

**Relaciones Familiares Básicas en diferentes estructuras familiares con un  
hijo con Trastorno del Espectro Psicótico.**

Marta Thomen Bastardas

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

Tutora: Carol Palma

Curso: 2019-2020

### Resumen

El objetivo de este estudio es describir y comparar las Relaciones Familiares Básicas, de familias con un hijo con trastorno del espectro psicótico, que presentan estructuras familiares diferentes: padres casados con hijos en convivencia, padres divorciados- separados y familias monoparentales. Así como, comparar las Relaciones Familiares Básicas de las familias con un hijo que sufre un trastorno del espectro psicótico, con familias con un hijo sin un diagnóstico psicopatológico. La muestra estuvo compuesta por un total de 46 familias (114 participantes), 23 familias del grupo clínico (57 participantes) y 23 familias en el grupo comparación (57 participantes). La batería de cuestionarios administrada, en ambos grupos, se distribuyó en función de la estructura familiar, haciendo uso del CERFB, la DAS y el PBI en las estructuras familiares de padres juntos, del CERFB-CoP, el CARE, el CAD-S, la DS y el PBI, en familias con padres divorciados-separados y del CERFB y el PBI en las familias monoparentales. Los resultados muestran diferencias significativas en las puntuaciones de Conyugalidad, Parentalidad y Co-Parentalidad, así como en la percepción de los hijos sobre su estilo de crianza, entre las familias clínicas y control, obteniendo una menor valoración de estas funciones en el grupo clínico. No obstante, no se asumen diferencias significativas entre las diferentes estructuras familiares del grupo clínico. Se concluye que, las familias con un hijo con trastorno del espectro psicótico, presentan un funcionamiento familiar menos favorable, en comparación a las familias del grupo comparación y se discute, cómo la estructura familiar no debe ser comprendida cómo un factor modulador del funcionamiento familiar, sino las dinámicas establecidas en la familia a nivel relacional.

*Palabras clave:* Relaciones Familiares Básicas, Conyugalidad, Parentalidad, Co-Parentalidad, trastorno del espectro psicótico.

### **Abstract**

The aim of this study is to describe and compare the Basic Family Relations in families with a child suffering from a psychotic disorder, who present different family structures: married parents with children living together, divorced-separated parents and single-parent families. The research also wants to compare the Basic Family Relations of families with a child who suffers a psychotic disorder, with families with a child without a psychopathological diagnosis. The sample included 46 families (114 participants), 23 in the clinical group (57 participants) and 23 in the comparison group (57 participants). The set of questionnaires administered, in both groups, was distributed according to family structures, using CERFB, DAS and PBI in family structures of married parents, CERFB-CoP, CARE, CAD-S, DS and PBI, in families with divorced-separated parents and CERFB and PBI in single-parent families. The results showed significant differences in the scores of Marital, Parental and Co-Parental functions perception, as well as in the children's perception of their parenting style, between the clinical and comparison group, obtaining a lower assessment of these functions in the clinical group. However, no significant differences are assumed between the different family structures of the clinical group. It is concluded that, families with a child suffering from a psychotic disorder, present a less favorable family functioning, compared to the families of the comparison group, and it is discussed, how the family structure should not be understood as a modulating factor of family functioning, but rather the dynamics established in the family at a relational level.

*Keywords:* Basic Family Relations, Marital functions, Parental functions, Co-Parental functions, psychotic disorder.

## Índice

1. Introducción .....	5
2. Método .....	13
2.1 Participantes .....	13
2.2 Instrumentos.....	14
2.3 Procedimiento .....	18
2.4 Análisis de datos .....	20
2.5 Ética .....	21
3. Resultados .....	22
4. Discusión.....	31
5. Referencias.....	37
6. Apéndice .....	44

## Introducción

La literatura recoge estudios que respaldan la importancia de la intervención familiar en el abordaje de los trastornos psicóticos, señalando una reducción del 20% en las tasas de recaídas e ingresos hospitalarios, además de una mejor adherencia y compromiso al tratamiento (Addington, Collins, McCleery & Addington, 2005; Bird, Premkumar, Kendall, Whittington, Mitchell, Kuipers, 2010; Bonds & Gondoli, 2007; Chien, Thompson, Lubman & McCann, 2016; Onwumere, Bebbington, & Kuipers, 2011; Pitchel-Walz, Leucht, Bäuml, Kissling & Engel, 2001).

La familia es considerada un sistema con relaciones influyentes entre sí, pues el comportamiento del individuo influirá sobre su entorno y el entorno influirá en él, generando una causalidad circular (Minuchin, 1997; Salem 1990; Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1990;). Por ello, es de esperar la importancia de la intervención familiar como factor de protección o atenuante sobre la estabilidad clínica de la persona (Addington., et al, 2005; Bird., et al, 2010; Chien., et al, 2016; Moriana, Alarcón & Herruzo, 2006; Moriana, Liberman, Kopelowicz, Luque, Cangas & Alós, 2015).

Los estudios señalan que las intervenciones familiares más indicadas para su tratamiento, son el uso de estrategias de afrontamiento, la psicoeducación, el entrenamiento en habilidades sociales, la solución de problemas, la rehabilitación cognitiva, la reducción del estrés psicológico y el apoyo social y familiar. Los cuales aumentan la calidad de vida de las familias y les ayuda a percibir una mejor funcionalidad familiar (Caqueo., et al, 2008; Elis, Caponigro & Kring, 2013; Moriana., et al, 2015).

No obstante, del mismo modo, la disfunción en las relaciones familiares puede conllevar importantes implicaciones en el curso de la enfermedad (Borchers, Seikkula & Lehtinen, 2013; Caqueo., et al 2008; Miller, Kabacoff, Keltner, Epstein & Boshop, 1986; Kabacoff, Keitner, Epstein, & Bishop, 1986; Pitschel, Leucht, Bduml, Kissling & Engel,

2001). De hecho, las principales perspectivas teóricas des de los años 60, entrevieron la necesidad de abordar los factores de comunicación, entre otros, como predisponentes en la etiología de los trastornos del espectro psicótico (Wynne, Singer, Bartko & Toohey, 1977). Señalando que, las formas disfuncionales de interacción entre los miembros del sistema, puede causar un deterioro en el funcionamiento relacional y familiar significativo, en comparación a las familias no clínicas (Miller., et al, 1986).

Para comprender la dinámica relacional y los patrones de interacción disfuncional en la familia, se pueden recoger de la literatura algunas hipótesis. Hipótesis como la del doble vínculo, de Bateson, Jackson, Haley y Weakland (1956). La teoría establece que la presentación repetitiva de mensajes contradictorios, expresados por un miembro del sistema familiar, causan la incapacidad del individuo para discriminar entre ambos mensajes, pudiendo llegar a desencadenar la manifestación de síntomas psicóticos, siendo la esquizofrenia su respuesta adaptativa.

Por otro lado, Haley (1959), aporta el concepto de triángulo perverso. Descrito como la involucración de un tercer miembro en un conflicto de dos. Generalmente, siendo el hijo el que es triangulado por los padres, que buscan establecer una alianza con el hijo, para constituir una coalición en contra del otro. Causando con ello, una estructura patológica que afecta al sistema familiar.

Des de la Escuela de Milán, se introduce el término de “juegos” psicóticos. Utilizando la palabra “juego” como metáfora para describir las diferentes presentaciones de organización familiar, asociadas a determinados síntomas o comportamientos (Prata,1988; Selvini-Palazzoli., et al, 1990).

Otro factor que predispone al aumento de recaídas, son los altos niveles de emoción expresada (Leff y Vaughn 1984). El concepto de emoción expresada, introducido por Brown (1960), describe la presencia de cinco factores: los comentarios críticos, la hostilidad, la sobre-involucración, la calidez y los comentarios positivos, hacia el miembro de la familia que sufre la enfermedad. Siendo los tres primeros, los componentes que indican altos niveles de emoción expresada, asociados a una probabilidad elevada de recaída sintomática (Brown, Birley & Wing, 1972; Dixon, Adams & Lucksted, 2000; Leff & Vaughn, 1981; Pitschel-Walz., et al, 2001; Vallina & Lemos, 2000). Ante ello, son muchos los autores que apoyan el trabajo psicoeducativo con los familiares, como herramienta para reducir el estrés emocional en el entorno familiar, en el afrontamiento de la enfermedad y en la comprensión de la influencia de esta, en el funcionamiento del paciente (Caqueo., et al, 2008; Dixon., et al, 2000; Garnica, 2013; Leff, 2000; Pitschel-Walz., et al, 2001; Vallina & Lemos, 2000).

