

**Familias con descendencia afectada de Trastorno Psicótico:
un estudio cuali-cuantitativo sobre las Relaciones Familiares
Básicas**

Paula Sánchez Salazar

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna
Universitat Ramon Llull

Tutora: Dra. Carol Palma

Curso: 2019-2020

Índice

Resumen-Abstract	3-4
Introducción	5-9
Método.....	9-14
Resultados.....	14-32
Discusión.....	32-34
Limitaciones-conclusiones.....	34-35
Líneas futuras de estudio- agradecimientos.....	35
Referencias.....	36-38
Apéndice.....	39-81

Resumen

El objetivo de este estudio es comprender y describir cuantitativa y cualitativamente cómo son las relaciones familiares básicas (comunicación y dinámicas familiares) con un hijo/a diagnosticado de trastorno psicótico en diferentes estructuras familiares: padres casados, padres divorciados-separados y familias monoparentales (todas las familias con hijos en convivencia). Además, pretende vislumbrar si se observa alguna diferencia entre los resultados cuantitativos con los cualitativos a fin de valorar las aportaciones de la entrevista sobre los cuestionarios utilizados. La muestra estuvo compuesta por un total de 55 participantes (23 familias): 9 familias de padres juntos (26 participantes), 7 familias de padres separados (15 participantes) y 7 familias monoparentales (14 participantes). Se realizó un diseño mixto de metodología cuantitativa y cualitativa. La batería de cuestionarios administrada fue el CERFB para las variables de parentalidad y el PBI para las variables de cuidado y sobreprotección. Asimismo, se elaboró una entrevista semiestructurada *ad hoc* en base a una pauta adaptada del CERFB. Los resultados de los instrumentos autoaplicados no muestran diferencias significativas entre grupos, mientras que, los resultados cualitativos muestran diferencias significativas entre las tres estructuras familiares a nivel conyugalidad, parentalidad y co-parentalidad. En conclusión, los test autoaplicados no aportan los datos suficientes sobre las dinámicas y las relaciones familiares, mientras que, las entrevistas nos ayudan a comprender las particularidades y cambios intrínsecos que se dan en las familias con un miembro con trastorno psicótico. Esto denota la necesidad de instrumentos cuantitativos y cualitativos para la elaboración de un buen diagnóstico relacional y una mejor intervención familiar.

Palabras clave: Relaciones familiares básicas, conyugalidad, parentalidad, co-parentalidad, trastorno del espectro psicótico

Abstract

The aim of this study is to understand and describe quantitatively and qualitatively how basic family relationships (communication and family dynamics) are with a child diagnosed with psychotic disorder in different family structures: married parents, divorced-separated parents and single-parent families (all families with children living at home). In addition, it intends to glimpse if there is any difference between the quantitative and qualitative results in order to assess the contributions of the interview

on the questionnaires used. The sample consisted of a total of 55 participants (23 families): 9 families of parents together (26 participants), 7 families of separated parents (15 participants) and 7 single parents (14 participants). A mixed design of quantitative and qualitative methodology was carried out. The battery of questionnaires administrated was the CERFB for the parental variables and the PBI for the care and overprotection variables. Likewise, an *ad hoc* semi-structured interview was prepared based on an adapted CERFB guideline. The results of the self-applied instruments do not show significant differences between groups, while the qualitative results show significant differences between the three family structures at the level of conjugality, parentality and co-parentality. In conclusion, self-applied tests do not provide sufficient data on family dynamics and relationships, while interviews help us understand the peculiarities and intrinsic changes that happen in families with a member with psychotic disorder. This denotes the need for quantitative and qualitative instruments for the development of a good relational diagnosis and a better family intervention.

Keywords: Basic family relationships, conjugality, parentality, co-parentality, psychotic spectrum disorder

Introducción

La epistemología sistémica sostiene que para comprender globalmente a las personas se ha de partir del estudio de la familia (Cebrio & Watzlawick, 1998). La familia es un sistema dinámico en el que normalmente el comportamiento de uno de sus miembros puede ser comprendido en relación al comportamiento de los restantes, así como por las interacciones entre los diferentes subsistemas familiares. En esta línea, las actitudes, los comportamientos y los estilos educativos parentales son relevantes para la comprensión de la aparición y el mantenimiento de algunos trastornos mentales como los trastornos psicóticos y el abuso de sustancias, entre otros (Martínez, Fernández, Puigdesens, Tejedor, & Orriols, 2012).

Asimismo, los padres con una buena capacidad de poner límites y afecto, favorecen la prevención de que surjan problemáticas con adolescentes o jóvenes (Vilaregut, 2003). En contraposición, los conflictos parentales, una mala calidad de la relación de pareja y del clima familiar puede dificultar el desarrollo de la socialización e incrementar sintomatología psicopatológica como los problemas de conducta y de regulación emocional (Camps, Castillo & Cifre, 2014).

La atmósfera relacional en la familia de origen viene definida fundamentalmente por dos dimensiones. La primera dimensión es la conyugalidad, que se caracteriza por la manera en cómo interactúan entre sí las personas que ejercen las funciones parentales. La segunda dimensión es la parentalidad, la cual se caracteriza por cómo dichas personas desempeñan las funciones parentales, es decir, el amor complejo o nutrición relacional hacia sus hijos. Si la pareja se separa o divorcia, la conyugalidad no se extingue, se transforma en post conyugalidad y define la manera en que los ex cónyuges negocian los asuntos que siguen teniendo en común, sobretodo la gestión de los hijos.

La combinación de conyugalidad y parentalidad, genera situaciones que definen la nutrición relacional presente en la familia, que es el motor que rige la construcción de la personalidad de la descendencia. Asimismo, la parentalidad puede estar primariamente conservada o deteriorada, sin que ello intervenga de forma relevante el estado de la conyugalidad, pero también puede verse secundariamente afectada por influencia de ésta (Linares, 2012). En estos ejes dimensionales, Linares sitúa algunos de los trastornos psicopatológicos en función de su grado de funcionalidad o disfuncionalidad. En concreto sitúa los trastornos psicóticos en el cuadrante de la conyugalidad deteriorada y la parentalidad primariamente conservada. Con ello apunta

que, a nivel relacional, en las familias con un miembro diagnosticado de algún trastorno del espectro psicótico está pasado alguna cosa en las dinámicas familiares. De todas formas, no quiere decir que las relaciones familiares sean las causantes del trastorno, pero sí que juegan algún papel en el proceso. Estas hipótesis no son novedosas, ya desde los años 60 y a día de hoy, se debate sobre la importancia de la implicación de factores ambientales, entre ellos el origen familiar, en el desarrollo de la esquizofrenia (Leff, 1976; Moriana et al., 2015; Palma-Sevillano et al., 2011).

En los trastornos psicóticos, las relaciones familiares tienen un impacto significativo ya que, pueden tener efectos en el curso, pronóstico y tratamiento del trastorno mental del paciente (American Psychiatric Association, 2014). De hecho, varios estudios demuestran que las intervenciones familiares junto con tratamiento farmacológico, ayudan a disminuir las tasas de recaídas y mejoran la aceptación y la adherencia al tratamiento (Gomis, Palma & Hernando, 2017; Moriana et al., 2015; Palma-Sevillano et al., 2011; Palma et al., 2019;).

Linares, define que la funcionalidad relacional de las familias con la presencia de un trastorno psicótico está caracterizada por una conyugalidad disarmónica y una parentalidad primariamente conservada. De este modo, la conyugalidad disarmónica hace referencia a la dificultad de resolver razonablemente los conflictos conyugales o, de otra forma, si existe separación/divorcio, que negocian de una manera inapropiada sus asuntos personales. Sin embargo, la parentalidad hace referencia al reconocimiento, valoración cariño y ternura, que dará lugar a una preparación óptima de su descendiente para integrarse en la sociedad, garantizando la normatividad y protección. Así pues, Linares plantea que la dificultad latente en la relación conyugal acaba afectando a la función parental y el paciente acaba siendo desconfirmado. Esto quiere decir que percibe una falta de reconocimiento y negación de la propia existencia por parte de figuras relevantes (Linares, 2007; Palma et al., 2019).

A nivel de vinculación, los pacientes perciben su estilo de crianza como negativo y de dificultades en el vínculo con sus padres. Pueden tener el sentimiento de sobreprotección, al mismo tiempo que poco cuidados por parte de los progenitores. Así pues, el estilo parental es definido como “control sin afecto”. Este concepto refiere, por una parte, la existencia de indiferencia y rechazo, y por otra, el control abusivo y la intrusión en la vida de los afectados (Palma et al., 2019).

Por otro lado, si la madre es la cuidadora principal del hijo/a con trastorno mental severo, es habitual que este rol mantenga rigidez en las relaciones familiares. Este rol suele favorecer relaciones de co-dependencia entre madre y paciente. Asimismo, esta co-dependencia se mantiene por dobles mensajes en la comunicación emocional (Gomis, Pamla & Hernando, 2017).

La comunicación familiar está estrechamente relacionada con la evolución del paciente. Algunos estudios exponen que esta tipología de familias presenta una gran complejidad a nivel relacional y un clima familiar que se caracteriza por la existencia de altos niveles de emoción expresada (López et al., 2004; Vallina & Lemos, 2000).

El concepto emoción expresada surge en la segunda mitad del siglo XX para referirse al estilo de comunicación prevalen dentro de una familia. Hace referencia a cinco componentes: criticismo, hostilidad, sobre-implicación emocional, la calidez y los comentarios positivos. Los familiares con alta emoción expresada, por ejemplo, parecen estar menos informados acerca de la esquizofrenia y tienden a responsabilizar al paciente de sus conductas disruptivas, asumiendo que éste puede controlarlas (Barrowclough, Johnston & Tarrier, 1994; Brewin, MacCarthy, Duda, & Vaughn, 1991). De este modo, una alta emoción expresada (presencia de los tres primeros componentes), está reconocida como uno de los mejores predictores ambientales de recaída en esquizofrenia (García, Moreno, Freund & Lahera, 2012).

Otras investigaciones de finales de los 60 contribuyen ahora a comprender la dinámica relacional y familiar del paciente psicótico. Por ejemplo, el concepto de doble vínculo de Bateson, Jackson, Haley y Weakland (1956), defiende que la repetición de mensajes contradictorios puede ser un desencadenante de síntomas esquizofrénicos. De otro modo, el triángulo perverso es descrito como un juego patológico que puede afectar al sistema familiar. Desde la Escuela de Milán proponen los “juegos” psicóticos en la familia, como modos de funcionar a nivel familiar propios de las familias con diagnóstico de psicosis (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1990).

Como la familia es el lugar natural de convivencia del paciente, de la misma forma que las familias con miembros psicóticos presentan una gran complejidad a nivel relacional, también desempeñan un papel primordial en su recuperación y rehabilitación (Selvini-Palazzoli, Cirilo, Selvini, & Sorrentino, 1988). Así como, algunos autores apuntan que la psicoeducación en las familias es imprescindible para reducir el estrés emocional en el contexto del paciente (Garnica, 2013). Por lo tanto, las intervenciones

encaminadas a mejorar las relaciones familiares, la supervisión parental y la vinculación entre padres madres e hijos/as pueden generar un impacto enormemente positivo (Capano & Ubach, 2013).

Las relaciones familiares son tanto factores de protección y resiliencia, como fuente posible de conflicto y trastorno. En esta línea, las relaciones familiares son incorporadas por los modelos funcionales de salud mental, como elemento predisponen, precipitados, protector y asociado a los resultados finales de las intervenciones, de modo que dichas relaciones familiares, parentalidad, conyugalidad y coparentalidad, deben considerarse en la prevención, evaluación y tratamiento de la salud mental (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011; OMS 2010). De hecho, las intervenciones familiares han probado su eficacia en la reducción de la carga familiar, la sintomatología de los pacientes, la reducción de la emoción expresada especialmente criticismo y agresividad, y la demora de recaídas y rehospitalizaciones. Han mostrado ya su eficacia en entornos clínicos asistenciales naturales y en distintas realidades culturales (Dixon, Adams, & Lucksted, 2000; Fernández & Girález, 2000).

En estas últimas décadas se han elaborado instrumentos que pretenden evaluar la interacción, dinámica y comunicación familiar. Para evaluar la conyugalidad: el *Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)* (Ibáñez, Linares, Vilaregut, Virgili, & Campreciós, 2012), la *Escala de Ajuste Diádico (DAS)* (Santos-Iglesias, Vallejo-Medina, & Sierra, 2009). De otro modo, para evaluar la parentalidad: el CERFB (Ibáñez et al., 2012) y el *Parental Bonding Instrument (PBI)* (Ballús, 1991). Por consiguiente, para evaluar la coparentalidad: el CERFB-Cop (Ibáñez et al., 2012), el *Cuestionario de Adaptación al Divorcio-Separación (CAD-S)* (Yaben & González, 2010) y el *Cuestionario de Apoyo Recibido de la Ex pareja (CARE)* (Yaben, 2010).

De otro modo, los instrumentos de evaluación autoaplicados presentan sesgos importantes en la percepción subjetiva tanto del paciente como de la familia. Probablemente es debido a dinámicas familiares ya establecidas que se han normalizado y salvo que estén en un momento de crisis tienen dificultades para identificar que aquello es disfuncional (Palma et al., 2019).

Con esto, son necesarios estudios cualitativos que nos ayuden a comprender las particularidades y cambios intrínsecos que se da en las familias con un miembro con trastorno psicótico. Nos preguntamos si los instrumentos de evaluación autoaplicados

son suficientes para, en primer lugar, elaborar un buen diagnóstico relacional y, en segundo lugar, si nos aportan los datos suficientes sobre las dinámicas y las relaciones familiares.

En el presente estudio se plantea como objetivo principal comprender y describir cuantitativa y cualitativamente cómo es la comunicación, estructura y dinámicas familiares con un hijo/a diagnosticado de trastorno psicótico. Además, pretender vislumbrar si se observa alguna diferencia entre los resultados cuantitativos con los cualitativos a fin de valorar las aportaciones de la entrevista sobre los cuestionarios utilizados.

Este estudio se enmarca bajo un contexto de Investigación y Desarrollo (I+D) que tiene como objetivo la mejora de la asistencia a los trastornos mentales en la salud pública (Organización Mundial de la Salud, 2005). El proyecto presentado pretende participar en la resolución del contraste entre la importancia de los vínculos familiares para la salud mental y su escasa evaluación sistemática en contextos clínicos.

Método

Se realizó un diseño mixto de metodología cuantitativa y cualitativa utilizando instrumentos estandarizados y una entrevista diseñada *ad hoc*.

Participantes

La muestra del presente estudio está compuesta por 55 participantes: 9 familias de padres juntos, 7 familias de padres divorciados-separados, y, 7 familias monoparentales. El estudio se realizó con pacientes del Hospital de Mataró (Consorci Sanitari del Maresme), uno de los centros participantes en el estudio de I+D mencionado.

Los criterios de inclusión del estudio establecidos para familias participantes fueron: ser de nacionalidad española, incluyendo hijos adoptivos, previamente a los 3 años de edad. En la familia, independientemente de su estructura (padres juntos, divorciados-separados, monoparental) tenía que haber un hijo/a diagnosticado de un trastorno del espectro psicótico en base a los criterios del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), en convivencia actualmente y estable clínicamente, al menos los

últimos tres meses (sin recaídas clínicas ni cambios de tratamiento farmacológico). Los pacientes debían ser mayores de 11 años y no haber sido padres.

En las familias con padres juntos, se incluían figuras parentales, no biológicas, que ejercieran la función parental y en las familias de padres divorciados-separados, se excluía a las familias con uno de los dos progenitores ausentes o fallecido, la cual sería monoparental.

Instrumentos

La evaluación de los participantes se comprendía por los cuestionarios ad-hoc sociodemográficos y clínicos, la batería de cuestionarios y la entrevista semiestructurada. Se recogieron las variables clínicas del paciente y sus familiares con el psiquiatra o psicólogo de referencia.

Instrumentos a nivel cuantitativo

Se elaboraron dos cuestionarios de recogida de datos sociodemográficos clínicos *ad hoc*, con el objetivo de recoger las variables sociodemográficas, clínicas y laborables de los participantes. Uno de los cuestionarios dirigido a recoger información sobre las figuras parentales y otro, al hijo/a.

El *Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)* (Ibáñez., et al, 2012), es el primer cuestionario construido y adaptado en población española, que evalúa las relaciones familiares en base a la Teoría de las Relaciones Familiares Básicas (Campreciós, Vilaregut, Virgili & Mercadal, 2014). El instrumento tiene la finalidad de discriminar y evaluar dos funciones relacionales básicas, la conyugalidad y la parentalidad, al mismo tiempo que nos permite comprender las diferentes dinámicas familiares que se dan en la convivencia con un hijo/a con trastorno mental severo (Ibáñez., et al, 2012). El cuestionario consta de 25 ítems politómicos, siendo valorados en una escala Likert de 5 tipologías de respuesta: siendo 1 nunca, 2 pocas veces, 3 algunas veces, 4 bastantes veces y 5 siempre. El instrumento consta de dos escalas: conyugalidad (14 ítems) y parentalidad (11 ítems). La puntuación total de cada escala se obtiene mediante el sumatorio de sus ítems, mostrando el grado de funcionalidad en la conyugalidad y en la parentalidad. Las altas puntuaciones son indicativas de mayor funcionalidad y viceversa.

A su vez, *el CERFB-CoP*, es una versión ampliada del CERFB (Ibáñez., et al,

2012), utilizado en familias con progenitores separados o divorciados que está en proceso de validación actualmente. Con el fin de evaluar las relaciones familiares básicas, la parentalidad y la co-parentalidad y la percepción que los padres tienen sobre sus hijos y de su expareja. Esta diseñado con ítems politómicos, valorados en una escala Likert de cinco puntos. El instrumento consta de 2 escalas: parentalidad (11 ítems) y coparentalidad (20 ítems). Las elevadas puntuaciones son indicativos de funcionalidad y viceversa.

El *Dyadic Adjustment Scale (DAS)* (Spanier, 1976), es un cuestionario auto administrado adaptado a la población española por Santos-Iglesias, Vallejo-Medina, y Sierra (2009). Consta de 32 ítems que se agrupan en cuatro subescalas: consenso, satisfacción, expresión afectiva y cohesión. La forma de respuesta a cada ítem es de tipo Likert y el rango varía en función de la pregunta. La DAS nos permite observar el grado de satisfacción o insatisfacción de la pareja, midiendo la percepción de ajuste diádico de cada miembro, así como el ajuste diádico global (Martín-Lanas, Cano-Prous, & Beunza-Nuin, 2017).

