

Emoción expresada y características de personalidad, psicopatológicas y de ajuste diádico en padres de esquizofrénicos[#]

A. Espina Eizaguirre*, B. Pumar González, P. González Peláez, A. Santos Morocoa, E. García Martín, A. Ayerbe

Psiquis, 2000; 21 (4): 181-191

Resumen

*En este estudio hemos relacionado la Emoción Expresada (EE) de los padres con otras variables, para detectar posibles factores asociados a una alta EE, con vistas a planificar intervenciones terapéuticas que incidan en esos factores. **Método:** hemos estudiado una muestra de 40 familias con un hijo esquizofrénico según criterios diagnósticos del DSM III-R, en la que hemos evaluado la EE de ambos padres, el Ajuste Diádico (DAS), Personalidad (EPQ-A), Ansiedad (SAS), Depresión (BDI) y Apoyo y Estrés Social. **Resultados:** la introversión en las madres se asocia al criticismo (CC) y la extroversión a la sobreimplicación emocional (SIE). La depresión se asocia en los padres a alta SIE y algunas subescalas del DAS están asociadas a CC y SIE. Los familiares críticos tienen menor apoyo social y las madres críticas peor calidad de apoyo. Los familiares bajos en EE tienen más estrés familiar y los padres bajos en SIE más estrés laboral. En conclusión, las intervenciones terapéuticas dirigidas a reducir EE deberían tener en cuenta estas características de los familiares de esquizofrénicos.*

Palabras clave: Emoción Expresada. Personalidad. Ajuste diádico. Ansiedad. Depresión.

Abstract

Expressed emotion and personality psychopathology and dyadic adjustment in parents of schizophrenic patients

*In this study we have related parents' EE to other variables in order to detect factors possibly associated to high EE. With this we intended to plan therapeutical interventions that influence those factors. **Method:** we have studied a sample of 40 families with a schizophrenic child following DSM-III-R criteria. We have assessed parents' EE, Dyadic Adjustment (DAS), Personality (EPQ-A), Anxiety (SAS), Depression (BDI) and Social Support and Stress. **Results:** Introversion in mothers relates to criticism (CC), and extroversion, emotional overinvolvement (EOI). Depression in fathers is related to EOI, and some subscales of DAS are associated with CC and EOI. Critical relatives have less social support and the quality of support in critical mothers is worse. Low EE relatives have more family stress and low EOI fathers more stress in their work. As a conclusion we can say that therapeutical interventions addressed to reduce EE should have into account these characteristics of the relatives of schizophrenic patients.*

Key words: Expressed Emotion. Personality. Dyadic adjustment. Anxiety. Depression.

* Psiquiatra, Profesor Titular y Director del Máster de Terapia Familiar de la U.P.V. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco (U.P.V.) San Sebastián (Guizpúzcoa)

[#] Este trabajo ha sido posible gracias a la beca del Ministerio de Educación y Ciencia. PS90-0096.

Introducción

La emoción expresada (EE) de las familias de los pacientes es un predictor de recaída de gran importancia en esquizofrénicos (Brown et al, 1,2; Vaughn y Leff, 3 y en otras patologías como la depresión (Vaughn y Leff, 4; Hooley, 5; Leff y Vaughn, 6). Estudios transculturales han confirmado la asociación de una alta EE con la recaída en pacientes esquizofrénicos (Vaughn et al. 7; Moline et al. 8; Karno et al. 9; Leff et al. 10; Pellizer et al. 11; Gutiérrez et al. 12; Arévalo y Vizcarro, 13; Cazullo et al. 14, Santos, 15). Bebbington y Kuipers (16) revisaron 25 estudios sobre EE como factor pronóstico de recaída en esquizofrénicos y encontraron que recaían el 50% de los pacientes con familias altas en EE frente al 21% en bajas. Las intervenciones familiares orientadas a reducir el nivel de EE de las familias han conseguido, en muchos casos, hacer que las familias pasen a ser bajas en EE y que se reduzca la tasa de recaídas (Goldstein, 17; Leff et al. 18, 19; Falloon y Liberman, 20; Anderson et al. 21; Cozolino et al. 22; Tarrier et al. 23, 24; Barrowclough y Tarrier, 25; Mozny, 26; Hogarty, 27; Xiang, 28; Goldstein, 29, 30; Leff, 31; Tarrier, 32). Estas intervenciones han estado dirigidas a incidir en las actitudes de los familiares que determinan la alta EE (criticismo (CC): 6 o más comentarios críticos, sobreimplicación emocional (SIE): una puntuación de 3 o más, y presencia de hostilidad) (H).

Brown et al. (2) encontraron que las familias altas en EE tenían menos relaciones extrafamiliares y menos hijos viviendo en el hogar. Hammer (33), Platt (34), Goldmann (35), Fadden et al, (36) y Carpenter (37), señalan la pobreza de la red social de los familiares de esquizofrénicos. Estos autores han resaltado la carga que representa para la familia el tener un miembro con una enfermedad psiquiátrica, lo cual conlleva un aumento de la ansiedad, la depresión y dificultades de pareja que llevan a un aumento en la tasa de divorcios, como ya habían señalado Brown et al. (38). Anderson et al. (39) describen una asociación positiva entre una pobre red social de los familiares y una enfermedad más prolongada, pero no encuentran correlación entre EE y red social. Parker y Johnston (40) estudiaron la relación entre personalidad de los padres y la EE y encontraron que los familiares bajos en EE daban baja sinceridad en el EPI de Eysenck, lo cual podía falsear la CFI. Bentsen et al. (41) encontraron que la alta SIE se asociaba a madres que viven solas con el hijo esquizofrénico y estaban más tiempo con ellos, los cuales no abusaban de sustancias y eran