Por otro lado, la literatura destaca que el apoyo que los familiares ofrecen a su pariente enfermo, puede arrojar como resultado una elevada carga en sus cuidadores, pudiendo afectar considerablemente en la calidad de vida familiar y en su salud (Caqueo., et al, 2008; Chien., et al, 2016; Dixon., et al, 2000; Miller., et al, 1986; Pitschel-Walz., et al, 2001).

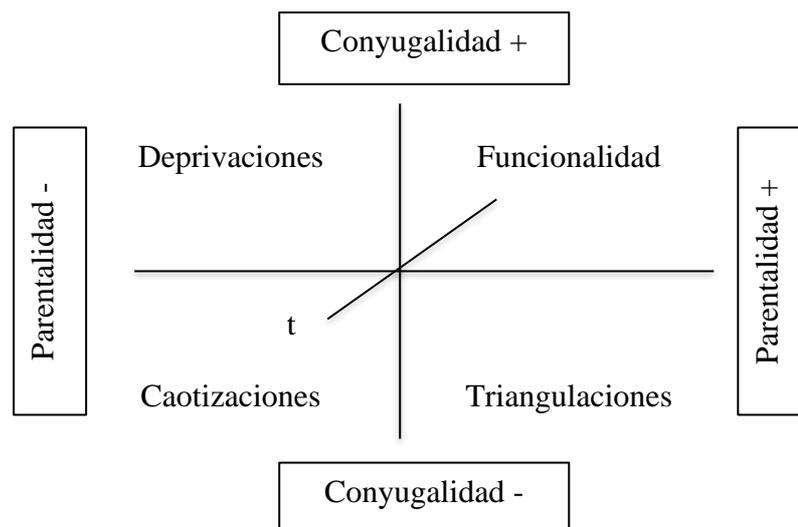
Estas formas de interacción y dinámicas familiares, dan lugar a un mayor malestar emocional tanto en la familia, como en la persona que sufre la enfermedad, afectando en el deterioro del funcionamiento familiar y en sus relaciones (Miller., et al, 1986).

Para comprender la atmósfera relacional de la familia, podemos atender a la Teoría de las Relaciones Familiares Básicas de Linares (1996, 2006, 2008, 2012). En esta teoría, el autor otorga que, para describir la funcionalidad relacional de la familia, deben atenderse dos dimensiones, la conyugalidad y la parentalidad. Linares (1996, 2006) precisa que se trata de dos funciones independientes entre sí, con influencia recíproca. La representación de las dos

dimensiones, la conyugalidad y la parentalidad, se sitúa en una dimensión bipolar, entorno a un polo de máxima positividad y otro de máxima negatividad (Ibáñez, Linares, Vilaregut, Virgili & Campreciós, 2012).

Por un lado, la conyugalidad describe las formas en que los miembros de la pareja interaccionan entre sí. Comprendiendo que los conflictos son un elemento inherente de las relaciones interpersonales, atiende las formas de afrontamiento de dichos conflictos. En función de la representación de las funciones conyugales, estas pueden inscribirse en la dimensión de armonía o en el polo opuesto, en la disarmonía (Ibáñez., et al, 2012; Linares, 1996, 2006, 2012). Por otro lado, la parentalidad atiende al desarrollo de las funciones parentales, por parte de las figuras paternas, inscribiéndose en los polos de conservación primaria y deterioro primario (Linares, 1996).

La combinación de ambas dimensiones, conyugalidad y parentalidad, establece un diagrama ortogonal, que simboliza cuatro cuadrantes que describen las distintas atmósferas relacionales en la familia. Los cuales describirán la Nutrición Relacional representada en el núcleo familiar (Linares, 2012). Según Ibáñez., et al (2012), la Nutrición Relacional se define como la vivencia de ser complejamente amado, a nivel cognitivo, pragmático y emocional, la cual desempeñará una influencia en el desarrollo de la personalidad y la salud mental de los hijos.



*Figura 1.* Modelo bidimensional de la Teoría de las Relaciones Familiares Básicas, Conyugalidad y Parentalidad, con sus cuatro modalidades relacionales (adaptado de Linares, 2006).

Como podemos observar en la figura 1, el cuadrante superior derecho enmarca la funcionalidad. Dando lugar a una nutrición relacional satisfactoria, definida por una conyugalidad armoniosa y la parentalidad preservada. En estas familias, se presentan las mejores opciones para un desarrollo saludable de sus miembros. En contra, los cuadrantes restantes recogen aquellas familias en las que una o ambas dimensiones presenta una tendencia disfuncional (Linares, 1996, 2006, 2012).

El cuadrante superior izquierdo representa a las familias en las que la Conyugalidad es armoniosa y la Parentalidad se presenta primariamente deteriorada. En estas familias, los padres no muestran una conflictividad en el plano conyugal, no obstante, hay una tendencia a privar a sus hijos de la nutrición relacional (Linares, 1996, 2006, 2012).

Las caotizaciones ocupan el cuadrante inferior izquierdo, representando a las familias con tendencia a una conyugalidad disarmónica y una parentalidad primariamente deteriorada,

dando lugar a un déficit en la nutrición relacional y un ambiente relacional caótico (Linares, 1996, 2006, 2012).

El cuadrante inferior derecho, sitúa a las familias que se caracterizan por una conyugalidad disarmónica y una parentalidad primariamente preservada. Ante la dificultad de la pareja para resolver el conflicto matrimonial, asimismo en los casos de separación o divorcio la dificultad para establecer acuerdos y solucionar sus conflictos, recurren a la inclusión de los hijos, buscando una alianza, para solventar la disputa. Linares (1996, 2006, 2012) define esta atmósfera relacional como Triangulación, donde el hijo se encuentra triangulado entre ambos progenitores.

En este sentido, Linares (1996, 2012) enmarca la funcionalidad relacional de la familia psicótica en la dinámica relacional de la Triangulación Desconfirmadora. Recordemos el concepto de triangulación, definido por Haley (1959) que describe la involucración de un tercer miembro en un conflicto de dos, dando lugar a una estructura patológica en el sistema familiar. El término desconfirmación, introducido por Watzlawick, Helmick, & Jackson (1985) en la teoría de la comunicación humana, describe la situación en la que se produce una falta de reconocimiento hacia la existencia del otro. En base a estos dos conceptos, Linares (1996, 2006, 2012) propone el término Triangulación Desconfirmadora. El cual define que, la dificultad para resolver el conflicto por parte de los progenitores y la constucción de una tríada con la involucración de una tercera persona, generalmente el hijo, acaba produciendo una disfunción en la función de parentalidad. Donde el individuo triangulado, siente una negación de su propia existencia por parte de las figuras paternas, dando lugar a la desconfirmación.

La literatura recoge estudios que avalan que los conflictos entre ambos progenitores interrumpen la capacidad de los padres para brindar apoyo a sus hijos, dejándoles menos receptivos, más hostiles, rechazantes y menos disponibles tanto física, como

emocionalmente. En consecuencia, se produce un deterioro en la relación parental (Bonds & Gondoli, 2007; Davies & Cummings, 1994; Floyd & Zmich, 1991; Harold & Shelton, 2004). Así mismo, el desajuste conyugal conduce a un menor apoyo en la coparentalidad, una dimensión de la parentalidad (Bolaños, 2015).

No obstante, la investigación actual destaca que, la coparentalidad es un mecanismo familiar que produce un mayor impacto en la parentalidad y en el desarrollo de los hijos, que el conflicto matrimonial. Entendiendo la coparentalidad como las formas de interacción, comunicación, cooperación y apoyo mutuo entre ambos progenitores, dirigidas a la crianza de los hijos. Presente tanto en el matrimonio, como en la relación post-matrimonial, en el caso de separación-divorcio (Bolaños, 2015; Bonds & Gondoli, 2007; Feinberg, 2003; Goldberg & Carlson, 2015; Lamela & Figueiredo, 2015; Lamela, Figueiredo, Bastos, Feinberg, 2016; Schoppe & Mangelsdorf, 2001).

Por lo consiguiente, las relaciones co-parentales negativas son consideradas factores de riesgo causales en el funcionamiento familiar. Por ello, la coparentalidad está emergiendo como un proceso familiar clave para predecir el funcionamiento y el bienestar familiar, independientemente del tipo de estructura de la familia (Baril, Crouter & McHale, 2007; Bolaños, 2015; Bonds., et al, 2007; Feinberg, 2003; Feinberg, Kan & Hetherington, 2007; Lamela., et al, 2015; Lamela., et al, 2016).

Por otro lado, aunque la literatura refiera una asociación entre el divorcio-separación y el desajuste en el desarrollo de los hijos, es sabido que no es debido a la disolución matrimonial per se, sino a los procesos familiares establecidos a continuación (Lamela., et al, 2016). Asimismo, los factores socioemocionales y las reorganizaciones estructurales del sistema familiar, pueden afectar la calidad de la interacción entre los progenitores y con ello, a la parentalidad (Goldberg., et al, 2015; Lamela., et al, 2015). Además, en las estructuras familiares monoparentales, se presentan más desafíos al haber de hacer frente a todas las

demandas que requiere la parentalidad, pudiendo causar desajustes en la misma (Crossman & Adams, 1980; Prakash, Basnet & Campbell, 2012; Richards & Schmiege, 1993).