El *Parental Bonding Instrument (PBI)*, diseñado por Parker, Tupling y Bown (1979). Es un instrumento auto administrado de 25 ítems que evalúa dos dimensiones parentales, a partir de dos escalas: Cuidado (12 ítems) y Sobreprotección (13 ítems). Las altas puntuaciones en cuidado son indicadores de afecto, calidez emocional, empatía, reciprocidad y proximidad, mientras que las bajas puntuaciones son indicativos de frialdad emocional, indiferencia, negligencia, rechazo, etc. Las altas puntuaciones en la escala de sobreprotección son indicadores de control, intrusión, control excesivo, infantilización, evitación de conductas de independencia, no fomento de la autonomía, falta de evolución y crecimiento personal, mientras que sus bajas puntuaciones nos indican permisividad, independencia y autonomía. Es la combinación de ambas puntuaciones lo que permite definir un estilo parental.

El *Cuestionario de Adaptación al Divorcio-Separación (CAD-S)*, diseñado por Yáñez-Yaben & Comino (2010). El instrumento tiene el objetivo de evaluar la adaptación de los progenitores al divorcio-separación. Está compuesto por 20 ítems y consta de cuatro subescalas: dificultades psicológicas en la adaptación al divorcio-separación (6 ítems), conflicto entre la ex pareja (3 ítems), disposición a la co-parentalidad (5 ítems) y consecuencias negativas de la separación para los hijos (6 ítems). Las respuestas son valoradas en una escala Likert de 5 tipologías de respuesta:

siendo 1 totalmente en desacuerdo con el enunciado de la frase, 2 en desacuerdo, 3 no se está ni en acuerdo ni en desacuerdo, 4 de acuerdo y 5 totalmente de acuerdo. El resultado se obtiene mediante el sumatorio de las subescalas, siendo las altas puntuaciones indicativo de ajuste (Yárnoz-Yaben., et al, 2010).

El *Cuestionario de Apoyo Recibido de la Ex-Pareja (CARE)*, diseñado por Yárnoz (2010). El CARE tiene como objetivo evaluar la percepción de apoyo que los padres reciben de su ex-pareja. La escala está compuesta de tres ítems, puntuados mediante una escala Likert de 5 tipologías de respuesta, como en el CAD-S (Yárnoz-Yaben., et al, 2010), obteniendo el resultado mediante el sumatorio de sus respuestas. Las puntuaciones elevadas se asocian a percepción de apoyo recibido.

La *Escala de Deseabilidad Social de Marlowe-Crowne (1960) (DS)*, adaptada al español por Ferrando & Chico (2000). La DS tiene la finalidad de controlar si las respuestas ofrecidas pueden estar sesgadas por una tendencia o responder de forma socialmente deseable. El instrumento consta de 33 ítems, con respuesta dicotómica de verdadero o falso. La puntuación total se obtiene del sumatorio de los ítems, permitiendo obtener un resultado de entre 0 y 33. Una puntuación elevada es indicativo de mayor grado de deseabilidad social, comprendida como un sesgo de respuesta o de personalidad. (Gutiérrez, Sanz, Espinosa, Gesteira & Paz, 2016).

Instrumentos a nivel cualitativo

Se elaboró una entrevista semiestructurada e individual, específicamente para este estudio, con el objetivo de comprender y describir cualitativamente cómo es la comunicación, estructura y dinámicas familiares con un hijo/a diagnosticado de trastorno psicótico.

La entrevista se realizó en base al diseño de una pauta cualitativa adaptada del *Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)* (Ibáñez, Linares, Vilaregut, Virgili, & Campreciós, 2012) y del CERFB-Cop a partir de unas preguntas que guiaban el estudio. Asimismo, dicha entrevista se dividió en una línea temporal que dirigía las preguntas específicas situándolas en anterioridad y posterioridad al diagnóstico de trastorno psicótico del respectivo hijo/a. Además, constaba de distintos bloques en función de la estructura familiar específica (familias de padres juntos, familias de padres separados y familias monoparentales).

Para la estructura familiar de padres juntos había 3 bloques de contenido: conyugalidad, parentalidad y co-parentalidad. Para la estructura familiar de padres separados había 2 bloques: parentalidad y co-parentalidad. Para la estructura familiar de monoparentalidad había un bloque: parentalidad (ver apéndice 2).

Las preguntas sobre la esfera de conyugalidad pretendían explorar: satisfacción en la relación, sentimientos de confianza, seguridad, complicidad, comunicación en la pareja y amor íntimo. En la misma línea, las preguntas sobre la esfera de parentalidad pretendían explorar: necesidades básicas de la infancia, fomento de la autonomía, límites, respeto a la intimidad, fomento de hábitos, sobreprotección, comunicación (criticismo, afecto, calidez, claridad, ambigüedad) y resolución de conflictos. Del mismo modo las preguntas sobre la esfera de co-parentalidad pretendían explorar: acuerdos, consistencia de acuerdos, mensajes únicos, decisiones, comunicación y resolución de conflictos.

Procedimiento

El presente trabajo se enmarca bajo un contexto de investigación (I+D), así pues se elaboró y se consensuó la propuesta con profesionales responsables del Centro de salud mental de adultos (CSMA) del Hospital de Mataró.

El presente estudio, se centró en la comparación entre los resultados del análisis detallado de una entrevista semiestructurada y los resultados hallados de los instrumentos autoaplicados, a fin de comprender y describir cuantitativa y cualitativamente cómo es la comunicación, estructura y dinámicas familiares con un hijo/a diagnosticado de trastorno psicótico en función de la estructura familiar (familias de padres juntos, familias de padres separados, familias monoparentales).

La selección de las familias incluidas en el estudio, se obtuvo mediante los registros de pacientes de 2017, 2018 y 2019 del Consorci Sanitari del Maresme (CSdM). Una vez seleccionados los pacientes que cumplían los criterios de inclusión (154 pacientes), se elaboró un documento Microsoft Excel (2011), con los datos personales pertinentes.

Posteriormente, mediante contacto telefónico se procedió a pedirles su participación en el estudio a criterio de su terapeuta de referencia. Para llevar a cabo la participación en el estudio, se ofreció realizar visitas en consultas ambulatorias en despachos habilitados del CSMA del Hospital de Mataró (69,56% de los participantes),

o bien, se ofreció la posibilidad de realizar visitas domiciliarias si la familia no podía desplazarse (40,44% de los participantes). En ambos casos, la entrevista la realizaron dos terapeutas.

Las sesiones tuvieron una duración de entre 60 y 90 minutos. Primeramente, se explicaba el *setting* de la investigación junto a la documentación pertinente. Del mismo modo, se les entregaba un consentimiento informado con la respectiva normativa de protección de datos (ver apéndice 1).

En segundo lugar, se realizó a la recogida de datos *per se*. La primera parte de recogida de datos constaba de los cuestionarios autoaplicados para el posterior análisis cuantitativo. La batería de cuestionarios estaba formada por: *Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas* (CERFB-Cop), el *Dyadic Adjustment Scale* (DAS) el *Cuestionario de Adaptación al Divorcio-Separación* (CAD-S), El *Cuestionario de Apoyo Recibido de la Ex-Pareja* (CARE) y el *Parental Bonding Instrument* (PBI).

La segunda parte de la recogida de datos, eran las entrevistas semiestructuradas, a fin de ampliar, describir y detallar la información proporcionada por los ítems policotómicos de los cuestionarios. Para la realización de las entrevistas una investigadora se encargaba de dirigir la sesión y, una co-investigadora registraba manualmente con un ordenador todas las respuestas de los entrevistados.

la estructura familiar: las familias con padres juntos requerían explorar la conyugalidad, la parentalidad y la coparentalidad. Las familias con padres separados requerían explorar la parentalidad y la coparentalidad. Asimismo, las familias monoparentales requerían explorar la parentalidad.

Resultados

Del total de pacientes seleccionados (n=154), el 19,87% formaron parte de la muestra del estudio. Un 18,18% fueron excluidos del estudio y el 51,9% rehusó participar. Véase el diagrama de flujo de pérdidas en la Figura 1.

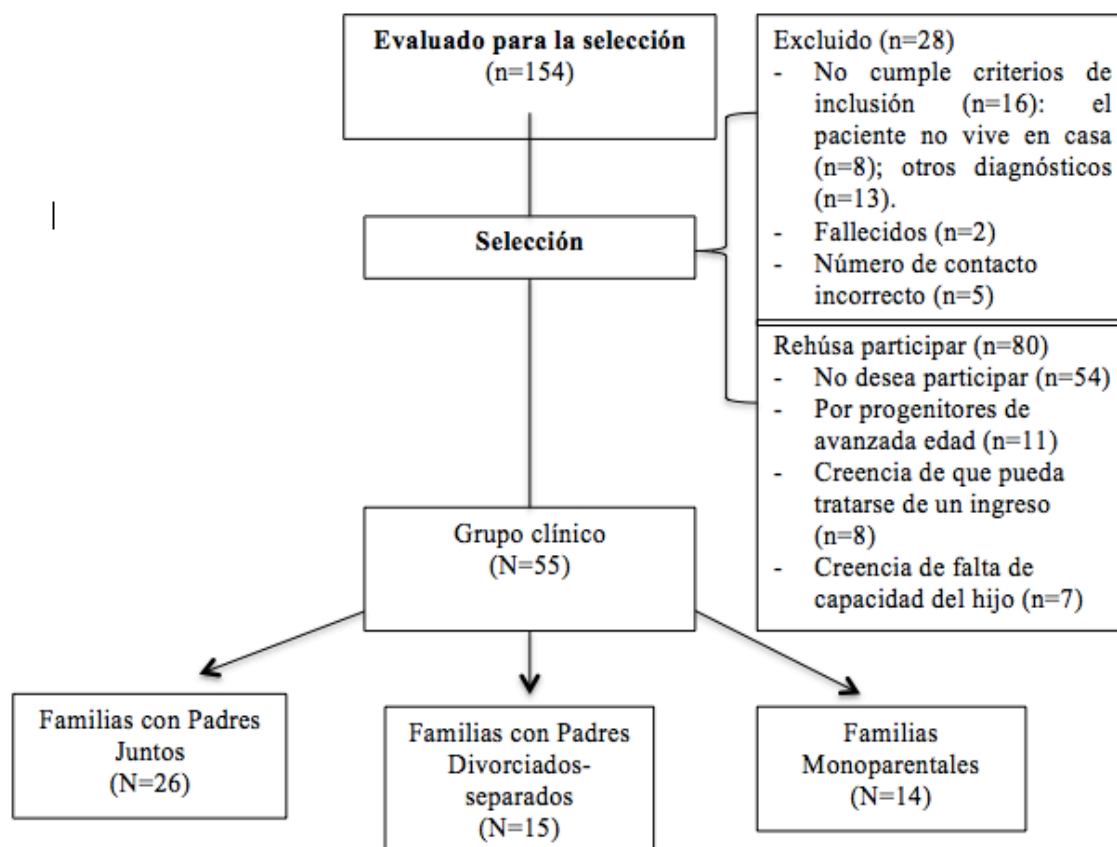


Figura 1. Diagrama de flujo de pérdidas.

Asimismo, en la Tabla 1 podemos ver los participantes de la muestra del estudio.

Tabla 1.

Participantes en el estudio.

	Familias con Padres Juntos	Familias con Padres Divorciados- separados	Familias monoparentales
	GCL	GCL	GCL
Padres	8	1	0
Madres	9	7	7
Hijo/a	9	7	7
Número de familias	9	7	7

Participantes 26 15 14

* *GCL*: Grupo Clínico

Seguidamente, en la Tabla 2 se analiza el grado de significación de las variables sociodemográficas del GCL. Como podemos observar, se asumen varianzas iguales en la mayoría de las variables sociodemográficas entre grupos, lo cual permitirá un estudio comparativo más preciso.

Tabla 2.

Variables sociodemográficas del GCL.

Datos Sociodemográficos	FAMILIAS CON PADRES JUNTOS <i>n= 9</i>	FAMILIAS CON PADRES DIVORCIADOS-SEPARADOS <i>n=7</i>	FAMILIAS MONOPARENTALES <i>n=7</i>
Variabes	M (DT) GCL	M (DT) GCL	M (DT) GCL
Edad cónyuges (años)	65 (6,991)	62 (3,266)	60,86 (10,495)
Nivel de estudios	5,06 (5,418)	3,25 (2,550)	4,83 (2,713)
Convivencia conyugal (años)	41,22 (6,208)	-	-
Separación (años)	-	25,73 (12,001)	-
Viudedad (años)	-	-	13,6 (9,478)
Número de hijos	2,33 (0,840)	2,54 (1,330)	2,86 (0,404)
Número de hijos conviviendo	1,33 (0,485)	0,69 (0,855)	1,71 (0,360)
Lugar de residencia	12,65 (23,28)	6,13 (2,475)	7
Edad hijos (años)	34,67 (4,229)	36,38 (6,801)	32 (3,436)

* $p > 0,05$

* *GCL*: Grupo Clínico

* *Estadísticos*: T - T. Student; U - U de Mann-Whitney

La Tabla 3 hace referencia al análisis comparativo de las variables “Parentalidad, “PBI cuidado” y “PBI sobreprotección” entre los grupos clínicos (n=56) de familias de padres juntos, familias de padres divorciados-separados y familias monoparentales.

Observamos que no hay diferencias significativas entre las tres estructuras familiares en ninguna de las funciones parentales, ya sea parentalidad, cuidado o sobreprotección.. Estos resultados denotan que el tipo de estructura familiar no condiciona las dinámicas familiares en familias con un miembro con un trastorno del espectro psicótico.

Tabla 3.

Análisis comparativo de las variables Parentalidad, PBI cuidado y PBI sobreprotección entre grupos del GCL (n= 56).

Variable	<i>Media</i>	<i>Estadístico</i> (F^a/H^b)	<i>p</i>	<i>Diferencias entre grupos</i>	
Parentalidad	40,18 (5,177)	0,145 ^b	0,930		
PBI Cuidado (Padres)	24,90 (4,614)	0,134 ^a	0,875	Juntos	Divorciados-separados Monoparental
				Divorciados-Separados	Monoparental
				Monoparental	Divorciados-separados Juntos
PBI Sobreprotección (Padres)	10,12 (5,725)	0,153 ^b	0,926		
PBI Cuidado (Hijos)	23,27 (6,914)	4,507 ^b	0,105		
PBI Sobreprotección (Hijos)	14,94 (7,695)	0,313 ^a	0,734	Juntos	Divorciados-separados Monoparental
				Divorciados-separados	Monoparental
				Monoparental	Divorciados-separados

* $p > 0,05$

* *Estadístico* F^a: ANOVA de un Factor y Post hoc; test de Bonferroni

* *Estadístico* H^b: ANOVA de un Factor de Kruskal-Wallis

A continuación, los resultados del análisis categorial de las entrevistas semiestructuradas de familias con padres juntos, familias con padres divorciados-separados, y, familias monoparentales.

En cuanto a la conyugalidad de padres juntos (ver Figura 2), la primera categoría hace referencia a la satisfacción en la relación. La mayoría de participantes exponen sentir una satisfacción positiva en su relación (4) *bien, creo que en general siempre nos hemos entendido bien*. También, una minoría evita los conflictos en pareja (1) *Vas evitando interactuar para evitar las confrontaciones*, y, también observamos la ausencia del marido (1) *mi marido no ha sido muy colaborador en nuestra relación, siempre ha estado más ausente, trabajando y llegando a casa a cenar, ver la tele...*

En cuanto a los sentimientos de confianza, mayoritariamente se observa una confianza preservada (3) *creo que hay mucha confianza en nuestra relación, puedo hablar con mi marido de cualquier cosa*. También, observamos la presencia de confianza limitada con distancia afectiva (2) *La confianza está de alguna manera, pero hay una distancia entre nosotros, aunque si es importante nos lo decimos*.

En lo que respecta a la seguridad, la mayoría siente una seguridad incondicional (6) *Siempre hemos estado juntos y vamos a seguir juntos, nos entendemos muy bien y nos queremos mucho*. Aunque, también presenciamos una seguridad dubitativa (1) *Soy consciente de la etapa que estamos pasando, he buscado ayuda al psicólogo y él no, pero dejaremos pasar el tiempo a ver cómo va encajando todo*.

Entorno a la complicidad, la mayoritariamente experimentan asincronía (4) *complicada, cuesta ponernos de acuerdo, el entorno se nos ha roto a los dos y cuesta montarlo con las mismas piezas*. También, hay sentimientos de cohesión por parte de algunos participantes (3) *somos amigos, matrimonio, lo hacemos todo juntos, el problema que tenemos nos ha unido mucho más*.

En cuanto a la comunicación en la pareja, encontramos a partes iguales matrimonios con una comunicación de pareja unidireccional, es decir, la mujer es la que decide por la relación de los dos (2) *yo soy más comunicativa, él es un poco simple. Yo*

suelo tomar todas las decisiones de la relación y él está de acuerdo, otros, con una comunicación de pareja basada en la evitación de conflicto (2) Ha llegado un punto el que es difícil, yo digo blanco y ella negro y llega un punto que es mejor no decir nada para no discutir. Y en último, otros con una comunicación fluida (2) siempre podemos hablar de todo, sin tapujos y con sinceridad.