más ansiosos y depresivos y menos agresivos. No encontraron asociación entre SIE y número de ingresos y ajuste premórbido. Barrowclough et al. (42) estudiaron las creencias de los familiares asociada a la EE y encontraron que los familiares que pensaban que los problemas de conducta del paciente se debían a causas internas y que eran controlables por él, adoptaban conductas altas en criticismo para intentar que el paciente se comportara normalmente, mientras que los familiares que pensaban que los problemas eran externos al paciente e incontrolables adoptaban conductas altas en SIE o bajas en EE. Barrowclough et al. (43) encontraron que los padres altos en CC y H padecían depresión y más estrés personal que los bajos; encontraron también gran carga familiar y que si los familiares se atribuían la enfermedad del hijo, el estrés personal era mayor. Por otra parte algunos terapeutas de familia han hecho hincapié en la mala relación de pareja de los padres de esquizofrénicos y la influencia negativa que tiene en el desarrollo de la enfermedad (Haley, 44).

En este trabajo queremos relacionar la EE de los padres de hijos esquizofrénicos con características de personalidad, psicopatológicas, de ajuste diádico y sociales, para estudiar las posibles asociaciones entre estas variables con vistas a mejorar las intervenciones terapéuticas.

Material y método

Muestra

Los criterios de selección de la muestra han sido: Familias con pacientes esquizofrénicos diagnosticados según criterios del DSM III-R, de edad comprendida entre 17 y 35 años, que vivan con ambos padres, que no hayan recibido terapia familiar y residan en la Comunidad Autónoma Vasca.

Características sociodemográficas

La muestra está compuesta por 40 familias con un hijo esquizofrénico. 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 y la media de los que viven en el hogar, en el momento de la evaluación, es de 4,5 miembros.

La edad de las madres oscila entre 38 y 69 años ($\bar{X}=54,2$), tienen estudios primarios o carecen de

TABLA I

Características de la muestra en Emoción expresada y sus subescalas

		Familiares (n=80)	Padres (n=40)	Madres (n=40)
Nivel de EE	Alto	54%	45%	65%
	Bajo	46%	55%	35%
Nivel de SIE	Alto	31,3%	12,5%	50%
	Bajo	68,8%	87,5%	50%
Nivel de HOS	Alto	28,8%	35%	22,5%
	Bajo	71,3%	65%	77,5%
Nivel de CC	Alto	41,3%	42,5%	40%
	Bajo	58,8%	57,5%	60%
Número de CC		\bar{X} = 5,73	\bar{X} = 5,8	\bar{X} = 5,6
Número de CP		\bar{X} = 1,38	\bar{X} = 1,1	\bar{X} = 1,6
Calor		\bar{X} = 2,7	\bar{X} = 2,4	\bar{X} = 2,9

ellos el 84%, amas de casa el 82%, católicas practi-
cantes el 66% y católicas no practicantes el 26%. 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. El medio es
urbano.

Características clínicas de los pacientes

Son varones el 90%, con una media de edad de
25 años. El 95% de ellos estaban en tratamiento
con neurolépticos (55% medicación oral, 17,5%
sólo depot y 27,5% depot más oral). Años de enfer-
medad: \bar{X} =4,8; hospitalizaciones previas: \bar{X} =2, con
una media de 3,8 meses de duración total.

Variables e Instrumentos

Emoción Expresada

Se evaluó a través de la Camberwell Family Inter-
view (Vaughn y Leff, 3). La EE está compuesta por
5 subescalas: Criticismo (CC), Hostilidad (H),
Sobreimplicación Emocional (SIE), 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 ó 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 sobreimplicación emocional es otra escala

global e incluye 3 tipos de conductas: control exce-
sivo de la conducta del paciente, respuesta emocio-
nal exagerada (p. ej. lloros frecuentes al hablar del
paciente) y una conducta de sacrificio y sobrepro-
tección excesivos. La puntuación va de 0 a 5 y se
valora alto en EE a partir de 3. Comentarios posi-
tivos es una escala cuantitativa en la que se nume-
ran 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. (Ver características en Tablas I y II).

Se midió la EE de cada padre por separado a tra-
vés de la Camberwell Family Interview (CFI)
(Vaughn y Leff, 3) 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 interjue-
ces obteniendo una fiabilidad de 0,82. Utilizando los
puntos de corte de Vaughn y Leff (3) para las esca-
las de EE hemos dividido la muestra en: altos y
bajos en EE, hogares altos y bajos en EE, altos y

TABLA II

Tipologías de emoción expresada en %: Tipo 1 = Altos en SIE y CC o H. Tipo 2 = Bajos en SIE y altos en CC ó H. Tipo 3 = Altos en SIE y bajos en CC ó H. Tipo 4 = Bajos en EE

	Familiares (n=80)	Padres (n=40)	Madres (n=40)
Tipo 1	19%	12,5%	25%
Tipo 2	22,8%	30%	15%
Tipo 3	12,7%	2,5%	25%
Tipo 4	45,6%	55%	35%

TABLA III

Características de personalidad de la muestra (EPQ-A)

	Padres % Sujetos		Madres % Sujetos	
	Centil > 75	Centil < 25	Centil > 75	Centil < 25
Neuroticismo	20%	27,5%	30%	30%
Extroversión	7,5%	45%	20,6%	27,5%
Psicoticismo	22,5%	-	40%	-
Sinceridad	10%	50%	15%	65%

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.

