se han utilizado técnicas no paramétricas –prueba U de Mann-Whitney–. Con esta técnica medimos las diferencias entre las tendencias centrales de las poblaciones

TABLA I

Resultados obtenidos por cada grupo estudiado en las escalas de Ajuste Diádico, Apoyo Social, ansiedad y depresión

Escalas	Grupo	x	S.D.	Min-Max	
Ajuste diádico					
Consenso	Marido	0	50.8	8.4	29 - 63
		1	51.5	8.9	39 - 63
		2	51.5	6.7	39 - 60
	Mujer	0	50.2	5.1	37 - 56
		1	50.0	8.9	40 - 64
		2	48.4	10.0	31 - 63
Satisfacción	Marido	0	38.7	6.0	25 - 46
		1	34.4	5.1	27 - 43
		2	38.3	9.0	16 - 48
	Mujer	0	38.0	5.7	27 - 44
		1	31.5	5.6	24 - 40
		2	34.2	8.5	20 - 46
Expresión de afecto	Marido	0	9.2	1.9	6 - 12
		1	8.5	2.5	3 - 12
		2	8.9	2.6	4 - 12
	Mujer	0	9.4	1.8	6 - 12
		1	7.5	3.3	2 - 12
		2	8.0	3.6	1 - 12
Cohesión	Marido	0	12.0	4.3	6 - 20
		1	13.0	4.4	8 - 20
		2	12.2	5.9	2 - 20
	Mujer	0	12.7	4.4	6 - 22
		1	9.9	4.6	3 - 15
		2	10.2	4.4	2 - 16
Ajuste Total	Marido	0	110.2	16.9	70 - 137
		1	107.4	16.5	84 - 127
		2	110.9	17.1	79 - 131
	Mujer	0	110.5	11.7	83 - 126
		1	98.9	17.3	69 - 124
		2	100.8	22.7	62 - 129
Calidad del ajuste	0	9.0	4.9	1 - 16	
	1	20.5	18.4	0 - 58	
	2	12.1	9.1	3 - 31	
Apoyo social	Marido	0	24.9	6.7	13 - 36
		1	22.1	8.1	10 - 36
		2	20.3	9.6	5 - 37
	Mujer	0	27.3	6.1	13 - 38
		1	24.5	8.4	10 - 36
		2	22.8	4.6	18 - 34
Ansiedad	Marido	1	39.7	7.7	31 - 59
		2	36.7	7.1	26 - 51
	Mujer	1	40.2	7.4	30 - 49
		2	40.1	8.6	21 - 53
Depresión	Marido	1	10.6	5.2	3 - 20
		2	14.0	6.5	6 - 27
	Mujer	1	15.9	7.2	6 - 29
		2	13.1	7.6	1 - 23

(x) = Media (S.D.) = Desviación típica
(Min-Max) = Puntuaciones mínima y máxima

estudiadas. Al contar con una muestra de 10 sujetos como mínimo por grupo, en vez del estadístico "U" se ha utilizado el "Z" de distribución normal extraído del anterior. Debido a que las pruebas no paramétricas utilizan rangos en vez de medias, en la tabla I se pueden ver las medias, desviaciones típicas y puntuaciones mínima y máxima obtenidas para cada grupo en cada una de las variables estudiadas: Ajuste Diádico, Apoyo Social, Ansiedad y Depresión.

Comparación Grupo Control - Grupo 1

- **Ajuste Diádico:** Sólo se han hallado diferencias significativas en la subescala de Satisfacción, así, las mujeres del grupo 1 se muestran menos satisfechas de su relación de pareja que las del grupo control ($z = 2.4$, $p = 0.01$). Los maridos del grupo 1 también aparecen como menos satisfechos pero no de forma significativa ($z = 1.77$, $p = 0.07$). En general, la Cantidad de Ajuste diádico en las mujeres del grupo 1 es inferior al del grupo control ($p = 0.08$).

- **Apoyo Social:** No han aparecido diferencias significativas entre la cantidad de apoyo de las parejas de ambos grupos. Sin embargo, si comparamos las puntuaciones medias obtenidas en apoyo por cada grupo con las medias establecidos por Conde y Franch (1984) para la población normal, encontramos en ambos miembros de la pareja y en ambos grupos un nivel moderado de apoyo. Esto nos indica que el apoyo puede ser suficiente salvo en situaciones de stress. Debido a que el tener un miembro de la familia es considerado un estresor crónico, estas parejas no tienen suficiente apoyo social.

