

## CRIANZA Y ESQUIZOFRENIA

Erika Benítez Camacho\*, Enrique Chávez León\*, Martha P. Ontiveros Uribe\*\*

## SUMMARY

**Introduction.** Schizophrenia is a chronic psychotic disorder whose prevalence in adults is from 0.5 to 1.5%, and its annual incidence ranks from 0.5 to 5 by each 10,000 inhabitants. Antipsychotic medications have shown to be effective in the treatment of acute psychosis and the prevention of relapse for persons suffering from schizophrenia. However, most of them have not shown to be able to correct fully the alterations in social and labor adjustment. Several studies -referring to the most important advances of the last years regarding this pathology-, emphasize the necessity to know which are the psycho-social factors that participate in schizophrenia in order to prevent psychotic relapses and re-hospitalization. Approaches tending to find out the influence of the familiar surroundings have been limited by methodological matters. Although it is certain that attachment has been studied to understand the influence of the raising, in the evolutionary process of the personality and of some mental disorders, little is known about the early parental relations of the schizophrenic.

**Objectives.** 1. To compare the description of the raising made by the schizophrenic patients in remission, with that made by healthy subjects with similar sociodemographic characteristics; 2. To compare the pattern of raising described by the hospitalized schizophrenic patient while presenting acute manifestations of psychosis, with that described once that such manifestations have been controlled; 3. To determine the relation and participation of the dimensions of the raising in regard to schizophrenia and its evolution.

**Methodology.** An explanatory nonexperimental transeccional correlational causal study was made. The sample was formed by the 23 schizophrenic patients hospitalized in the Instituto Nacional de Psiquiatría during the second semester of 2003, and by a control group formed by 50 healthy subjects with similar socio-demographic characteristics. The schizophrenic patients were evaluated through a clinical history and the application of The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) and The Parental Bonding Instrument (PBI) (formed by two dimensions: 1. *warmth*; 2. *distance and emotional coldness*). These instruments were applied within the first five later days to their hospitalization and within the five previous days to their discharge by improvement. The control group was evaluated only on one occasion. A brief interview was made to collect some sociodemographic data and The Parental Bonding Instrument (PBI) was applied.

**Results.** In order to determine the existing differences in the perception of the paternal and maternal raising between the group

of schizophrenic patients in remission and the control group, a t test for independent samples was made. As established in the first hypothesis, significant differences in both groups were found, but only in the dimension paternal of *distance and emotional coldness* ( $p = .03$ ) and maternal *distance and emotional coldness* ( $p = .000$ ). With the purpose of determining the differences in the perception of the raising by the schizophrenic patients while suffering from acute psychosis and once they were in remission, the punctuation of the paternal and maternal PBI of admission and discharge were compared. In the maternal raising it was observed, in spite that both dimensions scored higher at the discharge, that *distance and emotional coldness* did not show significant changes. *Warmth* scored significantly higher at discharge ( $p = .003$ ). In the case of perception of the parental raising, *warmth* ( $p = .001$ ) as well as *distance and emotional coldness* ( $p = .02$ ) scored significantly higher at the time of discharge. When analyzing with more detail the items of PBI that showed a significant change with the improvement of acute psychosis, it was observed that in the paternal *warmth* those were items 5 ( $p = .008$ ), 7 ( $p = .021$ ), 11 ( $p = .015$ ), 12 ( $p = .049$ ) and 17 ( $p = .047$ ). As to *distance and emotional coldness* the items that changed were 16 ( $p = .002$ ), 18 ( $p = .004$ ) and 23 ( $p = .012$ ). In the case of maternal *warmth*, the items that showed a significant change with the improvement of acute psychosis were 3 ( $p = .03$ ) and 13 ( $p = .004$ ). In *distance and emotional coldness*, only number 14 ( $p = .015$ ) changed. Of the items of paternal being up that showed a significant change at the time of discharge, it was observed that item 5 had direct relation with the positive symptoms of discharge ( $p = .03$ ); 7 with the positive symptoms of discharge ( $p = .01$ ), the general psychopathology of discharge ( $p = .029$ ) and the total qualification of the PANSS of discharge ( $p = .012$ ); 11 with the positive symptoms of discharge ( $p = .04$ ), the general psychopathology of discharge ( $p = .045$ ) and the total qualification of the PANSS of discharge ( $p = .037$ ); 12 with the positive symptoms of discharge ( $p = .003$ ), the general psychopathology of discharge ( $p = .006$ ) and the total qualification of the PANSS of discharge ( $p = .009$ ); 18 with the general psychopathology of discharge ( $p = .041$ ). With respect to the maternal raising it was observed that only number 13 correlated with the positive symptoms of admission ( $p = .014$ ). In order to determine the relation between these dimensions with the variables and evolution of schizophrenia, a correlation of Pearson was made. In the paternal raising, *Warmth* (admission) correlated positively with the positive symptoms (admission) ( $p = .032$ ). *Warmth* (discharge) was negatively correlated with the positive symptoms (admission) ( $p = .032$ ) and the number of hospitalizations ( $p = .034$ ). The paternal