En último, en lo que respecta al amor íntimo, la mayoría sienten que ha mermado a causa de la enfermedad del hijo/a (6) *Estamos limitados porque nuestro hijo vive en casa y a veces no podemos hacer nada su madre y yo juntos, ni irnos a ningún lado. Aunque también encontramos la preservación del amor íntimo (1) Siempre nos hacemos muestras de cariño entre nosotros y también tenemos nuestro espacio íntimo.*

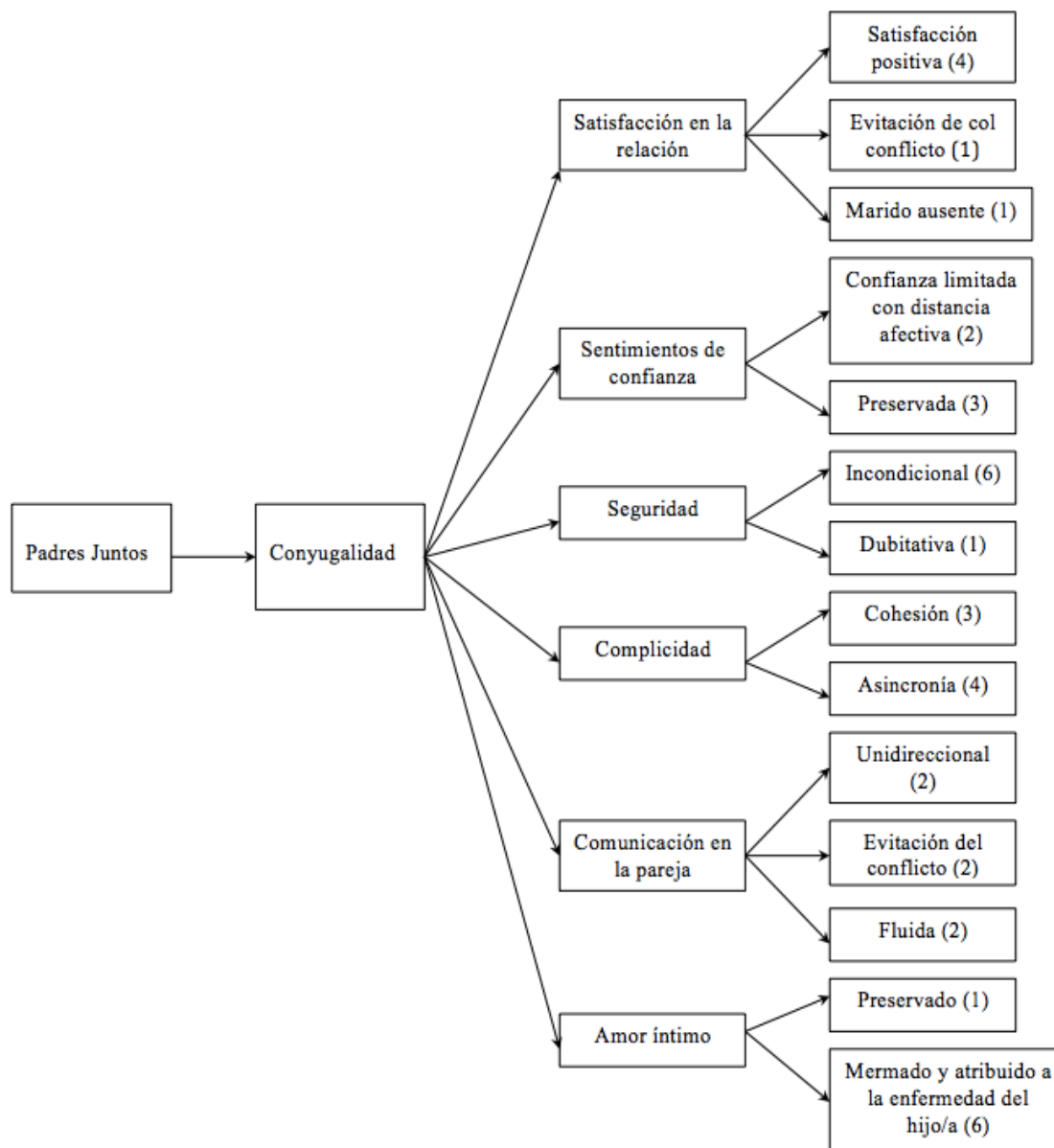


Figura 2. Análisis categorial de la conyugalidad en familias con padres juntos.

En cuanto a la parentalidad de padres juntos (ver Figura 3), la primera categoría hace referencia a la autopercepción parental. La mayoría de participantes presentan una construcción afectiva con exceso de cuidado y protección (5) *Siempre he estado por mi hija con todo lo que he podido y más, des de pequeña y ahora con todo pues aún me preocupo más*. Asimismo, también presenciamos culpa (1) *Me siento que no sé yo en que he fallado. Siento que mi hijo no ha podido hacer su vida como cualquier adulto*. Del mismo modo, se da la no diferenciación de rol, con lo que, en el caso concreto, la madre hace todos los roles de las figuras referentes (1) *Yo me he encontrado siempre haciendo de padre, de madre, de abuela... siempre he tenido que estar yo por mis hijos*.

En lo que respecta al afecto, la subcategoría más destacada es el afecto frío,

caracterizado por una distancia afectiva (5) *Antes era muy distante, siempre ha sido distante y no le han gustado los besos ni los abrazos nunca.* Asimismo, también presenciamos en menor medida calidez en la comunicación verbal y no verbal, es decir, en gestos, palabras con tono cálido y cariñoso... (2) *Más que darnos besos o abrazos, siempre nos hablamos con mucho cariño. Creo que mi hijo siempre se ha sentido apoyado, querido y entendido.*

Entorno al fomento de la autonomía, la subcategoría más presente es el control elevado (4) *Yo intentaba controlar mucho. Después intentaba dejarle, pero no podría... yo quiero que pueda hacer su vida, pero hay que estar encima de él.* Además, este control elevado va acompañado de una invasión del espacio personal (4) *Cuando he estado preocupada tal vez sí, he mirado su teléfono, he buscado "cosas" en su habitación...* En menor medida, se da la subcategoría de permisividad (2) *Ahora ya tiene 30 años y es totalmente libre, hace la suya y siempre ha sido así. No me preocupo si me dice que volverá tarde, me voy a dormir y no lo espero.* Esta permisividad, va acompañada de diálogo y confianza (2) *Cualquier cosa se la hemos preguntado siempre, sin buscarle nada en la habitación y eso.*

En último lugar, respecto a la comunicación, la subcategoría que más aparece es la comunicación reservada, basada en la parcialidad y la distancia, así como del habla de aspectos de convivencia sin entrar en intimidades ni aspectos personales (3) *La comunicación entre yo y mi hija ha sido siempre pues lo básico de casa y eso....* Por otro lado, con la misma frecuencia, una comunicación con dominio de claridad y sinceridad (2) *Nos contamos siempre las cosas, no tenemos problemas en hablar de todo;* Y una comunicación con dominio de criticismo y ambigüedad (2) *Yo choco mucho con él porque él siempre es muy inventor y se enfada conmigo mucho porque no le doy la razón.*

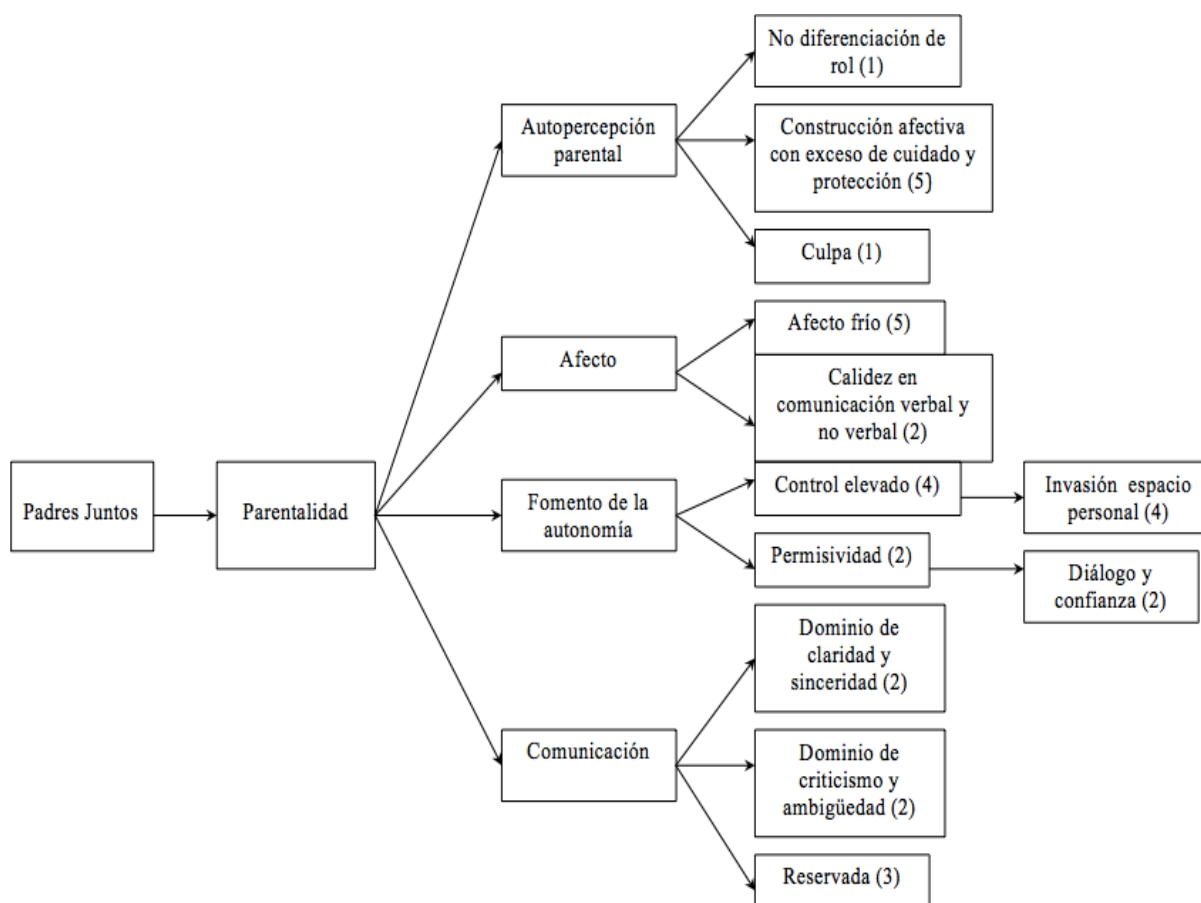


Figura 3. Análisis categorial de la parentalidad en familias con padres juntos.

En cuanto a la coparentalidad de padres juntos (ver Figura 4), la primera categoría hace referencia al equipo de padres. La subcategoría que más aparece es la de rol polarizado (pasivo-activo), en el que la madre ejerce el rol activo y el padre el pasivo (4) *En ocasiones necesito más ayuda. Siempre he sido yo quien ha estado pendiente de todo y mi marido me deja hacer a mi.* Asimismo, aparecen dos subcategorías más con la misma frecuencia: en primer lugar, la individualidad, en la que no hay acuerdo entre los progenitores como equipo y toman caminos propios (2) *Actualmente vamos individuales, vemos las cosas diferentes. Si uno dice algo, el otro lo ve diferente y sobre todo chocamos con el tema de los hijos, aunque también nos influye en lo demás.* En segundo lugar, la subcategoría unión (2) *yo antes trabajaba muchas horas fuera de casa. Ahora estamos jubilados y vamos juntos a todos lados y nos apoyamos mucho des de el diagnostico, hemos ido a la par porque si no hubiese sido imposible lidiar con la situación.*

Entorno a la comunicación, la subcategoría más destacada es la de rol polarizado (pasivo-activo), en la que, de nuevo, la mujer toma el rol activo y el hombre el pasivo

(3) *Él me deja hacer y si hay algún problema es un “ya te apañarás”, pero no nos discutimos, sabemos comunicarnos.* La subcategoría que le sigue en cuanto a frecuencia, es la de dominio de claridad y sinceridad (2) *Buena siempre. Es que lo hemos podido hablar todo siempre, sí que es verdad que antes igual era menos, pero a raíz de la enfermedad tuvimos que ponernos manos a la obra juntos porque nos hubiera hundido con él... o nos hubiéramos acabado separando porque además Pablo es muy manipulador y a cada uno le va con un juego distinto.* Asimismo, la subcategoría menos frecuente es la de conflicto activo (1) *No llegamos a un acuerdo conjunto y eso dificulta muchas veces que podamos hablar porque discutimos directamente.*

En lo que respecta a la toma de decisiones, la subcategoría que más aparece es la de rol polarizado (pasivo-activo), en la que, de nuevo, la mujer tiene el rol activo y el hombre el rol pasivo (5) *Yo he gestionado más la toma de decisiones sobre mis hijos en cuanto a colegio, extraescolares... un poco la educación, porque él trabaja muchas horas y yo al estar más en casa pues también estaba más con los hijos y decidía yo.* La otra subcategoría que aparece es la de toma de decisiones conjunta (2) *Siempre hemos tomado las decisiones todos juntos. Yo quizás hablaba más con los hijos, pero siempre los dos.*

De otro modo, en la categoría iniciativa comunicacional, la subcategoría que más aparece es la de rol polarizado, en la que la mujer tiene de nuevo el rol activo y el hombre el pasivo (5) *Yo siempre soy la que dice las cosas que decidimos.* Con igual y menor frecuencia, aparecen dos subcategorías más: por un lado, iniciativa conjunta (1) *Depende, siempre ha ido sobre la marcha, unas veces uno y otras veces otro;* y por otro lado, la subcategoría desautorización (1) *Depende del momento, siempre se lo hemos dicho los dos aunque a veces nos hemos desautorizado.*

En último, en cuanto a la resolución de conflictos, aparece en mayor frecuencia la subcategoría consenso (4) *No hemos tenido nunca grandes desacuerdos, y siempre hemos llegado al consenso* y, seguidamente, en menor medida la de rol polarizado de nuevo, siendo la mujer el rol activo y el hombre el pasivo (3) *Acabo dejando que decida ella, yo digo lo que pienso, pero la resolución no la cuestiono, dejo que ella decida, por no discutir.*

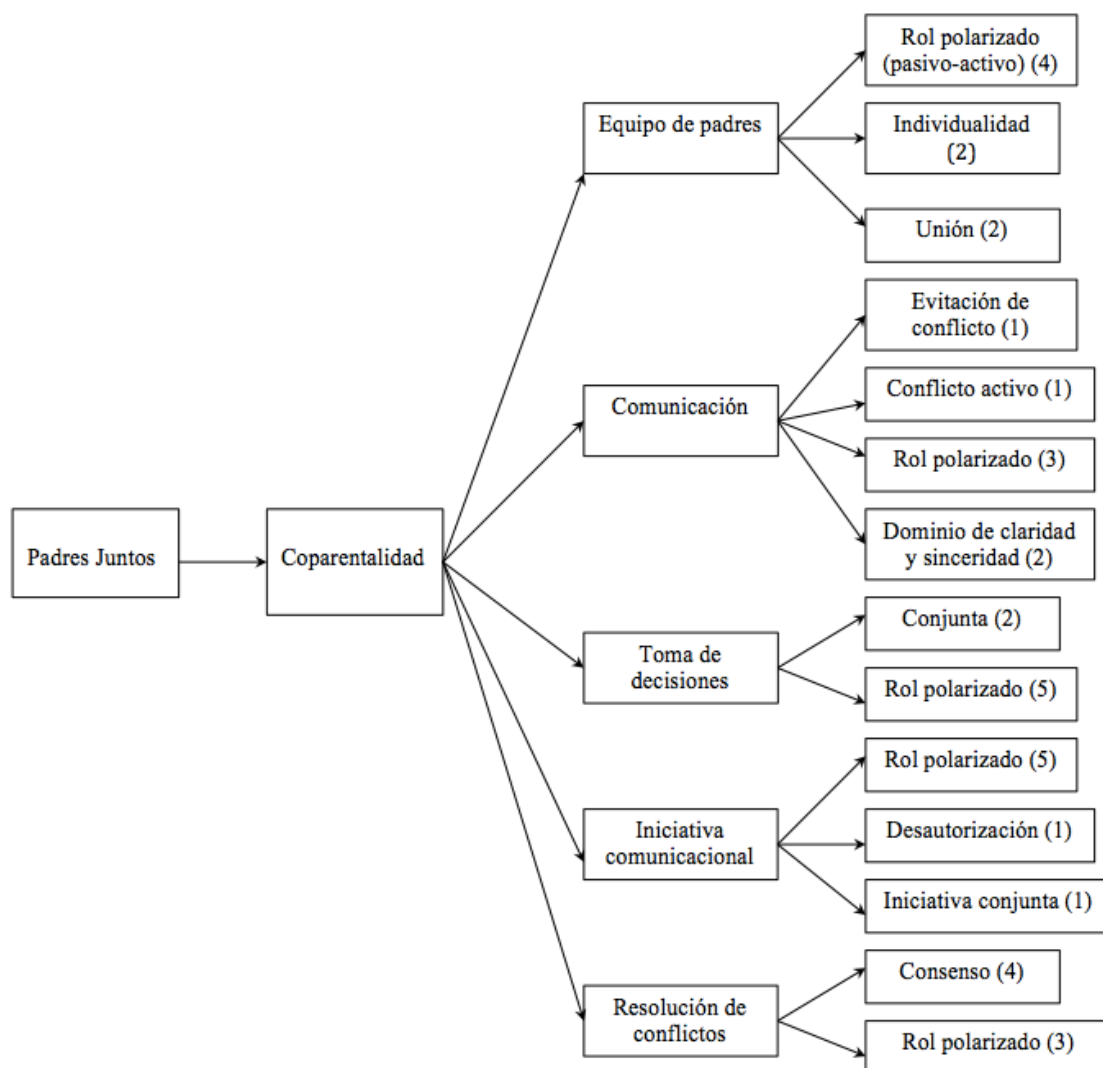


Figura 4. Análisis categorial de la coparentalidad en familias con padres juntos.

En cuanto a la parentalidad de padres separados (ver Figura 5), la primera categoría hace referencia a la autopercepción parental. Observamos la presencia de tres subcategorías con igual y mayor frecuencia. Por un lado, tenemos la experiencia de pérdida (2) a causa de proyecto vital frustrado (1) *Ahora ya no me toca esta situación como madre. He tenido que aparcar proyectos porque mi hijo seguirá dependiendo de mí, no podré ser abuela porque mi hijo no tendrá hijos y sigue viviendo en casa. Me siento frustrada porque yo imaginaba que mi hijo se independizaría, se casaría...*; y por otro lado, esta experiencia de pérdida que genera dependencia (1) *Antes del diagnóstico como madre me veía una madre feliz, en aquel tiempo lo tenía todo hasta que surgió el problema de él. Y ahora bueno, él está mucho mejor y yo estoy con él siempre para todo lo que necesite*. Asimismo, la subcategoría de sobreprotección-dependencia (2) *Ahora me veo como que vuelvo a tener que ir detrás de mi hija, que haga las cosas, que prepare su*

cuarto, que se tome la medicación, que se despierte a una hora decente... ahora como madre tengo muchos dolores de cabeza como cuando un hijo es adolescente. Del mismo modo, observamos la presencia de la subcategoría de culpa (2) Yo como padre pienso que muchas veces les he faltado a mis hijos. Me considero un mal padre porque yo en el pasado tuve un problema con el juego y lo perdí todo.