- **Ansiedad y Depresión:** Vamos a utilizar los puntos de corte obtenidos por Conde y Franch para población española (1984).

Al comparar estas puntuaciones con el grupo de parejas con un hijo esquizofrénico (tabla I) observamos que la ansiedad en las parejas del grupo 1 es mayor de 35, es decir, presentan niveles de ansiedad mayores que la media. Asimismo, en depresión, las mujeres del grupo 1 se sitúan en el rango de Depresión leve y los maridos quedan en Depresión ausente o mínima.

Comparación Grupo Control - Grupo 2

- **Ajuste Diádico:** No se han encontrado diferencias significativas en las variables estudiadas de Cantidad y Calidad de Ajuste entre las parejas con hijos toxicómanos y grupo control. Tampoco aparecen diferencias significativas al comparar el grupo 2 con el de esquizofrénicos.

- **Apoyo Social:** Al comparar el apoyo percibido por las parejas del grupo 2 con nuestra muestra control, hemos encontrado significativamente un menor apoyo en las mujeres del grupo 2 ($z = 2.39$; $p = 0.01$). Aunque los maridos también puntúan más bajo en apoyo que los del grupo control, esta diferencia no es significativa. Si comparamos el nivel de apoyo de las parejas con hijos toxicómanos con las puntuaciones de Conde y Franch (1984), se puede ver que se mantienen dentro del rango de apoyo moderado, como en los otros grupos estudiados.

- **Ansiedad y Depresión:** Al igual que el grupo 1, los miembros de las parejas con hijos toxicómanos, presentan más ansiedad que la población media. En depresión se sitúan en el nivel de Depresión leve, al igual que las parejas del grupo 1.

Análisis Intragrupales

Para estudiar la posible asociación entre el ajuste de la pareja, el apoyo social, la ansiedad y depresión de cada miembro, se ha utilizado el Análisis Correlacional para cada grupo muestral. Al exponer los resultados de estos análisis hemos tenido en cuenta, no sólo las correlaciones significativas, sino también todas aquellas $r > 0.50$ y en algún caso algo menores, que era interesante señalar. La variable Calidad de Ajuste, no ha sido expuesta en las matrices de correlación, porque pensamos que pudiera inducir a errores en su interpretación, ya que un índice de correlación negativo indicaría una asociación directa y no inversa entre las variables señaladas. Para facilitar la exposición hemos invertido el signo del índice de correlación, de modo que si es positivo indicaría una relación directa entre Calidad de la relación y la otra variable en estudio.

Correlaciones en el Grupo Control (Grupo 0).

Ver tabla II

Los resultados más significativos encontrados para la escala de Ajuste Diádico en parejas normales, hacen referencia a una relación directa (positiva) entre las percepciones que cada miembro de la pareja tiene de su relación. Por ejemplo: Cuanto mayor es la cantidad de ajuste, o el consenso percibido por el marido, mayor lo es también en la mujer. La Calidad del Ajuste no muestra correlaciones significativas con las otras variables estudiadas ($r < 0.20$), la relación más alta se da con Cohesión del marido (0.31), esto es, a mejor Calidad de Ajuste mayor Cohesión (mayor número de actividades en común perciben los maridos).

TABLA II

Matriz de Correlaciones (r) entre las puntuaciones del marido (H) y la mujer (M) para las variables de Ajuste Diádico y Apoyo Social en el Grupo Control (0)

MH Cons.	Satisf.	Exp. afec.	Cohes.	Aj. Total	Ap. Soc.	
Cons.	0.87**	0.72*	0.48	0.23	0.78**	0.12
Satisf.	0.34	0.71*	0.41	0.56	0.62	-0.01
Exp. Af.	0.58	0.55	0.78**	0.32	0.63*	0.12
Cohes.	0.19	0.21	0.22	0.39	0.14	-0.47
Aj. Total	0.57	0.83**	0.62	0.58	0.30**	-0.11
Ap. Soc.	0.12	0.10	0.14	0.21	0.14	0.79**

* p < 0.01

** p < 0.001

TABLA III

Matriz de Correlaciones para las variables de Ajuste Diádico, Apoyo Social, Ansiedad y Depresión entre Maridos y Mujeres del Grupo Esquizofrenia (1)

