

## Correlación entre la emoción expresada por padres de esquizofrénicos y su percepción por los hijos

RESUMEN: Se compara la Emoción Expresada con la Sobreprotección y el Cuidado evaluados con el Parental Bonding Instrument.

PALABRAS CLAVE: Emoción Expresada, Sobreprotección, Cuidado, PBI.

SUMMARY: Expressed Emotion is compared with Overprotection and Care assessed by Parental Bonding Instrument.

KEY WORDS: Expressed Emotion, Overprotection, Care, PBI.

### Introducción

El descubrimiento de que niveles altos de Emoción Expresada (EE) en los familiares de esquizofrénicos está asociado a un aumento de la tasa de recaídas a los nueve meses y dos años (1-9) ha abierto nuevas vías de intervenciones psicosociales para prevenir las recaídas. El constructo EE está compuesto por cinco subescalas: criticismo (CC), hostilidad (H), sobreimplicación emocional (SIE), comentarios positivos (CP) y calor (C), siendo las tres primeras predictoras de la recaída. La EE se evalúa a través de una entrevista semiestructurada, la Camberwell Family Interview (CFI) a partir de la cual jueces entrenados evalúan la EE. La conducta de los familiares ha sido estudiada en interacción directa con los pacientes, demostrándose que los familiares altos en EE son más críticos e intrusivos (10, 11). Réplicas transculturales confirman el valor predictor de EE (12-17). Las dificultades de evaluación de EE (duración y entrenamiento exigido), han llevado a la búsqueda de instrumentos alternativos que pudieran medir las mismas características familiares de un modo más sencillo.

Parker, Tupling y Brown (18) desarrollaron un cuestionario autoaplicado, el Parental Bonding Instrument (PBI), para medir dos dimensiones de las pautas de crianza: el Cuidado (CUI) (entendido como preocupación contra indiferencia y rechazo) y la Sobreprotección (SOB) (conductas contra los estímulos de independencia del hijo) que el hijo percibe en sus padres, referido a sus dieciséis primeros años de vida, aunque actitudes percibidas en la actualidad. Este instrumento de alta fiabilidad y validez permite clasificar cuatro tipos de vinculación parental:

1. Alto Cuidado-Baja Sobreprotección (vínculo óptimo).
2. Bajo Cuidado-Baja Sobreprotección (vínculo ausente o débil).
3. Alto Cuidado-Alta Sobreprotección (constricción afectiva)
4. Bajo Cuidado-Alta Sobreprotección (control sin afecto).

La escala de Cuidado (CUI) contiene estos ítems: calidez emocional, preocupación por el bienestar del hijo y valoración positiva del mismo, frente a rechazo e indiferencia. Mientras que la escala de Sobreprotección (SOB) contiene ítems, como control, sobreprotección, intrusión, contacto excesivo, infantilización y prevención de la conducta dependiente, que tienen alto valor en sobreprotección e ítems que se refieren al fomento de la independencia, que tienen bajo índice de sobreprotección.

Estos autores encontraron en una muestra australiana que las puntuaciones medias para Cuidado materno eran de 27,0 y 13,5 para Sobreprotección, mientras que las puntuaciones medias para los padres eran de 24,0 en Cuidado y 12,5 en Sobreprotección. En una muestra del País Vasco (19) encontramos en un grupo control sin patología las siguientes puntuaciones medias: Cuidado materno 29,19, Sobreprotección materna 16,50; Cuidado paterno 21,56 y Sobreprotección paterna 16.

En 1979, Parler (20) estudió sujetos con trastornos depresivos, aplicándoles el PBI y encontró que daban puntuaciones bajas en Cuidado y altas en Sobreprotección, mientras que los maníaco-depresivos puntuaban igual que el grupo de control. En 1981, Parker (21) estudia 50 pacientes con neurosis de ansiedad y encuentra que perciben a sus padres con bajo Cuidado y alta Sobreprotección. A partir de estos datos propone dos hipótesis: 1) Las características parentales y la ansiedad de los hijos pueden ser expresión de una alta ansiedad familiar y 2) las características de los padres pueden ser la causa de una mayor ansiedad en el hijo. Parker y Lipscomb (22) pasan el PBI a 396 estudiantes de post-grado y encuentran en las madres sobreprotectoras las siguientes características: Proceden de países mediterráneos, tienen más bajo nivel educativo, quieren casarse para ser madres y su nivel de ansiedad es mayor. Encuentran que las madres percibidas por sus hijos como sobreprotectoras se puntuaban a sí mismas igual y que el juicio de los hijos correlacionaba positivamente con la opinión de jueces externos.

Parker *et al.* (23) utilizan el PBI para predecir la readmisión de pacientes esquizofrénicos y encuentran mayor tasa de recaídas en pacientes que perciben a sus padres como bajos en Cuidado y altos en Sobreprotección, aunque la dificultad de aplicarlo en pacientes graves disminuye su validez predictiva. Parker (24) utiliza el PBI y una versión abreviada del mismo en 2 grupos de pacientes esquizofrénicos: 1. Con frecuentes recaídas; 2. Sin recaídas en 18 meses. A los 9 meses los que recayeron daban puntuaciones más bajas en cuidado en el PBI; lo cual, junto con los resultados obtenidos por Parker y Mater (25) al estudiar la capacidad predictora de recaída en la esquizofrenia usando EE y el PBI, confirma que el PBI es un buen predictor de la recaída en pacientes esquizofrénicos. Warner y Atkinson (26) aplican el PBI a 72 esquizofrénicos y sus resultados son: los pacientes que percibieron a sus padres positivamente tendían a experimentar un curso de enfermedad más favorable y el contrario con ellos era frecuente y más grave al no

lo era. Con los pacientes que percibían a sus padres negativamente sucedía lo contrario. Estos autores sugieren que la percepción que tiene el paciente de sus padres influye en el curso de la esquizofrenia por un efecto de estrés general.