\*Universidad Anáhuac. Av. Lomas Anáhuac s/n, Col. Lomas Anáhuac, 52786, Huixquilucan, Estado de México.

\*\*Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Calzada México Xochimilco 101. Col. San Lorenzo Huipulco, 14370, México D.F.  
Recibido primera versión: 1 de junio de 2004. Segunda versión: 26 de noviembre de 2004. Aceptado: 20 de diciembre de 2004.

*Distance and Emotional Coldness* (admission) correlated negatively with the age of beginning of the schizophrenia ( $p = .04$ ), and positively with time of evolution of the disease ( $p = .048$ ). *Distance and emotional coldness* (discharge) did not have correlation. With respect to the maternal raising, *warmth* (admission) was positively correlated with the punctuation of general psychopathology (admission) ( $p = .032$ ) and the years of study of the patient ( $p = .026$ ). *Distance and Emotional Coldness* (admission) did not correlate significantly, nevertheless at the time of discharge did it positively with years of study ( $p = .03$ ). In order to determine if the dimensions of the raising could predict the symptoms of the schizophrenic patient at the time of discharge, a multiple regression analysis was made. It was found that the positive symptoms could be predicted in 41.5% ( $R^2 = .415$ ) through the punctuation of the paternal *Distance and Emotional Coldness* (admission) ( $\beta = .510$ ) and paternal *Warmth* (discharge) ( $\beta = -.622$ ). Negative symptoms were not influenced neither by the paternal raising, nor by the maternal one. The punctuation of the scale of general psychopathology of the PANSS could be predicted in 26.3% ( $R^2 = .263$ ) through maternal *warmth* ( $\beta = -1.01$ ) (discharge) and maternal *distance and emotional coldness* ( $\beta = .805$ ) (discharge). The total qualification of the PANSS at the time of discharge could be predicted in 29.8% ( $R^2 = .298$ ) by maternal *warmth* ( $\beta = .516$ ) (admission) and paternal *Warmth* ( $\beta = -.620$ ) (discharge). The age in with the patient got sick could be predicted though the punctuation of the paternal *distance and emotional coldness* ( $\beta = -.625$ ) (admission) and maternal *warmth* ( $\beta = .5$ ) (discharge) in 44.8% ( $R^2 = .448$ ). The time of evolution could be predicted in 18.2% ( $R^2 = .182$ ) through paternal *Distance and Emotional Coldness* ( $\beta = .427$ ) (admission). The number of hospitalizations was predicted in 37.5% ( $R^2 = .375$ ) by paternal *Distance and Emotional Coldness* ( $\beta = .543$ ) (admission), maternal *Warmth* ( $\beta = -.916$ ) (discharge) and maternal *distance and emotional coldness* ( $\beta = .811$ ) (discharge). The number of days that was committed the patient at the moment of the evaluation could be predicted in 19.6% ( $R^2 = .196$ ) by paternal *distance and emotional coldness* ( $\beta = .484$ ) (admission). Other variables, as the years of study were predicted in 18.6% ( $R^2 = .186$ ) by maternal *warmth* ( $\beta = .474$ ) (admission).

**Conclusions.** The schizophrenic patient in remission had a different perception of their parents than the control group. Schizophrenic patients perceived both parents colder and distant than the control group. In the particular case of first, it was observed that when improving the psychosis, also improved the perception of the raising. This one was related to the psychotic symptoms and other variables of the schizophrenia. These findings indicate the importance of the raising in the evolution of the schizophrenic patient.