	CN	SA	EA	CO	AJ	AP	AN	DE
CN	-0.14	-0.23	-0.20	-0.59	-0.34	0.15	-0.55	0.25
SA	0.02	-0.02	0.27	-0.31	-0.03	-0.02	-0.62	-0.06
EA	-0.63	-0.46	0.12	-0.57	-0.62	0.40	-0.55	0.11
CO	0.01	0.18	0.22	0.22	0.16	0.00	-0.45	-0.66
AJ	-0.18	-0.17	0.06	-0.45	-0.26	0.14	-0.71*	-0.04
AP	-0.50	-0.87**	-0.27	-0.75*	-0.79*	0.54	-0.30	0.14
AN	0.43	-0.06	-0.02	0.32	0.29	0.23	0.27	0.13
DE	0.42	0.07	0.23	0.55	0.43	-0.21	-0.07	-0.43

CN: Consenso; SA: Satisfacción; EA: Expresión Afecto; CO: Cohesión; AJ: Ajuste; AP: Apoyo Social; AN: Ansiedad; DE: Depresión.

* P < 0.01 ** P < 0.001

En cuanto al Apoyo social, se puede ver cómo la correlación es altamente significativa, en el sentido de que cuanto más apoyo tiene un miembro de la pareja mayor es también el apoyo del otro. Esta variable covaría muy poco con la Cantidad o Calidad del ajuste, aunque hay que señalar que un mayor apoyo en el marido se asocia a una menor cohesión percibida por la mujer ($r = -0.47$)

Correlaciones en el Grupo Esquizofrenia (Grupo 1) Tabla III

Destacaremos que en este grupo las percepciones de ambos cónyuges sobre su relación son diferentes, así las correlaciones más altas se dan en sentido negativo. Es decir, cuanto mayor es el ajuste percibido por un miembro de la pareja, menor es el percibido por el otro. Las variables que dan más

fuerza a esta asociación, son la expresión de afecto en la mujer y la cohesión en el marido. Por ejemplo, las mujeres del grupo 1 perciben menos demostraciones afectivas y/o sexuales en la relación cuanto más satisfechos de la relación están los maridos y cuanto más Cohesión y Consenso perciben éstos. Asimismo, cuando los maridos perciben una mayor cohesión en la relación las mujeres parecen menos satisfechas y perciben menos expresiones afectivas.

En cuanto a la calidad de la relación, hemos encontrado que cuanto peor es la calidad mayor es la cohesión ($r = -0.74$; $p = 0.01$) y el consenso ($r = -0.58$) percibido por el marido, y menor es la satisfacción ($r = 0.58$) y expresión de afecto ($r = 0.71$) en la mujer. También hemos visto que una mejor calidad de la relación se asocia a un mayor apoyo social tanto en el marido ($r = 0.31$) como en la

mujer ($r = 0.70$). Otra de las variables estudiadas que se asocia a la calidad del ajuste en el grupo 1 es la ansiedad; cuanto peor es la calidad mayor es la ansiedad en ambos ($r = -0.61$ para el marido y $r = 0.42$ para la mujer) y también mayor es el nivel de depresión ($r = 0.22$ los maridos y $r = 0.26$ las mujeres) pero con correlaciones más bajas.

A diferencia del Grupo Control, el apoyo social que tienen las mujeres del grupo 1, covaría con el Ajuste percibido por ellas en la pareja. Cuanto mayor es el apoyo en las mujeres mayor es su puntuación en consenso ($r=0.46$); satisfacción ($r=0.34$) y expresión de afecto ($r=0.66$); por lo tanto perciben un mayor ajuste ($r=0.50$). Además, el apoyo recibido por la mujer correlaciona con el ajuste percibido por el marido pero con signo negativo, es decir, a mayor apoyo en la mujer el marido percibe menor consenso, cohesión y satisfacción en la pareja y, por lo tanto, menor ajuste (ver Tabla III).

En los maridos de este grupo aparece, al contrario que sus mujeres, un mayor apoyo social que correlaciona con una menor puntuación en todas las subescalas del ajuste y en el ajuste total. ($r = 0.51$ Consenso, $r = 0.46$ Satisfacción, $r = 0.33$ Expresión de Afecto, $r = 0.58$ Cohesión y $r = 0.63$ Ajuste Total). Entre el marido, su cantidad de apoyo, y la mujer, su percepción del ajuste diádico, sin embargo no vemos fuerte asociación, excepto que a mayor apoyo en el marido la mujer percibe mayor número de demostraciones afectivas ($r = 0.40$).