En otras patologías estudios posteriores encontraron resultados semejantes. Russel *et al.* (27) aplicaron el PBI a anoréxicas, otras pacientes psiquiátricas y un grupo normativo, y hallaron que en las pacientes anoréxicas y en el grupo control era más frecuente el Vínculo Óptimo y en las otras pacientes el de Control sin Afecto. Vandereycken (28) aplicó el PBI a anoréxicas y a sus padres y encontró que las madres percibieron un Vínculo de Control sin Afecto en ambos padres; los padres percibieron a sus padres como neutrales y a sus madres como sobreprotectoras. Mientras que sus hijas percibían un Vínculo Óptimo con su madre y Débil con el padre. Fernández (29), utilizando una adaptación infantil del PBI, encontró que el vínculo de Control sin Afecto era el más frecuente en niños con trastornos del habla y del lenguaje. Espina *et al.* (19), aplicando el PBI a toxicómanos, hallaron que también el Vínculo de Control sin Afecto era el más frecuente en éstos, mientras que el Vínculo Óptimo era el más frecuente en el grupo control.

De estos estudios se desprende que el PBI, al medir el Cuidado y la Sobreprotección parental percibida por el hijo, es un instrumento fiable para estudiar las conductas parentales y que las puntuaciones bajas en Cuidado y altas en Sobreprotección guardan una relación directa con la patología del hijo y la exacerbación de síntomas esquizofrénicos.

En este trabajo queremos estudiar la relación del PBI con EE para comprobar si existe una relación entre las escalas del PBI y algunas de EE, especialmente la sobreimplicación emocional (SIE).

#### Material y método

La muestra está formada por 50 familias que cumplen los siguientes criterios de selección: familias de esquizofrénicos diagnosticados según los criterios diagnósticos del DSM III-R, con edades comprendidas entre los 17 y 35 años, que viven con ambos padres, no han recibido tratamientos familiares y residen en la Comunidad Autónoma Vasca.

Los 50 pacientes (45 hombres y 5 mujeres) tienen una media de edad de 25 años. El 84% no trabajaban y el 60% habían realizado estudios hasta formación profesional (sin completarla). El 30% era el mayor de los hermanos y el 24% el menor. Padecían esquizofrenia desde hace más de 2 años (crónica según el DSM-III-R) en el 81% de los casos, con una media de 5,4 años de evolución y una media de 2,2 ingresos hospitalarios (1,1% sin ingresos previos, 56% con 1 ó 2 y 30% con más de 2 (rango de 0 a 9)). La media de meses de hospitalización es de 3,9 (de 0 a

35 meses). El tipo de esquizofrenia: simple 2%, desorganizada 10%, paranoide 54%, indiferenciada 22% y residual 12%. Los síntomas positivos y negativos han sido evaluados con las escalas SANS y SAPS de Andreasen (30, 31), teniendo predominio de síntomas positivos el 12%, de negativos el 30% y mixtos el 58%. Siguen tratamiento con neurolépticos el 96% (depot 16%, oral 54%, oral + depot 26%, sin neurolépticos 4%). Las horas que pasan en casa semanalmente, descontando 8 horas diarias de sueño, son  $\bar{X}=75,4$ .

La edad de los padres oscila entre 44 y 73 años ( $\bar{X}=57,5$ ), el 72% tienen estudios primarios o carecen de ellos, son trabajadores semi o no cualificados en el 72% de los casos, religión católica practicante el 42,9%, católica no practicante 53% y la media de miembros de la familia nuclear es de 5,4. Las horas de contacto cara a cara a la semana con el paciente son ( $\bar{X}=32,8$ ) y siguiendo los puntos de corte de Leff y Vaughn (32) el 61% de los padres son bajos en contacto (menos de 35 horas a la semana). La edad de las madres oscila entre 38 y 69 años ( $\bar{X}=54,2$ ), tienen estudios primarios o carecen de ellos el 84%, amas de casa el 82%, católicas practicantes el 66% y católicas no practicantes el 26%. Las horas de contacto cara a cara semanal son ( $\bar{X}=51,7$ ) y de ellas el 63,3 son altas en contacto. El nivel socioeconómico de las familias, sobre los ingresos anuales familiares, es medio en el 72,5%, bajo el 20% y alto el 7,5% de los casos y el medio es urbano en el 96% de los casos.

#### Variables e instrumentos

La evaluación de los padres y el paciente fue realizada en crisis en 17 casos (34%) y fuera de crisis en 33 (66%).

