

# Características clínicas y de personalidad en padres de esquizofrénicos

A. ESPINA EIZAGUIRRE, M. A. ORTEGO SÁENZ DE CABEZÓN, I. OCHOA DE ALDA MARTÍNEZ DE APELLÁINZ<sup>1</sup>, J. JAUREGUIAR ALHÓNDIGA MAYOR<sup>1</sup>

*Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Torremolinos. Servicio Andaluz de Salud. <sup>1</sup>Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad del País Vasco*

## RESUMEN

Ciento cuarenta parejas casadas, 67 con un hijo con esquizofrenia, y 73 controles sin patología, fueron evaluadas con el *Eysenck Personality Questionnaire*, el *Beck Depression Inventory* y el *Self-Rating Anxiety Scale*. Los resultados mostraron puntuaciones más elevadas en ansiedad, depresión, neuroticismo, psicoticismo e inferiores en sinceridad en los padres de esquizofrénicos, frente a los controles. Estos hallazgos sugieren que la ansiedad, depresión y neuroticismo de los padres de esquizofrénicos puede deberse a la carga, pero no el psicoticismo. El tratamiento de la esquizofrenia debería ser complementado con intervenciones dirigidas a la ansiedad de los padres, para que puedan estar en mejores condiciones de ayudar sus hijos.

**PALABRAS CLAVE:** Esquizofrenia. Padres. Carga. Personalidad.

## INTRODUCCIÓN

Zubin y Spring (1) y Zubin, Magaziner y Steinhauer (2) propusieron el modelo de “vulnerabilidad al estrés” según el cual factores genéticos, congénitos y ambientales tempranos conformarían una determinada vulnerabilidad para padecer esquizofrenia; más tarde, estresores unidos a una capacidad de afrontamiento limitada propiciarían la aparición del cuadro clínico. Posteriores estudios confirmaron que factores genéticos jugaban un papel importante en la aparición de la esquizo-

## ABSTRACT

One hundred forty married couples, 67 of them with a children with schizophrenia, and 73 controls without pathology, were assessed with the Eysenck Personality Questionnaire, the Beck Depression Inventory and the Self-Rating Anxiety Scale. Results showed higher scores in anxiety, depression, neuroticism, psychoticism and lower in lie, in parents of schizophrenics than controls. These findings suggest that the anxiety, depression and neuroticism of the parents with a schizophrenic offspring could be an effect of the burden, but not the psychoticism. Treatment on the schizophrenia should be supplemented by interventions aimed at parents' anxiety and depression, so that they can be in better conditions to help their child.

**KEY WORDS:** Schizophrenia. Parents. Burden. Personality.

frenia (3), aunque Onstad, Skre, Edvardsen, Torgersen y Kringlen (4) señalaron que no se podía afirmar si los trastornos mentales de los padres actuaban como agentes causales genéticos o ambientales. Tienari y cols. (5) sugirieron que el efecto genético se manifestaba como un trastorno psiquiátrico si el medio familiar era inadecuado, de modo que los padres con trastornos psiquiátricos predispondrían genética y ambientalmente a que sus hijos pudieran padecer esquizofrenia.

Entre los factores genéticos y ambientales que predisponen a la esquizofrenia destacan la existencia de trastornos del espectro psicótico, trastornos de la personalidad esquizoides y la “esquizotipia” en los padres. La esquizotipia se caracteriza por anhedonia, errores cognitivos, ambivalencia y evitación de situaciones sociales estresantes (6-13). Asarnow y cols. (14) hallaron que los padres de esquizofrénicos tenían mayor probabilidad de

Recepción: 05-12-05  
Aceptación: 07-02-06

Correspondencia: Alberto Espina. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Marítimo. Paseo del Sanatorio, s/n. 29620 Torremolinos. Málaga. E-mail: alberto.espina.sspa@juntadeandalucia.es

padecer esquizofrenia y presentaban mayor porcentaje de personalidades evitativas, dato este último confirmado por el estudio de Caparrós y cols. (12).

Otros autores han resaltado la carga que representa para la familia el tener un miembro con una enfermedad psiquiátrica. La carga objetiva se refiere a los problemas prácticos como las alteraciones en la vida familiar, el aislamiento social y las dificultades económicas. La carga subjetiva hace referencia a las reacciones que los miembros de la familia experimentan, por ej.: ansiedad, depresión y sentimientos de pérdida (15-24). Desde esta perspectiva, el hallazgo de que los padres de esquizofrénicos presentaban anhedonia, ambivalencia, evitación del contacto social, dificultades de concentración y en la toma de decisiones, podrí- an estar asociadas a la carga familiar, al estigma de ser padres de un esquizofrénico y al consiguiente aislamiento social. Varios autores (11,13,25) hallaron que los padres de esquizofrénicos presentaban mayor anhedonia física que los controles, pero no más aberraciones perceptivas, sugiriendo que los trastornos atencionales y perceptivos de los padres no parecen ser fuente de vulnerabilidad a la esquizofrenia.

Los objetivos de este trabajo son dos: a) estudiar las características clínicas y de personalidad en padres de hijos esquizofrénicos, comparados con un grupo control; y b) relacionar las características de los padres de esquizofrénicos con variables sintomatológicas y de historia de enfermedad del paciente.

## MATERIAL Y MÉTODO

### MUESTRA

La muestra estaba formada por 140 parejas, 67 de las cuales tenían un hijo esquizofrénico (58 varones y 9 mujeres). El diagnóstico de esquizofrenia fue realizado según los criterios de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (26). Los criterios de inclusión en el grupo de padres de esquizofrénicos fueron: tener un hijo con esquizofrenia, con un rango de edad de 15-25 años, soltero y viviendo con los padres y poder entender y rellenar los cuestionarios administrados. Las otras 73 parejas fueron reclutadas de la población general. Los criterios de inclusión fueron: tener un hijo de edades semejantes a las del grupo experimental, soltero que viviera con los padres, ausencia de enfermedad física y mental en la familia nuclear y poder entender y rellenar los cuestionarios administrados.