Como era de esperar, se han encontrado altas correlaciones entre ansiedad y depresión en cada miembro de la pareja (mujeres $r = 0.73$, $p = 0.01$; maridos $r = 0.60$). No se han hallado asociaciones fuertes entre la ansiedad de cada cónyuge y la percepción de la relación de pareja. Aunque sí es de destacar la asociación negativa (no significativa) entre la ansiedad del marido y la percepción del ajuste en la mujer; es decir, a mayor ansiedad en el marido más baja cantidad y peor calidad del ajuste percibe la mujer.

En cuanto a la variable depresión, aunque no parece que se asocie de forma significativa con la percepción del ajuste por la pareja, queremos señalar que cuanto mayor es la puntuación en depresión de las mujeres mayor es la puntuación de ambos (marido y mujer) en la subescala de cohesión ($r = 0.55$). Podríamos explicar esto por el hecho de que al estar la mujer más decaída el marido se implica más en la relación y tiende a compartir más actividades con ella. Sin embargo, la depresión de los maridos no produce el mismo resultado en el ajuste de la pareja, ya que a mayor depresión en él, ella

percibe una menor cohesión. Además en el marido, cuanto más alta es la depresión, menor es la expresividad de afecto que percibe de la relación (percibe menos demostraciones afectivas por parte de su mujer) ($r = 0.55$).

La asociación entre la depresión del marido y la mujer es en sentido negativo, cuanto más deprimido aparece un miembro de la pareja, menos lo está el otro; justo al contrario de lo que ocurre con la ansiedad.

Correlaciones Grupo Toxicomanías (Grupo 2). Tabla IV

TABLA IV

Matriz de Correlaciones para las variables de Ajuste Diádico del Grupo Toxicomanía (2)

MH	Cons.	Satisf.	Exp. Afec.	Cohes.	Aj. Total
Cons.	0.70	0.63	0.51	0.40	0.83**
Satisf.	0.77*	0.70	0.47	0.33	0.86**
Exp. Af.	0.56	0.65	0.67	-0.20	0.60
Cohes.	0.23	0.54	0.09	-0.00	0.39
Aj. Total	0.73*	0.75*	0.53	0.27	0.86**

* $p < 0.01$;

** $p < 0.001$

En la tabla IV está representada la matriz de correlación entre las variables del ajuste diádico percibidas por maridos y mujeres de este grupo; no hemos puesto las correlaciones entre las variables de apoyo, ansiedad y depresión por ser todas ellas inferiores a 0.40 y estar la mayoría por debajo de 0.20. Destacaremos que la relación entre el apoyo social de ambos cónyuges es nula ($r = 0.00$), hecho que no ocurre en los otros grupos estudiados.

Para este grupo la satisfacción percibida de la relación correlaciona en ambos miembros de la pareja con consenso ($r = 0.74$, $p = 0.01$ maridos y $r = 0.94$, $p = 0.001$ mujeres) y con expresividad de afecto ($r = 0.63$ y $r = 0.69$ respectivamente). Si comparamos la matriz representada en este grupo (tabla IV) con la del grupo control, vemos que en ambas la percepción de un mayor ajuste diádico en uno de los cónyuges correlaciona de forma positiva con la percepción del otro, tanto para las subescalas como para el ajuste total. En vista de esto se puede decir que las parejas de este grupo perciben su relación de forma semejante a las de nuestro grupo control.

La calidad de la relación en los padres de toxicómanos se encuentra asociada; sobre todo, a la percepción que tienen las mujeres de la pareja; así podemos decir que es mejor la calidad de ajuste cuanto más frecuentes son las demostraciones afectivas ($r = 0.52$), cuanto mayor es el número de actividades realizadas en común (cohesión, $r = 0.55$) y cuanto menor es la puntuación en depresión ($r = -0.52$) por parte de las mujeres.

Respecto al apoyo social vemos que cuanto mayor es el apoyo del marido, éste se encuentra más satisfecho ($r = 0.55$), percibe mayor consenso ($r = 0.57$) y mayor ajuste en su relación de pareja ($r = 0.66$). Las mujeres de este grupo perciben la pareja como más cohesionada cuanto más apoyo tienen ellas fuera de la pareja ($r = 0.59$).

Ansiedad y Depresión, ambas variables, correlacionan positivamente entre sí para ambos cónyuges ($r = 0.71$ mujeres y $r = 0.55$ maridos). Encontramos además una relación inversa entre demostraciones afectivas en ambos y el grado de ansiedad de la mujer y el grado de ansiedad y depresión en el marido. Cuanto menor es el acuerdo o el número de relaciones afectivas y sexuales entre ambos, más ansiedad y depresión aparece en el marido ($r = -0.60$) o viceversa; además, mayor es la depresión en la mujer ($r = -0.60$). La satisfacción de la mujer en la relación se asocia inversamente con su puntuación en depresión ($r = -0.51$).