Entorno al afecto, las dos subcategorías presentes aparecen con la misma frecuencia. En primer lugar, encontramos el afecto frío (2) *Ella siempre ha sido más bien reservada. Antes nos dábamos besos o abrazos puntuales, sobre todo en reyes, cumpleaños y cosas así pero ahora me aparta, no quiere.* En segundo lugar, encontramos la calidez en la comunicación verbal y no verbal (2) *él pues si te tiene que mostrar cariño lo hace porque por ejemplo a mí el otro día me mandó un whatsapp diciéndome que me quería mucho. Demuestra el cariño, pero de otra manera, no tanto con besos o abrazos...*”

En lo que respecta al fomento de la autonomía, la subcategoría que aparece con mayor frecuencia es la de control elevado (4) *Desde que vive conmigo ahora estoy más preocupada por si sale, dónde va, estoy pendiente para comer o cenar y tampoco me gusta que salga de noche porque vivimos lejos del centro. Mi preocupación ahora es diferente de antes.* Del mismo modo, este control elevado lleva a una invasión del espacio personal (2) *Si yo creo que si vaya...bueno antes fumaba porros y la descubrí porque claro como tiene todo hecho un cristo y no hace nada pues limpiándole la habitación, como se deja los bolsos tirados pues ahí lo descubrí, pero vaya.* Por otro lado, en menor frecuencia observamos el respeto a la intimidad (2) *Yo nunca le he revisado la habitación, ni el móvil, siempre de cara, directamente lo hablábamos y yo le preguntaba si había consumido.*

En cuanto a la comunicación, las dos subcategorías presentes tienen la misma frecuencia. En primer lugar, aparece la subcategoría dominio de claridad y sinceridad (2) *Siempre hemos tenido una comunicación muy fluida y muy directa. Fuese bueno o malo siempre me lo ha contado todo.* En segundo lugar, dominio de criticismo y ambigüedad (2) *Bueno lo normal, ella ha sido siempre callada y reservada. Me gustaría que habláramos más, de cosas de mujeres y además ella tendría que ser más madura...*

En último, en cuanto a la resolución de conflictos, las dos subcategorías presentes tienen la misma frecuencia. En primer lugar, observamos la búsqueda de consenso mediante el diálogo (2) *Siempre hablamos para buscar soluciones a las cosas que nos ponen nerviosos a los dos. Intentamos llegar a un entre medio.* En segundo lugar, la

imposición de la opinión parental (2) *Si ella hace alguna cosa que no me gusta pues se lo digo, y me escucha. Depende de lo que sea intento que entre en razón.*

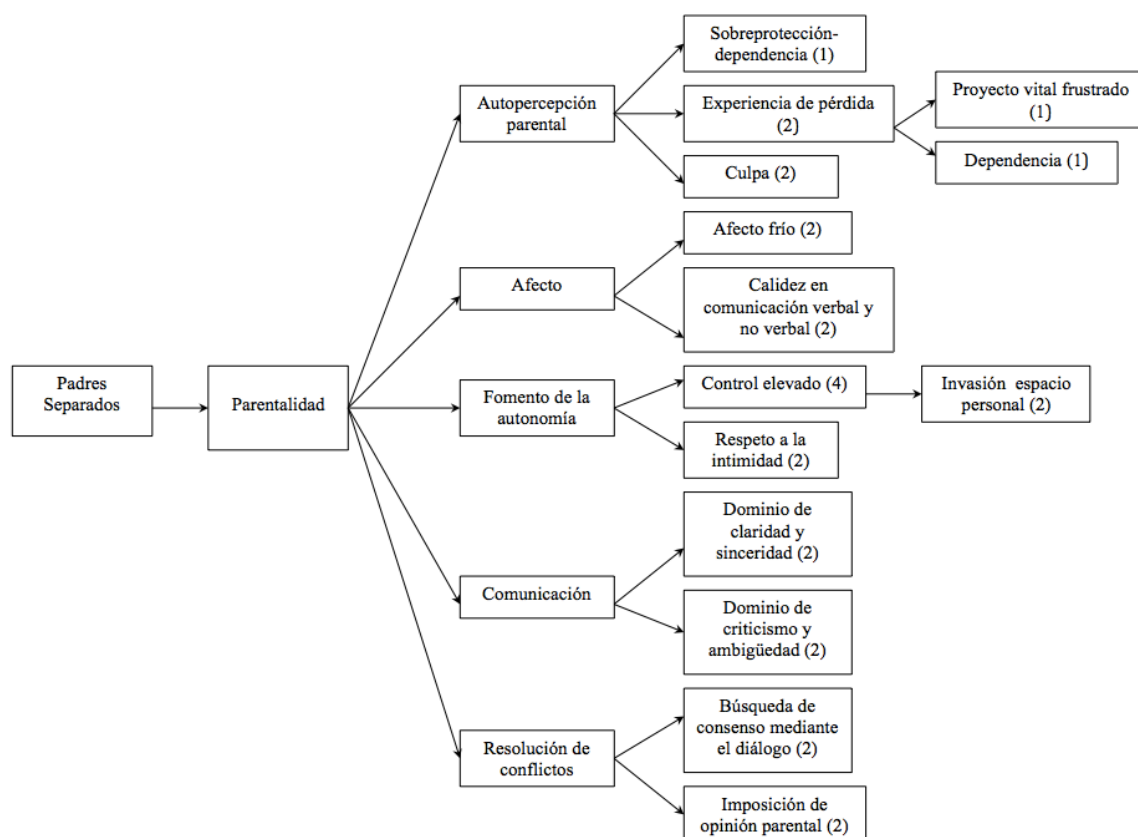


Figura 5. Análisis categorial de la parentalidad en familias con padres separados.

En cuanto a la coparentalidad de padres separados (ver Figura 6), la primera categoría hace referencia al equipo de padres. La subcategoría que más aparece es la de soledad (3), que hace referencia a la no existencia de equipo *Cuando empecé a ver que mi hijo tenía algo, me vi completamente sola. Nadie creía que a él le estuviera pasando algo, todo lo que hice lo hice sola.* Asimismo, aparece con menos frecuencia la subcategoría mínimo insuficiente, refiriéndose al escaso contacto como padres para decidir/informar sobre los hijos (2) *tengo más disponibilidad que ella porque ella trabaja y para ir a los médicos, a acompañar a mi hijo y todo eso sí que hemos podido ponernos de acuerdo, pero a la mínima ya me machaca y nos peleamos.*

Entorno a la comunicación, la subcategoría más destacada es la de rol polarizado (pasivo-activo), en la que, de nuevo, la mujer toma el rol activo y el hombre el pasivo (3) *Me dejaba hacer y deshacer, pero él no decía nada. Por lo tanto, pues tu*

dirás.... Y ahora pues menos aún, no hay comunicación. Asimismo, hay otra subcategoría con la frecuencia mínima, ésta hace referencia a la comunicación insuficiente (1) he tenido que tener más contacto con mi exmujer después de saber de la esquizofrenia de mi hijo ya que al yo estar de baja podía acompañarlo al médico y a hacer recados... pero una comunicación justa porque a la mínima me reprocha muchas cosas, me tiene mucho rencor y además es muy cuadrada ella, no se puede razonar.

En lo que respecta a la toma de decisiones, la subcategoría que aparece con mayoría absoluta es la de rol polarizado (pasivo-activo), en la que, de nuevo, la mujer tiene el rol activo y el hombre el rol pasivo (4) *las decisiones que hay que tomar como madre las tomo yo, porque su padre en ese aspecto esta desentendido. Ahora después del diagnóstico es que está presente lo justo.*

De otro modo, en la categoría iniciativa comunicacional, la subcategoría que aparece con mayoría absoluta es la de rol polarizado, en la que la mujer tiene de nuevo el rol activo y el hombre el pasivo (4) *Mi hijo con quien vive es conmigo así que soy yo la que le dice las cosas y antes lo mismo... y no hablamos entre su padre y yo de nada.*

En último, en cuanto a la resolución de conflictos, la subcategoría que aparece con mayoría absoluta es la de rol polarizado de nuevo, siendo la mujer el rol activo y el hombre el pasivo (4) *poco margen de debatir o de dar cada uno su punto de vista de algún conflicto ha habido, normalmente me daba la razón, me dejaba hacer a mi.*

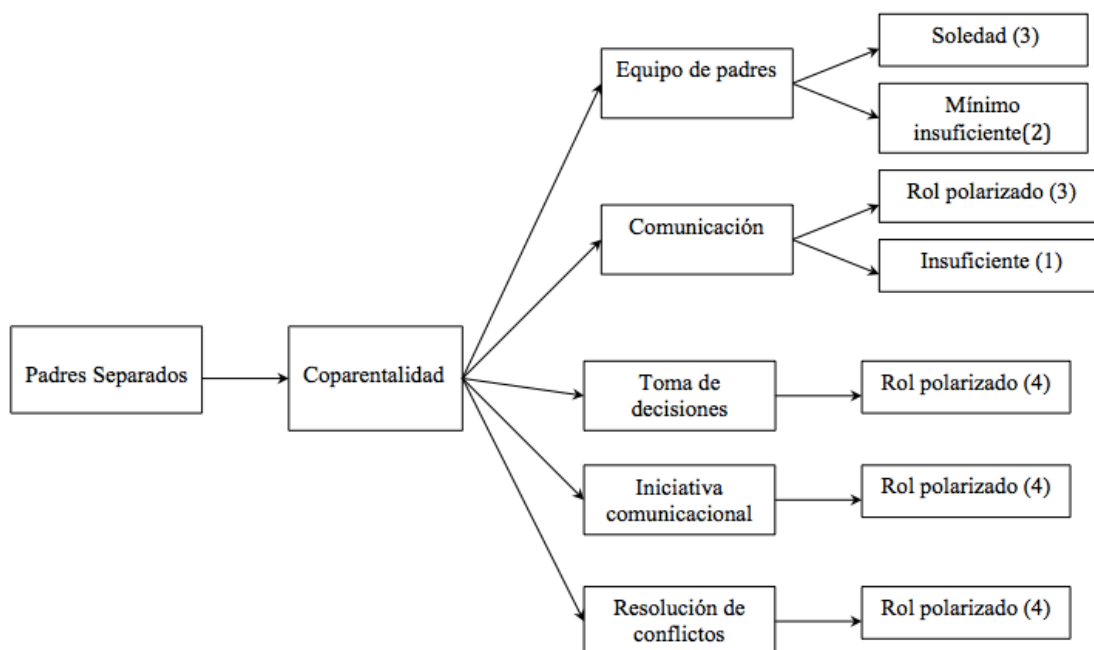


Figura 6. Análisis categorial de la coparentalidad en familias con padres separados.

En cuanto a la parentalidad familias monoparentales (ver Figura 7), la primera categoría hace referencia a la autopercepción parental. La mayoría de participantes presentan una construcción afectiva basada en la sobreprotección-dependencia (3) *Siempre he estado por mi hijo para todo y en todo momento*. Asimismo, también presenciamos experiencia de pérdida, concretamente con sentimientos de proyecto vital frustrado (1) *Ahora siento que estoy de alguna forma atada, no me veo capaz de dejarlo solo, porque sé que me necesita. Siento como si en vez de seguir hacia delante, haya vuelto atrás, a tener que estar siempre pendiente de él en todo, delo que hace y lo que no hace y de verlo que no puede trabajar... como si tuviera un adolescente otra vez*.

En lo que respecta al afecto, se dan dos subcategorías con la misma frecuencia. La primera, hace referencia a la presencia de un afecto frío (2) *antes salía de ella darme un beso o un abrazo espontaneo de vez en cuando y ahora con la enfermedad sale más de mi*. La segunda, se refiere a la presencia de calidez en la comunicación verbal y no verbal (2) *siempre me ha demostrado el cariño de otra manera. Con su preocupación por mí, estando por mí, queriéndome proteger...*

Entorno al fomento de la autonomía, presenciamos con la misma frecuencia las dos subcategorías que aparecen. En primer lugar, tenemos control elevado (2) *Des de la enfermedad, necesito estar constantemente encima de ella viendo lo que hace y lo que deja de hacer. Ahora la controlo más*. En segundo lugar, aparece la permisividad (2)

Siempre he intentado tener una buena relación con mi hijo, apoyándolo en todo y dándole mis consejos, pero sin meterme en su vida y dándole libertad. Aun así, dentro de estas subcategorías, aparecen dos más. Dentro de control elevado, aparece la subcategoría con mayor frecuencia, la de invasión del espacio personal (3) “Sobre todo con la ropa, lo que se tiene que poner, con los amigos con los que va... antes sí que ella se vestía sola y se ponía lo que quería, pero ahora antes de salir le paso “el escáner”.

En cuanto a la comunicación, la mayoría absoluta exponen tener una comunicación con sus hijos con dominio de claridad y sinceridad (4) *Siempre ha habido buena comunicación, ella me ha contado las cosas y yo le he contado las cosas, podemos hablar de todo. La comunicación ahora es muy buena.*

Por último, entorno a la resolución de conflictos, aparecen dos subcategorías con la misma frecuencia. La primera, es la de búsqueda de consenso mediante el diálogo (2) *tratamos de peearnos lo mínimo. Cuando él hace alguna cosa que yo no quiero que haga tratamos de buscar algún punto medio entre los dos.* La segunda, se trata de la imposición de opinión parental (2) *Normalmente no hay conflicto porque ella al ser tan callada cuando yo le digo que algo no me parece bien o lo asume o me dice que “vale” y luego hace lo que quiere.*

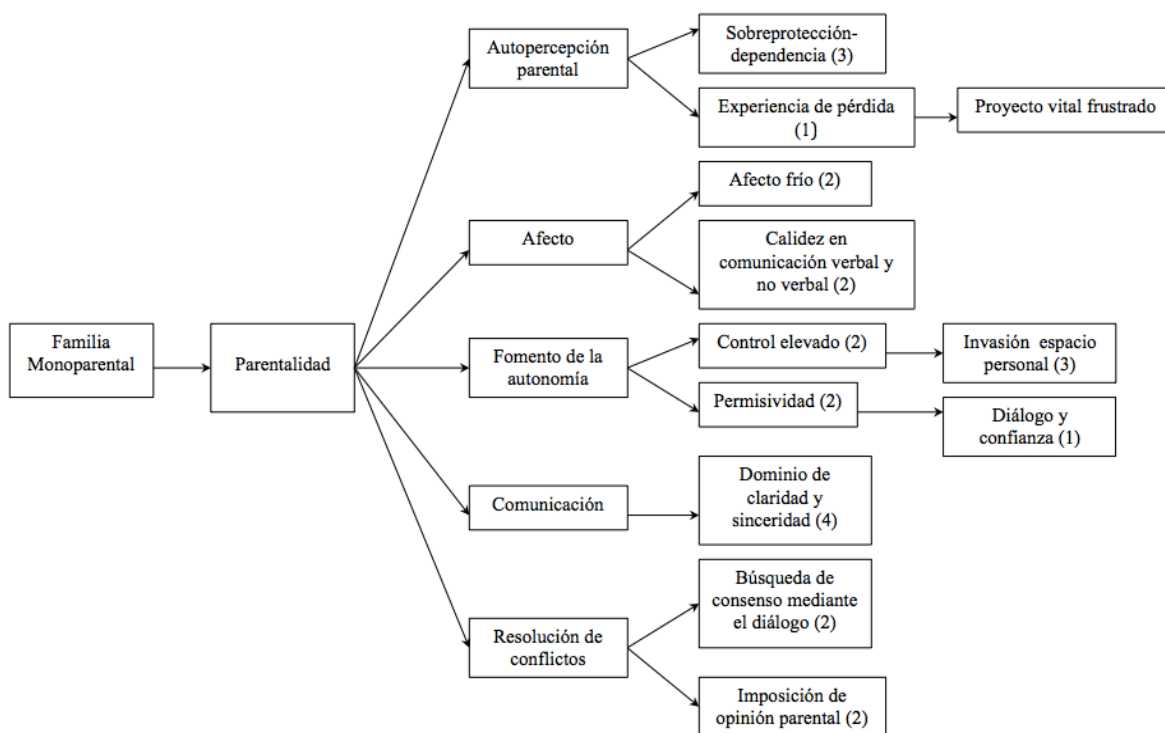


Figura 7. Análisis categorial de la coparentalidad en familias con padres separados.

En síntesis, podemos observar que la conyugalidad de las familias de padres juntos puede resultar ser disarmónica, ya que, así como a nivel de satisfacción, confianza y seguridad hay una estabilidad y una rutina en la pareja a lo largo de los años (de media 41,22 años en convivencia), en cuanto a la complicidad, comunicación y amor íntimo encontramos carencias. En la mayoría no hay complicidad, así como una comunicación basada de igual manera en la evitación de conflicto, o unidireccional por parte de la mujer y exenta de diálogo, o en algunos, presente y fluida. Además, no hay espacio para el amor íntimo, ni para pasar tiempo de calidad en pareja y creen que es debido al trastorno del espectro psicótico del hijo/a.

Por otro lado, en cuanto a la parentalidad de padres juntos comparada con la parentalidad de padres separados, encontramos diferencias a tener en cuenta. En cuanto a la autopercepción parental, la sobreprotección y el exceso de cuidado está presente en las dos estructuras, pero en la parentalidad de padres separados también se experimenta con la misma intensidad culpa y experiencia de pérdida. En cuanto al afecto, en parentalidad de padres juntos la mayoría absoluta presentan un afecto frío, mientras que en padres separados hay con la misma intensidad afecto frío y calidez en la comunicación verbal y no verbal. Asimismo, en fomento de la autonomía las dos estructuras presentan en la mayoría de participantes un control elevado junto a la subcategoría invasión del espacio personal. En cuanto a la comunicación, en la estructura de padres juntos hay un dominio de la comunicación reservada, mientras que, en la estructura de padres separados se presenta con la misma frecuencia un tipo de comunicación clara y sincera y, por otro lado, una comunicación con dominio de criticismo y ambigüedad.

Del mismo modo, en cuanto a la parentalidad de padres juntos comparada con la parentalidad de familias monoparentales, encontramos diferencias significativas. A nivel de autopercepción parental, las dos estructuras presentan un exceso de cuidado y sobreprotección, mientras que, en la categoría de afecto, la estructura de padres juntos presenta un afecto frío y la monoparental en la misma medida un afecto frío y calidez en la comunicación verbal y no verbal. Por otro lado, en fomento de autonomía las dos estructuras presentan un dominio de control elevado con invasión del espacio personal. Asimismo, en la comunicación, en familias con padres juntos es reservada y contrariamente, en familias monoparentales hay un dominio de la claridad y sinceridad.

Seguidamente, en cuanto a la parentalidad de padres separados comparada con la

parentalidad de familias monoparentales, encontramos alguna diferencia a destacar. En cuanto a la autopercepción parental las familias de padres separados presentan la misma frecuencia de la subcategoría de experiencia de pérdida y de culpa, en cambio, en familias monoparentales la autopercepción parental se basa en la sobreprotección-dependencia. En afecto, no se encuentran diferencias ya que las dos estructuras presentan por igual la presencia de afecto frío y calidez en la comunicación verbal y no verbal. En la categoría fomento de la autonomía, las dos estructuras presentan por igual una mayoría en la subcategoría de control elevado y por consiguiente una invasión del espacio personal. En la comunicación, las familias de padres separados presentan una comunicación con la misma frecuencia de dominio de claridad y sinceridad y, dominio de criticismo y ambigüedad y, a diferencia de las familias monoparentales que únicamente presentan una comunicación con dominio de claridad y sinceridad. En cuanto a la resolución de conflictos, tanto las familias de padres separados como las monoparentales presentan con la misma frecuencia la subcategoría búsqueda de consenso mediante el diálogo e imposición de opinión parental.