Personalidad

Evaluada con el Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) de Eysenck y Eysenck (45). Es un cuestionario autoaplicado que consta de 4 escalas: Psicoticismo, Extroversión, Neuroticismo y Sinceridad. En las tablas hemos usado las puntuaciones tipificadas para población española (Tabla III).

Ajuste diádico

Evaluado con la Dyadic Adjustment Scale (DAS) de Spanier (46, 47). Es una escala autoaplicada que mide cuatro 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 (>105=buena cantidad de ajuste) y evalúa la calidad de la relación sobre la base de la diferencia de puntuación (valor absoluto) obtenida en el ajuste total de cada miembro de la pareja (>5 puntos, mala calidad de ajuste) (Tabla IV).

TABLA IV

Características de Ajuste Diádico (DAS)

	Parejas \bar{X}	Padres \bar{X}	Madres \bar{X}
Consenso	54,4	56,3	52,4
Satisfacción	38,5	39,7	37,3
Expresión de afecto	9,2	9,4	9,0
Cohesión	11,6	12,7	10,4
Cantidad de ajuste	113,7	118	109

Ansiedad

Evaluada con la Self-Rating Anxiety Scale (SAS) de Zung (48). Es un cuestionario autoaplicado; la media para población española es de 35 y una puntuación a partir de 45 indica la presencia de un cuadro ansioso (Conde y Franch, 49) (Tabla V).

TABLA V

Características en ansiedad (SAS) y depresión (BDI)

	Ansiedad			Depresión			
	\bar{X}	Presente %	Cuadro clínico %	\bar{X}	Leve %	Moderada %	Grave %
Padres	35,3	50	10	8	27,5	7	0
Madres	38,4	65	15	14,2	47,5	17,5	5

Depresión

Evaluada con el Beck Depression Inventory (Beck, 50). Los puntos de corte son: 10,9= depresión ausente o mínima; 18,7= depresión leve; 25,4= depresión moderada; >30= depresión grave. (Conde y Franch, 49) (Tabla V).

Apoyo social

Entendido como la cantidad de personas con las que se mantiene contacto. Medido con la Escala de Apoyo Social del Departamento de Salud de California (1981). Puntuaciones: <15= bajo, 15-29= moderado, suficiente salvo estrés, y >30= alto. (Conde y Franch, 49) (Tabla VI).

Procedimiento

Este estudio forma parte de uno más amplio sobre familia y esquizofrenia becado por el Ministe-

TABLA VI

Características en apoyo y estrés social

	Familiares \bar{X}	Padres \bar{X}	Madres \bar{X}
Apoyo Cantidad	22,3	22,6	22
Calidad	85,6%	86%	85%
Estrés	10,4	12,4	8,4

rio de Educación y Ciencia (MEC). La muestra fue recogida en centros de Salud Mental de Guipúzcoa y Vizcaya. Se evaluó al paciente para determinar el diagnóstico pasándole una batería de pruebas descrita en otro trabajo (Espina y Pumar, 51), y a los padres se les aplicó la CFI por separado, por evaluadores entrenados y después se les pasó la batería de pruebas. La evaluación se realizó en momentos de crisis en 14 casos (35%) y fuera de crisis en 26 (65%).

Resultados

Al tener una muestra con familias evaluadas en crisis y fuera de ellas, hemos hecho análisis no paramétricos para determinar si dicha variable influía en los resultados y hemos encontrado que no existen diferencias significativas entre padres altos y bajos en EE en crisis y fuera de ellas. Únicamente hay una fuerte tendencia ($p=.057$) a que en la crisis hay menos familiares de SIE alta. Por otra parte hemos controlado la variable sexo, mediante un T-test, para ver si existían diferencias entre padres y madres en todas las variables estudiadas, apareciendo diferencias significativas en las siguientes variables: Estrés total (padres $\bar{X}=12,4$, madres $\bar{X}=8,4$, $p=.000$); cantidad de ajuste diádico (padres $\bar{X}=118,3$, madres $\bar{X}=109,1$, $p=.004$); contacto, siguiendo el punto de corte de 35 horas semanales de Vaughn y Leff (3) para altos y bajos tenemos que un 36% de la muestra son madres altas en contacto, un 14% madres bajas, un 19% padres altos y un 31% padres bajos ($p=.003$); SIE es significativo que el 87,5% de los padres son bajos mientras las madres altas y bajas se distribuyen por igual (50%) ($p=.000$); Tipo EE: tipo 1: alta SIE y alto CC ó H; tipo 2: baja SIE y alta CC ó H; tipo 3: alta SIE y bajo CC ó H; tipo 4: baja EE.

A. Análisis comparativos entre familiares altos y bajos en EE, CC y SIE (T-Test):

1. Entre las características diferenciales de los familiares altos y bajos en EE, encontramos que existían diferencias significativas en el estrés familiar (más elevado en los familiares bajos en EE ($p=.04$). Mayor edad en los familiares altos en EE ($p=.052$) y mayor puntuación, en los familiares bajos en EE, en la subescala de sinceridad del EPQ-A ($p=.055$). Aunque han aparecido otras diferencias significativas (en cantidad de ajuste diádico, calidad de apoyo y estrés total) las estudiaremos por sepa-

rado en padres y madres, pues daban diferencias significativas en relación al sexo (Tabla VII).

2. Familiares altos y bajos en criticismo: los familiares altos en CC puntúan menos en la subescala de Consenso de Ajuste diádico ($p=.002$) y la cantidad de apoyo es mayor en los bajos en CC ($p=.01$), también es mayor la satisfacción de la pareja en los bajos en CC, no llegando a ser significativo ($p=.06$). Además han aparecido diferencias significativas en otras variables contaminadas por el sexo: cantidad de ajuste y estrés total (Tabla VII).