En el grupo experimental ( $n = 67$ ) la media de edad de los padres era 58,25 años ( $DT = 7,04$ ), la edad media de las madres era 54,82 ( $DT = 7,23$ ). En el grupo control ( $n = 73$ ) la edad media de los padres era 56,93 ( $DT = 5,60$ ) y la de las madres 53,97 ( $DT = 4,91$ ). El medio era urbano en el 91% de los hogares del grupo experimental y el 93,2% del grupo control. Respecto al nivel cultural del grupo experimental, tenían bachiller elemental o inferior 53 padres (79,1%) y 63 madres (94%); bachiller superior y/o formación profesional 9 padres (13,4%) y 1 madre (1,5%). En el grupo control tenían bachiller elemental o inferior 57 padres (78%) y 67 madres (91,8%); bachiller superior y/o formación profesional 12 padres (16,4%) y 2 madres (2,7%). En cuanto al nivel profesional del grupo experimental, eran directivos o profesionales liberales 8 padres (11,9%) y 3 madres (4,5%), trabajador cualificado 20 padres (29,9%) y 4 madres (6%), trabajador no cualificado 37 padres (55,2%) y 10 madres (14,9%), parados 2 padres (3%) y amas de casa 50 madres (74%). En el grupo control eran directivos o profesionales liberales 8 padres (11%) y 3 madres (4,1%), trabajador cualificado 28 padres (38,4%) y 6 madres (8,2%), trabajador no cualificado 35 padres (47,9%) y 12 madres (16,4%), parados 2 padres (2,7%) y amas de casa 52 madres (71,2%). Los grupos experimental y control fueron homogéneos en las variables sociodemográficas.

Las características clínicas de los esquizofrénicos eran: tenían una edad media de 23,60 años ( $DT = 2,36$ ), la edad media al inicio era 19,54 años ( $DT = 4,01$ ). La duración media de la enfermedad era 2,75 años ( $DT = 3,34$ ). La media de hospitalizaciones era 2,04 ( $DT = 2,20$ ). El tipo de esquizofrenia era: paranoide en 31 sujetos (46,3%), desorganizada en 15 (22,4%), indiferenciada en 11 (16,4%), y residual en 10 (14,9%).

### Instrumentos

—Las variables sociodemográficas, edad de inicio de la esquizofrenia, duración de la enfermedad y número de hospitalizaciones, fueron recogidas con una escala “*ad hoc*”.

—Los síntomas de los pacientes fueron evaluados con la *Brief Psychiatric Rating Scale - Expanded* (BPRS-E) (27) así como la *Scale for the Assessment of Positive Symptoms* (SAPS) y la *Scale for the Assessment of Negative Symptoms* (SANS) (28)

Los padres fueron evaluados con:

—*Beck Depression Inventory* (BDI) (29). Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems. Los baremos para población española son: depresión ausente o mínima < 12; depresión leve 12-20; depresión moderada entre 21-29; depresión grave > 30 (30).

—*Self-Rating Anxiety Scale* (SAS) (31). Es un cuestionario autoaplicado de 20 ítems con 4 opciones de respuesta, una puntuación superior a 44 indica la presencia de un cuadro ansioso (30).

—*Eysenck Personality Questionnaire-Adult* (EPQ-A) (32). En los análisis hemos utilizado las puntuaciones directas y las T para población española (TEA). Este cuestionario tiene 4 escalas: neuroticismo (N), extraversión (E), psicoticismo (P) y Sinceridad (S). Los rangos de centiles normativos utilizados para padres han sido: N (65-35), E (65-40), P (65-35), S (40). Los utilizados para las madres fueron: N (65-35), E (65-35), P (50), S (35).

### Procedimiento

Nos pusimos en contacto con centros del Servicio Público de Salud para solicitar su colaboración en el estudio financiado por la Universidad. Les informamos sobre el estudio y los criterios de selección de la muestra y ofrecimos información a

pacientes y sus padres. Las familias interesadas fueron enviadas a nosotros y fueron citadas para verificar el diagnóstico y los criterios de selección. El procedimiento de evaluación tenía una estructura fija. Un equipo formado por un psiquiatra y tres psicólogos clínicos, especializado en la administración de las pruebas, evaluó a pacientes y familiares. Los miembros del equipo se presentaron a la familia y recogieron los datos socio-demográficos y familiares. El psiquiatra del equipo entrevistó al paciente para recoger la información sobre la historia de la enfermedad, diagnóstico y para administrar las escalas de síntomas. A los padres se les administraron las pruebas por separado.

El grupo control fue reclutado de la población general, informando de que estábamos realizando un estudio en la Universidad sobre el impacto de la enfermedad en las familias y que necesitábamos familias sin patología física ni mental como grupo control. A las familias que quisieron participar, se les citó para comprobar si se ajustaban a los criterios de selección y proceder a evaluar las variables del estudio. Los sujetos participaron voluntaria-