Por otro lado, en cuanto a la coparentalidad de padres juntos y la coparentalidad de padres separados las diferencias son mínimas. En cuanto a la categoría equipo de padres, en padres juntos encontramos el fenómeno de rol polarizado, en el que, durante todo el estudio, las mujeres/madres protagonizan el rol activo y los hombres/padres el rol pasivo. Asimismo, en padres separados encontramos la subcategoría de soledad, ya que al haber divorcio y hacer cada uno su vida paralelamente, las mujeres se encuentran solas ante todas las necesidades de sus hijos y su rol como progenitoras. Por otro lado, en cuanto a las categorías de comunicación, toma de decisiones e iniciativa comunicacional, la subcategoría más presente es la de rol polarizado en ambas estructuras familiares. En último, en cuanto a la resolución de conflictos, las familias con padres juntos mayoritariamente llegan a un consenso común, aunque la iniciativa/idea surja de la mujer/madre. Asimismo, las familias con padres separados, presentan, otra vez, la subcategoría de rol polarizado. Lo que nos hace entender que en ambas estructuras, mayoritariamente la mujer es la que ejerce el papel protagonista a la hora de tomar decisiones sobre los hijos y, el hombre, adopta un rol más pasivo y poco participativo e incluso percibido como ausente.

En conclusión, los resultados cuantitativos no hallan diferencias en la parentalidad, cuidado o sobreprotección entre las tres estructuras clínicas, mientras que,

los resultados cualitativos vislumbran datos reveladores y diferencias significativas entre grupos a nivel de conyugalidad, parentalidad y coparentalidad. Así pues, en este estudio, los test autoaplicados no aportan los datos suficientes sobre las dinámicas y las relaciones familiares, mientras que, las entrevistas cualitativas nos ayudan a comprender las particularidades y cambios intrínsecos que se dan en las familias con un miembro con trastorno psicótico.

Discusión

El presente estudio, se ha centrado en la relevancia de los vínculos familiares en la salud mental y su escasa evaluación sistemática en contextos clínicos. De este modo, ha tratado de comprender y describir cuantitativa y cualitativamente cómo es la comunicación, estructura y dinámicas familiares con un hijo/a diagnosticado de trastorno psicótico. Asimismo, se ha pretendido vislumbrar las posibles diferencias entre los resultados cuantitativos y cualitativos a fin de valorar las aportaciones de la entrevista sobre los test autoaplicados utilizados.

En primer lugar, a nivel cuantitativo no se han hallado diferencias en la parentalidad, cuidado o sobreprotección entre las tres estructuras clínicas (padres juntos, padres divorciados-separados y familias monoparentales), mientras que, los resultados cualitativos muestran diferencias significativas entre grupos a nivel de parentalidad y a nivel de coparentalidad. Esto denota que los instrumentos de evaluación autoaplicados presentan sesgos importantes en la percepción subjetiva tanto del paciente como de la familia (Palma et al., 2019). Probablemente, esto es debido a dinámicas familiares ya establecidas que se han normalizado y que necesita de estudios cualitativos que nos ayuden a la comprensión de las particularidades y cambios intrínsecos de las familias con un miembro con trastorno psicótico.

En segundo lugar, a nivel cualitativo la conyugalidad de las familias de padres juntos ha resultado ser disarmónica, mostrando que la continuidad de la pareja se debe a la seguridad y la confianza que les da la estabilidad y la rutina a lo largo de los años (de media 41,22 años de convivencia). Asimismo, Linares defiende que la funcionalidad relacional de las familias con la presencia de un trastorno psicótico se caracteriza por una conyugalidad disarmónica, que hace referencia a la dificultad de resolver razonablemente los conflictos conyugales (Linares, 2007; Palma et al., 2019).

Por otro lado, como plantea Linares (2007), la dificultad latente en la relación

conyugal acaba afectando a la función parental. Es por este motivo, que los resultados del análisis de la parentalidad de padres juntos muestran sobreprotección al mismo tiempo que poco cuidado (afecto frío y comunicación reservada). Este estilo parental es definido como “control sin afecto”. Este concepto refiere, por una parte, la existencia de indiferencia y rechazo, y por otra, el control abusivo y la intrusión en la vida de los afectados (Palma et al., 2019).

La parentalidad de padres separados, también muestra control sin afecto y la presencia de emoción expresada (criticismo, ambigüedad y sobre implicación emocional) (Barrowclough, Johnston & Tarrier, 1994; Brewin, MacCarthy, Duda, & Vaughn, 1991), aunque con la misma frecuencia que familias con una comunicación basada en el dominio de la claridad y sinceridad y con la presencia de un afecto basado en la calidez verbal y no verbal.

La parentalidad de familias monoparentales, presentan del mismo modo que las estructuras anteriores, control sin afecto aunque con una comunicación dominada por la claridad y la sinceridad y también, con la presencia de un afecto con calidez verbal y no verbal.

La coparentalidad, tanto de padres juntos como de padres separados, muestran en la mayoría de ítems la presencia de rol polarizado, en el que, la madre asume el rol activo y el padre el rol pasivo. Asimismo, en padres separados aparece el componente de soledad experimentado por las progenitoras ya que, en muchos casos la figura parental esta ausente.

Se ha demostrado que el rol de cuidador principal del hijo/a con trastorno mental severo normalmente lo adquiere la madre. Esto esta presente en las tres estructuras familiares. Es habitual que este rol mantenga cierta rigidez en las relaciones familiares y encontrarnos con dificultades de aportar cambios en el sistema. Este rol favorece relaciones de co-dependencia, aspecto que dificulta el trabajo con la autonomía del paciente, ya que el cuidador principal verbaliza deseos de autonomía, pero las acciones de acompañamiento la están boicoteando (presencia de dobles mensajes en la comunicación emocional) (Gomis, Palma & Hernando, 2017).

Las relaciones familiares son tanto factores de protección y resiliencia, como fuente posible de conflicto y trastorno. En esta línea, las relaciones familiares son incorporadas por los modelos funcionales de salud mental, como elemento predisponente, precipitador, protector y asociado a los resultados finales de las

intervenciones, de modo que dichas relaciones familiares, parentalidad, conyugalidad y coparentalidad, deben considerarse en la prevención, evaluación y tratamiento de la salud mental (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011; OMS 2010).

Estos resultados, aunque deben ser tomados con precaución, también son reveladores ya que muestran la necesidad de estudios cuantitativos y, a su vez, cualitativos para elaborar un buen diagnóstico relacional e identificar los aspectos disfuncionales de las familias con un miembro con trastorno psicótico con mayor exactitud.

Limitaciones

Entre las limitaciones de este estudio se encuentra la dificultad del acceso a la muestra, debido a, en primer lugar, el cumplimiento de criterios y la voluntad de participación. En segundo lugar, la desigualdad de muestra entre los tres grupos de estructuras familiares: falta de participación de los progenitores hombres en familias con padres divorciados-separados y, edad muy avanzada en familias monoparentales.

Por otro lado, otra limitación sería la escasa comparación con medidas cuantitativas, aunque los resultados sean reveladores, necesitan de análisis más extensos y detallados. Asimismo, la poca investigación a nivel cualitativo y, por lo tanto, la escasez de bases teóricas consolidadas y, la inexistencia de un grupo control cualitativo para extraer conclusiones específicas.

Conclusiones

En conclusión, la mayoría de los pacientes tienen la sensación de tener una buena relación que implica una comunicación asertiva y adecuada, de la mano de una baja Emoción Expresada con sus familiares. Es por eso, que los instrumentos de evaluación autoaplicados presentan sesgos importantes en la percepción subjetiva de la familia, ya que, resultan dinámicas familiares normalizadas que difícilmente puedan identificar como disfuncionales.

Con el análisis de la comunicación, estructura y dinámicas familiares cuantitativa y cualitativamente, hemos observado diferencias significativas que nos indican la necesidad de estudios cualitativos que nos ayuden a detallar particularidades y cambios intrínsecos que se dan en las familias con un miembro con trastorno psicótico. La realidad, si un observador externo la analiza desde un punto de vista objetivo

(terapeuta y co-terapeuta), muestra evidencias de dinámicas familiares, sobre todo disfuncionales, que no son capaces de vislumbrar por ellos mismos, como por ejemplo una alta Emoción Expresada con elementos de criticismo, sobreprotección y/o hostilidad, entre otros.

Con esto, entendemos que las intervenciones familiares son determinantes para la salud mental y es por ello que resulta indispensable profundizar en estudiar las relaciones familiares básicas para elaborar un buen diagnóstico relacional y así una mejor intervención. De hecho, las intervenciones familiares han probado su eficacia en la reducción de la carga familiar, la sintomatología de los pacientes, la reducción de la emoción expresada especialmente criticismo y agresividad, y la demora de recaídas y rehospitalizaciones.

Líneas futuras de estudio

Para posteriores investigaciones, se sugiere utilizar de manera más extensa y detallada la metodología cualitativa y cuantitativa de forma complementaria, ya que permitirá una aproximación más detallada a los cambios psicológicos de las familias con un hijo diagnosticado de trastorno psicótico.

También, explorar y profundizar más exhaustivamente algunos resultados hallados interesante, como la categoría de rol polarizado y, consecuentemente la adopción de un rol pasivo por parte de los progenitores en las dos estructuras familiares (padres juntos y padres separados).

Agradecimientos

En primer lugar, agradecer al Consorci Sanitari del Maresme (Hospital de Mataró) por proporcionarnos los registros de los pacientes para la obtención de la muestra. Así como, a los profesionales implicados en el estudio I+D que nos han dado la oportunidad de participar en el estudio.

En segundo lugar, a todas las familias que han colaborado en el proyecto y han expuesto sus testimonios, ya que, sin ellas no hubiera sido posible.

En tercer lugar, a mi tutora Dra. Carol Palma por la confianza, predisposición e inmensa ayuda brindada durante todo el proceso de realización del trabajo.

En cuarto y último lugar, a Marta Thomen compañera y co-evaluadora durante todo el estudio.

Referencias



- American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5), 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014.
- Ballús Creus, C. (1991). *Adaptació del Parental Bonding Instrument a la població barcelonesa*. Trabajo de investigación inédito, Escola Professional de Psicologia Clínica, Barcelona.
- Barrowclough, C., Johnston, M., & Tarrier, N. (1994). Attributions, expressed emotion, and patient relapse: An attributional model of relatives' response to schizophrenic illness. *Behaviour Therapy*, 25(1), 67-88.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral science*, 1(4), 251-264.
- Brewin, C. R., MacCarthy, B., Duda, K., & Vaughn, C. E. (1991). Attribution and expressed emotion in the relatives of patients with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 546.
- Camps-Pons, S., Castillo-Garayoa, J. A., & Cifre, I. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica y salud*, 25(1), 67-74.
- Capano, Á., & Ubach, A. (2013). Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. *Ciencias psicológicas*, 7(1), 83-95.
- Cozolino, L. J., Goldstein, M. J., Nuechterlein, K. H., West, K. L., & Snyder, K. S. (1988). The impact of education about schizophrenia on relatives varying in expressed emotion. *Schizophrenia Bulletin*, 14(4), 675-679.
- Dixon, L., Adams, C., & Lucksted, A. (2000). Update of family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 5-20.
- Fernández, Ó. V., & Girález, S. L. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema*, 12(4), 671-681.
- García Ramos, P. R., Moreno Pérez, A., Freund Llovera, N., & Lahera Forteza, G. (2012). Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia: implicaciones terapéuticas. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 32(116), 739-756.
- Garnica, R. (2013). Alternativas terapéuticas para la esquizofrenia. *Salud Mental*, 36, 85-86.
- Gomis, O., Sevillano, C. P., & Hernando, N. F. (2017). Intervención domiciliaria en

- psicosis: una revisión sistemática. *Actas españolas de psiquiatría*, 45(6), 290-302.
- Ibáñez, N., Linares, J. L., Vilaregut, A., Virgili, C., & Campreciós, M. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB). *Psicothema*, 24(3), 489-494.
- Leff, J. P. (1976). Schizophrenia and sensitivity to the family environment. *Schizophrenia Bulletin*, 2(4), 566.
- Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna: la inteligencia terapéutica*. Herder Editorial.
- López, S. R., Nelson Hipke, K., Polo, A. J., Jenkins, J. H., Karno, M., Vaughn, C. y Snyder, K. S. (2004). Ethnicity, expressed emotion, attributions, and course of schizophrenia: Family warmth matters. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 428-439. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.113.3.428>
- Martínez, N. I., Fernández, J. L. L., Puigdesens, A. V., Tejedor, C. V., & Orriols, M. C. (2012). Propiedades psicométricas del cuestionario de evaluación de las relaciones familiares básicas (CERFB). *Psicothema*, 24(3), 489-494.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2011). Estrategia en Salud mental del Sistema Nacional de Salud. Recuperado en <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/saludMental.htm>
- Moriana, J. A., Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Luque¹, B., Cangas, A. J., & Alós¹, F. (2015). El entrenamiento en habilidades sociales en la esquizofrenia.
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Mental Health: facing the challenges, building solutions*. Trabajo presentado en la World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen. Resumen recuperado de http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2011). *10 datos sobre la carga mundial de Morbilidad*. Recuperado en http://www.who.int/features/factfiles/global_burden/facts/es/index6.html
- Palma-Sevillano, C., Cañete-Crespillo, J., Cebrià-Andreu, J., Michael, M., Alonso-Fernández, I., Fernández-Vargas, M., & Segarra-Gutiérrez, G. (2011). Randomised controlled trial of cognitive-motivational therapy program for the initial phase of schizophrenia: a 6-month assessment. *The European Journal of Psychiatry*, 25(2), 68-80.

- Palma, C., Gomis, O., Farriols, N., Frías, A., Gregorio, M., Palacio, A., Horta, A., Aliaga, F. y Barón, F. J. (2019). La intervención familiar domiciliaria en psicosis: análisis cualitativo de los cambios observados tras la psicoterapia. *Clínica y Salud*, 30, 147-154. <https://doi.org/10.5093/clysa2019a21>
- Randomised controlled trial of cognitive-motivational therapy program for the initial phase of schizophrenia: a 6-month assessment. *The European Journal of Psychiatry*, 25(2), 68-80.
- Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P. y Sierra, J. C. (2009). Propiedades psicométricas de una versión breve de la Escala de Ajuste Diádico en muestras españolas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 501-517. Recuperado de <http://www.aepc.es/ijchp/>
- Selvini-Palazzoli, M. Boscolo, L. Cecchin, G & Prata, G. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós.
- Selvini-Palazzoli, M. Cirillo, S. Selvini, M. & Sorrentino, A. M. (1988). *Paradoja y contraparadoja: un nuevo modelo en la terapia de la familia con transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidós.
- Sofía, R. (2011). Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. *Maltrato infantil en la familia en España*.
- Vallina, Ó., & Lemos, S. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema*, 12(4), 671-681
- Vilaregut Puigdesens, A. (2003). *Família i Addicions: Dinàmica familiar, vincle conjugal i parental en famílies amb un membre jove-adult drogodependent* (Doctoral dissertation, Universitat Ramon Llull).
- Yaben, S. Y., & González, P. C. (2010). El CAD-S, un instrumento para la evaluación de la adaptación al divorcio-separación. *Psicothema*, 22(1), 157-162.
- Yárnoz-Yaben, S. (2010). Cuestionario de Apoyo Recibido de la Ex pareja (CARE): un instrumento breve para evaluar la co-parentalidad post divorcio. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(2), 133-142.

Apéndice

Apéndice 1: Consentimiento informado

 <p>Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport</p>	<p>PADRE / MADRE</p> 
<h3>CONSENTIMIENTO INFORMADO</h3>	
<p>APELLIDOS Y NOMBRE:</p> <p>He sido informado/a sobre los objetivos y el contenido del estudio de validación del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB), como instrumento de diagnóstico relacional en población española y población clínica que se está llevando a cabo en el <i>Hospital de Mataró, Consorci Sanitari del Maresme</i>, junto con la <i>Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport de la Fundació Blanquerna (Universitat Ramon Llull)</i> bajo la supervisión de la Dr. Francisco Javier Barón Fernández y la Dra. Anna Vilaregut Puigdesens.</p> <p>Se ha dado respuesta a mis preguntas, si me han surgido, después de tener la información sobre el estudio.</p> <p>Consiento en participar en el estudio respondiendo voluntariamente y anónimamente a unos cuestionarios sobre relaciones de parentalidad y conyugalidad sabiendo que se preservará la confidencialidad de los datos que se obtengan y que éstos serán únicamente utilizados con la finalidad de la investigación anteriormente citada.</p> <p>Sé que puedo cambiar la decisión que ahora tomo de participar en el estudio y que en el momento que lo manifieste, se lo comunico por escrito al Dr. Francisco Javier Barón Fernández (Hospital de Mataró, Consorci Sanitari del Maresme, carretera de Cirera, s/n, 08304, Mataró), mis datos serán eliminados de la base de datos del estudio y, no recibiré un tratamiento diferente.</p> <p>A todo esto, libremente, doy mi consentimiento.</p> <p>Barcelona, a _____ de 2019.</p>	
<p>Firma del participante</p>	<p>Firma del responsable de la investigación</p>
<p><small>*En virtud de lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, doy mi consentimiento para que los datos de los cuestionarios sean incluidos en un fichero propiedad de la Fundació Blanquerna, y puedan ser usados con la finalidad de recoger información estadística para validar el Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) y declaro haber sido informado/da sobre los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, pudiendo ejercerlos dirigiéndome al Dr. Francisco Javier Barón del Hospital de Mataró o a la Dra. Anna Vilaregut de la FPCEE Blanquerna.</small></p>	

Apéndice 2: Entrevista semiestructurada del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) en el trastorno del espectro psicótico

PADRES JUNTOS

CONYUGALIDAD

A Mujer y a marido por separado

1. ¿Cómo valoraría el funcionamiento de su relación de pareja en general?
2. ¿Cómo valoraría a nivel de satisfacción su relación de pareja?
3. ¿Cómo consideraría los sentimientos de confianza entre ustedes?
4. ¿Se siente seguro/a en su relación de pareja?
5. ¿Cómo definiría la complicidad entre ustedes?
6. ¿Cómo valora la comunicación que hay entre ustedes?
7. ¿Considera que se preserva un espacio para el amor íntimo en su relación?

PARENTALIDAD

A madre y a padre por separado (Antes del diagnóstico)

1. ¿Cómo se veía usted como *madre/padre*?
2. ¿En su forma de relacionarse habitual, tendían a haber muestras de afecto a nivel de besos, abrazos,...?
3. ¿Cómo valoraría la libertad que le proporcionaba a su hijo/a? ¿Se consideraba más bien permisivo/a o lo contrario?
4. ¿Considera que su hijo/a sentía respetada su intimidad?
5. ¿Cómo valoraría la comunicación en general con su hijo/a, antes del diagnóstico?
6. ¿Ante la presencia de algún conflicto como por ejemplo, que su hijo/a hiciera alguna cosa con la que no estaba de acuerdo, cómo se resolvía?
7. ¿Cómo consideraría que fue su función como *madre/padre* en general antes del diagnóstico de su hijo, si tuviera que puntuarlo del 1 al 10?