3. Familiares altos y bajos en SIE: los familiares altos en SIE son de más edad ($p=.003$); perciben mayor consenso en el DAS ($p=.007$) y la satisfacción de pareja es mayor ($p=.03$). Las variables cantidad del DAS, calidad de apoyo y estrés total aunque son significativas están influenciadas por el sexo (Tabla VII).

4. Tipo de EE: al realizar los análisis se obtuvo que los familiares del tipo 3 de EE puntuaban más alto en la escala E del EPQ-A que los del tipo 2 de EE ($p=.003$) y también que perciben una mayor cohesión en el DAS que los del tipo 1 de EE ($p=.002$) y que los del tipo 2 ($p=.001$) (Tabla VII).

B. Correlaciones en familiares

Para estudiar la asociación entre las subescalas de EE y las variables estudiadas en los familiares (EPQ-A, DAS, SAS, BDI, Apoyo y Estrés), se han realizado análisis correlacionales siendo significativas ($p=.01$) las siguientes asociaciones: a mayor número de CC, más introversión en el EPQ-A; a mayor número de CC perciben menos cohesión en el DAS y cuanto más alta es la SIE mayor es la puntuación en el BDI. Para estudiar la relación entre las subescalas de EE se ha realizado otro análisis correlacional siendo significativo: el criticismo correlaciona positivamente con hostilidad y negativamente con calor ($p=.001$); los comentarios positivos correlacionan positivamente con calor ($p=.001$) y calor se asocia negativamente con hostilidad ($p=.001$), lo cual es congruente con el constructo de EE.

C. Análisis comparativo entre padres altos y bajos en EE, CC y SIE

Como ya hemos comentado, el sexo influía en diversas variables. Por ello hemos efectuado otros análisis separando en dos grupos a padres y madres. Hemos realizado análisis no paramétricos (NPAR-Test) obteniendo los siguientes resultados: los padres altos en EE eran 18 y los de baja EE 22

TABLA VII

Análisis T-Test entre familiares altos y bajos en EE, CC y SIE

		EE		CC		SIE	
		Altos n = 44	Bajos n = 36	Altos n = 33	Bajos n = 47	Altos n = 55	Bajos n = 25
EPQ neuroticismo	\bar{X}	12,31	13,25	12,18	13,12	12,50	13,24
	d.t.	4,9	5,2	4,7	5,6	5,2	5,9
		P=0,3		P=0,3		P=0,6	
EPQ extroversión	\bar{X}	9,90	10,33	9,24	10,70	9,78	10,80
	d.t.	3,6	3,7	4,7	5,6	3,8	3,3
		P=0,7		P=0,9		P=0,5	
EPQ psicoticismo	\bar{X}	2,59	2,19	2,63	2,25	2,34	2,56
	d.t.	2,0	1,7	1,8			
		P=0,3		P=0,5		P=0,5	
EPQ sinceridad	\bar{X}	5,34	5,86	5,63	5,53	5,80	5,08
	d.t.	2,7	3,6	2,7	3,5	3,0	3,0
		P=0,05*		P=0,1		P=0,3	
SAS	\bar{X}	36,20	37,75	36,27	37,34	36,81	37,08
	d.t.	7,5	7,5	7,3	7,6	6,9	8,8
		P=1,0		P=0,8		P=0,1	
BDI	\bar{X}	11,81	10,33	11,00	11,25	10,10	13,44
	SD	7,1	7,5	6,23	8,10	6,7	8,2
		P=0,7		P=0,1		P=0,2	
EAD Consenso	\bar{X}	54,31	54,50	53,54	55,00	55,29	52,44
	d.t.	10,5	8,3	11,5	7,9	7,9	12,3
		P=0,1		P=0,002*		P=0,007*	
EAD Cohesión	\bar{X}	10,70	12,72	9,30	13,23	11,87	11,04
	d.t.	5,8	4,9	5,2	5,2	5,2	6,3
		P=0,3		P=0,9		P=0,2	
EAD Satisfacción	\bar{X}	32,28	38,94	37,45	39,31	38,83	37,92
	d.t.	7,6	6,4	8,2	6,1	6,2	8,7
		P=0,3		P=0,06		P=0,003*	
EAD Expresión de afecto	\bar{X}	9,13	9,36	8,78	9,55	9,40	8,88
	d.t.	2,6	2,9	2,7	2,7	2,7	2,8
		P=0,4		P=0,9		P=0,8	
EAD Total	\bar{X}	112,15	115,61	108,78	117,17	115,45	109,88
	d.t.	22,0	15,6	23,4	15,2	15,1	26,3
		P=0,04*		P=0,007*		P=0,001*	
Apoyo Cantidad	\bar{X}	22,56	22,16	21,63	22,91	22,41	22,32
	d.t.	5,0	6,5	4,3	6,4	5,6	5,8
		P=0,1		P=0,01*		P=0,7	
Apoyo Calidad	\bar{X}	85,02	86,50	83,51	87,21	86,14	84,68
	d.t.	8,7	6,2	8,2	7,0	6,4	10,1
		P=0,04*		P=0,3		P=0,006*	
Stress Total	\bar{X}	8,68	12,63	8,06	12,14	11,10	9,04
	d.t.	7,1	17,3	7,1	15,5	14,7	7,2
		P=0,000*		P=0,000*		P=0,000*	

(en CC había 17 altos y 23 bajos y en SIE los altos eran 5 y los bajos 35), no existiendo diferencias significativas en ninguna de las variables estudiadas. De los 18 de alta EE, 5 pertenecen al tipo 1 (alta SIE y CC ó H), 12 al tipo 2 (baja SIE y alto CC ó H) y 1 al tipo 3 (alta SIE y bajo CC ó H).