TABLA I  
COMPARACIÓN ENTRE LOS GRUPOS ESQUIZOFRENIA Y CONTROL EN EL SAS, BDI Y ESCALAS DEL EPQ EN PADRES Y MADRES

	Grupo	n	Media	Dt.	t	gl	p																																																																																																																																
N padre	Esquizofrenia	67	10,78	4,88	2,411	138	0,017																																																																																																																																
	control	73	8,82	4,71				E padre	Esquizofrenia	67	10,09	3,39	-,889	134,809	0,375	control	73	10,67	4,32	P padre	Esquizofrenia	67	3,07	2,87	2,535	92,947	0,013	control	73	2,10	1,38	S padre	Esquizofrenia	67	6,60	3,80	-5,908	138	0,000	control	73	10,62	4,22	N madre	Esquizofrenia	67	14,48	4,83	5,143	138	0,000	control	73	10,56	4,18	E madre	Esquizofrenia	67	10,45	3,47	0,078	138	0,938	control	73	10,40	4,11	P madre	Esquizofrenia	67	3,81	3,73	4,196	79,668	0,000	control	73	1,79	1,26	S madre	Esquizofrenia	67	6,43	3,92	-5,138	138	0,000	control	73	10,08	4,43	SAS padre	Esquizofrenia	67	35,37	6,69	4,204	138	0,000	control	73	31,16	5,11	BDI padre	Esquizofrenia	67	8,12	6,13	5,330	112,115	0,000	control	73	3,41	4,01	SAS madre	Esquizofrenia	67	39,24	7,88	5,954	138	0,000	control	73	32,29	5,87	BDI madre	Esquizofrenia	67	13,16	7,00	7,949	115,587	0,000
E padre	Esquizofrenia	67	10,09	3,39	-,889	134,809	0,375																																																																																																																																
	control	73	10,67	4,32				P padre	Esquizofrenia	67	3,07	2,87	2,535	92,947	0,013	control	73	2,10	1,38	S padre	Esquizofrenia	67	6,60	3,80	-5,908	138	0,000	control	73	10,62	4,22	N madre	Esquizofrenia	67	14,48	4,83	5,143	138	0,000	control	73	10,56	4,18	E madre	Esquizofrenia	67	10,45	3,47	0,078	138	0,938	control	73	10,40	4,11	P madre	Esquizofrenia	67	3,81	3,73	4,196	79,668	0,000	control	73	1,79	1,26	S madre	Esquizofrenia	67	6,43	3,92	-5,138	138	0,000	control	73	10,08	4,43	SAS padre	Esquizofrenia	67	35,37	6,69	4,204	138	0,000	control	73	31,16	5,11	BDI padre	Esquizofrenia	67	8,12	6,13	5,330	112,115	0,000	control	73	3,41	4,01	SAS madre	Esquizofrenia	67	39,24	7,88	5,954	138	0,000	control	73	32,29	5,87	BDI madre	Esquizofrenia	67	13,16	7,00	7,949	115,587	0,000	control	73	5,03	4,80								
P padre	Esquizofrenia	67	3,07	2,87	2,535	92,947	0,013																																																																																																																																
	control	73	2,10	1,38				S padre	Esquizofrenia	67	6,60	3,80	-5,908	138	0,000	control	73	10,62	4,22	N madre	Esquizofrenia	67	14,48	4,83	5,143	138	0,000	control	73	10,56	4,18	E madre	Esquizofrenia	67	10,45	3,47	0,078	138	0,938	control	73	10,40	4,11	P madre	Esquizofrenia	67	3,81	3,73	4,196	79,668	0,000	control	73	1,79	1,26	S madre	Esquizofrenia	67	6,43	3,92	-5,138	138	0,000	control	73	10,08	4,43	SAS padre	Esquizofrenia	67	35,37	6,69	4,204	138	0,000	control	73	31,16	5,11	BDI padre	Esquizofrenia	67	8,12	6,13	5,330	112,115	0,000	control	73	3,41	4,01	SAS madre	Esquizofrenia	67	39,24	7,88	5,954	138	0,000	control	73	32,29	5,87	BDI madre	Esquizofrenia	67	13,16	7,00	7,949	115,587	0,000	control	73	5,03	4,80																				
S padre	Esquizofrenia	67	6,60	3,80	-5,908	138	0,000																																																																																																																																
	control	73	10,62	4,22				N madre	Esquizofrenia	67	14,48	4,83	5,143	138	0,000	control	73	10,56	4,18	E madre	Esquizofrenia	67	10,45	3,47	0,078	138	0,938	control	73	10,40	4,11	P madre	Esquizofrenia	67	3,81	3,73	4,196	79,668	0,000	control	73	1,79	1,26	S madre	Esquizofrenia	67	6,43	3,92	-5,138	138	0,000	control	73	10,08	4,43	SAS padre	Esquizofrenia	67	35,37	6,69	4,204	138	0,000	control	73	31,16	5,11	BDI padre	Esquizofrenia	67	8,12	6,13	5,330	112,115	0,000	control	73	3,41	4,01	SAS madre	Esquizofrenia	67	39,24	7,88	5,954	138	0,000	control	73	32,29	5,87	BDI madre	Esquizofrenia	67	13,16	7,00	7,949	115,587	0,000	control	73	5,03	4,80																																
N madre	Esquizofrenia	67	14,48	4,83	5,143	138	0,000																																																																																																																																
	control	73	10,56	4,18				E madre	Esquizofrenia	67	10,45	3,47	0,078	138	0,938	control	73	10,40	4,11	P madre	Esquizofrenia	67	3,81	3,73	4,196	79,668	0,000	control	73	1,79	1,26	S madre	Esquizofrenia	67	6,43	3,92	-5,138	138	0,000	control	73	10,08	4,43	SAS padre	Esquizofrenia	67	35,37	6,69	4,204	138	0,000	control	73	31,16	5,11	BDI padre	Esquizofrenia	67	8,12	6,13	5,330	112,115	0,000	control	73	3,41	4,01	SAS madre	Esquizofrenia	67	39,24	7,88	5,954	138	0,000	control	73	32,29	5,87	BDI madre	Esquizofrenia	67	13,16	7,00	7,949	115,587	0,000	control	73	5,03	4,80																																												
E madre	Esquizofrenia	67	10,45	3,47	0,078	138	0,938																																																																																																																																
	control	73	10,40	4,11				P madre	Esquizofrenia	67	3,81	3,73	4,196	79,668	0,000	control	73	1,79	1,26	S madre	Esquizofrenia	67	6,43	3,92	-5,138	138	0,000	control	73	10,08	4,43	SAS padre	Esquizofrenia	67	35,37	6,69	4,204	138	0,000	control	73	31,16	5,11	BDI padre	Esquizofrenia	67	8,12	6,13	5,330	112,115	0,000	control	73	3,41	4,01	SAS madre	Esquizofrenia	67	39,24	7,88	5,954	138	0,000	control	73	32,29	5,87	BDI madre	Esquizofrenia	67	13,16	7,00	7,949	115,587	0,000	control	73	5,03	4,80																																																								
P madre	Esquizofrenia	67	3,81	3,73	4,196	79,668	0,000																																																																																																																																
	control	73	1,79	1,26				S madre	Esquizofrenia	67	6,43	3,92	-5,138	138	0,000	control	73	10,08	4,43	SAS padre	Esquizofrenia	67	35,37	6,69	4,204	138	0,000	control	73	31,16	5,11	BDI padre	Esquizofrenia	67	8,12	6,13	5,330	112,115	0,000	control	73	3,41	4,01	SAS madre	Esquizofrenia	67	39,24	7,88	5,954	138	0,000	control	73	32,29	5,87	BDI madre	Esquizofrenia	67	13,16	7,00	7,949	115,587	0,000	control	73	5,03	4,80																																																																				
S madre	Esquizofrenia	67	6,43	3,92	-5,138	138	0,000																																																																																																																																
	control	73	10,08	4,43				SAS padre	Esquizofrenia	67	35,37	6,69	4,204	138	0,000	control	73	31,16	5,11	BDI padre	Esquizofrenia	67	8,12	6,13	5,330	112,115	0,000	control	73	3,41	4,01	SAS madre	Esquizofrenia	67	39,24	7,88	5,954	138	0,000	control	73	32,29	5,87	BDI madre	Esquizofrenia	67	13,16	7,00	7,949	115,587	0,000	control	73	5,03	4,80																																																																																
SAS padre	Esquizofrenia	67	35,37	6,69	4,204	138	0,000																																																																																																																																
	control	73	31,16	5,11				BDI padre	Esquizofrenia	67	8,12	6,13	5,330	112,115	0,000	control	73	3,41	4,01	SAS madre	Esquizofrenia	67	39,24	7,88	5,954	138	0,000	control	73	32,29	5,87	BDI madre	Esquizofrenia	67	13,16	7,00	7,949	115,587	0,000	control	73	5,03	4,80																																																																																												
BDI padre	Esquizofrenia	67	8,12	6,13	5,330	112,115	0,000																																																																																																																																
	control	73	3,41	4,01				SAS madre	Esquizofrenia	67	39,24	7,88	5,954	138	0,000	control	73	32,29	5,87	BDI madre	Esquizofrenia	67	13,16	7,00	7,949	115,587	0,000	control	73	5,03	4,80																																																																																																								
SAS madre	Esquizofrenia	67	39,24	7,88	5,954	138	0,000																																																																																																																																
	control	73	32,29	5,87				BDI madre	Esquizofrenia	67	13,16	7,00	7,949	115,587	0,000	control	73	5,03	4,80																																																																																																																				
BDI madre	Esquizofrenia	67	13,16	7,00	7,949	115,587	0,000																																																																																																																																
	control	73	5,03	4,80																																																																																																																																			