En resumen, podemos observar en la literatura cómo las distintas formas de interacción, las dinámicas familiares y la estructura familiar en las familias con un paciente con trastorno psicótico, pueden denotar un funcionamiento familiar disfuncional. El grado de funcionamiento o disfuncionalidad de estas relaciones, puede relacionarse con el pronóstico del paciente en cuanto a la evolución de los síntomas y las recaídas (Addington, Collins, McCleery & Addington, 2005; Bird., et al, 2010; Chien, Thompson, Lubman & McCann, 2016). Sin embargo, nos encontramos frente a una escasez de estudios que indiquen cómo son las relaciones familiares cuando se dan en contexto de convivencia o cuando las estructuras son de monoparentalidad o separación, dado que la frecuencia y la intensidad de las interacciones disfuncionales será lo que esté modulando la evolución del paciente.

#### *El presente estudio*

La evidencia descrita en la literatura, nos invita a plantearnos la importancia de las dinámicas familiares como factores moduladores en la recuperación del paciente. Ante ello, el presente estudio tiene, en primer lugar, el objetivo de evaluar, describir y comparar las Relaciones Familiares Básicas de las familias con un hijo que sufre un trastorno del espectro psicótico (en adelante Grupo Clínico o GCL), que presentan tres tipologías de familias: padres casados con hijos en convivencia, padres separados-divorciados y familias monoparentales. En segundo lugar, comparar las Relaciones Familiares Básicas de las familias con un hijo que sufre un trastorno del espectro psicótico, con familias con un hijo sin un diagnóstico psicopatológico (en adelante Grupo Comparación o GCP), en las mismas estructuras familiares.

Ante ello, las hipótesis planteadas del estudio son, en primer lugar, que las Relaciones Familiares Básicas difieren significativamente entre las familias del grupo clínico y el grupo comparación. En segundo lugar, se plantea que la estructura familiar per se, no es un factor que defina y module el funcionamiento familiar.

Este estudio se enmarca bajo un contexto de Investigación y Desarrollo (I+D), con el objetivo de mejorar 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**

### *Participantes*

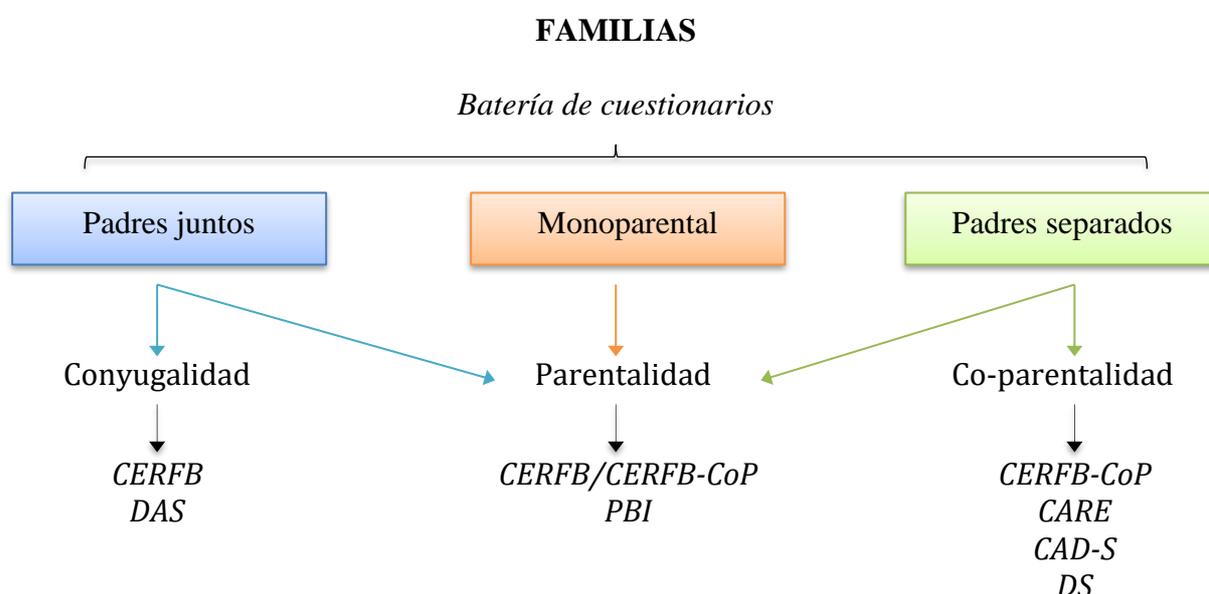
El diseño seleccionado para el presente estudio, es un diseño cuasi experimental, con un grupo comparación, elegido mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. En el estudio, se incluyeron un total de 46 familias (114 participantes): 23 familias en el grupo clínico (57 participantes): 9 familias con padres juntos, 7 con padres divorciados-separados y 7 familias monoparentales: 23 familias en el grupo de comparación (57 participantes): 9 familias con padres juntos, 7 con padres divorciados-separados y 7 familias monoparentales.

Los criterios de inclusión para las familias participantes del estudio fueron: i) ser de nacionalidad española, incluyendo hijos adoptivos, previamente a los 3 años de edad; ii) tener un hijo/a diagnosticado/a de un trastorno del espectro psicótico en base a los criterios del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), en convivencia actualmente; iii) presentar criterios de estabilidad clínica en los últimos tres meses; los hijos debían ser mayores de 18 años y no haber sido padres.

En las familias con padres juntos, se incluyeron figuras parentales, no biológicas, que ejercieran la función parental. En las familias de padres divorciados-separados, se consideraron monoparentales las familias con uno de los dos progenitores ausentes en la crianza del hijo o fallecido.

### *Instrumentos*

La batería de cuestionarios administrada a cada familia, se configuró en base a la estructura familiar, presentando las siguientes formulaciones:



*Figura 2. Batería de cuestionarios.*

Tabla 1.

*Distribución de la batería de cuestionarios según la estructura familiar.*

---

#### *Familias con padres Juntos*

---

- *Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)*
  - *Dyadic Adjustment Scale (DAS).*
  - *Parental Bonding Instrument (PBI)*
-

---

*Familias con padres divorciados-separados*

---

- *Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB-CoP)*
- *Cuestionario de Adaptación al Divorcio-Separación (CAD-S)*
- *Cuestionario de Apoyo Recibido de la Ex-Pareja (CARE)*
- *Parental Bonding Instrument (PBI)*
- *Escala de Deseabilidad Social (DS),*

---

*Familias Monoparentales*

---

- *Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)*
  - *Parental Bonding Instrument (PBI)*
- 

*Cuestionario de recogida de datos sociodemográficos y clínicos.* Con el objetivo de recoger las variables sociodemográficas, clínicas y laborales de los participantes, se elaboran dos cuestionarios ad-hoc. Uno de ellos dirigido a recoger información sobre las figuras parentales y otro, al hijo/a.

*Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB).* El CERFB (Ibáñez., et al, 2012), es el primer cuestionario construido y adaptado en la población española, con el fin de evaluar 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: 3,

6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 19, 22, 24 y 25) ( $\alpha = .91$ ) y *parentalidad* (11 ítems: 1, 2, 4, 4, 8, 13, 15, 18, 20, 21 y 23) ( $\alpha = .92$ ). 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. La puntuación en la escala de conyugalidad oscila entre 0 y 70, y en la escala parentalidad entre 0 y 55. Debe considerarse que los ítems 6, 7, 9, 10, 14, 22 y 24, son indicadores de una conyugalidad disarmónica. Mientras que los ítems 1, 2, 4, 15, 18, 21 y 23, indican una parentalidad primariamente deteriorada. Estos ítems puntúan a la inversa y deben ser recodificados antes de ser añadidos en la suma de la puntuación total (Ibáñez., et al, 2012).

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. Está diseñado con ítems politómicos, valorados en una escala Likert de cinco puntos. El instrumento consta de 2 escalas: parentalidad (11 ítems: 3, 6, 9, 10, 15, 16, 20, 23, 26, 30 y 31) ( $\alpha = 0.78$ ). y co-parentalidad (20 ítems: 1, 2, 4, 5, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 21, 22, 24, 25, 27, 28 y 29) ( $\alpha = 0.96$ ). Los ítems 3, 6, 9, 20, 23, 25, 28, 29, 30 y 31 deben ser recodificados a la inversa. Las elevadas puntuaciones, son indicativos de funcionalidad y viceversa.

*Dyadic Adjustment Scale (DAS)*. La DAS es un cuestionario auto administrado diseñado por Spanier (1976) y 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).