D. Correlaciones en padres

Correlaciones significativas ($p=0,01$) son las siguientes: 1) cuanto más comentarios positivos hay, menor es la puntuación en la subescala N del EPQ-A; 2) cuanto mayor es la SIE mayor es la pun-

tuación en la escala de depresión; 3) a mayor estrés en el trabajo menor SIE. En el grupo de padres no se cumple la asociación CP y C que aparecía en el análisis correlacional de familiares.

E. Análisis comparativo entre madres altas y bajas en EE, CC y SIE

26 eran altas en EE (10 pertenecían al tipo 1, 6 al tipo 2 y 10 al tipo 3) y 14 bajas (en CC puntuaban alto 16 y bajo 24, mientras que en SIE 20 eran altas y 20 bajas). Las madres bajas en EE puntúan más alto en estrés (área familiar) que las altas en EE ($p=.03$); esto mismo se da con las bajas en CC. Las bajas en criticismo ($CC < 6$) puntúan más alto en extroversión que las altas ($p=.01$), mientras que estas últimas (altas en CC) perciben una menor cohesión en la pareja. ($p=.0002$).

F. Correlaciones en madres

En el análisis correlacional encontramos que a mayor número de CC las madres son más introvertidas ($p=.001$), menor es la percepción de cohesión del DAS ($p=.01$) y peor la calidad del apoyo social ($p=.01$). En las madres las correlaciones entre las subescalas de EE se igualan a las obtenidas para los familiares.

Discusión

Emoción Expresada

Destacamos que en la muestra estudiada el 85% de los hogares son altos en EE, lo cual contrasta con las muestras británicas de Brown et al. (2) y Vaughn y Leff (3) que daban un porcentaje muy inferior al nuestro (47,8%). En la muestra anglo-americana de Vaughn et al. (7) daban un 66,7% de hogares altos y en las muestras españolas daban 34,4% y 58,1% (Gutiérrez (12) y Arévalo y Vizcarro (13) respectivamente). Nuestra muestra con un 31,3% altos en SIE se asemeja a la de Vaughn y Leff (3) que presentan una tasa de 36% altos en SIE, mientras que en las muestras españolas antes citadas, aparecen 26% y 25% de hogares altos en SIE. Los altos en criticismo (41,3%) en nuestra muestra se asemejan también a la muestra británica (44%), mientras que las muestras españolas oscilan entre 16% y 34%. En cuanto a la presencia de hostilidad nuestros resultados muestran un 28,8% de familiares altos lo cual es semejante a los resultados del estudio anglo-americano de Vaughn et al.

(7), quedando las muestras españolas muy por debajo de la nuestra (6% y 15%).

Además, destaca el bajo número de comentarios positivos ($\bar{X}=1,38$) encontrados en nuestra muestra y una media de 2,7 en calor (moderado). Entre los familiares altos en EE tenemos que el mayor porcentaje corresponde a bajos en SIE y altos en CC o H, que coincide con el de los padres, mientras que las madres se caracterizan por ser altas en EE por la SIE. En resumen, tenemos una muestra alta en EE formada principalmente por padres críticos y madres críticas y sobreimplicadas emocionalmente con el hijo esquizofrénico.

Personalidad

Respecto a la personalidad de los padres, las medias son más elevadas en neuroticismo, más bajas en extroversión y más altas en sinceridad que las presentadas por Parker y Johnston (40). En psicoticismo tenemos puntuaciones patológicas (por encima del centil 75) en el 40% de las madres y el 22,5% de los padres. Sería interesante estudiar muestras con hijos con otras patologías y sin patología para ver si el alto psicoticismo es característico de los padres de esquizofrénicos y puede jugar algún papel etiológico en la esquizofrenia. En cuanto a las características de personalidad entre familiares altos y bajos en EE hemos encontrado que los familiares bajos intentan mostrar una mejor imagen de sí mismos (baja sinceridad en el EPQ), lo cual confirma los resultados de Parker y Johnston (40) y quizás determina un falseamiento de la CFI.

El que encontremos en los padres que a menor neuroticismo, mayor número de CP expresan al hijo esquizofrénico, puede deberse a que el mayor equilibrio psíquico permite rescatar aspectos del hijo que los padres más altos en neuroticismo no pueden. Las madres, cuánto más introvertidas son, mayor número de comentarios críticos expresan, confirmado con el resultado de que las madres bajas en criticismo son más extrovertidas que las altas. Quizás la introversión dificulta el hablar sobre sus preocupaciones, lo cual puede llevar a no tener personas con las que desahogarse y la tensión acumulada puede salir en forma de crítica al hijo, mientras que las extrovertidas pueden hablar más de cómo se sienten, incluso con el hijo y no necesitan recurrir a la crítica. El que las altas en SIE también sean más extrovertidas que las altas en CC y H nos muestra actitudes hacia el hijo que quizás nos se deban sólo a la patología del hijo como han señalado Micklowitz et al. (52) en el sentido de que los síntomas negativos inducirían conductas altas en SIE y

los positivos altas en CC y H, sino que se deba a estilos de relación vinculados a características de personalidad de las madres.