A madre y a padre por separado (Después del diagnóstico)

1. ¿Qué percepción tiene de usted como *madre/padre*?
2. ¿En su forma de relacionarse habitual, tienden a haber muestras de afecto con besos, abrazos,...?

3. ¿Cómo valoraría la libertad que le proporciona a su hijo? ¿Se considera más bien permisivo/a o lo contrario?
4. ¿Tras el diagnóstico de su hijo/a cree que el trato hacia él ha cambiado, es decir, si quizás lo ha sobreprotegido o ha procurado fomentar su autonomía?
5. ¿Considera que su hijo/a siente respetada su intimidad?
6. ¿Cómo valoraría la comunicación en general con su hijo/a, después del diagnóstico?
7. ¿Ante la presencia de algún conflicto como por ejemplo, que su hijo/a haga alguna cosa con la que no está de acuerdo, cómo se resuelve?
8. ¿Cómo consideraría que es su función como *madre/padre* en general tras el diagnóstico de su hijo, si tuviera que puntuarlo del 1 al 10?

CO-PARENTALIDAD

A madre y padre (Antes del diagnóstico)

1. ¿Cómo se veía como padres conjuntamente?
1. ¿Cómo definiría su comunicación con la madre/padre de su hijo/a?
2. ¿Cómo percibía que se tomaban las decisiones que hacían referencia a su hijo, por ejemplo su educación, los límites que deben ponerle...? (si había consenso o no).
3. ¿Quién acostumbraba a comunicarle a su hijo las decisiones que se toman como padre y madre?
4. ¿Cuándo debían tomar una decisión sobre su hijo en la que, entre ustedes, no estaban de acuerdo, como lo resolvían?
5. ¿Cómo valoraría el funcionamiento como padre y madre en general, antes del diagnóstico, si hubieran de puntuarlo del 1 al 10 padre (Antes del diagnóstico)

A madre y padre (Después del diagnóstico)

1. ¿Cómo se ve como padres conjuntamente?
2. ¿Cómo definiría su comunicación con la madre/padre de su hijo/a?
3. ¿Cómo percibe que se toman las decisiones que hacen referencia a su hijo, por ejemplo su educación, los límites que deben ponerle...? (si había consenso o no).

4. ¿Quién acostumbra a comunicarle a su hijo las decisiones que se toman como padre y madre?
5. ¿Cuándo deben tomar una decisión sobre su hijo en la que, entre ustedes, no están de acuerdo, como lo resuelven?
6. ¿Cómo valora el funcionamiento como padre y madre en general, tras el diagnóstico, si hubieran de puntuarlo del 1 al 10 padre (Después del diagnóstico)

PADRES SEPARADOS

PARENTALIDAD

A madre y a padre por separado (Antes del diagnóstico)

8. ¿Cómo se veía usted como *madre/padre*?
9. ¿En su forma de relacionarse habitual, tendían a haber muestras de afecto a nivel de besos, abrazos,...?
10. ¿Cómo valoraría la libertad que le proporcionaba a su hijo? ¿Se consideraba más bien permisivo/a o lo contrario?
11. ¿Considera que su hijo/a sentía respetada su intimidad?
12. ¿Cómo valoraría la comunicación en general con su hijo/a, antes del diagnóstico?
13. ¿Ante la presencia de algún conflicto como por ejemplo, que su hijo/a hiciera alguna cosa con la que no estaba de acuerdo, cómo se resolvía?
14. ¿Cómo consideraría que fue su función como *madre/padre* en general antes del diagnóstico de su hijo, si tuviera que puntuarlo del 1 al 10?

A madre y a padre por separado (Después del diagnóstico)

9. ¿Cómo se ve usted como *madre/padre*?
10. ¿En su forma de relacionarse habitual, tienden a haber muestras de afecto con besos, abrazos,...?
11. ¿Cómo valoraría la libertad que le proporciona a su hijo? ¿Se considera más bien permisivo/a o lo contrario?
12. ¿Tras el diagnóstico de su hijo/a cree que el trato hacia él ha cambiado, es decir, si quizás lo ha sobreprotegido o ha procurado fomentar su autonomía?
13. ¿Considera que su hijo/a siente respetada su intimidad?
14. ¿Cómo valoraría la comunicación en general con su hijo/a, después del diagnóstico?

15. ¿Ante la presencia de algún conflicto como por ejemplo, que su hijo/a haga alguna cosa con la que no está de acuerdo, cómo se resuelve?
16. ¿Cómo consideraría que es su función como *madre/padre* en general tras el diagnóstico de su hijo, si tuviera que puntuarlo del 1 al 10?

CO-PARENTALIDAD

A madre y padre (Antes del diagnóstico)

2. ¿Cómo se veía como padres conjuntamente?
6. ¿Cómo definiría su comunicación con la madre/padre de su hijo/a?
7. ¿Cómo percibía que se tomaban las decisiones que hacían referencia a su hijo, por ejemplo su educación, los límites que deben ponerle...? (si había consenso o no).
8. ¿Quién acostumbraba a comunicarle a su hijo las decisiones que se toman como padre y madre?
9. ¿Cuando debían tomar una decisión sobre su hijo en la que, entre ustedes, no estaban de acuerdo, como lo resolvían?
10. ¿Cómo valoraría el funcionamiento como padre y madre en general, antes del diagnóstico, si hubieran de puntuarlo del 1 al 10 padre (Antes del diagnóstico)

A madre y padre (Después del diagnóstico)

7. ¿Cómo se ve como padres conjuntamente?
8. ¿Cómo definiría su comunicación con la madre/padre de su hijo/a?
9. ¿Cómo percibe que se toman las decisiones que hacen referencia a su hijo, por ejemplo su educación, los límites que deben ponerle...? (si había consenso o no).
10. ¿Quién acostumbra a comunicarle a su hijo las decisiones que se toman como padre y madre?
11. ¿Cuando deben tomar una decisión sobre su hijo en la que, entre ustedes, no están de acuerdo, como lo resuelven?
12. ¿Cómo valoraría el funcionamiento como padre y madre en general, tras el diagnóstico, si hubieran de puntuarlo del 1 al 10 padre (Antes del diagnóstico)

MONOPARENTALIDAD**PARENTALIDAD****Madre/Padre (Antes del diagnóstico)**

15. ¿Cómo se veía usted como *madre/padre*?
16. ¿En su forma de relacionarse habitual, tendían a haber muestras de afecto a nivel de besos, abrazos,...?
17. ¿Cómo valoraría la libertad que le proporcionaba a su hijo?¿Se consideraba más bien permisivo/a o lo contrario?
18. ¿Considera que su hijo/a sentía respetada su intimidad?
19. ¿Cómo valoraría la comunicación en general con su hijo/a, antes del diagnóstico?
20. ¿Ante la presencia de algún conflicto como por ejemplo, que su hijo/a hiciera alguna cosa con la que no estaba de acuerdo, cómo se resolvía?
21. ¿Cómo consideraría que fue su función como *madre/padre* en general antes del diagnóstico de su hijo, si tuviera que puntuarlo del 1 al 10?

Madre/Padre (Después del diagnóstico)

17. ¿Cómo se ve usted como *madre/padre*?
18. ¿En su forma de relacionarse habitual, tienden a haber muestras de afecto con besos, abrazos,...?
19. ¿Cómo valoraría la libertad que le proporciona a su hijo?¿Se considera más bien permisivo/a o lo contrario?
20. ¿Tras el diagnóstico de su hijo/a cree que el trato hacia él ha cambiado, es decir, si quizás lo ha sobreprotegido o ha procurado fomentar su autonomía?
21. ¿Considera que su hijo/a siente respetada su intimidad?
22. ¿Cómo valoraría la comunicación en general con su hijo/a, después del diagnóstico?
23. ¿Ante la presencia de algún conflicto como por ejemplo, que su hijo/a haga alguna cosa con la que no está de acuerdo, cómo se resuelve?
24. ¿Cómo consideraría que es su función como *madre/padre* en general tras el diagnóstico de su hijo, si tuviera que puntuarlo del 1 al 10?

Apéndice 3: Unidades de sentido de las entrevistas semiestructuradas**PADRES JUNTOS**

CONYUGALIDAD		
Satisfacción en la relación	Satisfacción positiva	M: “Muy buena”
		M: “Bien, creo que en general siempre nos hemos entendido bien”
		H: “Bien”
		H: “Buena, buenísima”
	Evitación del conflicto	M: “Mi relación siempre ha sido regular, mi marido no ha sido muy colaborador en nuestra relación, siempre ha estado más ausente, siempre trabajando y llegando a casa a cenar, ver la tele... En general yo creo que he tirado yo del carro de la relación y él ha estado poco presente en casa y conmigo... Aun así sé que en los momentos importantes siempre está presente y puedo contar con él para apoyarme.”
Marido ausente	M: “Regular, suposo que també va ser el inici de les malalties com si ell m’hagués acusat molt, m’he sentit molt atacada i culpabilitzada.. hi ha hagut un gran canvi des de la malaltia. És difícil la relació del dia a dia, però penses són maneres, no en sabem mes, dius alguna cosa i ja l’has dit malament i al final penses millor no comentis per no pifiar-la. Vas evitant interactuar per evitar les confrontacions”	
Sentimientos de confianza	Confianza limitada con distancia afectiva	M: “La confiança hi és d’alguna manera. El que hi ha és una distància, però si hi ha alguna cosa important sempre ens la comuniquem”.
		H: “Limitada. Ella sempre es posiciona amb els fills i això vulguis o no afecta a la relació i si no

		ens entenem o parlem d'un altre idioma, no quadrem i arriba un punt que ja ni discutim. Lo normal seria poder-ho parlar, no discutint"
	Preservada	M: "creo que hay mucha confianza en nuestra relación, creo que puedo hablar con mi marido de cualquier cosa, puedo confiar en él"
		M: "hay una buena confianza entre nosotros, él es más bien callado, pero podemos hablar de lo que se"
		H: "yo soy de los más callados, si veo alguna cosa que no me gusta no suelo comentarlo con nadie, pero con ella tengo confianza, si algo no me parece bien se lo digo".
Seguridad	Incondicional	M: "Siento una gran seguridad en que continúe mi relación, son cuarenta años de matrimonio ya y yo creo que sabemos llevarlo".
		M: "Sí son muchos años"
		H: Claro, además si te separas vas a peor, por ello mejor te quedas donde estás".
		M: "Siempre hemos estado juntos y vamos a seguir juntos, nos entendemos muy bien y nos queremos mucho, son muchos años ya casados".
		P: "Mucha llevamos muchos años".
		H: "No tinc aquesta por, vam començar aquest projecte junts, el de afrontar la malaltia, tot i que ella sempre s'agafi a lo positiu i jo toqui més de peus a terra, però ho farem junts i

		acabarem junts, per això no tinc cap por”.
	dubitativa	M: “És una mica típica, però sí. Sóc conscient de la etapa que estem passant, he buscat ajuda al psicòleg i ell no, crec que te mancances i hi hauria d’anar, però deixarem passar el temps a veure com ho va encaixant tot”.
Complicidad	Cohesión	M: “Tenemos mucha, nos conocemos mucho y además toda la enfermedad de nuestro hijo ha hecho que vayamos en el mismo momento en la misma dirección, para no perdernos y tirar hacia delante”.
		H: “Somos amigos, matrimonio... lo hacemos todo juntos y más con el problema que tenemos que nos ha unido mucho más, como ha dicho mi mujer”.
		M: “Bastante buena”.
	Asincronía	M: “Bueno, la complicidad en ocasiones se ve afectada porque él pasa pocas horas en casa y cuando está presente asiente a lo que yo digo sin hablar mucho, sin discutir, lo que a lo mejor puede parecer complicidad, pero yo creo que él se comporta así porque prefiere que yo tome las riendas de la relación y de la educación de mi hijo”.
		H: La complicidad es buena, pero el pensamiento es muy diferente, yo soy mucho más tranquilo. Pero yo ya desde que me case he dejado que lo decida todo ella, bueno si algo no me parece bien se lo digo, pero dejo que ella decida”.

		<p>M: “No coincidim en moltes de les coses. Ell poder ho veu tot més negatiu i jo poder necessito buscar-li un punt més positiu. Ens costa posar-nos d’acord, sí”.</p>
		<p>H: “Complicada, perquè costa lligar, l’entorn se’ns ha trencat als dos i ens costa muntar-lo amb les mateixes peces”.</p>
Comunicación en la pareja	Unidireccional	<p>M: Yo soy mucho más comunicativa, él es un poco simple. Yo suelo tomar todas las decisiones de la relación y no tienden a ser motivo de discusión porque él siempre está de acuerdo en que yo tome las decisiones de los dos. De todas formas, que aunque yo tome las decisiones, siempre se las comunico”</p>
		<p>M: “yo suelo estar más encima de los demás, hablar sobre las cosas que deben hacerse y me gusta solucionar los problemas de raíz aunque sea algo que no tenga mucha importancia pero hablarlo. En cambio él me lo deja todo a mi como diciendo “ya te apañarás”.</p>
		<p><u>Evitación de Conflicto</u></p> <p>M: “Bueno, a vegades és complicat perquè no ens entenem. O ell no entén la meva posició i tampoc fa per entendre’m, cadascú ho veu diferent i amb això es queda”.</p>
		<p>H: “Ha arribat un punt que és difícil, quan jo dic blanc ella diu negre i arriba un punt que ja és millor no dir res per no discutir”.</p>
	Fluida	<p>M: “Buena, nos lo explicamos todo”</p>

		H: “Muy buena, siempre podemos hablar de todo, sin tapujos y con sinceridad. Siempre hemos tenido una comunicación muy fluida entre nosotros”.
Amor íntimo	Preservado	M: “Bueno él casi siempre está trabajando, pero aun así siempre nos hacemos muestras de cariño entre nosotros y también tenemos nuestro espacio íntimo”.
	Mermado y atribuido la enfermedad del hijo/a	M: “Bueno a esta edad la cabeza ya la tienes ocupada con otras cosas, es cierto que el vivir con nuestra hija nos ha limitado bastante también”.
		H: “Cada vez menos, por la edad, aunque si no fuera por mi hija, podríamos hacer más cosas a solas”
		M: Que va, no se puede con nuestro hijo en casa
		H: “Estamos limitados porque nuestro hijo vive en casa y a veces no podemos hacer nada su madre y yo juntos, ni irnos a ningún lado.. ni quiere que venga gente a casa tampoco, porque él siempre está en casa y no le gusta que venga nadie y bueno... intentamos no tenerla con él porque sino monta unas broncas monumentales sobre todo con su madre.
		M: “En aquests moments no. abans els fills vivien també amb nosaltres, però les coses eren molt diferents. Poder al jo sentir-me més atacada i culpabilitzada ha fet que em separi mes”.
P: “Ens ha afectat molt, perquè jo si que sóc el		

		típic que surt de casa i busca no pensar en tot el que deixo enrere, però a ella li costa més desconnectar i tota l'estona pateix, per tant ja ens quedem més a casa, ara a mi ja m'està bé, m'és igual anar a sopar o no. No desconnectem quan sortim, perquè ella pateix tota l'estona i més que una solució és un altre problema”.
--	--	---

PARENTALIDAD		
Autopercepción rol parental	No diferenciación de rol	M: “Bueno yo me he encontrado siempre haciendo el rol de padre, de madre, de abuela,... él ha hecho poco de padre.
	Construcción afectiva con exceso de cuidado y protección	M: siempre he tenido que estar yo pendiente de mis hijos, tanto antes de la enfermedad como ahora. . Creo que he hecho todo lo que he podido, siempre por mis hijos”.
		M: “Yo me siento igual como madre antes y después del diagnóstico. Siempre he estado por mi hija con todo lo que he podido y más, des de bien pequeña, ahora con todo pues me preocupo más, pero la relación es la misma”
		M: “Jo com a mare no crec que hagi canviat, sempre he estat sobreprotectora, molt preocupada per els fills, ara controladora no si m'ho demanes a mi. Sempre m'he vist igual”.