En los padres de toxicómanos se da la misma asociación que entre padres de esquizofrénicos, es decir, cuanto más puntúan en depresión más puntúan en cohesión ($r = 0.65$).

Discusión

1. Grupo esquizofrenia

El que las madres de esquizofrénicos tengan peor cantidad de ajuste diádico puede estar relacionado con lo que afirma Haley (1980) y los hallazgos observados en la clínica. Esto es, la insatisfacción en la pareja, sobre todo en las mujeres, puede llevar a que uno de los miembros de la diada marital busque satisfacciones afectivas en el hijo, bloqueando así el normal desarrollo del mismo. Haley entiende que los trastornos graves en los hijos se deben a una involucración en el conflicto parental.

Las incongruencias encontradas en la percepción del ajuste diádico en los padres de esquizofrénicos pueden ser entendidas en base a las alteraciones de la comunicación que se dan en familias con un hijo esquizofrénico (Whyne y Singer, 1966). El que

cada miembro de la pareja perciba de manera tan diferente su relación podría ser debido a la falta de comunicación (metacomunicación) respecto a las expectativas en la relación; así, lo que para uno puede ser demostraciones afectivas frecuentes, para el otro pueden ser falta de afectividad. Las distorsiones en la percepción en el área conyugal, podría extenderse a otras áreas de relación, incluso con los hijos, llegando a dar mensajes paradójicos en el seno de la familia.

En base a los resultados encontrados en las correlaciones de apoyo social y ajuste diádico en los padres de esquizofrénicos, podríamos decir que cuando las mujeres del grupo con hijos esquizofrénicos mantienen frecuentes relaciones sociales mejor es el ajuste en su relación de pareja, pero esta situación no es compartida por los maridos, quienes parece que acuden a buscar más apoyo fuera de la pareja cuando se sienten insatisfechos en su relación de conyugal o al revés. Pensamos que sería interesante explorar más a fondo este punto por la repercusión que puedan tener, en el ajuste diádico, los programas terapéuticos orientados a aumentar el apoyo social en padres de esquizofrénicos.

En resumen podemos decir que parecen confirmarse las hipótesis desarrolladas sobre el desajuste conyugal en padres de esquizofrénicos. Así, hemos encontrado menos satisfacción en la relación de pareja, menos cantidad de ajuste y, también, disparidad en las percepciones de ambos cónyuges sobre su propia relación. Además, hallamos más ansiedad y depresión que en la población normal e insuficiente apoyo social. Todo esto, independientemente de que pueda ser un factor causal o un efecto de la esquizofrenia, va a ser un factor que incide negativamente en el hijo favoreciendo los llamados saltos transgeneracionales, en los cuales los padres buscan en el hijo las satisfacciones afectivas que no encuentran en la pareja. Esto impediría, como dice Haley (1980), la autonomización del hijo y favorecería la sobreimplicación emocional de uno o ambos padres en el hijo, lo cual repercutirá en su tasa de recaídas (Leff y Vaughn, 1985). La ansiedad y depresión de los padres serían otros factores a tener en cuenta a la hora de evaluar las fuentes de stress familiar.

Todo ello nos reafirma la necesidad de incluir en los tratamientos con pacientes esquizofrénicos intervenciones orientadas a la diada parental, tanto para mejorar su relación de pareja como para disminuir su ansiedad y depresión. Todo lo cual podrá incidir positivamente en el hijo, disminuyendo las recaídas y aumentando su autonomía.

2. Grupo toxicomanía

La existencia de un "núcleo depresivo" en las madres de toxicómanos, como afirma Kalina (1985), no ha podido ser demostrado en este estudio, donde, además, encontramos casi más depresión en los padres que en las madres.

En las parejas con hijos toxicómanos no hemos encontrado excesivas diferencias en el ajuste diádico al compararlas con el grupo control, destacando la influencia positiva del apoyo social sobre la percepción del ajuste diádico. Señalaremos que los miembros de las parejas del grupo 2 parecen ser más independientes, vuelcan menos exigencias en la pareja y parecen menos insatisfechos en su relación. Tal vez, estos factores puedan determinar una menor necesidad de que el hijo con patología se quede en casa. Así como en la esquizofrenia el desajuste conyugal puede ser compensado con un hijo patológico, los padres de toxicómanos no parecen necesitar tal compensación.