Parental Bonding Instrument (PBI), diseñado por Parker, Tupling y Bown (1979). El PBI, es un instrumento auto administrado de 25 ítems que evalúa dos dimensiones parentales, a partir de dos escalas: *Cuidado* (12 ítems: 1, 2, 4, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 24) y *Sobreprotección* (13 ítems: 3, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19, 20, 21, 22, 23, 25). La escala de cuidado puede tener una puntuación máxima de 36 puntos y la escala de sobreprotección una máxima de 39 puntos. Los ítems 2, 3, 4, 7, 14, 15, 16, 18, 21, 22, 24 y 25 deben ser puntuados a la inversa. 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.

Cuestionario de Adaptación al Divorcio-Separación (CAD-S), diseñado por Yárnoz-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: 6, 7, 8, 9, 12, 17), conflicto entre la ex pareja (3 ítems: 1, 3, 5), disposición a la co-parentalidad (5 ítems: 11, 14, 15, 16, 19) y consecuencias negativas de la separación para los hijos (6 ítems: 2, 3, 10, 13, 18, 20). 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 (Yáñez-Yaben., et al, 2010).

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

*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. Los ítems 3, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 19, 22, 23, 28, 30, 32 deben ser recodificados a la inversa. 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).

### *Procedimiento*

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

La selección de las familias incluidas en el estudio, se obtuvo mediante los registros de pacientes de 2017, 2018 y 2019 del Consorcio Sanitario del Maresme. Una vez seleccionados los pacientes que cumplían los criterios de inclusión (154 pacientes), se

procedió a pedirles su participación en el estudio, mediante contacto telefónico, a criterio de su terapeuta de referencia. Del total de pacientes seleccionados (n=154), el 29.87% formaron parte de la muestra del estudio. Un 18.18% fueron excluidos del estudio y el 51.9% rehusó participar. Puede observarse el diagrama de flujo de pérdidas, en la figura 3.

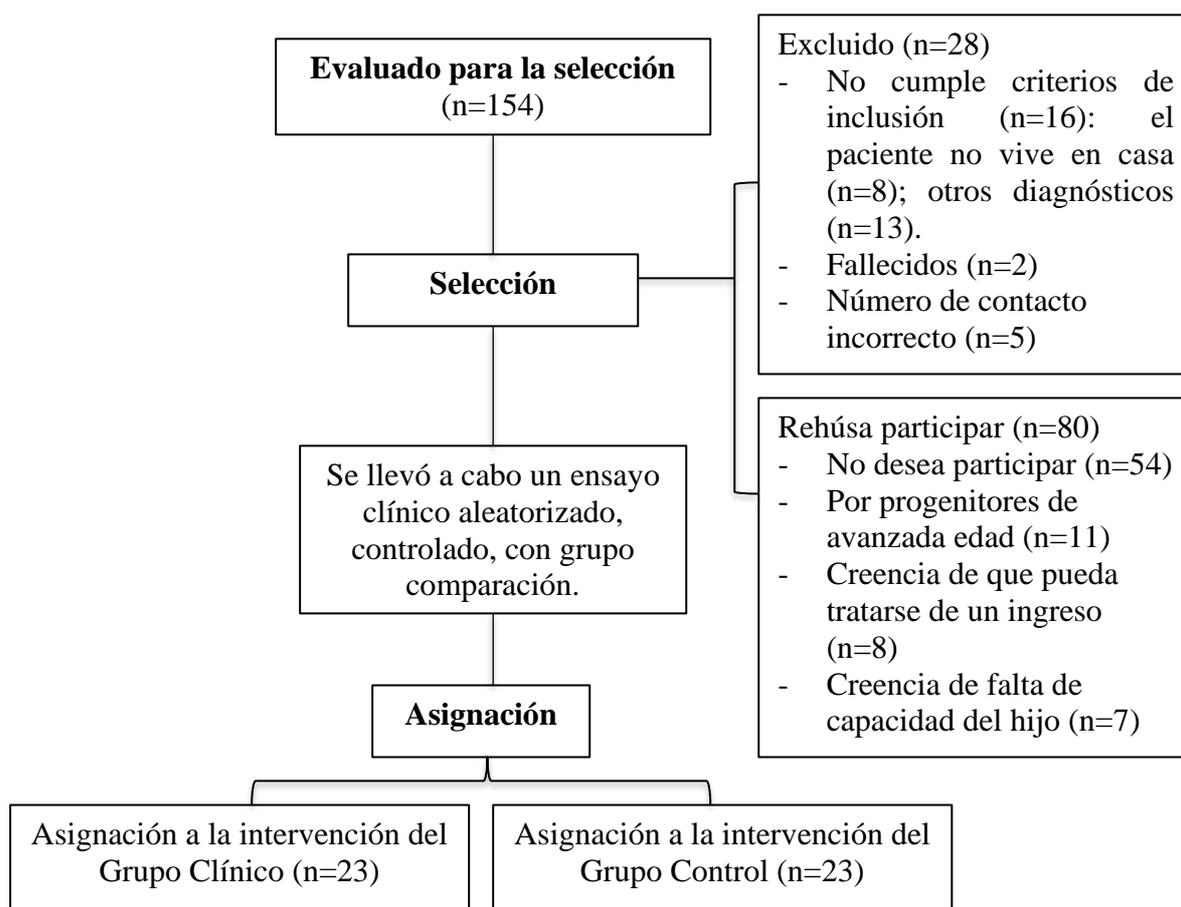


Figura 3. Diagrama de flujo de pérdidas.

Para proceder a la participación del estudio, se ofreció realizar visitas en consultas ambulatorias (69,56% de los participantes), con la opción de realizar la visita domiciliaria si la familia no podía desplazarse (40,44% de los participantes). En ambas circunstancias, la entrevista fue realizada por dos terapeutas. La recogida de datos se obtuvo mediante la cumplimentación de los cuestionarios y la realización de entrevistas semi-estructuradas, con el fin de detallar y describir los ítems policotómicos de los cuestionarios.

La evaluación de los participantes se comprendía por los cuestionarios ad-hoc sociodemográficos y clínicos, y la batería de cuestionarios, en función de la estructura familiar y sus miembros. Finalmente, se recogieron las variables clínicas del paciente y sus familiares con el psiquiatra o psicólogo de referencia. (ver figura 4).

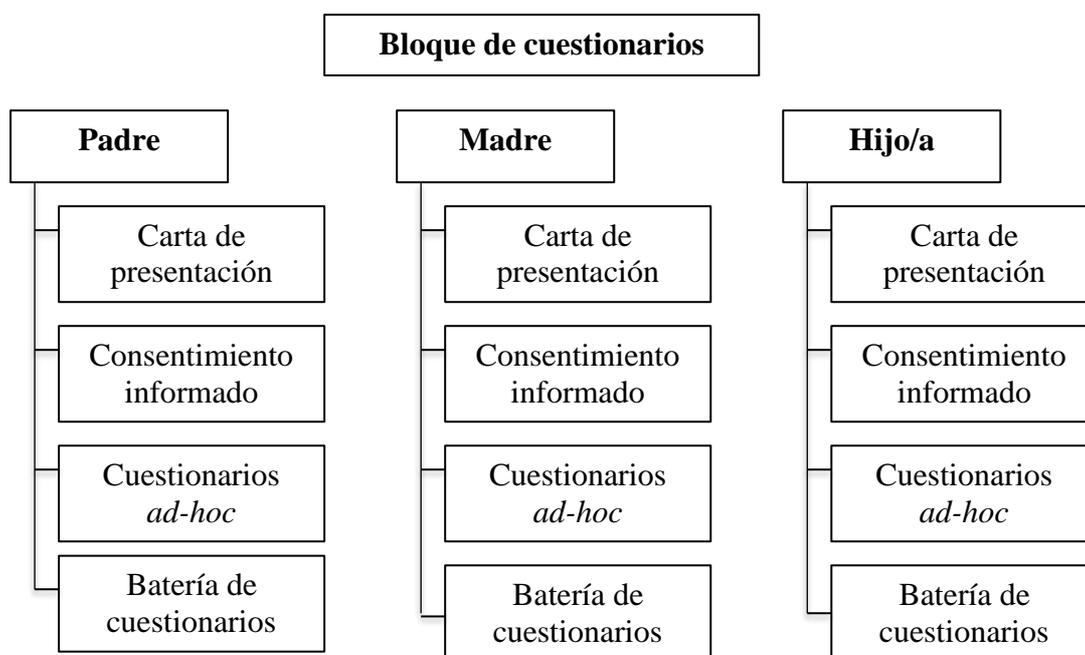


Figura 4. Bloque de cuestionarios.