Ansiedad y Depresión

Llama la atención el alto porcentaje de padres y madres ansiosos (80% madres y 60% padres) y la alta presencia de depresión en madres (47,5% leve, 17,5% moderada y 5% grave) y la presencia de depresión en los padres (27,5% leve y 7,5% moderada). No hemos hallado que el nivel de ansiedad sea significativamente diferente entre familiares altos y bajos en EE ni en sus subescalas. Con respecto a la depresión sólo hemos encontrado una correlación positiva (a mayor SIE, mayor depresión) en los padres, lo cual nos hace pensar que los padres deprimidos tienden a volcarse más en el hijo. Estos datos difieren de los de Barrowclough et al. (43) los cuales encontraron que los familiares con depresión eran más críticos y hostiles con sus hijos, aunque la hostilidad y la SIE eran predictores de depresión. La sintomatología ansiosa y depresiva puede estar asociada a la carga familiar que supone convivir con un hijo esquizofrénico y a la desesperanza que supone el ver que no se cura, con lo que implica de sufrimiento al verle mal, y de pérdida de un hijo sano con un proyecto de vida. Barrowclough et al. (43) encontraron que la depresión de los familiares se asociaba a la cronicidad de la patología, lo cual podía deberse a un sentimiento de haber fracasado en manejar la enfermedad.

Ajuste de pareja

Encontramos una mala calidad de ajuste diádico en las parejas de nuestra muestra y madres con baja cantidad de ajuste. Esto se ha explicado desde la Terapia Familiar Sistémica (TFS) (Haley, 44) como una posible causa del trastorno del hijo, con el resultado de que la mala relación de pareja lleva a saltos transgeneracionales que dificultan el desarrollo del hijo y favorecen la aparición y mantenimiento de la sintomatología. Otra explicación, quizás más realista al tratarse de un estudio transversal, en el que no podemos saber cómo era la relación de pareja antes de que el hijo fuese esquizofrénico, es que la carga que supone el esquizofrénico daña la relación de pareja, lo cual puede a su vez perjudicar al hijo en una relación circular, aunque no tenga valor etiológico.

Analizando las características de ajuste en los familiares altos y bajos en EE, vemos que los altos

en criticismo puntúan menos en consenso que los bajos, lo cual puede indicar que la falta de acuerdos en la pareja les hace más críticos con el hijo, o que su criticismo sea un estilo de relación también en la pareja. Los familiares altos en SIE, por el contrario, puntúan más en consenso y satisfacción en pareja que los bajos. Esto puede ser debido a que los familiares altos en SIE, volcados en el hijo, presentan una menor demanda hacia el cónyuge y haya más acuerdo entre ellos. Pero también puede ser que la actitud de sobreprotección se dirija asimismo hacia el cónyuge, estableciendo una relación de pareja más satisfactoria.

Por otro lado en las madres, cuanto mayor número de CC expresan hacia el hijo, menos puntúan en cohesión con su pareja, lo cual puede indicar que las insatisfacciones con el marido se transformen en críticas hacia el hijo o, como decíamos antes en relación a ambos padres, que sean críticas también con la pareja y ello influye en la baja cohesión diádica. Las madres altas en SIE y bajas en CC o H presentan más cohesión que las altas en CC y H, lo que confirma los resultados anteriores.

Apoyo Social

En padres de esquizofrénicos hemos encontrado una buena calidad de apoyo (85,6% de media) y un nivel de apoyo moderado que, salvo en casos de estrés (tanto en padres como en madres) pudiera ser suficiente. Esto contrasta con los resultados de Brown et al. (2), Hammer (33) Goldman (35), Platt (34) quienes hallaron que los padres de esquizofrénicos tenían baja red social de apoyo, y aislamiento social. Estos resultados pueden deberse a que realmente hay diferencias entre los familiares anglosajones y españoles o a los instrumentos de medida utilizados. De todas formas, el apoyo social moderado es insuficiente para afrontar el estrés crónico que produce el tener en el hogar un hijo esquizofrénico.

Los familiares altos en criticismo tienen menos cantidad de apoyo social que los bajos en CC y las madres, a mayor número de comentarios críticos, peor calidad de apoyo. Es posible que la falta de apoyo en el que descargar sus tensiones generadas en la relación con el hijo, dé lugar a un mayor criticismo, aunque también podría interpretarse que si su criticismo se extiende a sus relaciones sociales estas últimas sean de menor calidad. Estos datos hacen pensar que el criticismo puede deberse a una falta de habilidades sociales que les hace o bien retraerse (baja red social), o bien mantener relaciones conflictivas con el entorno

(mala calidad), datos que matizan los hallazgos encontrados por los autores anteriormente citados en cuanto a la baja red social de los padres de esquizofrénicos.

Estrés

El nivel de estrés provocado por acontecimientos vitales (el estrés familiar hace referencia a pérdidas o incorporación de nuevos miembros a la familia, enfermedades de familiares y cambios de residencia) en el último año, es moderado en padres y bajo en madres. Esto supone una acumulación de factores que aumentan la carga familiar. Además hemos hallado en nuestro estudio que los familiares bajos en EE y las madres bajas en criticismo puntúan más alto en estrés familiar que los altos. Parece ser que la aparición de estos acontecimientos familiares estresantes hacen que los padres centren su atención en esos problemas y no en el hijo. En cuanto a los padres, destaca que cuánto más bajos son en SIE más estrés laboral tienen, posiblemente porque la excesiva preocupación por los problemas de trabajo no les permita sobreimplicarse con el hijo.

Recomendaciones terapéuticas

De nuestro estudio se desprende que hay determinadas variables asociadas al hecho de tener un hijo esquizofrénico, por ejemplo ansiedad y depresión en los padres, y otras que se relacionan con actitudes negativas hacia el hijo (alta EE). El tener en cuenta estos aspectos a la hora de diseñar las intervenciones familiares podría enriquecerlas disminuyendo la carga y favoreciendo actitudes bajas en EE. Y creemos, junto con Barrowclough et al (43), que las intervenciones familiares deben aplicarse tanto a familiares altos como bajos en EE, pues todos sufren la carga y son por ello propensos a desarrollar trastornos psicológicos y somáticos.