**Key words:** Nurture, attachment, predictors, psychosis, schizophrenia.

## RESUMEN

**Introducción.** La esquizofrenia es un trastorno psicótico crónico cuya prevalencia en adultos es de 0.5 a 1.5%, y su incidencia anual está en un rango de 0.5 a 5 por cada 10,000 habitantes. Los antipsicóticos han demostrado ser efectivos tanto en el tratamiento de la fase aguda de la psicosis como para prevenir las recaídas. Sin embargo, con excepción de la clozapina en la psicosis resistente, no han demostrado ser capaces de corregir en su tota-

lidad las alteraciones en el ajuste social y laboral. Diversos autores enfatizan la necesidad de investigar los factores psicosociales que participan en la esquizofrenia, para prevenir las recaídas psicóticas y la rehospitalización. Las aproximaciones que se han hecho respecto a la influencia del entorno familiar se han visto limitadas por cuestiones metodológicas. Si bien es cierto que se ha estudiado el apego para comprender la influencia de la crianza en el proceso evolutivo de la personalidad y de algunas alteraciones psicopatológicas, poco se sabe sobre las relaciones parentales tempranas del esquizofrénico.

**Objetivos.** 1. Comparar la crianza de los pacientes esquizofrénicos en remisión, con la de sujetos sanos con características sociodemográficas similares; 2. Comparar el patrón de crianza relatado por el paciente esquizofrénico hospitalizado cuando presenta manifestaciones agudas de psicosis, con el que relata después de que estas manifestaciones han sido controladas; 3. Determinar la relación y participación de las dimensiones de la crianza en las manifestaciones de la esquizofrenia y su evolución.

**Metodología.** Se realizó un estudio no experimental transeccional correlacional-causal. La población de estudio estuvo formada por los 23 pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría durante el segundo semestre del año 2003, así como por un grupo control formado por 50 sujetos sanos con características sociodemográficas similares. Los instrumentos que se utilizaron en la evaluación fueron la Escala de Síntomas Positivos y Negativos de Esquizofrenia (PANSS, por sus siglas en inglés), y el Instrumento de Evaluación del Vínculo Parental (PBI, por sus siglas en inglés), del que se obtuvieron dos dimensiones: "calidez" y "distancia y frialdad emocional".

**Resultados.** Al determinar las diferencias existentes en la percepción de la crianza materna y paterna entre el grupo de pacientes esquizofrénicos en remisión y el grupo control, se encontró que existían diferencias significativas en las dimensiones *distancia y frialdad emocional* tanto paterna ( $p = .03$ ) como materna ( $p = .000$ ). En la comparación de las puntuaciones del PBI materno y paterno de ingreso y egreso, se observó en la crianza materna que la dimensión *distancia y frialdad emocional* no tuvo cambios significativos; en contraste, la dimensión *calidez* puntuó más alto al momento del egreso ( $p = .003$ ). En el caso de la percepción de la crianza paterna, tanto la dimensión *calidez* ( $p = .001$ ) como *distancia y frialdad emocional* ( $p = .02$ ) obtuvieron una puntuación significativamente más alta al momento del egreso. Para establecer la relación entre estas dimensiones con las variables del padecimiento, se llevó a cabo una correlación de Pearson, encontrándose que en la crianza paterna, la *calidez* (ingreso) se correlacionó positivamente con los síntomas positivos (ingreso) ( $p = .032$ ). La *calidez* (egreso) se correlacionó negativamente con los síntomas positivos (egreso) ( $p = .027$ ) y el número de hospitalizaciones ( $p = .034$ ). La *distancia y frialdad emocional* paterna (ingreso) se correlacionó negativamente con la edad de inicio del padecimiento ( $p = .04$ ), y positivamente con el tiempo de evolución de la enfermedad ( $p = .048$ ). La *distancia y frialdad emocional* (egreso) no tuvo correlación alguna. Respecto a la crianza materna, la *calidez* (ingreso) se correlacionó positivamente con las puntuaciones de psicopatología general (ingreso) ( $p = .032$ ) y con los años de estudio del paciente ( $p = .026$ ). La dimensión *calidez* (egreso) se correlacionó positivamente sólo con los años de estudio ( $p = .037$ ). La *distancia y frialdad emocional* (ingreso) no se correlacionó significativamente, sin embargo al momento de egreso lo hizo positivamente con los años de estudio ( $p = .03$ ). Para determinar si las dimensiones de la crianza podían predecir la sintomatología del paciente esquizofrénico al momento del egreso, se realizó un

análisis de regresión múltiple. Se observó que ambas dimensiones de la crianza tanto materna como paterna pudieron predecir desde 18.2% hasta 44.8% la sintomatología psicótica y otras variables de la enfermedad.