#### *Análisis de datos*

Los resultados fueron analizados mediante el software IBM SPSS 25. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo sobre los datos sociodemográficos de ambos grupos muestrales (GCL y GCP) y otro, sobre los datos clínicos de los hijos participantes del grupo clínico. En segundo lugar, se realizó un análisis descriptivo sobre las variables Conyugalidad y Parentalidad del CERFB y la Co-parentalidad del CERFB\_CoP, el Ajuste total de la DAS y sus dimensiones, el Ajuste total del CAD-S y sus dimensiones, el total del CARE y las escalas Sobreprotección y Cuidado del PBI, según los padres y sus hijos.

Para el análisis descriptivo de las variables, se verificó la normalidad de estas, mediante la prueba Shapiro-Wilk. Se utilizó la T de Student o la U de Mann-Whitney, entre muestras independientes, en función de la condición de normalidad ( $p > 0,05$ ).

Posteriormente, para la comparación de los tres tipos de grupos clínicos, sobre las variables Parentalidad y las escalas Sobreprotección y Cuidado del PBI, según padres e hijos, se utilizó la ANOVA de un Factor con el test de Bonferroni (Post hoc), en las variables en que se verificó la normalidad ( $p > 0,05$ ) y en las que no, como prueba no paramétrica se aplicó la ANOVA de un factor de Kruskal-Wallis.

En último lugar, para el análisis intragrupal se efectuó un estudio correlacional, mediante el coeficiente de correlación de Pearson o Spearman, en función de la normalidad de las variables ( $p > 0,05$ ).

### *Ética*

Con el fin de garantizar el acuerdo de participación de las personas voluntarias sobre el estudio, se les entregó un consentimiento informado, donde constaba que la persona había sido informada del contenido y los objetivos del estudio, además de dar consentimiento, a su participación de forma voluntaria y anónima (ver Apéndice 1).

### Resultados

La muestra del estudio estuvo formada por un total de 46 familias (n=116), distribuidas en función de la estructura familiar y la pertenencia al GCL o al GCP, véase en la tabla 2.

Tabla 2.

*Participantes en el estudio*

	Familias con Padres Juntos		Familias con Padres Divorciados-separados		Familias monoparentales	
	GCL	GCP	GCL	GCP	GCP	GCP
Padres	9	9	1	5	0	0
Madres	9	9	7	7	7	7
Hijo/a	9	9	7	7	7	7
Número de familias	18		14		14	
Participantes	54		34		28	

\* *GCL*: Grupo Clínico; *GCP*: Grupo Comparación

Seguidamente, en la tabla 3 se analiza el grado de significación de las variables sociodemográficas del GCL y GCP, para proceder a su comparación. Como puede observarse, se asumen varianzas iguales en la distribución de la mayoría de las variables sociodemográficas entre grupos, lo cual permitirá un estudio comparativo más preciso entre ambos.

Tabla 3.

Variables sociodemográficas del GCL y GCP.

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>			
	M (DT)		(T <sup>a</sup> /U <sup>b</sup> )	<i>p</i>	M (DT)		(T <sup>a</sup> /U <sup>b</sup> )	<i>p</i>	M (DT)		(T <sup>a</sup> /U <sup>b</sup> )	<i>p</i>
	GCL	GCP			GCL	GCP			GCL	GCP		
Edad cónyuges (años)	65 (6,991)	64,31 (7,106)	0,280 <sup>a</sup>	0,78	62 (3,266)	61,73 (9,210)	0,90 <sup>a</sup>	0,93	60,86 (10,495)	59,67 (6,218)	0,243 <sup>a</sup>	0,813
Nivel de estudios	5,06 (5,418)	3,06 (2,413)	1,431 <sup>a</sup>	0,16	3,25 (2,550)	8,82 (5,671)	16 <sup>b</sup>	0,19	4,83 (2,713)	4 (0,816)	14.500 <sup>b</sup>	0,571
Convivencia conyugal (años)	41,22 (6,208)	39,38 (6,712)	106 <sup>b</sup>	0,18	-	-	-	-	-	-	-	-
Separación (años)	-	-	-	-	25,73 (12,001)	17,36 (7,915)	30 <sup>b</sup>	0,04*	-	-	-	-
Viudedad (años)	-	-	-	-	-	-	-	-	13,6 (9,478)	14,2 (5,344)	-0,073 <sup>a</sup>	0,94
Número de hijos	2,33 (0,840)	2,56 (0,705)	136 <sup>b</sup>	0,36	2,54 (1,330)	2,36 (0,505)	438 <sup>a</sup>	0,66	2,86 (0,404)	2 (0,816)	10,500 <sup>b</sup>	0,120
Número de hijos conviviendo	1,33 (0,485)	1,75 (0,856)	108 <sup>b</sup>	0,15	0,69 (0,855)	1,18 (0,875)	47 <sup>b</sup>	0,13	1,71 (0,360)	1 (0,00)	12 <sup>b</sup>	0,081
Lugar de residencia	12,65 (23,283)	10,33 (10,836)	144 <sup>b</sup>	0,625	6,13 (2,475)	7 (0,00)	35 <sup>b</sup>	0,26	7	7		
Edad hijos (años)	34,67 (4,229)	35,78 (8,085)	160 <sup>b</sup>	0,949	36,38 (6,801)	36,20 (7,913)	0,06 <sup>a</sup>	0,95	32 (3,436)	34 (3,811)	-0,390 <sup>a</sup>	0,704

\*  $p > 0,05$ 

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

A continuación, en la tabla 4 pueden observarse, más detenidamente, las variables clínicas referentes a los hijos del GCL, participantes del estudio.

Tabla 4.

*Variables clínicas de los hijos en el GCL. (n = 23)*

Variable	n	M (DT) o %
<i>Diagnóstico</i>		
Trastorno psicótico breve	0	0
Esquizofrenia	16	69,5
Esquizofreniforme	1	4,34
Trastorno esquizoafectivo	4	17,39
Trastorno psicótico no especificado	2	8,69
<i>Consumo sustancias</i>		
Cannabis	12	52,17
Alcohol	2	8,69
Ausencia de consumo	10	43,47
Edad primer episodio psicótico	23	22,28 (DT=0,916)
Tiempo en tratamiento (años)	23	8,87 (DT=5,294)
<i>Modalidad de tratamiento e intervención</i>		
Individual	18	78,25
Individual y grupal	1	4,34
Hospital de día	9	39,13
Otros	1	4,34

Con el objetivo de contrastar la primera hipótesis del estudio, se prosiguió a realizar el análisis descriptivo entre el GCL y el GCP, con las medias de tendencia central ( $M$ ), de desviación típica ( $DT$ ), y la comparación de medias, mediante la prueba paramétrica T Student ( $T^a$ ) y la no paramétrica U de Mann-Whitney ( $U^b$ ), con su grado de significación ( $p$ ). Las variables estudiadas fueron: las escalas Conyugalita y Parentalidad pertenecientes al Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB); la coparentalidad, mediante la versión ampliada del CERFB, el CERFB\_CoP; la Escala de Ajuste Diádico (DAS); el Cuestionario de Adaptación al Divorcio-Separación (CAD-S); el

Cuestionario de Apoyo Recibido de la Ex-Pareja (CARE) y finalmente, las subescalas Cuidado y Sobreprotección del Instrumento de Vínculo Parental (PBI), según grupo, estructura familiar y padres e hijos.

En las puntuaciones obtenidas sobre las diferentes estructuras familiares, se observan puntuaciones medias superiores en el grupo comparación, en todas las variables, menos en la escala Sobreprotección del PBI, indicativo de vínculos parentales más funcionales a menores puntuaciones. Se observan diferencias significativas en la percepción de la Sobreprotección de los hijos, en las familias con padres juntos ( $U = -1,922, p = 0,05$ ) y en las familias con padres divorciados-separados ( $T = -4,494, p = 0,001$ ), así como la percepción de cuidado en las mismas ( $U = -2,309, p = 0,021$ ). Además de ello, se aprecian diferencias significativas entre grupos (GCL y GCP), en las puntuaciones de Parentalidad, en las familias con padres juntos ( $T = -3,899, p = 0,001$ ), en las familias monoparentales ( $U = 2,152, p = 0,031$ ) y en las familias de padres divorciados-separados ( $T = -2,343, p = 0,032$ ), así como en la Coparentalidad en las mismas estructuras familiares ( $U = -2,346, p = 0,019$ ).