Correspondencia:
Dr. A. Espina
Facultad de Psicología
Universidad del País Vasco
Avenida de Tolosa, 70
E-20009 San Sebastián (Guipúzcoa)

Bibliografía

1. Brown, G. W.; Monk, E. M.; Carstairs, G. M.; Wing, J. K.: *Influence of family life on the course of schizophrenic illness*. *Brit. J. Preventive and Soc. Med.*, 1962; 16:55-68.
2. Brown, G. W.; Birley, J. L. T.; Wing, J. K.: *Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication*. *Brit. J. Psychiat.*, 1972; 121:241-258.
3. Vaughn, C.; Leff, J.: *The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patient*. *Brit. J. Soc. Clin. Psychol.*, 1976b; 15:157-165.
4. Vaughn, C.; Leff, J.: *The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: a comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients*. *Brit. J. Psychiat.*, 1976a; 129:125-137.
5. Hooley, J. M.: *Expressed emotion and depression: interactions between patients and High-EE versus Low-EE spouses*. *J. Abn. Psychol.*, 1986; 95, 3, 237-246.
6. Leff, J.; Vaughn, C.: *Expressed emotion in families. Its significance for mental illness*, New York: The Guilford Press, 1985.
7. Vaughn, C.; Snyder, K. S.; Jones, S.; Freeman, W. B.; Fallon, I. R. H.: *Family factors in schizophrenia relapse. Replication in California of British research of expressed emotion*. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1984; 41: 1169-1177.
8. Moline, R. A.; Singh, S.; Morris, A.; Meltzer, H.: *Family expressed emotion and relapse in schizophrenia in 24 urban american patients*. *Am. J. Psychiat.*, 1985; 142:1078-1081.
9. Karno, M.; Jenkins, J.; Selva, A.; Santana, F.; Telles, C.; López, S.; Mintz, J.: *Expressed emotion and schizophrenia outcome among Mexican-American families*. *The J. of Nervous and Mental Disease*, 1987; 175:143-151.
10. Leff, J.; Wig, N.; Ghosh, A.; Beedi, H.; Menon, D.; Kuipers, L.; Korten, A.; Ernberg, G.; Day, R.; Sartorius, N.; Jablensky, A.: *Influence of relatives' expressed emotion on the course of schizophrenia in Chandigarh*. *Brit. J. Psychiat.*, 1987; 151:166-73.
11. Pellizer G.; Barrelet, L.; Ammann, E.: *Emotion exprimée par la famille et évolution d'un group de patients schizophrens en milieu francophone*. *Revue Suisse de Psychologie*, 1987; 46 (1/2):33-40.
12. Gutiérrez, E.; Escudero, V.; Valero, J. A. et al.: *Expresión de emociones y curso de la esquizofrenia: II. Expresión de emociones y curso de la esquizofrenia en pacientes en remisión. Análisis y Modificación de Conducta*, 1988; 15:275-316.
13. Arévalo, J. y Vizcarro, C.: *Niveles de Emoción Expresada en familiares de pacientes esquizofrénicos. Datos para una comparación transcultural*. *Rev. de la Asoc. Esp. de Neuropsiq.*, 1989; 9:437-450.
14. Cazzullo, C. L.; Bressi, C.; Bertrando, P.; Clérici, M.;