		<p>H: “Exigent, exigent de comunicar-ho. Mai els he castigat, però sí que els hi he fet discursos del què és la vida i com afrontar-la”.</p>
		<p>H: “Yo salía a la mañana a trabajar antes siempre y tenía menos contacto con el que su madre pero bien, normal. Salíamos mucho la familia juntos unidos pero a partir de la enfermedad nos hemos volcado más, nos hemos tenido que volcar por necesidad para él”.</p>
		<p><u>CULPA</u></p> <p>M: “Bien. Como madre me siento que no sé yo en que he fallado. Siento que mi hijo no ha podido hacer su vida o seguir su vida como cualquier persona adulta con la edad que tiene... se ha quedado a vivir en casa, no tiene trabajo... y nosotros pues detrás de él constantemente”.</p>
<p>Afecto</p>	<p>Afecto frío</p>	<p>M: “Al meu fill sempre li ha costat molt, ja quan era més petit. La nostre família no som massa d’abraçades”.</p> <p>H: “Abans era molt distant, sempre ha estat distant i no li han agradat els petons al meu fill. I ara, tampoc li agrada sempre diu que ja te 30 anys i que no vol petons i no ens els fem”.</p>

		<p>M: “Cesar siempre ha sido un chico poco cariñoso, que si te tiene que dar un beso te lo da pero que no le sale espontáneamente darte él sino que espera a que tu lo hagas”.</p>
		<p>H: “Somos una familia que no somos muy besucones pero felicitar o cosas así si y siempre igual”.</p>
		<p>H: “yo creo también que siempre se ha mostrado un poco más distante conmigo, igual con su madre si ella la fuerza un poco más pues le da un abrazo y eso pero conmigo menos siempre”.</p>
	Calidez en comunicación verbal y no verbal	<p>M: “Más que darnos besos o abrazos, siempre, siempre nos hablamos con mucho cariño. Creo que nuestro hijo siempre se ha sentido apoyado, querido, entendido...se siente seguro, sabe que siempre tendrá a su madre”.</p>
		<p>M: “siempre he tratado a mi hija con todo el cariño del mundo. Sin embargo, ella nunca ha sido de aquellas personas que les guste hacer muchos abrazos y besos y por eso muestra el cariño de otra manera, con palabras, gestos.. ”.</p>
Fomento de la autonomía	Control elevado	<p>M: Yo intentaba controlar mucho. Después intentaba dejarle pero no podía, puede ser que aumentara el control después del diagnóstico porque no vives. Además él fumaba porros y bebía y yo le registraba la habitación para ver si tenia algo... así que bueno... yo quiero que</p>

		<p>él pueda hacer su vida pero hay que estar encima de él.</p>
		<p>H: Ahora intentamos dejarle más libertad porque tiene 40 y pico de años pero tampoco tiene la autonomía económica y además hay que controlarle para aconsejarle porque no sabe administrarse... intentamos aconsejarle aunque no siempre nos hace caso. Aunque antes sí que le controlábamos más con toda la situación porque él mismo excedía los límites Y se metía en líos y bueno.. estábamos muy pendientes todo el día.</p>
		<p>M: que crezca claro, que ya es mayor, siempre he querido que sea autónomo, pero me daría mucho miedo que estuviera lejos de mí, por ejemplo, si me dijera que quiere irse a vivir a otra ciudad me daría mucho miedo, pero sí le animo a que sea el máximo de autónomo</p>
		<p>M: antes de la enfermedad ella decidía lo que quería hacer y cuando salir, pero desde entonces yo creo que me he vuelto más controladora con ella. Por ejemplo, cuando mi hija va a comprar ropa o sale de casa, me gusta ver cómo se ha vestido y quiero saber a dónde va y cuándo volverá, dice me preocupó mucho más por ella y siento que necesito tenerla más controlada por cualquier cosa que pueda pasar</p>
	Permisividad	<p>M: Ara ja té trenta anys i ara és totalment lliure, a més a més ja té cotxe i ara fa la seva, sempre ha estat així, ara l'anava a buscar i el</p>

		<p>meu marit es queixava perquè em deia que ja estava bé, que així no creixeran mai. Tot i així, tampoc em preocupo si em diu que tornarà a la 1 jo marxo a dormir, no l'espero. Vaig veure que la seva evolució havia anat molt bé i jo el veig molt bé, ara en el moment ho vaig passar molt malament, però ara ja respiro.</p>
		H: Permissiu sempre
Respeto a la intimidad	Invasión espacio personal	<p>M: yo la respeto, pero como no sabía si consumía pues a raíz del diagnóstico y todo le revisaba a veces la habitación por su bien, pero bueno... por lo demás ella tiene su espacio y sus cosas y le pregunto e intento saber si está mal por ejemplo y estas cosas, pero bueno a veces es más complicado</p>
		H: bueno nuestra hija tubo una época de mucha agresividad y claro, era más conflictivo todo, en ese entonces sí que queríamos controlar bastante todo aquello que hacía y ahora pues intentamos ver si está bien o mal pero más preguntando y eso ”.
		M: Siempre he tratado de respetar su intimidad, pero cuando he estado preocupada tal vez sí que he invadido su intimidad, mirando su teléfono o buscando “cosas” en su habitación. Antes de su enfermedad no hubiera tenido tanta necesidad de buscar en su habitación o en su teléfono, pero una vez diagnosticada la enfermedad, me preocupaba más y solía hacer estas cosas cuando le veía mal

		M: A ver no lo sé, yo creo que en general sí porque, aunque hayamos intentado hacer algo él la mayoría de veces ha acabado haciendo lo que le da la gana así que... Antes del diagnóstico pues sí claro, lo normal. Pero sí que es verdad que después ya cuando empezaba a hacer cosas raras yo entraba a la habitación y le buscaba si tenía drogas y todo eso.
	Diálogo y confianza	M: Yo creo que siempre ha estado respetada su intimidad y cualquier cosa se la hemos preguntado, sin buscarle nada en la habitación y eso. Estar encima mucho, pero registrar y esas cosas no. H: Habría que preguntarle a mi hijo si ha sentido respetada su intimidad pero yo creo que sí vaya, nunca me he metido en sus asuntos más que aconsejarle.
Comunicación	Dominio de claridad y sinceridad	M: La comunicación siempre ha sido igual. Nos contamos siempre las cosas, aunque tuvo una época en la que estuvo muy distante, ahora ya todo ha vuelto a ser como antes. No tenemos problemas en hablar las cosas. M: Siempre ha habido una comunicación muy clara entre nosotros y sincera.
		Dominio de criticismo y ambigüedad

		M: Normal porque él ha sido siempre muy reservado y ahora para nada, prácticamente somos “compañeros de piso”, hablamos de cosas de casa rutinarias porque vive bajo nuestro techo pero poco más... sobretodo conmigo. Él dice que no me soporta, está constantemente enfadado conmigo y me habla fatal y solemos discutir.
	Reservada	H: La comunicación entre yo y mi hija ha sido siempre pues lo básico de casa y eso... para cosas más intimas lo ha hablado más con la madre.
		M: La comunicación siempre ha sido igual, muy reservado. Nunca ha sido de contarme las cosas, más bien lo justo.
		H: siempre ha sido justa, siempre ha sido reservado y sigue siéndolo ahora, no le encuentro la diferencia. Incluso de más joven, paseábamos por el lado del cole que lo tenemos al lado y lo vemos a la hora de patio solo o cuando salía con los amigos tampoco hablaba con ellos

COPARENTALIDAD		
Equipo de padres	Rol polarizado (pasivo-activo)	M: Yo creo que en ocasiones necesito más ayuda. Siempre he sido yo quien ha estado más pendiente de todo y mi marido me deja hacer a mi.

		<p>H: “Yo como he dicho, siempre he querido que Carmen sea autónoma, así que yo le dejo hacer aquello que quiera y lo que dice mi mujer está bien.</p>
		<p>M: las decisiones siempre las he tomado yo y que era yo quien pasaba tiempo con nuestros hijos, así que no sé... la verdad es que no me da la sensación que en ese sentido hayamos trabajado mucho como equipo a nivel de equilibrarnos... él se ha adaptado generalmente a lo que yo creía y creo que es más conveniente.</p>
		<p>M: las decisiones siempre las he tomado yo y que era yo quien pasaba tiempo con nuestros hijos, así que no sé... la verdad es que no me da la sensación que en ese sentido hayamos trabajado mucho como equipo a nivel de equilibrarnos... él se ha adaptado generalmente a lo que yo creía y creo que es más conveniente.</p>
	<p>Individualidad</p>	<p>M: Actualmente vamos individuales, vemos las cosas diferentes, antes no tanto. Siempre hemos ido discrepantes, pero ahora pienso que si uno dice algo, el otro lo ha de ver diferente, y yo también me incluyo, yo también todo lo veo diferente. Sobre todo chocamos con el tema de los hijos, pero también nos influye en todo lo demás.</p>

		H: En un inicio nos veíamos muy bien, pero ahora no sabemos si lo hacemos bien. Antes todo iba funcionando, había cosas puntuales, pero no te las tomabas mal. Ahora todo esto ha cambiado, no vamos tan a la par.
	Unión	H: yo antes trabajaba muchas horas fuera de casa, la rutina hacia que tuviéramos menos tiempo para pasarlo todos conjuntamente. Ahora estamos jubilados y nuestra rutina es prácticamente la misma, vamos juntos a todos lados y nos apoyamos mucho desde el diagnóstico, hemos ido a la par porque sino hubiese sido imposible lidiar con la situación.
		M: Antes él pasaba muchas horas trabajando y yo llevaba más la familia y la casa pero después del diagnóstico nos hemos unido mucho más.
Comunicación	Evitación de conflicto	M: No coincidimos en opinión pero las cosas importantes las hablamos, a veces si no creo que es importante ni lo digo para evitar discusiones.
	Conflicto activo	H: No llegamos a un acuerdo conjunto y eso dificulta muchas veces que podamos hablar porque discutimos directamente.
	Rol polarizado (pasivo-activo)	H: Nuestra comunicación siempre ha sido buena. La manera en que somos los dos es difícil crear conflicto. Mi mujer es muy nerviosa y yo más tranquilo así que si ella se pone nerviosa no buscaré pelea. M: “bueno él me deja hacer y si hay algún

		<p>problema es un “ya te las apañarás”, pero no nos discutimos, no, sabemos como comunicarnos el uno con el otro.</p>
		<p>M: Siempre he sido yo como madre la que me he ocupado de cuidar a mi hijo y de todo lo que ha necesitado y necesita, aunque también he hablado con mi marido las cosas para que me diera su opinión pero teniendo yo “la batuta”. Yo creo que hay una buena comunicación entre nosotros, creo que podemos hablar de cualquier cosa y normalmente no discutimos.</p>
	Dominio de claridad y sinceridad	<p>M: Buena siempre. Es que lo hemos podido hablar todo siempre, si que es verdad que antes igual era menos porque mi marido trabajaba y yo estaba más en casa y a raíz de la enfermedad tuvimos que ponernos manos a la obra juntos porque nos hubiera hundido con él... o nos hubiéramos acabado separando porque además Pablo es muy manipulador y a cada uno le va con un juego distinto.</p>
		<p>H: Buena siempre. Lo hablamos todo para poder hacer frente al día a día con nuestro hijo.</p>
Toma de decisiones	Conjunta	<p>M: Siempre hemos tomado las decisiones todos juntos. Yo alomejor hablaba más con los hijos pero siempre los dos.</p>
		<p>H: Siempre hemos tomado las decisiones juntos.</p>
	Rol polarizado (pasivo-	<p>M: mi marido siempre ha estado trabajando mucho y me ha delegado a mi ese tipo de decisiones aunque evidentemente yo antes de</p>

	activo)	<p>tomar cualquier decisión lo hablaba con él para ver que le parecía. Mi marido no tiende a oponerse a las decisiones que yo quiere tomar en referencia a mi hijo</p> <p>M: Yo he gestionado más la toma de decisiones sobre mis hijos en cuanto a colegio, extraescolares... un poco la educación, porque él trabaja muchas horas al ser pastelero y yo al estar más en casa pues también estaba más con los hijos y decidía yo</p> <p>H: Nunca hemos estado en desacuerdo en este tema porque normalmente las decisiones las ha tomado mi mujer y no ha habido conflicto.</p> <p>H: Las decisiones sobre mi hija siempre las ha tomado mi mujer.</p> <p>M: Las decisiones sobre mi hija las he tomado siempre yo.</p>
Iniciativa comunicacional	Rol polarizado (pasivo-activo)	M: Yo siempre soy la que le dice las cosas que decidimos
		H: La madre siempre
		M: Siempre he sido yo
		M: Yo siempre.
	H: Sí, la verdad siempre mi mujer	
	Desautorización	M: Depende del momento, siempre se lo hemos dicho los dos aunque a veces nos hemos desautorizado.
	Iniciativa conjunta	H: Depende, siempre ha ido sobre la marcha, unas veces uno y otras veces otro.
Resolución de conflictos	Consenso	M: No hemos tenido nunca grandes desacuerdos, y siempre hemos llegado al consenso.

		H: Casi siempre hemos estado de acuerdo y no ha sido difícil resolver un conflicto
	Rol polarizado (pasivo-activo)	Yo siempre he sido la que mandaba, entonces se hacía lo que yo decía y no habían conflictos
		H: Es que ese caso nunca se ha dado, en que no estuviéramos de acuerdo en algo, mi mujer en relación a nuestras hijas siempre ha hecho las cosas muy bien, así que todo bien
		H: Acabo dejando que decida ella, yo digo lo que pienso, pero la resolución no la cuestiono, dejo que ella decida, por no discutir.
	Consenso	M: Complicado. Al final siempre nos hemos ido poniendo de acuerdo, uno debe aflojar. Yo creo que soy yo quien tiendo a aflojar más, porque al final piensas es igual, pero con las cosas más importantes hemos tenido que llegar a un consenso.
		M: Aunque hayamos podido discutir por algo sobre nuestro hijo en alguna ocasión, no hemos tenido ningún problema para poder hablarlo con transparencia y solucionarlo. Por eso, aunque la iniciativa haya sido siempre mía hemos ido a la par hablándolo con sinceridad y sin problemas

PADRES SEPARADOS

PARENTALIDAD		
Autopercepción rol parental	Sobreprotección-dependencia	M: Normal, ella iba al colegio y yo no trabajaba y hacia pues las tareas de casa, la compra, la comida... siempre estaba con mi hija. La ayudaba a hacer los deberes, y yo creo que siempre he estado por ella y lo he hecho todo por ella. A día de hoy me veo como que vuelvo a tener que hacer cosas que ya no me tocan como madre. O sea mi hija ya es mayor de edad y ella ya vivía sola y yo, que tengo una pareja, pues ya hacia otro tipo de vida ... ahora me veo como que vuelvo a tener que ir detrás de mi hija, que haga las cosas, que prepare su cuarto, que se tome la medicación, que se despierte a una hora decente... ahora como madre tengo muchos dolores de cabeza como cuando un hijo es adolescente.
	Experiencia de pérdida+ proyecto vital frustrado	M: Yo siempre he sido una madre normal, trabajadora, que cuida de su hijo, divertida. Ahora ya no me toca esta situación como madre. He tenido que aparcar proyectos porque mi hijo seguirá dependiendo de mí, no podré ser abuela porque mi hijo no tendrá hijos y sigue viviendo en casa. Me siento frustrada porque yo imaginaba que mi hijo se independizaría, se casaría... i yo seguiría tirando adelante mi vida pero no ha podido ser así.
	Experiencia de pérdida+	M: Antes del diagnóstico como madre me veía una madre feliz, en aquel tiempo lo

	dependencia	tenía todo hasta que surgió el problema de él. Después del diagnóstico todo cambió, yo no vivía, él antes de estar en el hospital estuvo 4 años mal, sin saber qué le pasaba; se aislaba en su habitación sin decirnos nada, no quería hablar conmigo. Y ahora bueno, él está mucho mejor y yo estoy con él siempre para todo lo que necesite.
	Culpa→ compensación des de la culpa	Yo como padre pienso que muchas veces les he faltado a mis hijos. Me considero un mal padre porque yo en el pasado tuve un problema con el juego y lo perdí todo... mi dinero, mi mujer, mis hijos... de hecho estuvieron de los 15 a los 17 sin hablarme por esto, he tenido una vida complicada pero quiero a mi hijo más que a mi vida y daría la vida por él y ahora hago todo lo que puedo pero cuando uno no está bien pues... es muy difícil... lo voy a ver, charlamos, lo acompaño a los sitios, le doy todos mis mejores consejos porque yo quiero que él no lleve la vida que he llevado yo, quiero que se supere y que sea mejor persona que yo, que luche para poder tirar para adelante.
Afecto	Afecto frío	M: Yo siempre he buscado que ella me besara y me abrazara más porque yo soy muy cariñosa, pero ella siempre ha sido más bien reservada. Antes nos dábamos besos o abrazos puntuales, sobretodo en reyes, cumpleaños y cosas así pero bueno al menos antes era correspondido, te devolvía el apretujón y era muy agradecida. Des de el

		<p>diagnóstico ya no quiere besos ni abrazos y yo pues ya ni lo intento porque me aparta.</p> <p>M: Ahora es menos cariñoso que antes. Pero si voy y lo pido, no me lo niegan, él me dará un beso y un abrazo pero es más difícil que salga de él solo aunque yo se que me quiere mucho.</p>
	Calidez en comunicación verbal y no verbal	<p>M: De pequeño era un hijo que sí daba besos, tampoco a todas horas, lo normal. Desde el diagnóstico si que he notado que es mucho más frío, que se preocupa por mi y me demuestra el cariño de otra manera con gestos o con palabras.</p> <p>H: Él siempre ha sido un niño más bien retraído. Lo que son besos y abrazos pues si se lo ibas a dar te lo devolvía y te apretaba también fuerte, igual que un beso pero nunca ha sido un niño de mucho cariño físico vaya. Y ahora pues lo mismo... él pues si te tiene que mostrar cariño lo hace porque por ejemplo a mi el otro día me mandó un <i>whatsapp</i> diciéndome que me quería mucho. Demuestra el cariño pero de otra manera, no tanto con besos o abrazos...</p>
Fomento de la autonomía	Control-dependencia	<p>M: Yo creo que he sido una madre permisiva, mi hija antes vivía con su pareja y hacia lo que quería. Desde que vive conmigo ahora estoy más preocupada por si sale, dónde va, estoy pendiente para comer o cenar y tampoco me gusta que salga de noche porque vivimos lejos del centro. Mi preocupación ahora es diferente de antes. Tengo que ir detrás para que se tome las</p>

		<p>pastillas y ayudarla porque en casa no hace nada, se lo hago todo yo.</p>
		<p>M: Permisiva pero con responsabilidad. Antes de la enfermedad hacía lo que quería, pero ahora no le dejaría tanto, ahora sufro porque salga y que vuelva a consumir o le pase algo. Igualmente nunca he sido taxativa, siempre con responsabilidad. De hecho ahora, le he hecho una parcela al lado de casa con una construcción de habitación, baño y mini cocina y así tiene su espacio y además ha mejorado nuestra relación. Él hace mucha vida allí y así va ganando autonomía porque se hace su cama, limpia... etc.</p>
		<p>H: des de que le diagnosticaron esquizofrenia pues también te vuelcas más, siempre que hay un problema. Él ya tiene 27 años pero yo sufro por él ahora mucho. Ahora cuando sale estoy pendiente de si me llama al teléfono por si necesita algo o si hemos quedado que vuelve a su casa a -x- hora que esté allí... Yo tengo plena confianza en él, sé que no se va a meter con nadie pero tengo miedo de que alguien se meta con él o que alguien se aproveche de él</p>
		<p>M: Siempre he sido una madre más bien</p>

		preocupada aunque ellos han hecho lo que han querido pero claro eso no quita que no sufriera y que no sufra. Él sale y va donde quiere, quizá le diré que tenga cuidado y estaré pendiente y sufriendo para que esté bien y que me llame y eso. Tal vez, al salir del ingreso fui más protectora, pero después lo normal
Respeto a la intimidad	Invasión del espacio personal	M: Si yo creo que si vaya...bueno antes fumaba porros y la descubrí porque claro como tiene todo hecho un cristo y no hace nada pues limpiándole la habitación, como se deja los bolsos tirados pues ahí lo descubrí pero vaya a parte de eso... ahora ya no fuma tampoco estando ahora en mi casa hace lo que le da la gana.. ella come y se sube a su habitación a ver la tele y se pasa ahí la tarde y si tiene que salir por la tarde a algún lado sale ella sola... así que yo creo que ella piensa que si respeto su intimidad vaya”
		M: como madre la he respetado, pero no se si él cree que se la respeto. No soy una madre fisgona que mire su habitación. Alguna vez, pero rara vez. Alguna vez sí que le he ido a mirar la carpeta donde tiene los registros de medicación para ver si la está tomando pero a parte de eso nada más.
	Diálogo y confianza	H: Yo pienso que sí que él siempre ha tenido libertad y intimidad. Sí que es verdad que si tenia el cuarto mal hecho y cosas así pues la madre le llamaba la atención pero igual que ahora, si se va a dormir tarde, se despierta

		<p>tarde y intentamos que tenga una rutina, le decimos las cosas.. pero respetamos su espacio. Tampoco nunca hemos registrado la habitación ni nada, ni el móvil...Además como se fuma algún porro de vez en cuando y se lo fuma en casa pues no tiene nada que esconder ni hemos sospechado nunca ninguna cosa rara como para tener que registrarle nada... él siempre ha dicho las cosas y es que además es una persona muy sincera y muy directa.</p>
		<p>M: No lo sé, yo creo que sí, también hemos de partir de la base de las circunstancias y de vivir bajo el mismo techo, que a veces, es insostenible. Lo que sí es cierto es que yo nunca le he revisado la habitación, ni el móvil, siempre de cara, directamente lo hablábamos y yo le preguntaba si había consumido.</p>
Comunicación	Dominio de claridad y sinceridad	<p>M: Siempre hemos tenido una comunicación muy fluida y muy directa. Fuese bueno o malo siempre me lo ha contado todo, des de su primera relación íntima a el consumo.</p> <p>H: Yo siempre he tenido una buena comunicación con mi hijo, siempre ha habido mucha sinceridad, también con los problemas que yo he tenido con el juego y el alcohol. Nunca le he ocultado nada, siempre hemos tenido una muy buena comunicación aunque a veces él esté más ausente o cuando está mal que no se puede tener una conversación fluida pero yo intento entenderle y ser flexible con él, tener</p>

		<p>paciencia para que no se tome mal las cosas. Podemos hablar de todo.</p>
	Criticismo	<p>M: Bueno lo normal, ella ha sido siempre callada y reservada. Me gustaría que habláramos más, de cosas de mujeres y además ella tendría que ser más madura... hablamos de casa pero lo típico y justo y necesario de convivencia porque está viviendo aquí y no puede evitarme.</p> <p>M: No hay a penas comunicación en casa. Él tiene su habitación en la planta de arriba y no hablamos más que de cosas que tengan que ver con la convivencia, se pasa todo el día ahí metida sin hacer nada. Antes era distinto, compartíamos mucho más y ahora si intento sacarle conversación me corta o me evita.</p>
Resolución de conflictos	Búsqueda de consenso mediante el diálogo	<p>H: Yo siempre he intentado hablar con él las cosas y decirle lo que creo que está bien y está mal. Él de todas formas siempre ha sido muy bueno como hijo y se ha portado bien, y la manera de resolver las cosas ha sido siempre hablando, dándole mi consejo pero él decidiendo qué hacer.</p> <p>M: Siempre hablamos para buscar soluciones a las cosas que nos ponen nerviosos a los dos. Intentamos llegar a un entre medio.</p>
	Imposición de opinión parental	<p>M: Yo hablo con él cuando a mí no me parece bien una cosa y luego él hace lo que le parece. Antes me hacía más caso y aunque</p>

		lo intente convencer ahora, es más difícil
		M: Si ella hace alguna cosa que no me gusta pues se lo digo, y me escucha. Depende de lo que sea intento que entre en razón como que no salga por la noche, pero bueno a veces discutimos o me ignora.. nos cuesta llegar a un acuerdo juntas porque rápido se lo toma mal.