<b>CAD-S</b>													
Dificultades	-	-	-	-	11,50 (4,375)	9,80 (3,823)	0,880 <sup>a</sup>	0,392	-	-	-	-	-
Conflicto	-	-	-	-	9 (0,886)	10,50 (3,439)	-1,031 <sup>a</sup>	0,318	-	-	-	-	-
Consecuencias	-	-	-	-	13,75 (5,599)	13,30 (5,498)	36,500 <sup>b</sup>	0,75	-	-	-	-	-
Disposición	-	-	-	-	10,50 (4,956)	14,10 (7,63)	-1,150 <sup>a</sup>	0,267	-	-	-	-	-
Ajuste	-	-	-	-	-0,916 (4,90)	2,9 (8,403)	0,108 <sup>a</sup>	0,273	-	-	-	-	-
<b>CARE</b>													
	-	-	-	-	7,25 (2,915)	10,20 (4,022)	-1,737 <sup>a</sup>	0,102	-	-	-	-	-
<b>PBI Cuidado</b>													
Padres	24,56 (4,5747)	27,33 (7,577)	-1,307 <sup>a</sup>	0,202	25,62 (5,475)	29,18 (5,192)	-1,441 <sup>a</sup>	0,168	24,857 (4,259)	29 (3,076)	-1,246 <sup>a</sup>	0,239	
Hijos	24,611 (7,072)	28,33 (6,851)	-1,490 <sup>b</sup>	0,136	19,83 (6,644)	28,125 (6,851)	-2,309 <sup>b</sup>	0,021*	25,714 (5,313)	27,285 (7,454)	-0,454 <sup>a</sup>	0,658	
<b>PBI Sobreprotección</b>													
Padres	10,312 (7,05)	7,055 (4,60)	1,572 <sup>a</sup>	0,128	9,50 (3,585)	7,27 (9,177)	0,732 <sup>a</sup>	0,477	10,428 (4,859)	8,500 (3,937)	0,777 <sup>a</sup>	0,454	
Hijos	14,277 (7,92)	8,944 (6,393)	-1,922 <sup>b</sup>	0,05*	16,41 (8,752)	2,12 (2,100)	-4,494 <sup>a</sup>	0,001*	14,142 (5,520)	10,857 (5,639)	1,102 <sup>a</sup>	0,292	

\*  $p > .05$ 

\* GCL: Grupo Clínico; GCP: Grupo Comparación

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

Seguidamente, para el contraste de la segunda hipótesis, se establece un análisis descriptivo entre grupos clínicos (ver tabla 6) y posteriormente, entre grupos control (ver tabla 7), con las medias de tendencia central ( $M$ ), de desviación típica ( $DT$ ), y la comparación de medias mediante la prueba ANOVA de un Factor y Post hoc; test de Bonferroni ( $F^a$ ) y la prueba no paramétrica ANOVA de un Factor de Kruskal-Wallis ( $H^b$ ), con su grado de significación ( $p$ ). Las variables estudiadas fueron: la escala de Parentalidad, perteneciente al Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) y las subescalas Cuidado y Sobreprotección, del Instrumento de Vínculo Parental (PBI), según estructura familiar y padres e hijos, sin que se asuman diferencias significativas entre grupos, tanto en el GCL, como en el GCP.

Tabla 6.

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

<b>Variable</b>	<i>Media</i>	<i>Estadístico</i> ( <i>F<sup>a</sup>/H<sup>b</sup></i> )	<i>p</i>	<i>Diferencias entre grupos</i>		
<b>Parentalidad</b>	40,18 (5,177)	0,145 <sup>b</sup>	0,930			
<b>PBI Cuidado (Padres)</b>	24,90 (4,614)	0,134 <sup>a</sup>	0,875	Juntos	Divorciados-separados	<i>p</i> 1,000
					Monoparental	1,000
				Divorciados-Separados	Monoparental	1,000
					Juntos	1,000
				Monoparental	Divorciados-separados	1,000
					Juntos	1,000
<b>PBI Sobreprotección (Padres)</b>	10,12 (5,725)	0,153 <sup>b</sup>	0,926			
<b>PBI Cuidado (Hijos)</b>	23,27 (6,914)	4,507 <sup>b</sup>	0,105			
<b>PBI Sobreprotección (Hijos)</b>	14,94 (7,695)	0,313 <sup>a</sup>	0,734	Juntos	Divorciados-separados	<i>p</i> 1,000
					Monoparental	1,000
				Divorciados-separados	Monoparental	1,000
					Juntos	1,000
				Monoparental	Divorciados-separados	1,000
					Juntos	1,000

\*  $p > 0,05$

\* *Estadístico F<sup>a</sup>*: ANOVA de un Factor y Post hoc; test de Bonferroni

\* *Estadístico H<sup>b</sup>*: ANOVA de un Factor de Kruskal-Wallis

Tabla 7.

*Análisis comparativo de las variables Parentalidad, PBI cuidado y PBI sobreprotección entre grupos del GCP (n= 60 ).*

Variable	Media	Estadístico ( $H^b$ )	p
Parentalidad	46,00 (6,660)	0,955 <sup>b</sup>	0,620
PBI Cuidado (Padres)	28,200 (6,768)	0,203 <sup>b</sup>	0,903
PBI Sobreprotección (Padres)	7,085 (6,265)	1,013 <sup>b</sup>	0,603
PBI Cuidado (Hijos)	28,060 (6,786)	0,049 <sup>b</sup>	0,976
PBI Sobreprotección (Hijos)	7,470 (6,325)	0,713 <sup>b</sup>	0,700

\*  $p > 0,05$

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

A continuación, la tabla 7 muestra que la correlación entre las puntuaciones de la escala Conyugalidad del CERFB y las de Ajuste Diádico de la DAS es positiva y significativa, indicando una tendencia aumentativa o de disminución, en las puntuaciones de ambas variables de forma proporcional, del mismo modo que se observa una correlación positiva y significativa entre las variables Parentalidad y la escala de Cuidado del PBI. Se aprecia también, una correlación positiva y significativa entre la Co-parentalidad y la Parentalidad. Finalmente, se contempla una correlación negativa entre la escala Sobreprotección del PBI y la Parentalidad del CERFB, indicativo de tendencia a la disminución o al aumento de una de las variables, es decir, producirá el efecto inverso proporcionalmente a la otra variable, del mismo modo que se observa dicha correlación entre la escala de Cuidado del PBI y la escala Sobreprotección del PBI.

Tabla 8.

*Correlaciones entre las variables: Parentalidad, Co-Parentalidad, Conyugalidad y las escalas del PBI Cuidado y PBI Sobreprotección.*

	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. Conyugalidad	-	0,173	0,315*	0,869**		
2. Parentalidad	0,173	-			0,394*	-0,225
3. Co-Parentalidad		0,315*	-			
4. DAS	0,869**			-		
5. PBI Cuidado		0,394*			-	-0,492**
6. PBI Sobreprotección		-0,225			-0,492**	-

\* $p > .05$  \*\* $p \geq .01$  \*\*\* $p \geq 0,001$

### Discusión

Los resultados obtenidos nos invitan a plantearnos cómo las dinámicas familiares actúan como factores moduladores en la estabilidad clínica y la recuperación del paciente (Bird et al., 2010; Dixon et al., 2000; Pitschel-Walz et al., 2001; Vallina et al., 2000), coincidiendo con el planteamiento propuesto por Miller., et al (1986) y de Caqueo y Lemos (2008), entre otros. Arrojando la idea, de que el funcionamiento familiar en las familias con pacientes psiquiátricos resulta significativamente deteriorado, en comparación a las familias no clínicas. Dicho planteamiento se ajusta a los resultados obtenidos en el estudio, donde se observa cómo las funciones familiares resultan preservadas en el grupo comparación, dando lugar a un entorno con mayor posibilidad de establecer una Nutrición Relacional. En contra, en las familias con un hijo con trastorno del espectro psicótico, las funciones parentales, coparentales y conyugales, resultan menos favorables en comparación. Coincidiendo con la Teoría de las Relaciones Familiares Básicas de Linares (1996, 2007, 2012), donde se observa un menor ajuste en la conyugalidad, en el caso de las familias de padres juntos y un menor

ajuste en la co-parentalidad, en el caso de las familias de padres divorciados-separados, que deteriora secundariamente la función de parentalidad.

Ante ello, se confirma la primera hipótesis del estudio, indicando que las Relaciones Familiares Básicas difieren significativamente entre las familias del grupo clínico y el grupo comparación.

En el caso de las familias con padres juntos, los resultados obtenidos coinciden con las evidencias descritas en la literatura, comprendiendo la relación conyugal como un factor contextual que afecta a la calidad de las relaciones parentales (Feinberg, 2003; Gordon & Shelton, 2004). Sin embargo, es sabido que no es la disfunción matrimonial per se lo que deteriora la parentalidad, sino la dificultad de los padres para brindarse apoyo en la co-parentalidad, ante el conflicto matrimonial, lo que representa un impacto más directo en la relación padre-hijo, que la calidad conyugal (Bonds & Gondoli, 2007; Feinberg, 2004; Feinberg et al., 2007; Kamp., Kotila., & Schoppe-Sullivan, 2011; Lamela et al., 2016). Estos hallazgos coinciden con los resultados obtenidos, donde se observa una correlación negativa directa entre la co-parentalidad y la parentalidad y en contra, una ausencia de correlación entre la conyugalidad y la parentalidad.