- Maffei, C.: *Schizophrenie et expression emotionnelle familiale. Etude d'une population italienne*. L'Encéphale, 1989; 15:1-6.
15. Santos, A.: *Factores familiares (Emoción Expresada) y su incidencia en la tasa de recaídas en pacientes esquizotrópicos*. Tesis Doctoral, No publicada, 1995.
 16. Bebbington, P.; Kuipers, L.: *The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: An aggregate analysis*. Psychological Medicine, 1994; 24:707-718.
 17. Goldstein, M. J.: (Ed) *New directions for mental health services: new developments in intervention with families of schizophrenics*. S. Francisco: Jossey-Bass, 1981.
 18. Leff, J.; Kuipers, L.; Berkowitz, R.; Eberlein-Vries, R.; Sturgeon, D.: *A controlled trial of social interventions in the families of schizophrenic patients*. Brit. J. Psychiat., 1982; 141:121-134.
 19. Leff, J.; Berkowitz R.; Shavit, N.; Strachan, A.; Glass, I.; Vaughn, C.: *A trial of family therapy v. a relatives group for schizophrenia*. Brit. J. Psychiat., 1989; 54:58-66.
 20. Fallon, I. R.; Liberman, R. P.: *Interactions between drug and psychosocial therapy in schizophrenia*. Schizophr. Bull., 1983; 9,(4):543-554.
 21. Anderson, C.; Reiss, D.; Hogarty, G.: *Esquizofrenia y familia: Guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu eds., 1986.
 22. Cozolino, J. L.; Goldstein, M. J.; Nuechterlein, K. H.; West, K. L.; Snyder, K. S.: *The impact of education about schizophrenia on relatives varying in expressed emotion*. Schizophr. Bull., 1988; 14(4):675-687.
 23. Tarrier, N.; Barrowclough, C.; Vaughn, C.; Bamrah, J. S.; Porceddu, K.; Watts, S.; Freeman, H.: *The community management of schizophrenia. A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse*. Brit. J. Psychiat., 1988; 153:532-542.
 24. Tarrier, N.; Barrowclough, C.; Vaughn, C.; Bamrah, J. S.; Porceddu, K.; Watts, S.; Freeman, H.: *Community management of schizophrenia. A two-year follow-up of a behavioural intervention with families*. Brit. J. Psychiat., 1989; 154:625-628.
 25. Barrowclough, C.; Tarrier N.: *Social functioning in schizophrenic patients. I. The effects of expressed emotion and family intervention*. Soc. Psychiat. Psychiatric Epidemiology, 1990; 25:125-129.
 26. Mozny, P.; Votpkova, P.: *Expressed Emotion, relapse rate and utilization of psychiatric inpatient care in schizophrenia. A study from Czechoslovakia*. Soc. Psychiat. and Psychiatric Epidemiology, 1992; 27: 174-179.
 27. Hogarty, G. E.: *Prevention of relapse in chronic schizophrenic patients*. J. Clin. Psychiat., March 18, 1993; 54:3 (supp).
 28. Xiang, M.; Ran, M.; Li, S.: *A controlled evaluation of psychoeducational family intervention in a rural Chinese community*. Brit. J. Psychiat., 1994; 165:544-546.
 29. Goldstein, M. J.: *Psychoeducational and family therapy in relapse prevention*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1994; 89 (Supp. 382):54-57.
 30. Goldstein, M. J.: *Psycheducation and relapse prevention*. Int. Clin. Psychopharma., 1995; 9 Suppl. 5:59-69.
 31. Leff, J.: *Working with the families of schizophrenic patients*. Brit. J. Psychiat., 1994; 164, (Supp. 23):71-76.
 32. Tarrier, N.; Barrowclough, C.: *Family interventions in schizophrenia and their long-term outcomes*. Int. J. Ment. Health, 1995; 24(3): 38-53.
 33. Hammer, M.: *Social support, social networks, and schizophrenia*. Schizophr. Bull., 1981; 1:45-47.
 34. Platt, S.: *Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales*. Psychol. Med., 1985; 15:382-394.
 35. Goldmann, H. H.: *Mental illness and family burden: a public health perspective*. Hosp. and Community Psychiat., 1982; 33(7):557-660.
 36. Fadden, G.; Bebbington P.; Kuipers, L.: *The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient family*. Brit. J. Psychiat., 1987; 150:285-292.
 37. Carpenter, N.; Lesage, A.; Goulet, J.; Lalonde, P.; Renaud, M.: *Burden of care of families not living with young schizophrenic relatives*. Hosp. and Community Psychiat., 1992; 43(1):38-43.
 38. Brown, G. W.; Rutter M.: *The measurement of family activities and relationships. A methodological study*. Human Relations, 1966; 19:241-263.
 39. Anderson, C.; Hogarty, G.; Bayer, T.; Needleman, R.: *Expressed emotion and social networks of parents of schizophrenic patients*. Brit. J. Psychiat., 1984; 144:247-255.
 40. Parker, G.; Johnston, P.: *Examining for links between expressed emotion and EPI personality variables: Can low EE be faked?* Acta Psychiatrica Scandinavica, 1988; 78:599-602.
 41. Bentsen, H.; Boye, B.; Munkvold, O. G.; Notland, T. H.; Lersbryggen, A. B.; Oskarsson, K. H.; Ulstein, I.; Uren, G.; Bjorge, H.; Berg-Larsen, R.; Lingjaerde, O.; Malt, U. F.: *Emotional overinvolvement in parents of patients with schizophrenia or related psychosis: demographic and clinical predictors*. Brit. J. Psychiat., 1996; 169:622-630.
 42. Barrowclough, C.; Jonsthor, M.; Tarrier, N.: *Attributions, expressed emotion and patient relapse: An attributional model of relatives' response to schizophrenic illness*. Behavior Therapy, 1994; 25:67-88.
 43. Barrowclough, C.; Tarrier, N.; Johnston, M.: *Distress, Expressed Emotion and attributions on relatives of schizophrenia patients*. Schizo. Bull, 1996; 22(4):691-701.
 44. Haley, J.: *Leaving home*, New York: McGraw-Hill, 1980.
 45. Eysenck, H. J.; Eysenck, S. B. G.: *Manual of the*

- Eysenck Personality Inventory (Junior and Adult)*. London: Hodder and Stoughton, 1975.
46. Spanier, G. B.: *Measuring dyadic adjustment. New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads*. *J. Marriage and the Family*, 1976; 2:15-28.
47. Spanier, G. B.: *A confirmatory analysis of the Dyadic Adjustment Scale*. *J. Marriage and Fam.*, Aug., 1982; 731-738.
48. Zung, W. W. K.: *A rating instrument for anxiety disorders*. *Psychosomatics*, 1971; 12(6):371-379.
49. Conde, V.; Franch, J. I.: *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos ansiosos y depresivos*. Valladolid: Departamento de Psicología Médica del Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de Valladolid, 1984.
50. Beck, A. T.; Ward, C. H.; Mendelson, M.; Mock, J.; Erbaugh, J.: *An inventory for measuring depression*. *Arch. Gen. Psychiat.*, 4, June, 1961; 561-571.
51. Espina, A.; PUMAR, B.: *Terapia familiar en la esquizofrenia. Estudio de un caso desde una perspectiva sistémica y dinámica*. En: M. Garrido y J. García (eds.). *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*, Promolibro, Valencia, 1994.
52. Miklowitz, D. J.; Goldstein, M. J.; Fallon, I. R. H.; Doane, J. A.: *Interactional correlates of expressed emotion in the families of schizophrenics*. *Brit. J. Psychiat.*, 1984; 144:482-487.
-