EPQ: *Eysenck Personality Questionnaire*; N: neuroticismo; P: psicoticismo; E: extraversión; S: sinceridad; BDI: *Beck Depression Inventory*; SAS: *Self-Rating Anxiety Scale*.

TABLA II  
COMPARACIONES EN LAS ESCALAS DEL EPQ (CUALITATIVAS) ENTRE LOS 2 GRUPOS

	<i>Esquizofrenia</i>		<i>Control</i>		$\chi^2 (gl = 2)$	$\chi^2 (gl = 1)$	<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>			
<i>Neuroticismo</i>							
<i>Padre</i>							
Normal	24	35,8	24	32,9			
Bajo	26	38,8	39	52,4			
Alto	17	25,4	10	13,7			
Total	67	100	73	100	4.165		0.125
<i>Madre</i>							
Normal	21	31,3	27	37			
Bajo	25	37,3	42	57,5			
Alto	21	31,3	4	5,5			
Total	67	100	73	100	16.396		0.000
<i>Extroversión</i>							
<i>Padre</i>							
Introversión	40	59,7	36	49,3			
Normal	19	28,4	14	19,2			
Extraversión	8	11,9	23	31,5			
Total	67	100	73	100	7.984		0.018
<i>Madre</i>							
Introversión	21	31,3	34	46,6			
Normal	37	55,2	26	35,6			
Extraversión	9	13,4	13	17,8			
Total	67	100	73	100	5.474		0.065
<i>Psicoticismo</i>							
<i>Padre</i>							
Bajo	46	68,7	48	65,8			
Alto	21	31,3	25	34,2			
Total	67	100	73	100		0.133	0.715
<i>Madre</i>							
Bajo	32	47,8	51	69,9			
Alto	35	52,2	22	30,1			
Total	67	100	73	100		7.070	0.008
<i>Sinceridad</i>							
<i>Padre</i>							
Bajo	45	67,2	19	26			
Alto	22	32,8	54	74			
Total	67	100	73	100		23.823	0.000
<i>Madre</i>							
Bajo	51	76,1	39	53,4			
Alto	16	23,9	34	46,6			
Total	67	100	73	100		7.837	0.004

mente después de que el consentimiento informado fue obtenido.

Los análisis estadísticos empleados han sido: Chi-cuadrado, prueba exacta de Fisher para tablas de 2 x 2, t-test, prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, ANOVA, análisis factorial, aná-

lisis discriminante y correlaciones de Pearson. La distribución de las variables fue analizada con el test de Kolmogorov-Smirnov. Los análisis fueron realizados con el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) V. 10.

TABLA III  
COMPARACIONES EN SAS Y BDI (CUALITATIVAS) ENTRE LOS 2 GRUPOS

	<i>Esquizofrenia</i>		<i>Control</i>		$\chi^2 (gl = 1)$	<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>		
<i>SAS</i>						
<i>Padre</i>						
≤ 44	60	89,6	73	73	8.028	0,005
> 44	7	10,4	0	0		
Total	67	100	73	100		
<i>Madre</i>						
≤ 44	50	74,6	73	73	21.082	0,000
> 44	17	25,4	0	0		
Total	67	100	73	100		
<i>BDI</i>						
<i>Padre</i>						
≤ 10	47	70,1	66	90,4	9.214	0,002
> 10	20	29,9	7	9,6		
Total	67	100	73			
<i>Madre</i>						
≤ 10	24	35,8	61	83,6	33.383	0,000
> 10	43	64,2	12	16,4		
Total	67	100	73	100		

BDI: Beck Depression Inventory; SAS: Self-Rating Anxiety Scale.