#### Emoción Expresada

Se evaluó a través de la Camberwell Family Interview (32). La EE está compuesta por 5 subescalas: Criticismo (CC), Hostilidad (H), Implicación Emocional Excesiva (IEE), Comentarios Positivos (CP) y Calor (C). Las tres primeras son predictoras de recaída. El criticismo comprende los comentarios críticos (resentimiento, desaprobación o disgusto) dirigidos a conductas del paciente (p. ej. «Me fastidia que fume tanto»). Si el familiar expresa 6 o más comentarios críticos es calificado como alto en EE. La hostilidad está presente cuando el familiar desconfirma (rechaza como persona) al paciente (p. ej. «Es un gandul sin remedio»). Es una escala global que puntúa de 0 a 4; si la hostilidad está presente el familiar es calificado como alto en EE. La implicación emocional excesiva es otra escala global e incluye 3 tipos de conductas: Control excesivo de la conducta del paciente, respuesta emocional exagerada (p. ej. Horos frecuentes al hablar del paciente) y una conducta de sacrificio y sobreprotección excesivos. La puntuación va de 0 a 5 y se valora alto en

EE a partir de 3. Comentarios positivos es una escala cuantitativa en la que se numeran las expresiones de valoración o aprecio (p. ej. «Es un buen chico»). Calor es una escala global que va de 0 a 5 y valora las manifestaciones de afecto e interés.

Se midió la EE de cada padre por separado a través de la Camberwell Family Interview CFI (32), siendo evaluada por miembros del equipo que realizaron el curso de entrenamiento con la Dra. C. Vaughn, obteniendo la fiabilidad exigida y realizando posteriormente un acuerdo interjueces obteniendo una fiabilidad de 0,82. Utilizando los puntos de corte de Vaughn y Leff (32) para las escalas de EE hemos dividido la muestra de padres en: Altos y bajos en EE, hogares altos y bajos en EE, altos y bajos en CC y/o H, altos y bajos en SIE y en 4 grupos: 1. Altos en SIE y CC y/o H; 2. Altos en SIE y bajos en CC y/o H; 3. Bajos en SIE y altos en CC y/o H; 4. Bajos en EE. Las frecuencias se muestran en la tabla 1.

#### Percepción de las pautas de crianza de los padres

Evaluada mediante el Parental Bonding Instrument (PBI) (18). Siguiendo los puntos de corte de Parker hemos dividido la muestra en: Padres altos y bajos en SOB y CUI según la percepción del paciente. Frecuencias en la tabla 2.

#### Resultados

Hemos estudiado la influencia de los factores sociodemográficos en las variables estudiadas mediante técnicas no paramétricas, encontrando las siguientes relaciones significativas:

#### A. Variables sociodemográficas y clínicas con EE y PBI.

##### a) Variables familiares:

1.-Nivel socioeconómico (NSE): Los padres que pertenecen a NSE alto dan una puntuación más alta en la subescala de EE de Calor (C) que los otros dos grupos (medio y bajo) ( $p=0,04$ ).

##### b) Variables de los padres:

1.-Religión: Los padres católicos no practicantes y ateos expresan más CC que los católicos practicantes ( $p=0,02$ ).

2.-Horas de contacto padre-paciente: Los padres altos en SIE están menos horas en contacto ( $\chi^2=12,8$ ) que los bajos en SIE ( $\chi^2=35,1$ ) ( $p=0,04$ ).

3.-Tipo de contacto: Los padres altos en contacto son más frecuentemente bajos en cuidado, mientras que los bajos en contacto se asocian con cuidado alto ( $p=0,03$ ;  $\chi^2=4,26$ )

##### c) Variables de las madres:

1.-Religión: Las madres católicas no practicantes son las que menos calor hacia el hijo expresan en comparación con los otros dos grupos ( $p=0,02$ ).

2.-Estudios: Las madres con estudios de licenciaturas, carreras medias y bachillerato expresan más calor que las madres con estudios primarios o sin estudios ( $p=0,05$ ).

3.-Profesión: Las amas de casa expresan menos CP que las que trabajan ( $p=0,04$ ) y son percibidas por el hijo como más altas en SOB que las que trabajan fuera del hogar ( $p=0,04$ ).

d) Variables del paciente:

Sociodemográficas:

1.-Sexo: Las 5 mujeres puntúan más alto en SOB-madre que los varones ( $p=0,01$ ).

2.-Profesión: Los pacientes que trabajan reciben más CP de sus padres que los que no trabajan ( $p=0,03$ ).

3.-Estudios: En pacientes con estudios superiores las madres expresan más C ( $p=0,05$ ).

Clínicas:

1.-Crisis: a) Los padres altos en SIE se asocian más frecuentemente a pacientes en crisis, y los que muestran SIE baja a pacientes sin crisis ( $p=0,02 - \chi^2=5,23$ ). En las madres se da la misma relación pero no es significativa ( $p=0,09$ ).

b) Los padres del tipo 1 de EE se asocian más frecuentemente a pacientes en crisis y los tipos 3 y 4 a no crisis ( $p=0,03 - \chi^2=8,86$ ).

2.-Número de ingresos: a) Las madres altas en EE tienen hijos con más ingresos que las bajas en EE ( $p=0,01$  - altas en EE  $\bar{X}=2,6$ ; bajas en EE  $\bar{X}=1,3$ ), igualmente las madres altas en SIE tienen hijos con más ingresos que las bajas en SIE ( $p=0,02$  - altas en SIE  $\bar{X}=2,8$ ; bajas en SIE  $\bar{X}=1,7$ ) y las altas en criticismo hijos con más ingresos que las bajas en criticismo ( $p=0,04$  - bajas en CC  $\bar{X}=2,2$ ; altas en CC  $\bar{X}=5,8$ ). En padres se da la misma tendencia pero no es significativa ( $p=0,07$ ). b) Los padres altos en SOB tienen hijos con más ingresos que los bajos en SOB ( $p=0,01$  - altos en SOB  $\bar{X}=2,4$ ; bajos en SOB  $\bar{X}=0,15$ ). En las madres existe la misma relación ( $p=0,003$ ; altas  $\bar{X}=2,5$ ; bajas  $\bar{X}=0,7$ ).