En cuanto al apoyo social encontrado en este grupo, el menor de los tres grupos, confirma la hipótesis de Vaillant (1966) de la existencia de un bajo apoyo social comparativamente con el grupo control, y ello teniendo en cuenta que la muestra de toxicómanos llevaba un mes con intervenciones psicosociales en el momento de la evaluación, intervenciones donde el apoyo a la familia es fundamental. Lo cual nos hace suponer que evaluando a la familia antes de iniciar el tratamiento, el nivel de apoyo encontrado sería inferior.

A nivel terapéutico vemos que el apoyo, la ansiedad y depresión de los padres de toxicómanos serían áreas de intervención más importantes que el desajuste de la pareja, el cual no aparece como algo significativo. Estos datos contradicen la hipótesis de Haley (1980), en la que iguala los factores familiares relacionados con los distintos tipos de patología en los hijos (esquizofrenia, toxicomanía).

3. Relaciones entre los tres grupos

Observando las matrices de correlación de los tres grupos se aprecia una mayor congruencia en las percepciones de ambos miembros de las parejas del grupo control y del de toxicómanos que en las de esquizofrénicos. La dispersión o incongruencia de los datos hallados en este último grupo, puede estar relacionado con alteraciones en la percepción y/o comunicación en el seno de estas familias.

Finalmente, viendo los resultados obtenidos en este estudio encontramos que existen característi-

cas diferenciales entre los padres de hijos con trastornos esquizofrénicos y con toxicomanías, que harán que los focos de atención, a la hora de la planificación terapéutica, sean diferentes en los dos grupos de patología.

Correspondencia:

Alberto Espina

Facultad de Psicología

Avda. de Tolosa, 70

20009 San Sebastián

Bibliografía

- ANGEL, P. & STERNCHUSS, S.: *La famille du Toxicomane. Revue Critique de la Literature. Psychiat. de l'Enfant*, 1983; 26 (1): 232-255.
- BOWEN, M.: *Esquizofrenia y Familia*, 1960. En D.D. Jackson (Ed.) *Etiología de la esquizofrenia*, Buenos Aires. Amorrortu, 1974.
- BRCDEY, W.M.: *Some Family Operations ans Schizophrenia. Arch.Gen. Psychiat.*, 1959; 1: 342-379.
- CONDE, V.; FRANCH, J.: *Escalas de Evaluación Conductual para la cuantificación de Sintomatología Psicopatológica en los trastornos ansiosos y depresivos*. Valladolid, 1984; Universidad de Valladolid.
- ESPINA, A.; PUMAR, B.; BEL, A.; AZKARATE, E.; ELORTEGUI, A.: *Sobre algunas características de las familias con un hijo esquizofrénico*, Cuadernos de terapia familiar, 1990; 13, 51-63.
- HALEY, J.: *Hacia una Teoría General de los Sistemas Patológicos*. En: G. Zuck e I.B. Nagy (Ed.) *Terapia Familiar y Familias en Conflicto*, 1976; México. Fondo de Cultura Económica.
- HALEY, J.: *Terapia para Resolver Problemas*, 1976; Buenos Aires. Amorrortu.
- HALEY, J.: "Leaving Home". 1980; New York. Mc Graw-Hill.
- KALINA, E.: "La familia del Toxicómano. 15 años de Experiencias", *Drogalcohol*, 1985; 10 (4): 161-170.
- LEFF, J. & VAUGHN, C.: *Expressed Emotion in Families*, 1985; New York. Guilford Press.
- LIDZ, R.W. & LIDZ, T.: *The Family Environment of Schizophrenic Patients. American Journal of Psychiatry*, II, 1959; 267-277.
- MINUCHIN, S.: *Familias y Terapia Familiar*, 1974; Barcelona. Gedisa.
- SPANIER, G.B.: *Measuring Dyadic Adjustment. New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads. Journal of Marriage and the Family*, 1976; 38: 15-28.
- VAILLANT, G.E.: *Parental Child Cultural Disparity and Drug Addition. Journal of Nervous and Mental Disease*, 1966; 142: 534-539.
- WYNNE, L.C. & SINGER, M.T.: *Principles for Scoring communication defects and deviance in parents of Schizophrenics: Rorschach and T.A.T. Manuals. Psychiatry*, 1966; 29: 260-288.
- WYNNE, L.C. & SINGER, M.T.: *Communication Styles in Parents of Normals, Neurotics and Schizophrenics. Psychiatry Research Reports*, 1966; 20: 25-38.