## RESULTADOS

Con la BPRS se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax, obteniéndose 6 factores: F1: Pensamiento psicótico (ítems: 5, 7, 9, 11, 16, 21), (autovalores iniciales 6.319, varianza explicada 3.584, % de la varianza 14,932); F2: Desconfianza-grandiosidad (ítems: 6, 8, 17, 20) (autovalores iniciales 3.392, varianza explicada 3.120, % de la varianza 13,001); F3: Depresión-ansiedad (ítems: 2, 3, 4, 19), (autovalores iniciales 2.509, varianza explicada 3.110, % de la varianza 12,958); F4: Retardo motor-abandono emocional (ítems: 13, 14, 18), (autovalores iniciales 1.944, varianza explicada 2.787, % de la varianza 11,612); F5: Excitación-ánimo elevado (ítems: 12, 15, 22, 23), (autovalores iniciales 1.357, varianza explicada 2.417, % de la varianza 10,071); F6: Desorientación (ítems: -1, 10, 24), (autovalores iniciales 1.258, varianza explicada 1.761, % de la varianza 7,338). Los 6 factores explicaban el 69,913% de la varianza. Estos factores fueron utilizados en los análisis.

### *Comparaciones intergrupos (esquizofrenia y control).*

Hemos comparado los grupos esquizofrenia y control en el SAS, BDI y las 4 escalas del EPQ. En

la tabla 1 podemos observar que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Los padres y madres de esquizofrénicos muestran más neuroticismo, psicoticismo, ansiedad, depresión y menos sinceridad que los controles.

Utilizando las puntuaciones T normativas en las 4 escalas del EPQ hemos comparado los grupos de padres de esquizofrénicos y controles. Los resultados muestran que los padres de esquizofrénicos presentan más frecuentemente alta deseabilidad social y menos extroversión que los controles. Las madres de esquizofrénicos presentan más frecuentemente alto neuroticismo, alto psicoticismo y alta deseabilidad social. (Tabla II).

Utilizando los puntos de corte del SAS (> 44) y BDI (> 11) hemos comparado los grupos de padres de esquizofrénicos y controles. Los resultados muestran que padres y madres de esquizofrénicos presentan más frecuentemente ansiedad y depresión que los controles. Podemos observar en la tabla 3 que el 10,45% de los padres presentan un cuadro ansioso y el 29,9% sintomatología depresiva (el 25,4% leve y el 4,5% moderada) la cuarta parte de las madres presentan un cuadro ansioso y el 64,2% sintomatología depresiva (leve el 53,7% y moderada o grave el 10,4%).

Fueron realizados análisis de función discriminante de los datos de los grupos esquizofrenia y control para comparar la capacidad del EPQ, SAS

y BDI para clasificar los sujetos en su grupo correspondiente. Los coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas mostraron que en los padres el psicoticismo (0.470), la sinceridad (-0.806) y el BDI (0.450), permitían clasificar correctamente el 81,4% de los padres: el 85,1% del grupo esquizofrenia y el 78,1% de grupo control. En las madres el psicoticismo (0.640), la sinceridad (-0.634) y el BDI (0.724), permitían clasificar correctamente el 80,7% de las madres: el 80,6% del grupo esquizofrenia y el 80,8% de grupo control.

#### *Análisis con el grupo esquizofrenia.*

Fueron realizadas correlaciones entre SAS, BDI y las escalas del EPQ en padres y madres del grupo esquizofrenia. Destacaron varias correlaciones positivas: neuroticismo con ansiedad y depresión en ambos padres. El psicoticismo de los padres con el de las madres, en ambos padres el psicoticismo con la sinceridad, y, finalmente, la sinceridad de ambos padres (Tabla IV).

También fueron realizadas correlaciones en el grupo esquizofrenia entre las escalas del EPQ, SAS y BDI pasadas a los padres, con los meses de enfermedad, número y meses de hospitalizaciones, y las escalas total y factores de la BPRS, SANS y SAPS pasadas a sus hijos. Hallamos correlaciones estadísticamente significativas entre el neuroticismo del padre y el factor 6 del BPRS (desorientación) ( $r = .264$ ,  $p = 0.031$ ); entre el SAS de la madre y la escala de abulia-apatía del SANS ( $r =$

$.261$ ,  $p = 0.033$ ).

Un análisis univariado de la varianza (ANOVA) fue realizado para estudiar si existían diferencias entre las categorías de neuroticismo de los padres (alto, normal y bajo) en los síntomas del paciente, meses de enfermedad, número y meses de hospitalización y hallamos que en los padres existen diferencias estadísticamente significativas en meses de hospitalización del hijo [ $F(2) = 5.280$ ,  $p = 0,008$ ]. Al realizar comparaciones múltiples con la prueba "post hoc" de Scheffé, vemos que las diferencias significativas se hallan en que los padres con alto neuroticismo tienen hijos con más meses de hospitalización que los padres con neuroticismo normal ( $p = 0,008$ ). En las madres hallamos que existen diferencias estadísticamente significativas en el número de hospitalizaciones del hijo [ $F(2) = 4.106$ ,  $p = 0,021$ ], al realizar comparaciones múltiples con la prueba "post hoc" de Scheffé, vemos que las diferencias significativas se hallan en que las madres con alto neuroticismo tienen hijos con mayor número de hospitalizaciones que las madres con neuroticismo normal ( $p = 0,021$ ).