3.-Síntomas: a) Las madres altas en EE tienen hijos con más síntomas negativos que las bajas en EE ( $t=0,04$ ).

b) Las madres altas en SIE tienen hijos con mayor gravedad de sintomatología positiva o negativa que las bajas en SIE ( $p=0,04$ ).

c) Los hogares altos en EE se asocian a sintomatología mixta y los bajos en EE a hijos con síntomas positivos ( $p=0,008 - \chi^2=0,58$ ).

4.-Tipo de esquizofrenia: a) Las madres altas en EE se asocian con esquizofrenia desorganizada y paranoide y menos residuales, mientras que las madres bajas en EE se asocian más frecuentemente con residuales ( $P=0,03 - \chi^2=10,55$ ).

B. Relación entre EE y PBI con toda la muestra.

Hemos realizado varios tipos de análisis:

1.-Padres y madres altos y bajos en EE con altos y bajos en SOB y CUI. No aparecen diferencias significativas.

2.-Padres y madres altos y bajos en EE con las puntuaciones del PBI. Encontramos una tendencia ( $p=0,06$ ) a que las madres bajas en EE sean percibidas como más altas en CUI que las altas en EE.

3.-Padres y madres altos y bajos en SIE y CC con altos y bajos en SOB y CUI. No aparecen diferencias significativas.

4.-Padres altos y bajos en EE con las puntuaciones del PBI. No aparecen diferencias significativas.

5.-Subtipos de EE y padres y madres altos y bajos en SOB y CUI. No aparecen diferencias significativas.

6.-Subtipos de EE con las puntuaciones del PBI. No aparecen diferencias significativas.

7.-Padres y madres percibidos como altos y bajos en SOB y CUI con las subescalas de EE. Los padres altos en SOB son más bajos en SIE que los bajos en SOB ( $p=0,04$ ).

Las madres altas en SOB son más bajas en C que las bajas en SOB ( $p=0,02$ ).

8.-Correlaciones entre EE y PBI. En los padres no hay ninguna correlación significativa. En las madres, cuanto más altas son percibidas por el paciente en SOB menos C expresan ( $p=0,01 - r=0,36$ ).

C. Relación entre EE y PBI separando los pacientes con más de 2 ingresos y los de crisis y no crisis.

Tras estudiar aquellas variables clínicas que están influyendo en ambas direcciones hemos encontrado que la gravedad de la enfermedad del hijo sobre la base del número de ingresos y gravedad de sintomatología positiva y/o negativa, es probablemente la variable más importante que puede estar contaminando los resultados. Además, el hecho de que estén o no en crisis en el momento de la evaluación se asocia con la gravedad en ese momento. Por ello hemos seleccionado el número de ingresos y el estar o no en crisis y dividido la muestra en 4 grupos: 1. Grupo de crisis. 2. Grupo no crisis. 3. Grupo con dos o más ingresos y 4. Grupo con menos de dos ingresos. Y hemos analizado mediante técnicas no paramétricas y correlación lineal las relaciones entre EE y PBI en cada uno de los 4 grupos, obteniendo los siguientes resultados:

1. Grupo de pacientes con dos o más ingresos:

Formado por 30 casos, de los cuales son altos en EE el 93% de los hogares (83% de madres y 56% de padres). En cuanto al PBI, el 100% de los padres son altos en SOB y el 96% de las madres, el 90% de los padres son bajos en CUI y 87% de las madres.

No hay ningún caso que perciba un Vínculo Óptimo y el Vínculo Ausente aparece sólo en un caso y referido a la madres.

Las *relaciones significativas encontradas son*: los hogares altos en EE son percibidos por el paciente como más altos en SOB, tanto en padres ( $p=0,04$ ) como en madres ( $p=0,03$ ), que los bajos en EE.

Las correlaciones en este grupo, aunque no son significativas, muestran tendencias ( $r \geq 0,30$ ) llamativas en las madres: A mayor SOB, más SIE y menos CP y C. A mayor CUI más CC y HOS.

#### 2. Grupo de pacientes con < 2 ingresos:

De los 20 casos que forman este grupo, 75% son altos en EE (45% padres y 55% madres); 80% de los padres son altos en SOB y un 75% que son bajos en CUI y las madres son altas en SOB el 65% y bajas en CUI el 85%.

*Relaciones significativas*: entre la SIE del padre y el PBI: los padres altos en SIE ( $\geq 3$ ) se asocian con padres altos en CUI y los bajos en SIE son bajos en CUI ( $p=0,05$  Test de Fisher). Además los altos en SIE puntúan más alto en CUI que los bajos en SIE ( $p=0,04$ ). Pero los padres altos en SOB expresan menos SIE que los bajos en SOB ( $p=0,02$ ). En las madres aparece que las madres altas en criticismo puntúan menos en CUI que las bajas en criticismo ( $p=0,05$ ).

*Correlaciones con tendencias a destacar*: se puede destacar que en las madres el CUI correlaciona negativamente con CC (0,42) y con HOS (0,43). En los padres se mantiene la misma relación (0,33 y 0,32 respectivamente).

#### 3. Grupo crisis:

Consta de 17 casos: 85% pertenecen a hogares altos en EE (59% de padres altos en EE y 88% de madres). No hay el tipo 2 de EE (alta SIE y bajo CC) en padres. En cuanto al PBI: el 94% de los padres son altos en SOB y el 94% de las madres; el 82% de los padres son bajos en CUI y el 88% de las madres. En relación a los padres no aparece el Vínculo sin Afecto y el 82% son percibidos con un tipo de vínculo de Control sin Afecto, al igual que el 82% de las madres.