**Conclusiones.** El paciente esquizofrénico en remisión percibió a ambos padres más fríos y distantes emocionalmente que el grupo control. En el caso particular de los primeros, se observó que al mejorar la psicosis, mejoraba también la percepción de la crianza. Esta estuvo relacionada con la sintomatología psicótica y con otras variables de la esquizofrenia. Estos descubrimientos señalan la importancia de la crianza en la evolución del paciente esquizofrénico.

**Palabras clave:** Crianza, apego, predictores, psicosis, esquizofrenia.

## INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno psicótico crónico cuya prevalencia en adultos es de 0.5 a 1.5%, y su incidencia anual está en un rango de 0.5 a 5 por cada 10,000 habitantes (5). Los antipsicóticos han demostrado ser efectivos en el tratamiento de la fase aguda de la psicosis y para prevenir las recaídas en la esquizofrenia. Sin embargo, con excepción de la clozapina, los antipsicóticos no han demostrado ser capaces de corregir totalmente las alteraciones en el ajuste social y laboral (15). Por ello, la mayoría de los pacientes con este trastorno continúa con síntomas residuales y con un funcionamiento social limitado, e inclusive puede tener recaídas a pesar de adherirse adecuadamente al tratamiento. Sadock y Sadock (2003), al hacer referencia a los avances principales que se han observado en los últimos años respecto a esta patología, mencionan: “conforme el tratamiento farmacológico mejora y las bases biológicas de la esquizofrenia se reconocen, va aumentando el interés en los factores psicosociales que participan, sobre todo en aquéllos que influyen en los distintos enfoques terapéuticos, incluyendo la psicoterapia” (51).

Aunque son innegables las bases biogenéticas de este trastorno mental, es necesario investigar los factores psicosociales que se han descrito. Este es el caso del papel que tiene la familia, tanto en las recaídas del paciente esquizofrénico, como en la utilidad de la psicoterapia familiar en el tratamiento de pacientes con este padecimiento (14). Incluso en la última revisión del tratamiento psicosocial de la esquizofrenia se concluye que “las diversas intervenciones han tenido éxito en los objetivos para las que fueron designadas: la terapia familiar y el tratamiento comunitario para prevenir las recaídas psicóticas y la rehospitalización...” (35, página 628). Ya Federn, en su obra clásica *La Psicología del Yo y las Psicosis* había enunciado: “Toda psicosis gira, consciente o inconscientemente, en torno a los conflic-

tos o frustraciones en la vida familiar”, “Ni en un solo caso logré éxito sin la permanente cooperación de la familia...” (21).

Las aproximaciones que se han hecho respecto a la influencia que tiene el entorno familiar en el paciente esquizofrénico, han evolucionado de tener un papel etiopatogénico hasta convertirse en un factor útil en el tratamiento. Los primeros abordajes los realizó Sullivan (55,56), quien concibió las experiencias interpersonales dolorosas como factores importantes en la evolución de la enfermedad. Levy (36) introdujo el concepto de la *madre sobreprotectora*, la cual aun durante la adultez del paciente, lo infantilizaba y le impedía su independencia. Basados en historias de casos, Kasanin, Knight y Sage (32) afirmaron que 60% de los pacientes esquizofrénicos habían sido sobreprotegidos o rechazados. Frieda Fromm-Reichmann (22-24) describió a la *madre esquizofrenogénica*, con trato poco amoroso, distante, hostil y amenazante. Durante 1958 y 1959 se hicieron diversos estudios que demostraron la importancia de los factores biopsicosociales en la génesis y evolución del paciente esquizofrénico (28). Ruth y Theodore Lidz (12, 37-40) describieron el ambiente hostil del paciente esquizofrénico, en el que uno de los padres se disputaba el dominio del hogar (*marital skew*) o bien, en el que los padres fracasaban al cumplir con sus roles complementarios (*marital schism*). Entre 1952 y 1962, Bateson y sus colegas del *Mental Research Institute of Palo Alto, California*, trabajaron sobre la paradoja de la comunicación; el *doble vínculo* (6, 7, 26, 53) definía una comunicación con mensajes contradictorios que daba la pauta para una situación sin salida posible, dejando en desconcierto al sujeto que la experimentaba. Wynne (2, 65, 66) habló de la *comunicación desviada*, es decir, una comunicación comúnmente establecida entre el esquizofrénico y su familia, caracterizada por diálogos verbales vagos, incompletos, fragmentados, confusos y turbios. Bowen (11) inició la investigación sobre la etiología y la evolución de la esquizofrenia en el *National Institute of Mental Health (NIMH)*, y confirmó el concepto de *madre esquizofrenogénica*. Brown y Rutter (13) hablaron de la *Emoción expresada*, concepto prevaliente en la actualidad.