Al estudiar mediante un ANOVA si existían diferencias entre las categorías de extraversión (introversión, extraversión y ni intro ni extraversión) de los padres en los síntomas del paciente, hallamos diferencias estadísticamente significativas en cooperación (BPRS) [ $F(2) = 4.253$ ,  $p = 0.018$ ]. Al realizar comparaciones múltiples con la prueba "post hoc" de Scheffé, vemos que las diferencias significativas se hallan en que los padres más extravertidos tiene hijos con menor cooperación (BPRS) ( $p = 0,29$ ). En las madres hallamos

TABLA IV

CORRELACIONES ENTRE EL SAS, BDI Y ESCALAS DEL EPQ EN PADRES Y MADRES DEL GRUPO ESQUIZOFRENIA (n = 67)

	N	E	P	S	N	E	P	S	SAS	BDI	SAS
	Padre	Padre	Padre	Padre	Madre	Madre	Madre	Madre	Padre	Padre	Madre
P padre	-0,114										
E padre	0,234	-0,206									
S padre	-0,006	-0,017	0,521**								
N madre	0,154	0,064	-0,029	-0,016							
E madre	-0,118	0,107	0,080	-0,009	-0,025						
P madre	0,094	0,110	0,417**	0,213	-0,042	0,016					
S madre	-0,019	0,279*	0,222	0,508**	0,120	0,088	0,575**				
SAS padre	0,493**	-0,106	0,172	0,101	0,049	-0,001	-0,097	0,076			
BDI padre	0,465**	-0,168	0,225	0,018	0,072	0,081	-0,109	-0,120	0,629**		
SAS madre	0,166	0,100	-0,065	-0,085	0,547**	0,085	-0,034	-0,010	0,065	0,223	
BDI madre	0,085	0,132	-0,139	-0,188	0,375**	0,046	-0,148	-0,009	0,009	0,159	0,499**

N: Neuroticismo; P: Psicoticismo; E: Extraversión; S: Sinceridad; BDI: Beck Depression Inventory; SAS: Self-Rating Anxiety Scale. \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ .

que existen diferencias estadísticamente significativas en síntomas negativos (SANS) [ $F(2) = 3.332$ ,  $p = 0,042$ ] y anhedonia [ $F(2) = 4.297$ ,  $p = 0,018$ ]. Al realizar comparaciones múltiples con la prueba "post hoc" de Scheffé, vemos que las diferencias significativas se hallan en que las madres extravertidas tienen hijos con menos síntomas negativos (SANS) ( $p = 0,049$ ) y menos anhedonia (SANS) ( $p = 0,026$ ) que las que no son ni extrovertidas ni introvertidas.

Al comparar las variables cualitativas (altos y bajos) de psicoticismo, ansiedad y depresión de padres y madres, en las variables clínicas del paciente, hallamos que las madres altas en psicoticismo tienen hijos con menor puntuación en el F3 de la BPRS (depresión-ansiedad) [ $t(65) = 2.060$ ,  $p = 0,043$ ]. Los padres con cuadro clínico de ansiedad tienen hijos con mayor puntuación en el F2 de la BPRS (desconfianza-grandiosidad) [ $t(65) = 2.033$ ,  $p = 0,046$ ].

Hemos comparado los padres y madres altos y bajos en sinceridad (EPQ) en las otras escalas del EPQ, SAS y BDI y los resultados mostraron que los padres con alta deseabilidad social puntuaban menos en psicoticismo que los sinceros [ $t(65) = 4.181$ ,  $p < 0,0001$ ], al igual que las madres [ $t(65) = 2.240$ ,  $p = 0,028$ ].

Al comparar los tipos de esquizofrenia (desorganizada, paranoide, indiferenciada y residual) con el SAS, BDI y las escalas del EPQ de ambos padres, los resultados mostraron que las madres de hijos con esquizofrenia desorganizada tenían más frecuentemente de lo esperado alto psicoticismo ( $\chi^2 = 8.245$ ,  $p = 0,041$ ). Al realizar un ANOVA no paramétrico de Kruskal-Wallis comprando los 4 tipos de esquizofrenia en el SAS, BDI, y escalas del EPQ, también hallamos mayor psicoticismo en las madres de hijos con esquizofrenia desorganizada.

## DISCUSIÓN

El que un tercio de los padres y casi dos tercios de las madres de esquizofrénicos presenten síntomas depresivos y que la cuarta parte de las madres presenten cuadros ansiosos, puede estar asociado a la carga familiar. Kuipers (33) encontró que un tercio de los familiares de pacientes esquizofrénicos presentaban elevados niveles de ansiedad o depresión. Salleh (34) encontró que el 23% de los cuidadores de la familia desarrollaron desórdenes neuróticos debidos a la tensión, casi la mitad de ellos padecían depresión neurótica. Este autor también encontró que la carga subjetiva estaba asociada a los problemas de conducta del paciente. Barrowclough, Tarrier, y Johnston (35) encontraron que la depresión de los parientes se relacionaba con la cronicidad de la patología, lo cual podía ser debido

a un sentimiento de haber fallado en el manejo de la enfermedad. Algunos autores encontraron que la carga estaba asociada con el género femenino de los parientes, la duración de la enfermedad, los síntomas negativos, la conducta disruptiva y un número mayor de hospitalizaciones (17,22,23). Nuestros resultados muestran que los padres altos en neuroticismo tienen hijos con más meses de hospitalización y las madres altas en neuroticismo hijos con mayor número de hospitalizaciones, lo cual puede estar asociado a la carga.

En relación con los síntomas del hijo, el neuroticismo de los padres se asociaba al F6 de la BPRS (desorientación) y la ansiedad de las madres se asociaba negativamente con la abulia-apatía (SANS). Los padres con cuadro ansioso tienen hijos con puntuaciones mayores en el F2 de la BPRS (desconfianza-grandiosidad) y las madres con alto psicoticismo, hijos con puntuaciones superiores en el F3 de la BPRS (depresión-ansiedad). Estas relaciones sugieren que la sintomatología de padres e hijos puede interactuar, por Ej. las madres ansiosas pueden activar más al hijo y no dejar que esté abúlico, y/o los hijos con abulia crean menos ansiedad a sus madres. Los padres se angustian más ante la desconfianza-grandiosidad de sus hijos, y/o los hijos de padres ansiosos muestran actitudes de desconfianza y grandiosidad. Si los hijos perciben a sus padres alterados, podrían expresar su propia ansiedad a través de un incremento de síntomas, o responder así a una falta de vigilancia y disciplina por parte de unos padres con alteraciones en su estado de ánimo.