*Relaciones significativas*: ninguna

*Correlaciones*: no significativas pero aparecen tendencias en la siguiente dirección: a mayor SIE en madres menos CUI (0,36) y a mayor SOB más n.º de CC (0,30).

#### 4. Grupo no crisis:

Compuesto por 33 casos de los cuales son hogares altos en EE el 85% (padres altos 48,5% y madres altas 64%). No hay padres del tipo 1 de EE (alta SIE y alto CC) y la mayoría son del tipo 3 de EE. Las madres se reparten: 21% tipo 1, 24% del tipo 2 y 18% del tipo 3.

En el PBI encontramos que son altos en SOB el 91% de los padres y el 79% de las madres; bajos en CUI el 85% de los padres y el 85% de las madres. Respecto a los tipos de vínculos de Parker, el 85% de los padres pertenecen al tipo vínculo de Control sin Afecto y el 70% de las madres.

*Relaciones significativas*: los padres altos en CC son percibidos como más

altos en SOB que los bajos en CC ( $p=0,04$ ). Los padres bajos en CUI se asocian al tipo 3 de EE y los altos al tipo 4 ( $p=0,03$   $\chi^2 = 6,52$ ). En el tipo 3 de EE se da más puntuación en SOB que en los otros 2 grupos (2 y 4) ( $p=0,05$ ). Los padres bajos en SOB son más altos en SIE que los altos en SOB ( $p=0,02$ ). Las madres bajas en EE son percibidas como más altas en CUI que las altas en EE ( $p=0,03$ ). En madres del tipo 3 de EE (baja SIE, alto CC y HOS) puntúa menos en CUI que los otros 3 tipos y el tipo 4 de EE (bajos en EE) son las que más alto puntúan en CUI ( $p=0,05$ ). Las madres percibidas con un Vínculo Ausente son las que más Calor expresan hacia el hijo ( $p=0,05$ ). Las madres bajas en SOB expresan más CP que las altas ( $p=0,02$ ) y además expresan más Calor ( $p=0,01$ ). *Correlaciones*: significativas ( $p=0,01$ ). En las madres, cuanto más altas en SOB son percibidas, menos C y CP expresan.

#### Discusión

Respecto a los resultados en EE y PBI relacionados con variables sociodemográficas, el que los familiares de más alto nivel socioeconómico expresen más Calor puede ser debido a una mayor comprensión de la enfermedad. Los padres católicos practicantes son menos críticos y tienen hijos menos graves y con menos síntomas negativos, por lo que el bajo criticismo de los padres graves y con menos síntomas negativos, por lo que el bajo criticismo de los padres está asociado a ambos factores: religión y síntomas del hijo, es decir que su sistema de creencias y la menor sintomatología del hijo les lleva a adoptar posturas menos nocivas hacia él, lo cual es necesario tenerlo en cuenta en las intervenciones familiares.

Las madres católicas no practicantes son menos cálidas (no hemos encontrado variables que contaminen ese resultado). Sería interesante estudiar más a fondo el sistema de creencias y la práctica religiosa, pues puede influir en la actitud hacia el paciente (EE) determinando cómo se vive la enfermedad del hijo, por ejemplo como una prueba o castigo divino. El incidir en este sistema de creencias en las intervenciones conducentes a reducir la EE podría ser de utilidad.

El hecho de que las madres que trabajan fuera de casa expresen más CP y sean percibidas por los hijos como menos sobreprotectoras que las amas de casa coincide con las primeras observaciones de Brown (1). Por el contrario no hemos encontrado que la alta EE se asocie al número de miembros que viven en casa, mientras que Brown *et al.* (3) vieron que los hogares altos en EE se asociaban a la ausencia de otros hermanos viviendo en casa.

Respecto al paciente, el que los que trabajan reciban más comentarios positivos del padre puede ser debido a que cumplen expectativas puestas en ellos por sus padres.

El que la SIE alta y el tipo 1 de EE de los padres se asocie a paciente en crisis, el que cuantos más síntomas positivos tiene un hijo, más sobreprotector es per-

cibido el padre y que la tendencia a que los padres altos en EE sean percibidos como más sobreprotectores, lo cual debe ser interpretado teniendo en cuenta que los padres altos en EE lo son, en su mayoría, por criticismo y hostilidad, puede deberse a que la sintomatología positiva en el hijo hace que los padres se involucren más en el control del hijo y que recurran a estas conductas críticas y de rechazo como un intento de control inadecuado, sería importante enseñar a estos padres otras formas de afrontar la crisis que, por lo menos, no incrementen el estrés de su hijo.

Hemos visto que el número de ingresos asociados a la EE es un aspecto importante a tener en cuenta, pues las madres altas en EE en SIE y en CC tienen hijos con más ingresos que las bajas en EE; en los padres observábamos una tendencia en la misma dirección. Es posible que ambas variables se potencien mutuamente: más ingresos-alta EE-más recaídas. Lo mismo podemos decir de la alta SOB pues se asocia a más ingresos tanto en padres como en madres.