COPARENTALIDAD		
Equipo de padres	Soledad	<p>M: Cuando empecé a ver que mi hijo tenía algo, me vi completamente sola. Nadie creía que a él le estuviera pasando algo; todo lo que hice lo hice sola. Él solamente estaba para lo bonito y me decía que era yo que me imaginaba las cosas. Siempre he sido yo la que estaba para mis hijos y él... nada.</p> <p>M: Yo siempre he intentado que cualquier cosa que decidía sobre mi hijo, como llevarlo a una residencia o el del piso compartir lo he compartido con su padre, pero él nunca se ha implicado, siempre han sido cosas que he tirado yo adelante. Él simplemente me paga 300 euros al mes y se desentiende y con ello representa que ya lo tiene todo hecho. Siempre he intentado que haya una comunicación y un equipo como padres, aunque nunca ha sido recíproco. Su padre nunca ha ido a verlo a los ingresos, a las residencias o en ningún sitio, nunca a verlo ni el llama ni nos comunicamos para</p>

		<p>saber qué hacer con Adrià, todo lo gestiono yo.</p> <p>M: Bueno como padres conjuntamente poco, nos separamos hace muchos años que mi hija era pequeña y él siempre ha estado al margen. Él me pasaba la pensión y la veía a veces pero entre nosotros no hablábamos nada de nuestros hijos. De hecho, ni si quiera se preocupa por su hija con lo que le pasa ni nada ni ha ido al hospital a verla nunca.</p>
	Mínimo insuficiente	<p>H: des de que Javi tiene esquizofrenia y se puso mal como yo llevo muchos años de baja porque he estado con depresión también y todo pues tenía y tengo más disponibilidad que ella porque ella trabaja mañana y tarde y entonces si que para ir a los médicos, a acompañar a mi hijo y todo eso si que hemos podido ponernos de acuerdo, pero a la mínima ya me machaca y nos peleamos. Ha habido una preocupación compartida por la enfermedad de nuestro hijo y nos hacemos llamadas rápidas pero poco más.</p>
Comunicación	Polarización de rol (pasivo-activo)	<p>Yo siempre fui una persona que se lo contaba todo, me gustaba llegar y contarle todo, él se callaba escuchaba y no decía nada. Me dejaba hacer y deshacer, pero él no decía nada. Por lo tanto, pues tu dirás... era como hablar sola porque hacia como que me escuchaba y ya está poca respuesta había. Y ahora pues menos aún, no hay comunicación, cuando se acuerda llama a su</p>

		hijo pero tampoco.
		M: No hay comunicación entre nosotros. Me encargo yo de absolutamente todo lo que tiene que ver con mi hijo. Las únicas veces que hemos tenido que hablar ha sido para la demanda que le puse pero, por lo demás él tiene otra familia y no le interesa ni su hijo ni nada.
		M: No hay comunicación, no hablamos, alguna vez si que he intentado hablar con él para que vaya a ver a su hija cuando ha estado ingresada o cuando miré para ver si podíamos entre los dos ponerle dinero para ayudarla con los gastos y que se fuera a un piso pero no le da la gana tampoco así que... siempre que hablamos, que es de mucho tiempo en mucho es sobre nuestra hija y acabamos peleados porque a él le da todo igual y encima no pone de su parte.
	Insuficiente	H: Después de saber que Javi tenia esquizofrenia ha aumentado la comunicación como he estado de baja y lo he podido acompañar más yo al médico y todo eso y a hacer recados y a verlo y a tomar algo, hablar con él... pues he tenido que tener más contacto con ella pero una comunicación justa y necesaria porque a la mínima me reprocha muchas cosas, me tiene mucho rencor y además es muy cuadrada ella, no se puede razonar así que para lo justo vaya de los hijos pero al tener Javi eso si que hemos tenido que hablar más

		de a lo que ella le hubiese gustado
Toma de decisiones	Polarización de rol (pasivo-activo)	M: las decisiones que hay que tomar como madre las tomo yo, porque su padre en ese aspecto esta desentendido. Ahora después del diagnóstico es que esta presente lo justo, llama a los hijos si quedan pues va a comer con su padre pero poco más, mi hijo ya es mayor.
		H: Las decisiones siempre las ha tomado ella estando juntos y después de estarlo también. Y ahora decisiones pocas porque ella y yo ya no nos entenderemos más, simplemente hablamos para cosas de recoger, ir a buscar a los hijos, acompañarlos a recados... poco más.
		M: Las decisiones las he tomado siempre yo, él se ha desentendido totalmente, tiene otra familia y bueno.. tampoco lo ve casi nunca así que evidentemente.. es así.
		M: Las decisiones son cosa mía, incluso cuando era más pequeña. Ahora, con su padre se ve poco y yo tengo nulo contacto con él. Ella si queda con él muy de vez en cuando pues se ven pero poco más. Él se ha desentendido con todo lo de la enfermedad y eso, la que decide y se ocupa de todo soy yo.
Iniciativa comunicacional	Polarización de rol (pasivo-activo)	M: Pues acostumbraba a hacerlo yo y por eso siempre he sido yo la mala de la película y la que más ha estado por ella. Tanto antes como ahora, aunque ahora las

		<p>decisiones las tomo yo sola evidentemente porque no hay un conjunto cada uno va por su lado y además él ni se preocupa ni entiende nada de la enfermedad de su hija.</p>
		<p>M: Mi hijo con quien vive es conmigo así que soy yo la que le dice las cosas y antes lo mismo... y no hablamos entre su padre y yo de nada ni de los hijos tampoco.</p>
		<p>H: Las decisiones siempre las ha tomado y las ha comunicado mi ex mujer. Y ahora decisiones pocas porque ella y yo no nos entenderemos más simplemente hablamos para cosas de recoger, ir a buscar a los hijos, acompañarlos a recados.</p>
		<p>M: Lo hago todo yo, siempre he intentado que haya comunicación y un equipo de padres, pero nunca ha sido recíproco.</p>
<p>Resolución de conflictos</p>	<p>Polarización de rol (pasivo-activo)</p>	<p>M: Siempre he sido yo la que ha decidido y a él le ha parecido siempre bien, sobretodo cuando eran más pequeños que yo decidía más él no decía nada, le parecía bien y si no pues igualmente solíamos acabar haciendo lo que yo creía que era lo más indicado. Ahora es que si uno cree que no y el otro sí da igual porque él está ausente, no colabora con nada</p>
		<p>M: yo creo que ha habido pocas, no recuerdo ninguna, porque normalmente me daba la razón, me dejaba hacer a mi. Así que poco margen de debatir o de dar cada uno su punto de vista porque estaba todo como repartido ya.</p>
		<p>H: Yo nunca me he opuesto a nada ni</p>

		ninguna decisión que ella tuviera respecto a mi hijo porque siempre he pensado que lo que ha decidido ha sido correcto y con las mejores intenciones. Ella lo ha llevado todo siempre y lo ha pagado todo, los ha sacado a delante en muchas
		M: Siempre he sido yo la que ha tomado las decisiones y él nunca se opuso. Ahora evidentemente al estar desentendido no hay opción a no estar de acuerdo en alguna decisión sobre nuestro hijo. Todo lo que tiene que ver con mi hijo está bajo mi responsabilidad

MONOPARENTALIDAD

PARENTALIDAD		
Autopercepción parental	Sobreprotección	<p>M: Bien. Siempre me he considerado una madre preocupada, que lo ha dado todo por sus hijos y que ha estado ahí en todo momento. Pienso que siempre he estado y estaré al pie del cañón con todos mis hijos.</p> <p>M: Yo siempre me he visto una madre muy luchadora y al cien por cien con Jorge. Mi hijo siempre ha vivido conmigo en casa.</p>

		<p>Dejó el instituto a la mitad cuando él tenía 14 años porque era una persona muy cerrada y le costaba hablar y yo ya sabía que él me necesitaba mucho ahí y que tenía que estar por él. Además justo por ahí fue cuando tuvo el primer brote esquizofrénico y le costó mucho la enfermedad y yo sufrí mucho por él en ese momento... pero bueno...</p> <p>M: Yo siempre he sido una madre muy normal, con el cuidado de sus hijos, su casa, su trabajo. Siempre he estado por mi hijo para todo y en todo momento.</p>
	Experiencia de pérdida-Proyecto vital frustrado	<p>M: Bueno yo antes de Melvin tener la primera crisis me veía de alguna forma casi realizada (ya termino los estudios, tiene el carnet de coche, trabajaba etc,...) ya podía empezar a volar solo, estaba tranquila y no tenía problemas, pero ahora siento que estoy de alguna forma atada, no me veo capaz de dejarlo solo, porque sé que me necesita y que cuando tiene sus crisis, por mucho que me enfade no tiene la culpa. Siento como si en vez de seguir hacia delante, haya vuelto atrás, a tener que estar siempre pendiente de él en todo, de lo que hace y lo que no hace y de verlo que no puede trabajar... como si tuviera un adolescente otra vez.</p>
Afecto	Afecto frío	<p>M: Sí que es verdad que igual antes salía de ella darme un beso o un abrazo espontaneo de vez en cuando y ahora con la enfermedad sale más de mi, y, lo recibe bien siempre y</p>

		cuando se encuentre bien.
		M: Yo soy muy cariñosa con mi hijo y tenemos muy buen trato entre nosotros y de vez en cuando nos damos algún beso o abrazo
	Calidez en comunicación verbal y no verbal	M: Mi hijo ha sido siempre poco besucón, pero siempre me ha demostrado el cariño de otra manera. Con su preocupación por mi, estando por mi, queriéndome proteger..
		M: Más que cariñoso siempre ha sido muy respetuoso, siempre me ha tenido mucho cariño. Cada noche cuando se acuesta nos bendecimos como muestra de cariño. Pero lo que son besos y abrazos nunca han estado tan presentes en un día a día, sí en cumpleaños y celebraciones pero día a día es eso, nos demostramos el cariño de otra manera.
		M: Ella salía y entraba y siempre salía juntas con su hermana y con las amigas.
Fomento de la autonomía	Control-dependencia	Siempre he sido más bien una madre protectora con todos mis hijos pero en su momento dejándoles la libertad para salir cuando quisieran aunque yo sufriera. con Jennifer des de la enfermedad, necesito estar constantemente encima de ella viendo lo que hace y lo que deja de hacer. Ahora la controlo más. Ahora me decía que el viernes se va a casa de una amiga hasta el domingo. Ella no hace nada sin que me pregunte, no le digo sí directamente porque siempre hay un “pero

		<p>M: Antes no sufría tanto y le dejaba salir más, también es verdad que antes el salía con unos amigos que yo siempre sabía donde estaba, pero me preocupaba menos que saliera. En cambio ahora, me preocupa más que salga. Yo siempre trato de dejarle hacer todo lo que quiera, pero estoy más alerta y más nerviosa cuando sale.</p>
	Permisividad	<p>M: Yo siempre me he considerado permisiva, cuando él era pequeño yo intentaba que mi hijo saliera más e hiciera cosas con amigos, que fuera a comprar.. pero él no quería, siempre estaba en casa conmigo o se encerraba en su cuarto con el ordenador o en la tele.... Y ahora lo mismo, él ya es mayor y a mi me gustaría que pudiera hacer más cosas o que se apuntara a algo pero dice que no quiere... sale a comprar solo, eso sí o va a buscar al colegio a su sobrina pero bueno es muy casero.. y yo si no quiere no le puedo obligar pero libertad toda.</p> <p>M: Siempre he intentado tener una buena relación con mi hijo, apoyándolo en todo y dándole mis consejos pero sin meterme en su vida y dándole libertad. Es verdad que cuando se hizo mayor y se fue de casa dije que haga su vida, aunque ya veía que las cosas no iban bien. Me considero una madre más bien permisiva.</p>
Respeto a la intimidad	Invasión del espacio personal	<p>M: Siempre he sido igual de sobreprotectora con el salir, con la ropa... Siempre he sido una madre preocupada cuando salía, entraba</p>

		<p>en todo lo que son tareas de casa siempre la estoy vigilando y ahí veo cambio, porque si se quiere poner a cocinar ya estoy detrás de ella a ver que está haciendo. Bueno ahora creo que la controlo más. Sobretudo con la ropa, lo que se tiene que poner, con los amigos con los que va... antes si que ella se vestía sola y se ponía lo que quería pero ahora antes de salir le paso “el escáner” por si lleva la chaqueta sucia o el vestido mal puesto...</p>
		<p>M: Antes si que hacía controles exhaustivos, por si fumaba porros, so olía o no olía, dónde iba... pero ahora como está más en casa pues estoy más tranquila aunque según dónde vaya o si sale por la noche ya estoy sufriendo para que no consuma nada ni le pase nada.</p>
		<p>M: Antes nunca hubiera mirado nada, pero ahora miro para ver cómo está, también cuando tiene crisis enciende velas, así que miro si tiene en su habitación, para saber en qué punto se encuentra. yo nunca le había mirado las cosas, porque él era muy responsable y muy ordenado y tenía su vida con su trabajo y su rutina y no había ningún problema. Pero ahora todo es muy diferente y yo sé que si le miro o le pregunto mucho se enfada y por eso lo hago a escondidas por su bien, por saber cómo está.</p>

	Confianza	<p>M: Yo siempre he respetado la intimidad de mi hijo, él tiene sus cosas y cuando se pone en su cuarto con el ordenador o cuando está mal y quiere estar solo pues le dejo su espacio. Él ahora ya lleva un recorrido muy largo, entiende su enfermedad y se toma todas sus pastillas así que claro que no me meto a registrar su cuarto ni nada de eso.</p>
Comunicación	Dominio de claridad y sinceridad	<p>M: Siempre ha habido buena comunicación, ella me ha contado las cosas y yo le he contado las cosas, podemos hablar de todo. La comunicación ahora es muy buena también, aunque, también he de decir que ella ha sido siempre una niña más callada.</p> <p>M: Yo tengo más comunicación con mi hijo ahora que antes, puede ser que antes por el hecho de ser adolescente estaba más distante. Pero ahora, podemos hablar seriamente de cualquier cosa. La comunicación es muy fluida, podemos hablar de cualquier cosa, incluso a veces demasiado.</p> <p>M: siempre nos hemos comunicado fácilmente y nos hemos entendido bien. hablamos mucho y nos entendemos muy bien, si que es verdad que a veces chocamos por cositas de convivencia pero muy bien. Cuando a veces nos discutimos, nos levantamos un poco la voz, pero nada fuera de lo normal, hablamos las cosas y nos entendemos bien, siempre ha sido así</p> <p>M: Entre nosotros siempre ha habido</p>

		<p>respeto a la hora de hablarnos, cariño.. mi hijo siempre ha sido muy buen chico y hemos podido hablar de prácticamente todo tanto bueno como malo.</p>
Resolución de conflictos	Imposición de opinión parental	<p>M: Normalmente no hay conflicto porque ella al ser tan callada cuando yo le digo que algo no me parece bien o lo asume o me dice que “vale” y luego hace lo que quiere porque no es de enfrentarse ni de alzar la voz, nunca ha sido tan impulsiva ni con tanto carácter como yo.</p>
		<p>M: tenemos muy pocos conflictos, suelen ser cosas de convivencia, que a veces se deja los platos sin fregar o que tiene que ir a comprar porque yo ya no puedo y se lo he de decir unas cuantas veces.. pero vaya podemos llegar a levantarnos un poquito la voz pero siempre acabamos entendiéndonos.</p>
	Diálogo y consenso	<p>M: Antes yo no tenía problemas con él, él tiraba muy bien siempre. Pero el problema fue cuando tuvo la primera crisis, después de eso ya empezamos a tener más problemas, cuando decidió dejar de estudiar. Igualmente, tratamos de pelearnos lo mínimo. Cuando él hace alguna cosa que yo no quiero que haga tratamos de buscar algún punto medio entre los dos</p> <p>M: Manel siempre ha sido buen chico, ha sido fácil y le cuesta enfadarse. No ha habido muchos encontronazos. No es una persona conflictiva ni yo tampoco soy</p>

		peleona. Intentaba confiar y hablar con él para resolver lo que fuera, y las cosas si tienen que pasar pasan por muy encima que estés de tu hijo.
--	--	---