En el grupo esquizofrenia, las correlaciones positivas entre neuroticismo, ansiedad y depresión en ambos padres confirman la validez de las escalas y sugieren que el alto neuroticismo les puede hacer más vulnerables a la carga, aunque otra hipótesis posible es que la ansiedad y depresión se deban a su neuroticismo y fueran previas a la patología del hijo. El que correlacionen positivamente la sinceridad y el psicoticismo de ambos padres, y el que en ambos padres los que presentan deseabilidad social puntúen más bajo en sinceridad, lo cual es especialmente significativo en los padres, sugiere que si todos los padres y madres puntuaran altos en sinceridad, aumentaría el psicoticismo; es decir que si no se dejaban llevar por la deseabilidad social hallaríamos más padres altos en psicoticismo en el grupo esquizofrenia. Argumentos semejantes fueron esgrimidos por Parker y Johnston (36) al hallar que los padres bajos en emoción expresada (37) puntuaban más bajo en sinceridad. La baja sinceridad hallada en ambos padres de esquizofrénicos puede deberse al temor a ser acusados de causar la patología de su hijo, lo cual les lleva querer parecer ser mejores de lo que creen que son.

El que ambos padres de esquizofrénicos presenten puntuaciones más elevadas en neuroticismo puede deberse, en parte, a la carga; pero las puntuaciones superiores en psicoticismo no se asocian a variables del paciente, por lo que parecen ser una característica de estos padres, siendo el alto psicoticismo una característica diferencial de las madres de esquizofrénicos. Descartando los síntomas y características de personalidad asociadas a la carga, el psicoticismo de los padres y madres de esquizofrénicos parece ser un rasgo diferencial. El psicoticismo evaluado con el EPQ hace referencia a una personalidad solitaria, insensible, carente de empatía, inclinada a la extravagancia, hostil y agresiva, pero no es sinónimo de patología psicótica. Nuestros resultados muestran mayor psicoticismo en las madres de hijos con esquizofrenia desorganizada, caracterizada por una personalidad premórbida empobrecida, un curso sin remisiones, un lenguaje y comportamiento desorganizado, y la afectividad aplanada. Ward, Catts, Armstrong y McConaghy 38 hallaron que el psicoticismo estaba asociado positivamente con la anhedonia, y Ruiz-Vargas y Sánchez-Valmaseda (39) no encontraron que la escala psicoticismo (EPQ) predijera una vulnera-

bilidad a la esquizofrenia. Pero Gray, Pickering y Gray (40) hallaron que la dopamina D2, vinculada a la esquizofrenia, estaba asociada a la base biológica del psicoticismo evaluado con el EPQ. Quizás el psicoticismo de los padres, especialmente de las madres, juegue algún papel etiológico en la esquizofrenia, aunque esta sugerencia debe ser tomada con cautela dada la complejidad de los múltiples factores que intervienen en la aparición de este trastorno.

A nivel terapéutico, las familias de esquizofrénicos necesitan información y consejo, apoyo emocional y cuidado; pero, generalmente, la ayuda asistencial se reduce a tratamientos farmacológicos. Numerosos estudios han confirmado la eficacia de intervenciones en la esquizofrenia, que incluyen a los familiares, para reducir la tasa de recaídas y la sintomatología, para mejorar al ajuste social y las actitudes de los familiares hacia los pacientes (emoción expresada) (41-45). Nuestros resultados sugieren que los padres y madres de esquizofrénicos necesitan ser ayudados, pues las intervenciones orientaron a ayudarles en sus dificultades y síntomas mejorarían su calidad de vida y les permitirían estar en mejores condiciones para ayudar a sus hijos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Zubin J, Spring B. Vulnerability-a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 1977; 86: 103-26.
- Zubin, J, Magaziner, J, & Steinhauer, S. R. The metamorphosis of schizophrenia: From chronicity to vulnerability. *Psychol Med* 1983; 13: 551-71.
- Kety S, Wender PH, Javcobsen B, Ingraham LJ, Jansson L, Faber B, Kinney DK. Mental illness in the biological and adoptive relatives of schizophrenic adoptees. *Arch Gen Psychiat* 1994; 51: 442-55.
- Onstad S, Skre I, Edvarsen J, Torgersen S, Kringlen E. Mental disorders in first-degree relatives of schizophrenics. *Acta Psychiat Scand* 1991; 83: 463-7.
- Tienari P, Wynne LC, Moring J, Lahti I, Naarala M, Sorri A, et al. The Finnish adoptive family study of schizophrenia. Implications for family research. *Br J Psychiatry* 1994; 23 (Supl.): 20-6.
- Rado S. Dynamics and classification of disordered behavior. *Am J Psychiatry* 1953; 110: 406-16.
- Meehl PE. Schizotaxia revisited. *Arch Gen Psychiat* 1989; 46: 935-44.
- Varma SL, Zain AM, Singh, S. Psychiatric morbidity in the first-degree relatives of schizophrenic patients. *Ame J Genet* 1997; 74 (1): 7-11.
- Kendler KS, Gruenberg AM, Tsuang MG. Psychiatric illness in first-degree relatives of schizophrenic and surgical control patients. *Arch Gen Psychiat* 1985; 42: 770-9.
- Kendler KS, Ochs AL, Gorman AM, Hewitt JK, Ross DE, Mirsky AF. The structure of schizotypy: A pilot multitrait twin study. *Psychiatry Res* 1991; 36: 19-36.
- Clementz BA, Grove WM, Katsanis J, Iacono W. Psychometric detection of schizotypy: perceptual aberration and physical anhedonia in relatives of schizophrenics. *J Abnorm Psychol* 1991; 100: 607-12.
- Caparrós B, Barrantes N, Obiols J. Características de personalidad del espectro esquizofrénico y locus de control en padres no afectados de pacientes esquizofrénicos. *Rev Psicopatol Psicol Clín* 2001; 2: 115-9.
- Laurent A, Halim V, Sechier P, Daumal M, Foussard N, Dumas P, et al. Vulnérabilité à la schizophrénie: Performances neuropsychologiques et traits de personnalité schizotypique. *Encephale* 2000; 27 (2): 173-9.
- Asarnow RF, Nuechterlein KH, Fogelson D, Subotnik KL, Payne DA, Russell AT, et al. Schizophrenia and schizophrenia-spectrum personality disorders in the first-degree relatives of children with schizophrenia: The UCLA Family Study. *Arch Gen Psychiat* 2001; 58 (6): 581-8.
- Brown GW, Rutter M. The measurement of family activities and relationships. A methodological study. *Hum Relations* 1966; 19, 241-63.
- Carpentier N, Lesage A, Goulet J, Lalonde P, Renaud M. Burden of care of families not living with young schizophrenic relatives. *Hosp Community Psychiatry* 1992; 43 (1): 38-43.
- Fadden G, Bebbington, P, & Kuipers, L. The burden of care: The impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *Br J Psychiatry*, 150, 285-292, 1987.
- Friedmann, M. S, McDermut, W. H, Solomon, D. A, Ryan CE, Keitner GI, Miller IW. Family functioning and mental illness: A comparison of psychiatric and nonclinical families. *Fam Process* 1997; 36 (4): 357-67.