Esta representación se observa directamente en las familias con padres divorciados-separados, donde la participación de ambos progenitores en la crianza de los hijos es compartida en las familias del grupo comparación, mientras que en las familias clínicas, uno de los dos progenitores, generalmente la figura paterna, se encuentra más ausente. La ausencia de una de las figuras parentales denota una coparentalidad negativa, la cual se vincula a un mecanismo de riesgo causal sobre la relación interparental (Baril., et al, 2007; Bolaños, 2015; Feinberg, 2004; Feinberg, 2007; Lamela., et al, 2015; Lamela., et al, 2016 ).

Frente a las diferencias presentadas entre el GCL y GCP, coincidimos con el argumento sugerido por Lamela et al (2015) y Lamela et al (2016), defendiendo que no es el

divorcio en sí el factor que predice el funcionamiento familiar, sino los procesos que devienen a continuación, concretamente la relación de coparenting. Dicho argumento se ajusta también al propuesto por Baril., et al (2007), Goldberg & Carlson (2015) y Feinberg (2004), sobre cómo la relación de coparenting actúa como mediador y moderador de apoyo frente a las posibles tensiones y estresores causados por la sobrecarga de la enfermedad, afectando directamente a la parentalidad, si este es negativo.

Des de esta perspectiva, en el caso de las familias monoparentales, podría ser la misma falta de una figura de apoyo coparental, el causante de mayores desafíos para afrontar el estrés y la sobrecarga del cuidador (Crossman & Adams, 1980; Prakash, Basnet & Campbell, 2012; Richards & Schmiege, 1993), afectando con ello a la parentalidad, como se ha observado en los resultados.

Además de ello, es sabido que la elevada carga de los cuidadores puede afectar a la calidad de las relaciones familiares, a sus formas de interacción y a sus dinámicas, causando con ello un deterioro del funcionamiento familiar (Caqueo., et al, 2008; Chien., et al, 2016; Dixon., et al, 2000; Miller., et al, 1986; Pitschel-Walz., et al, 2001). Dicha afirmación coincide con los resultados del estudio, donde se observa en las familias con padres juntos del grupo clínico, un menor ajuste sobre la conyugalidad, vislumbrando dificultades para la resolución del conflicto matrimonial, como citaba Linares (1996, 2006, 2012). Del mismo modo, la ausencia de los progenitores paternos del GCL, de familias con padres divorciados-separados (donde participó un padre de siete familias), deja entrever la dificultad de sus progenitores para llegar a acuerdos sobre la crianza de los hijos, pudiendo recurrir, en ambos casos, a la inclusión de los hijos para solventar la disputa, ajustándose al modelo sobre la dinámica relacional de la Triangulación Desconfirmadora propuesta por Linares (1996, 2006, 2012). Estos resultados también nos recuerdan a las aportaciones de Haley (1959), sobre el

triángulo perverso y a los “juegos” psicóticos descritos des de la Escuela de Milán (Prata,1988; Selvini-Palazzoli., et al, 1990).

En relación a la percepción de los hijos sobre el vínculo parental, los pacientes del GCL, perciben su estilo de crianza con una menor valoración que los hijos del GCP. Asimismo, se observan diferencias significativas referentes a la percepción de sobreprotección en las familias de padres juntos y divorciados-separados, implicando sensaciones de control excesivo, intrusión y menor fomento de la independencia.

Además de ello, los hijos de las familias con padres divorciados-separados del GCL, perciben una menor valoración de las funciones relativas al cuidado, que los hijos del GCP. Coincidiendo con el concepto definido por Parker, Fairley, Greenwood, Jurd & Silove (1982) sobre el “control sin afecto”. El cual propone un estilo parental caracterizado por un lado por, una baja atención, indiferencia y rechazo y por otro lado, una excesiva sobreprotección, definida por el control, la intrusión, infantilización, etc. Estos resultados nos recuerdan a los altos niveles de emoción expresada descritos por Brown (1969), Leff y Vaughn (1984). Señalando la presencia de la sobre-involucración y el criticismo como factores de riesgo sobre las tasas de recaída (Brown, Birley & Wing, 1972; Dixon, Adams & Lucksted, 2000; Leff & Vaughn, 1981; Pitschel-Walz., et al, 2001; Vallina & Lemos, 2000). Ante ello, es de esperar que diversos autores asuman la importancia de la implicación familiar en el proceso terapéutico, como factor de protección y atenuante sobre la estabilidad clínica del paciente (Addington et al., 2005; Bird et al., 2010; Chien et al., 2016; Dixon et al., 2000; Moriana et al., 2006; Moriana et al., 2015; Pitschel-Walz et al., 2001).

En referencia a la segunda hipótesis, no se han encontrado diferencias significativas entre las diferentes estructuras familiares del GCL. Sin embargo, en todas se observa un deterioro del funcionamiento familiar. Frente a ello, coincidiendo con Baril., et al (2007), Bolaños (2015), Bonds., et al (2007), Feinberg (2004, 2007) y Lamela., et al (2015, 2016),

puede asumirse que no es la propia estructura familiar la que define y delimita las dinámicas familiares que deterioran su funcionamiento, sino que son las mismas dinámicas familiares que se establecen en las familias con un hijo con trastorno del espectro psicótico, las que modulan el funcionamiento familiar y la estabilidad del paciente, confirmando la segunda hipótesis planteada en el estudio.

### *Limitaciones*

Como limitaciones, cabe destacar el tamaño reducido de la muestra, el cual puede influir en la validez y significación de los resultados obtenidos. Además de ello, debe destacarse que los resultados obtenidos no son generalizables, dado el tamaño reducido de su muestra. Las dificultades presentadas frente al acceso de participantes, fueron debidas, en primer lugar, por la especificidad de los criterios de inclusión de las familias clínicas del estudio. En segundo lugar, la edad avanzada de muchos de los padres, sobretudo en familias monoparentales, impidió su participación. En tercer lugar, la falta de participación de la mayoría de los padres en la muestra clínica de las familias con padres divorciados-separados, limitó su comparación con las familias del GCP. En cuarto lugar, debe señalarse el miedo percibido por muchos de los pacientes de que se tratara de un ingreso involuntario y ante ello, rehusaran participar. Finalmente, debe destacarse la falta de comparación con una metodología cualitativa que compare y complemente los resultados obtenidos.

### *Conclusiones*

En el presente estudio, ha podido observarse cómo la frecuencia y la intensidad de las interacciones disfuncionales en la convivencia, modulan la evolución del paciente. Destacando la disfuncionalidad de las relaciones familiares como un factor de riesgo causal sobre el curso de la enfermedad. Se asume un funcionamiento familiar significativamente

deteriorado, en cuanto a las Relaciones Familiares Básicas, en las familias con un hijo con trastorno del espectro psicótico, en comparación a las familias sin un hijo con patología diagnóstica. Finalmente, se observa que no es la propia estructura familiar la que delimita el funcionamiento familiar, sino las dinámicas familiares que se establecen en las familias con un hijo con trastorno del espectro psicótico, las que median y modulan su funcionamiento y la estabilidad clínica y recuperación del paciente. Frente a ello, debe considerarse primordial la importancia de la intervención familiar en el abordaje de los trastornos psicóticos.

#### *Futuras líneas de estudio*

Frente a la observación que sugiere que la relación coparental es el predictor más próximo y causalmente relacionado a la parentalidad, así como un factor protector frente a la sobrecarga y el estrés del cuidador, se sugiere que en futuras investigaciones se observe cómo la falta de una relación de coparentalidad afecta a las familias monoparentales. Por otro lado, se observa en las familias de padres divorciados-separados, la ausencia de uno de los progenitores, generalmente la figura paterna. Ante ello, se propone para futuras líneas de estudio, observar qué factores modulan este hecho. Seguidamente, se sugiere para futuras investigaciones establecer una comparación con medidas cualitativas, dada la complejidad que abarca la descripción y evaluación de las Relaciones Familiares Básicas mediante únicamente medidas cuantitativas. Finalmente, debería considerarse la inclusión de familias con padres homosexuales, familias reconstruidas, familias con hijos adoptados, entre otras, en los criterios de inclusión, dado que en la actualidad son muchas las familias que se alejan de los criterios de la familia convencional.

### Referencias

American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5), 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014.

Addington, J., Collins, A., McCleery, A., & Addington, D. (2005). The role of family work in early psychosis. *Schizophrenia Research*, 79, 77-83.

Ballús, 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. *Behavior Therapy*, 25(1), 67-88.

Bateson, G., Jackson, D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral science*, 1(4), 251-264.