La sintomatología del paciente también tiene relación con la EE de la madre, las altas en EE tienen hijos con más síntomas negativos y las altas en SIE tienen hijos con mayor gravedad en sintomatología positiva y negativa. Es posible que estas conductas incrementen a su vez los síntomas. El n.º de ingresos, el tipo y gravedad de sintomatología del paciente se asocia positivamente con la EE de la madre; estos datos coinciden con los de Brown *et al.* (1) que hallaron que la alta SIE se asociaba al deterioro del paciente, nivel de desempleo y severidad de síntomas y a los de Miklowitz *et al.* (10) que descubrieron que los hogares altos en SIE se asociaban a más síntomas residuales. Nosotros hemos hallado los mismos resultados en las madres, pero no en los padres.

El que las madres altas en EE se asocien a hijos con esquizofrenia desorganizada y paranoide y menos con residuales y que la baja EE se asocie con residuales nos hace pensar que la actitud de éstas se debe a los síntomas del hijo, pues los residuales antes no lo fueron. Sería interesante estudiar si la EE de las madres de esquizofrénicos paranoides y desorganizados baja cuando sean residuales; de todas formas pensamos, al igual que Leff (11), que se da una relación circular de mutua influencia entre sintomatología y EE.

En cuanto a la relación entre EE y PBI con toda la muestra, las asociaciones significativas se reducen a: los padres altos en SOB son más bajos en SIE que los bajos en SOB lo cual puede ser debido a que midan cosas diferentes o que la SIE se deba a una respuesta emocional excesiva, más que a sobreprotección. En las madres hemos encontrado que la alta SOB se asocia a bajo C lo cual sí tiene relación con lo que mide cada escala.

Con la muestra evaluada sin crisis, la baja EE de ambos padres se asocia positivamente a un alto CUI, en los padres la alta SOB se asocia positivamente a alto CC y en las madres la alta SOB correlaciona negativamente con CP y C, todo lo cual es congruente con lo que miden ambos instrumentos. Teniendo en cuenta

que los altos en EE se caracterizan por conductas opuestas a las de cuidado, descritas por Parker, podemos deducir que la subescala Cuidado del PBI permite detectar a las madres bajas en EE, aunque no a los padres. El hecho de que cuanto más altas son las madres en Calor, son percibidas como más bajas en Sobreprotección por sus hijos, nos hace pensar que la conducta de Calor es opuesta a la percepción de Sobreprotección, referido a las madres. La fuerte tendencia a ser percibidas más altas en SOB las madres altas en SIE, permite aventurar que ambos instrumentos miden conductas semejantes en las madres y que la percepción del hijo se asemeja a la de un evaluador entrenado; lo cual hablaría a favor de una correcta percepción por parte del hijo de la conducta de su madre hacia él.

En el grupo de crisis y más de 1 ingreso no aparecen relaciones significativas entre EE y PBI por lo que parece que el PBI durante las crisis no pueda medir adecuadamente la conducta de los padres percibida por los hijos; estos datos coinciden con lo señalado por Parker *et al.* (33) de que la dificultad de aplicación del PBI en pacientes graves disminuía su capacidad predictora.

En el grupo de pacientes sin crisis y con menos de 2 ingresos vemos que los hijos de madres altas en CC puntúan menos en CUI, como la escala de CUI mide la valoración positiva frente a rechazo, ambos datos concuerdan. En los padres, el hecho de que los bajos en CC sean percibidos por sus hijos como más bajos en SOB que los altos en CC y los bajos en EE como altos en CUI, permite afirmar que un Vínculo Óptimo (baja SOB y alto CUI) se asocia con baja EE y bajo CC. En las correlaciones encontrábamos que la alta SOB se oponía a alto C y CP y correlacionaba positivamente con alto CC, mientras que alto CUI se asociaba positivamente a baja EE. Todo lo cual permite afirmar que ambas escalas miden aspectos semejantes. El hecho de que la SIE no se asocie con SOB ni CUI puede deberse a diferencias transculturales y que el punto de corte de SIE deba elevarse en nuestro medio como planteaban Cazullo *et al.* (34), pues vemos que estas escalas miden prácticamente lo mismo.

En resumen, aunque no hemos encontrado unas correlaciones significativas entre SOB del PBI y la SIE de EE como para afirmar que ambas escalas miden lo mismo, sí hemos hallado que las madres altas en SIE son percibidas por sus hijos como más altas en SOB. Asimismo las madres bajas en EE son percibidas como más altas en Cuidado. Es posible que la falta de una clara asociación se deba a que el concepto de SIE incluye, además de las conductas sobreprotectoras, otros aspectos de la relación madre-hijo, como la respuesta emocional excesiva hacia el hijo.

Respecto a las tipologías familiares de Parker, en nuestros resultados la mayoría de los vínculos con los padres es percibida como del Tipo Control sin Afecto, lo cual concuerda con los obtenidos por Parker (20, 21) en pacientes depresivos y con neurosis de ansiedad, por Fernández (29) en niños con trastornos del habla y lenguaje y con toxicómanos (19). Asimismo, se corresponde con el tipo familiar que

más recaídas tenía en el estudio de Parker *et al.* (23). El Tipo vínculo constreñido que Parker (24) encontró como más característico de esquizofrénicos es el segundo en frecuencia en nuestra muestra. Parece ser que el Tipo Control sin Afecto está asociado a diversas patologías, no sólo a la esquizofrenia. De este estudio se desprende que el PBI, si se aplica fuera de las crisis, es un instrumento válido para evaluar la conducta de los padres hacia el hijo esquizofrénico y detectar padres cuyas actitudes puedan ser negativas para su hijo. Todo ello, unido a la fácil aplicación del instrumento, tiene un indudable valor a la hora de indicar intervenciones familiares conducentes a modificar esas actitudes negativas hacia el esquizofrénico.