La *emoción expresada* (3, 13) es una medida de las actitudes que tienen las figuras parentales o cuidadoras hacia los hijos en particular. Específicamente, se refiere al distanciamiento familiar por las críticas que se hacen a los miembros de la familia, así como al excesivo involucramiento emocional, factores que han demostrado tener relación con la evolución de la esquizofrenia (9, 50, 64) y de otras patologías como trastorno depresivo mayor (17, 19, 45), trastornos de alimentación como obesidad y anorexia nervosa (25), trastorno límite de la personalidad (70), delincuencia (48),



uso de sustancias (59), trastorno de pánico (62), agorafobia (54) y síntomas disociativos (61), entre otros.

La predicción de las recaídas en la esquizofrenia se ha convertido en una meta para muchos investigadores, ya que se ha comprobado que poco menos de la mitad de los pacientes esquizofrénicos experimentan deterioro progresivo en su funcionamiento después de cada recaída (35). Los estudios de *emoción expresada* tienen un efecto importante en este campo. Varias investigaciones realizadas en los últimos 20 años han demostrado que los pacientes esquizofrénicos con padres con puntuaciones altas en *emoción expresada*, son cuatro veces más susceptibles a experimentar recaídas en el año siguiente a la última hospitalización (8). En dos investigaciones realizadas en Inglaterra se concluyó que los esquizofrénicos que vivían con parientes que hacían comentarios críticos o que tenían un comportamiento de excesivo involucramiento emocional, tenían más posibilidades de recaer que aquéllos que vivían con familiares cuyos comentarios eran menos críticos y que se involucraban menos (51% contra 13% de recaídas, respectivamente) (13, 34). Igualmente, se ha encontrado una correlación negativa entre la capacidad de empatía de los familiares de los pacientes y las recaídas de éstos (27).

Los fármacos han demostrado su efectividad en el tratamiento de las psicosis, sobre todo en la etapa de sintomatología aguda de la esquizofrenia y en la prevención de recaídas del paciente (15). Si bien es cierto que la psicoterapia por sí misma no cura la esquizofrenia, sí constituye un factor importante para la fase de estabilización del enfermo (52, 60).

Algunas investigaciones muestran que, sin importar las diferencias de los distintos grupos culturales, la intervención psicoterapéutica familiar tiene un importante efecto en la prevención de las recaídas de los esquizofrénicos (49, 67-69), pues se ha observado que a pesar de estar bajo un tratamiento farmacológico adecuado, los pacientes con entorno familiar estresante se hallan más propensos a sufrir más recaídas durante el año siguiente a su primer episodio psicótico (13, 16). En promedio, las recaídas de los pacientes cuyo tratamiento es exclusivamente farmacológico es de 64% comparado con 24% en aquéllos cuyo tratamiento también presta atención a los patrones de crianza y las relaciones familiares (42). Asimismo, las investigaciones señalan que los efectos de la terapia familiar se mantienen durante dos años o más (58), por lo que a largo plazo los costos del tratamiento para pacientes esquizofrénicos resultan 27% más económicos que aquéllos que sólo incluyen fármacos (57), y son 19% menores que los que incluyen tratamiento farmacológico y psicoterapia individual con corte psicoeducativo y conductual, exclusivamente (18).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al igual que la *emoción expresada*, el apego ha sido estudiado para comprender la influencia de la crianza en el proceso evolutivo de la personalidad y de algunas alteraciones psicopatológicas (17, 25, 43, 48, 61). Pese a que la metodología para la medición confiable de los estilos de apego ha brindado la oportunidad de caracterizar empíricamente los patrones de crianza (1), poco se sabe sobre las relaciones parentales tempranas del esquizofrénico. Es necesario realizar investigaciones sistemáticas que establezcan la relación entre los patrones de crianza y las variables clínicas y la evolución de este tipo de pacientes.