Bird, V., Premkumar, P., Kendall, T., Whittington, C., Michell, J., & Kuipers, E. (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 350-356.

Bolaños, I. (2015). Custodia compartida y coparentalidad: una visión relacional. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 15, 57-72.

Bonds, D. (2007). Examining the Process by Which Marital Adjustment Affects Maternal Warmth: The Role of Coparenting Support as a Mediator. *Journal of Family Psychology*, 21(2), 288-296.

Borchers, P., Seikkula, J., & Lehtinen, K. (2013). Psychiatrists' inner dialogues concerning workmates during need adapted treatment of psychosis. *Psychosis*, 5(1), 60-70.

Brewin, C., MacCarthy, B., Duda, K., & Vaughn, C. (1991). Attribution and expressed emotion in the relatives of patients with schizophrenia. *Journal of Abnormal*

*Psychology*, 100(4), 546.

Bronte, J., Horowitz, A., & Carrano, J. (2010). Aggravation and Stress in Parenting: Associations with Coparenting and Father Engagement Among Resident Fathers. *Journal of Family Issues*, 31(4), 525-555

Brown, G., Birley, L., & Wing, J. (1972). Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: A Replication. *Brit. J. Psychiatry*, 121, 241-58.

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.

Caqueo, A. & Lemos, S. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*, 20(4), 577-582.

Chien., W.T., Thompson, D., Lubman, D., & McCann, T. (2016). A Randomized Controlled Trial of Clinician-Supported Problem-Solving Bibliotherapy for Family Caregivers of People With First-Episode Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 10.

Cozolino, L., Goldstein, M., Nuechterlein, K., West, K., & Snyder, K. (1988). The impact of education about schizophrenia on relatives varying in expressed emotion. *Schizophrenia Bulletin*, 14(4), 675-679.

Crowne, D., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349-354.

Dixon, L., Adams, C., & Lucksted, A. (2000). Update of family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 5-20.

Goldberg, S., & Carlson, J. (2015). Patterns and predictors of coparenting after unmarried parents part. *Journal of Family Psychology*, 29(3), 416-426. <https://doi.org/10.1037/fam0000078>

Gordon, T & Shelton, K. (2004). Marital Conflict, Child Emotional Security about Family Relationships and Child Adjustment. *Social Development*, 13(3), 28.

Elis, O., Caponigro, J., & Kring, A. (2013). Psychosocial treatments for negative symptoms in schizophrenia: current practices and future directions. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 914–928.

Ferrando, P., y Chico, E. (2000). Adaptación y análisis psicométrico de la escala de discapacidad social de Marlowe y Crowne. *Psicothema*, 12, 383-389.

Fernández, Ó., & Girález, S. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema*, 12(4), 671-681.

Feinberg, M. (2003). The Internal Structure and Ecological Context of Coparenting: A Framework for Research and Intervention. *Parent Sci Pract*, 3(2), 95-131.

García, P., Moreno, A., Freund, N., & Lahera, 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.

Garety, P., Fowler, D., Freeman, D., Bebbington, P., Dunn, G., & Kuipers, E. (2008). Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 412-423.

Gutiérrez, S., Sanz, J., Espinosa, R., Gesteira, C., & García-Vera, M. (2016). La Escala de Deseabilidad Social de Marlowe-Crowne: baremos para la población general española y desarrollo de una versión breve. *Anales de Psicología*, 32, 206-217.

Ibáñez, N., Linares, J., Vilaregut, A., Virgili, C., & Campreciós, M. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB). *Psicothema*, 24(3), 489-494.

Kamp, C., Kotila, L & Schoppe-Sullivan, S. (2011). Predictors of Supportive Coparenting After Relationship Dissolution Among At-Risk Parents. *Journal of Family Psychology*, 25, 356-365.

Lamela, D & Figueiredo, B. (2015). Coparenting after marital dissolution and children's mental health: a systematic review. *Journal de Pediatría*, 92(4), 331-342.

Lamela, D., Figueiredo, B., Bastos, A., & Feinberg, M. (2016). Typologies of Post-divorce Coparenting and Parental Well-Being, Parenting Quality and Children's Psychological Adjustment. *Child Psychiatry Hum Dev*, 47, 716-728.

Leff, J., & Vaughn, C. (1984). *Expressed emotion in families: Its significance for mental illness*. New York: Guilford press. [L]  
[SEP]

Leff, J. (2000), «Family work for schizophrenia: Practical applications», en *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(407), 78-82.

Linares, J. L. (1996). *Identidad y narrativa: la terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós. [L]  
[SEP]

Linares, J. L. (2006). Una visión relacional de los trastornos de personalidad. *Terapia familiar y de pareja*, 166-178.

Linares, J.L. (2008). Schizophrenia and eco-resilience. *Journal of Systemic Therapies*, 27(3), 16-29.

Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna: la inteligencia terapéutica*.

Herder Editorial.

López, S., Nelson Hipke, K., Polo, A., Jenkins, J., Karno, M., Vaughn, C., & Snyder, K. (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., Fernández, J., Puigdesens, A., Tejedor, C., & Orriols, M. (2012). Propiedades psicométricas del cuestionario de evaluación de las relaciones familiares básicas (CERFB). *Psicothema, 24*(3), 489-494.

McCreary, L., & Dancy, B. (2004). Dimensions of Family Functioning: Perspectives of Low-Income African American Single-Parent Families. *Journal of Marriage and Family, 66*, 690–701.

Miller, I., Kabacoff, R., Keitner, G., Epstein, N., & Bishop, D. (1986). Family functioning in the families of psychiatric patients. *Comprehensive Psychiatry, 27*(4), 302-312

Moriana, J., Alarcón, E., & Herruzo, J. (2006). Aplicación de un programa de intervención psicológica en un caso de esquizofrenia. *Análisis y Modificación de Conducta, 32*(146), 719–742.

Moriana, J., Liberman, R., Kopelowicz, A., Luque<sup>1</sup>, B., Cangas, A., & Alós<sup>1</sup>, F. (2015). El entrenamiento en habilidades sociales en la esquizofrenia. *Psicología Conductual, 23*(1), 5-24.

Onwumere, J., Bebbington, P., & Kuipers, E. (2011). Family Interventions in Early Psychosis: Specificity and Effectiveness. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 20*(2), 113-119.

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>

Parker, G., Fairley, M., Greenwood, J., Jurd, S., & Silove, D. (1982). Parental representations of schizophrenics and their association with onset and course of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 141(6), 573–581.

Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bauml, J., Kissling, W., & Engel, R. (2001). The Effect of Family Intervention on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia: A Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27(1), 20.

Prata, G. (1988). Del “juego simétrico” de la pareja al “juego psicótico” de la familia. *R.A.E.N*, 8(27), 11.

Salem, G. (1990). *Abordaje terapéutico de la familia*. Barcelona: Masson.

Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P. y Sierra, J. (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/>

Schoppe, S & Mangelsdorf, S (2001). Coparenting, Family Process, and Family Structure Implications for Preschoolers’ Externalizing Behaviour Problems. *Journal of Family Psychology*, 15(3), 526-545.

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. (1988). *Paradoja y*

*contraparadoja: un nuevo modelo en la terapia de la familia con transacción esquizofrènica.*

Barcelona: Paidós.

Sharyn, M., Crossman., & Gerald., A.(1980) Divorce, Single Parenting, and Child Development, *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 106(2), 205-217, DOI: [10.1080/00223980.1980.9915185](https://doi.org/10.1080/00223980.1980.9915185)

Spanier, G. B. (2017). DAS. Escala de Ajuste Diádico (R. Martín-Lanas, A. Cano-Prous, y M. I. Beunza-Nuin, adaptadores). Madrid: TEA Ediciones.

Vallina, Ó., & Lemos, S. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema*, 12(4), 671-681.

Vilaregut., A. (2003). *Família i Addicions: Dinàmica familiar, vincle conjugal i parental en famílies amb un membre jove-adult drogodependent* (Doctoral dissertation, Universitat Ramon Llull).

Wynne, L., Singer, M., Bartko,<sup>[SEP]</sup>J., & Toohy, M. (1977). Schizo<sup>[SEP]</sup>phrenics and their families: Research<sup>[SEP]</sup>on parental communication. In:<sup>[SEP]</sup>Tanner, J.M., ed. *Developments in<sup>[SEP]</sup>Psychiatric Research*. London: Hodder and Stoughton, pp. 254-286

Yáñez-Yaben., & González, P. C. (2010). El CAD-S, un instrumento para la evaluación de la adaptación al divorcio-separación. *Psicothema*, 22(1), 157-162.

Yáñez-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 1: Consentimiento informado**

	Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport	<b>PADRE / MADRE</b>  
<h2 style="margin: 0;">CONSENTIMIENTO INFORMADO</h2>		
<p><b>APELLIDOS Y NOMBRE:</b></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>		