Tabla 1. Puntuaciones en el PBI (n=50)

SOBMA		SOBPA		CUIMA		CUIPA	
$\bar{X}$	Máx.-Mín.	$\bar{X}$	Máx.-Mín.	$\bar{X}$	Máx.-Mín.	$\bar{X}$	Máx.-Mín.
19,6	3-10	17,9	30-9	20,7	35-2	18,2	35-2

Sobma: sobreprotección de la madre. Sobpa: sobreprotección del padre.  
Cuiima: cuidado de la madre. Cuiipa: cuidado del padre.

Tabla 2.

Análisis comparativo entre padres y madres altos en EE y SIE con la percepción del hijo (PBI) en el grupo de NO CRISIS

PADRES	SOBPA	CUIPA
	MEAN RANK	MEAN RANK
EE altos (n=15)	18,5	15,2
bajos (n=15)	12,5	15,7
	p=0,06	p=0,09
SIE altos (n=1)	1,0	29,0
bajos (n=29)	16,0	15,0
	p=0,06	p=0,1
MADRES	SOBMA	CUIMA
EE altas (n=19)	17,3	12,6
bajas (n=11)	12,3	20,5
	p=0,1	p=0,3
SIE altas (n=14)	18,7	14,0
bajas (n=16)	12,6	16,8
	p=0,057	p=0,3

EE: emoción expresada. Sobpa: sobreprotección del padre. Sobma: sobreprotección de la madre.  
Cuiipa: cuidado del padre. Cuiima: cuidado de la madre.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) BROWN, G. W., y otros. «Influence of family life on the course of schizophrenic illness», *British Journal of Preventive Social Medicine*, 1962, 16, 55, pp. 55-68.
- (2) BROWN, G. W.; RUTTER, M., «The measurement of family activities and relationships. A methodological study», *Human Relations*, 1966, 19, pp. 241-263.
- (3) BROWN, G. W.; BIRLEY, J. L. T.; WING, J. K., «Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication», *British Journal of Psychiatry*, 1972, 121, pp. 241-258.
- (4) VAUGHN, C.; LEFF, J. P., «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*, 1976a, 129, pp. 125-137.
- (5) VAUGHN, C., y otros, «Family factors in schizophrenic relapse: a California replication of the British research on expressed emotion», *Archives of General Psychiatry*, 1984, 41, pp. 1.169-1.177.
- (6) LEFF, J.; VAUGHN, C., *Expressed emotion in families*, Londres, The Guilford Press, 1985.
- (7) PARKER, G.; HADZI-PAVLOVIC, D., «Expressed emotion as a predictor of schizophrenic relapse: an analysis of aggregated data», *Psychological Medicine*, 1990, 20, pp. 961-965.
- (8) KAVANAGH, D., «Recent developments in expressed emotion and schizophrenia», *British Journal of Psychiatry*, 1992, 160, pp. 601-620.
- (9) BEBBINGTON, P.; KUIPERS, L., «The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: An aggregate analysis», *Psychological Medicine*, 1994, 24, pp. 707-718.
- (10) MICKLOWITZ, D. J., y otros, «Interactional correlates of expressed emotion in the families of schizophrenics», *British Journal of Psychiatry*, 1984, 144, pp. 482-487.
- (11) LEFF, J.; «Family therapy», en BURROWS, E. G.; NORMAN, T. E. y RUBINSTEIN, G. (Eds.) *Handbook of studies on schizophrenia*, Amsterdam, El Sevier, 1996, pp. 172-183.
- (12) JENKINS, J. H., y otros, «Expressed emotion in cross-cultural context: familial responses to schizophrenic illness among Mexican Americans», en GOLDSTEIN, M. J.; HAND, I.; HAHLEWEG, K. (eds.), *Treatment of Schizophrenia: Family Assessment and Intervention*, Berlín, Springer, 1986, pp. 35-49.
- (13) BARRELET, L.; PELLIZZER, G.; AMMANN, L., «Family expressed emotion and outcome of schizophrenics: a study in a French cultural environment», *Arch. Suisses Neurol. Psychiatrie*, 1988, 139, pp. 27-34.
- (14) AREVALO, J.; VICARRO, C., «Niveles de 'Emoción Expresada' en familiares de pacientes esquizofrénicos. Datos para una comparación transcultural», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1989, 9, pp. 437-450.
- (15) BEKIRANDU, P., y otros «Expressed emotion and schizophrenia in Italy: a study of an urban population», *British Journal of Psychiatry*, 1992, 161, pp. 223-229.
- (16) JENKINS, J. H.; KARNO, M., «The meaning of expressed emotion: theoretical issues raised by cross-cultural research», *American Journal of Psychiatry*, 1992, 149, pp. 9-21.
- (17) SANTOS, A., *Factores familiares (Emoción Expresada) y su incidencia en la tasa de recaídas en pacientes esquizofrénicos*, Tesis Doctoral, No publicada, 1995.
- (18) PARKER, G.; TUNLING, H.; BROWN, L. B., «A parental bonding instrument», *British Journal of Medical Psychology*, 1979, 52, pp. 1-10.
- (19) ESPINA, A., y otros, «La percepción de las pautas parentales de crianza en toxicómanos», *Adicciones*, 1996, 8, 2, pp. 203-217.
- (20) PARKER, G., «Parental characteristics in relation to depressive disorders», *British Journal of Psychiatry*, 1979, 134, pp. 138-147.