19. Goldmann HH. Mental illness and family burden: A public health perspective. *Hosp Community Psychiatry* 1982; 33 (7): 557-660.
20. Hammer M. Social support, social networks, and schizophrenia. *Schizophr Bull* 1981; 1: 45-7.
21. Kendrick, T. Primary care options to prevent mental illness. *An Med* 1999; 31 (6): 359-63.
22. Maurin JT, Boyd CB. Burden of mental illness on the family: A critical review. *Arch Psychiat Nurs* 1990; 4: 99-107.
23. Magliano L, Fadden G, Madianos M, Caldas de Almeida JM, Held T, Guarneri M, et al. Burden on the families of patients with schizophrenia: Results of the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiat Epidemiol* 1998; 33: 405-12.
24. Platt S. Measuring the burden of psychiatric illness on the family: An evaluation of some rating scales. *Psychol Med* 1985; 15: 382-94.
25. Franke P, Maier W, Hardt J, Hain C, Cornblatt BA. Attentional abilities and measures of schizotypy: their variation and covariation in schizophrenic patients, their siblings and normal control subjects. *Psychiatry Res* 1994; 54 (39): 259-72.
26. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC: APA (4<sup>th</sup> ed.); 1994.
27. Lukoff D, Nuechterlein KH, Ventura J. Appendix A: Manual for the Expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). *Schizophr Bull* 1986; 12: 594-602.
28. Andreasen NC. Scale for the assessment of negative and positive symptoms. The University of Iowa: Iowa City, 1984.
29. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock JE, Erbaugh JK. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4 : 561-71.
30. Conde V, Franch JI. Escalas de evaluación conductual para la clasificación de sintomatología psicopatológica en los trastornos ansiosos y depresivos. Departamento de psicología médica de la Universidad de Valladolid: Valladolid; 1984.
31. Zung WWK. A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics* 1971; 12 (6): 371-9.
32. Eysenck HJ, Eysenck SBG. Manual of the Eysenck Personality Inventory (Junior and Adult). Hodder and Stoughton Edit; 1975.
33. Kuipers L. Family burden in schizophrenia: Implications for services. *Soc Psychiatry Psychiat Epidemiol* 1993; 28: 207-10.
34. Salleh MR. The burden of care of schizophrenia in Malay families. *Acta Psychiat Scand* 1994; 89: 180-5.
35. Barrowclough, C, Tarrier, N, & Johnston, M. Distress, expressed emotion and attributions on relatives of schizophrenia patients. *Schizophr Bull* 1996; 22 (4): 691-701.
36. Parker G, Johnston P. Examining for links between expressed emotion and EPI personality variables: Can low EE be faked? *Acta Psychiat Scand* 1988; 78: 599-602.
37. Leff J, Vaughn C. Expressed emotion in families. Its significance for mental illness. New York: The Guilford Press; 1985.
38. Ward P, Catts SV, Armstrong MS, McConaghy N. P300 dn psychiatric vulnerability in university students. *Ann N Y Acad Sci* 1984; 425: 645-52.
39. Ruiz-Vargas JM, Sánchez-Valmaseda P. Amplitud de aprehensión y psicoticismo. ¿Dos marcadores de vulnerabilidad a la esquizofrenia? I La técnica del informe total. *Rev Psicol Gen Apl* 1985; 40 (3): 511-35.
40. Gray NS, Pickering AD, Gray JA. Psychoticism and dopamine D2 binding in the basal ganglia using single photon emission tomography. *Person Individ Diff* 1994; 17 (3): 431-4.
41. Cassidy E, Hill S, O'Callaghan E. Efficacy of a psychoeducational intervention in improving relatives' knowledge about schizophrenia and reducing rehospitalisation. *Europ Psychiatry* 2001; 16: 446-50.
42. Lam DH. Psychosocial family intervention in schizophrenia: A review of empirical studies. *Psychol Med* 1991; 21: 423-41.
43. Nugter A, Dingemans, P Van Der Does JW, Linszen D, Gersons B. Family Treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenia. *Psychiatry Res* 1997; 72: 23-31.
44. Tomaras V, Mavreas V, Economou M, Ioannovich E, Karydi V, Stefanis C. The effect of family intervention on chronic schizophrenics under individual psychosocial treatment: A 3-year study. *Soc Psychiatry Psychiat Epidemiol* 2000; 35 (11): 487-93.
45. Vallina O, Lemos, S, García, A, Otero, A, Alonso, M. y Gutiérrez, A. M. Tratamiento psicológico integrado de pacientes esquizofrénicos. *Psicothema* 1998; 10 (2): 459-74.