José Mazaña, Ana Gago

## Efectos del fallecimiento parental en la infancia y adolescencia

- (21) PARKER, G., «Parental representations of patients with anxiety neurosis», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1981, 63, pp. 33-36.
- (22) PARKER, G.; LIPSCOMBE, P., «Influences on maternal overprotection», *British Journal of Psychiatry*, 1981, 138, pp. 303-311.
- (23) PARKER, G., y otros, «Parental representations of schizophrenics and their association with onset and course of schizophrenia», *British Journal of Psychiatry*, 1982, 141, pp. 573-581.
- (24) PARKER, G., «The measurement of pathogenic parental style and its relevance to psychiatric disorder», *Social Psychiatry*, 1984, 19, pp. 75-81.
- (25) PARKER, G.; MATER, R., «Predicting schizophrenic relapse: a comparison of two measures», *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1986, 20, pp. 82-86.
- (26) WARNER, R.; ATKINSON, M., «The relationship between schizophrenic patients' perceptions of their parents and the course of their illness», *British Journal of Psychiatry*, 1988, 153, pp. 344-353.
- (27) RUSSEL, J. D., y otros, «The parental bonding instrument in adolescent patients with anorexia nervosa», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1992, 86, pp. 236-239.
- (28) VANDEREYCKEN, W., «Parental rearing behaviour and eating disorders», en PERRIS, C.; ARRINDELL, W. A. y EISEMANN, M. (eds.), *Parenting and Psychopathology*, Nueva York, John Wiley & Sons, 1994.
- (29) FERNÁNDEZ, E., *Un estudio sobre el clima familiar y las pautas de crianza en niños con trastornos del habla y del lenguaje*. Tesis no publicada, 1994, U.P.V.
- (30) ANDREASEN, N. C., *The scale for the assessment of negative symptoms (SAPS)*, Iowa, The University of Iowa, 1983.
- (31) ANDREASEN, N. C., *The scale for the assessment of positive symptoms (SAPS)*, Iowa, The University of Iowa, 1983.
- (32) VAUGHN, C.; LEFF, J., «The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients», *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 1976b, 15, pp. 157-165.
- (33) PARKER, G.; JOHNSON, P., «Examining for links between expressed emotion and EPI personality variables: Can low EE be faked?», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1988, 78, pp. 599-602.
- (34) CAZULLO, C. L., y otros, «Schizophrenic et expression emotionnelle familiale. Étude d'une population italienne», *L'Encéphale*, 1989, 15, pp. 1-6.

RESUMEN: El presente trabajo tiene como objeto revisar las consecuencias psíquicas a corto y largo plazo del fallecimiento parental en la infancia y adolescencia y los factores asociados a ellas.

PALABRAS CLAVE: Fallecimiento parental, niños, adolescentes.

SUMMARY: The aim of this paper is to review short and long-term psychological effects of parental death in children and adolescents and the factors related to such effects.

KEY WORDS: Parental death, children, adolescents.

La muerte de un padre es uno de los acontecimientos estresantes más intensos que puede padecer un niño o un adolescente, y pese al considerable número de ellos que lo experimentan y su posible incremento en un futuro próximo (1), sus consecuencias no han recibido una atención empírica adecuada, siendo pocos los estudios que hayan investigado de forma sistemática y rigurosa sus efectos en ambos grupos de edad (2, 3, 4). Muchos de los estudios existentes presentan importantes debilidades metodológicas en las muestras investigadas (la mayoría de ellos no utilizan muestras aleatorias y sistemáticamente recogidas de niños afectados, o se han centrado en poblaciones clínicas, cuya generalización es limitada, y muchos están limitados por un pequeño tamaño muestral), en las medidas de control (existen pocos que hayan utilizado grupos control, y la mayoría no son controlados en función de variables independientes relevantes), o en los instrumentos utilizados (y así la mayoría no han utilizado medidas estandarizadas y se han basado en entrevistas con los padres más que en entrevistas a los propios niños, lo que podría subestimar considerablemente los hallazgos de síntomas afectivos) (4, 5, 6, 7, 8). Existen además pocos estudios longitudinales de niños y adolescentes que experimentan la muerte de alguno de sus padres (1, 4, 9), y casi no hay estudios evolutivos que contrasten sus efectos en diferentes grupos de edad (5) o las variaciones en la percepción y afectación de jóvenes de diferentes medios socioculturales (10).

Con todo, podría esperarse que este acontecimiento afectase a los hijos de múltiples formas: a través del proceso normativo del duelo, a través de la pérdida de una figura primaria de vínculo o de modelo de rol, a través de sus efectos sobre el padre superviviente, o de las desventajas en cuidados o atenciones, educacionales o socioeconómicas resultantes del fallecimiento. Algunos de sus efectos, por tanto, se manifestarían precozmente tras la pérdida, o incluso antes si ésta es esperada (enfermedades crónicas...), mientras que otros son consecuencias a más largo

\* Alberto Espina Eizaguirre. Psiquiatra. Profesor titular y Director del Máster de Terapia de Familia y Pareja de la Universidad del País Vasco. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos psicológicos. Facultad de Psicología. Begoña Pumar González, Médico y Psicólogo; Asunción Santos Mocoeroa, Psicóloga; Pilar González Peláez, Psicóloga; Enrique García Martín, Psicólogo; Ana Ayerbe Barandiarán, Psicóloga, Profesora asociada en la Universidad del País Vasco.

Correspondencia: Alberto E. ina. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. Avda. Tolosa, 70, 20009 San Sebastián.

\*\* Fecha de recepción: 22-III-1999.