## HIPÓTESIS

1. Los pacientes esquizofrénicos perciben la crianza con mayor *distancia y frialdad emocional* y menor *calidez*, que los sujetos mentalmente sanos.
2. La remisión de los síntomas de la enfermedad hace que la percepción de la crianza por parte del sujeto sea mejor, que cuando éste se encuentra en la fase de sintomatología psicótica aguda.
3. La percepción que el paciente esquizofrénico tenga de la crianza se relacionará con la sintomatología positiva y la psicopatología general; sin embargo, no influirá en los síntomas negativos de la enfermedad.

## VARIABLES

*Variable dependiente.* Puntuación total de cada una de las dimensiones (dimensión 1: *Calidez*, dimensión 2: *distancia y frialdad emocional*) que conforman el Inventario de Evaluación del Vínculo Parental (PBI) para padre y madre, obtenida mediante la aplicación de este Instrumento a los pacientes esquizofrénicos y el grupo control.

*Variable independiente.* Diagnóstico de esquizofrenia, realizado por medio de una historia clínica y de los criterios diagnósticos del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*.

## OBJETIVOS

1. Comparar la descripción de la crianza que hace el paciente esquizofrénico en remisión, con la descripción hecha por sujetos sanos con características sociodemográficas similares.
2. Comparar el patrón de crianza relatado por el paciente

esquizofrénico hospitalizado cuando presenta manifestaciones agudas de psicosis, con el que relata a partir de que estas manifestaciones han sido controladas.

3. Determinar la relación y participación de las dimensiones de la crianza en las manifestaciones de la esquizofrenia y su evolución.

#### DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio explicativo con diseño no experimental, transeccional, correlacional-causal (30).

#### INSTRUMENTOS

##### *Instrumento de Evaluación del Vínculo Parental (PBI)*

Cuestionario de auto-información para personas mayores de 16 años, de uno y otro sexo, desarrollado por Parker, Tupling y Brown (47). Se fundamenta en la Teoría del Apego de John Bowlby, y mide la percepción de la conducta y actitud de los padres hacia el individuo durante su infancia y adolescencia. El instrumento, en su versión original, consta de 25 afirmaciones que componen dos escalas: *cuidado* (12 reactivos) y *sobreprotección* (13 reactivos); cada reactivo se marca de acuerdo con una escala tipo Likert, de forma que cada respuesta se califica en un rango de 0 a 3 puntos, dejándosele a la escala de *cuidado* una puntuación máxima de 36 puntos y a la de *Sobreprotección* de 39 puntos. El PBI, utilizado tanto en su versión original (47) como en otras investigaciones (41), incluidas aquellas con pacientes esquizofrénicos (20), ha demostrado buenos niveles de confiabilidad y de congruencia interna.

##### *Confiabilidad*

Se calcularon las alfa de Cronbach para determinar la confiabilidad del PBI materno y paterno, tanto al in-

greso como al egreso. El alfa del PBI materno de ingreso fue de .8065 y el de egreso de .8463; en el PBI paterno de ingreso fue de .7482 y de .6910 en el de egreso.

##### *Validez de constructo.*

Al realizar el análisis factorial del PBI, acumulando las puntuaciones de los reactivos del PBI materno inicial y final, y del PBI paterno inicial y final, se observaron dos dimensiones: una que incluye los reactivos relacionados con actitudes cálidas y otra que incluye aquéllos que indican distancia y frialdad emocional.

##### *PBI Materno*

La dimensión *calidez* incluyó los siguientes reactivos: 1, 3, 5, 6, 7, 11, 12, 13, 15, 17, 21, 22 y 25. Aunque los reactivos 2, 4 y 16 se agruparon en el análisis factorial dentro de esta dimensión, su contenido se relacionaba con la dimensión 2, denominada *distancia y frialdad emocional*, por lo que se incluyeron ahí. En el cuadro 1 se anotan los reactivos con sus respectivas cargas factoriales. El alfa de Cronbach para determinar la confiabilidad de esta dimensión fue de .7687.

La dimensión *distancia y frialdad emocional* quedó constituida por los siguientes reactivos: 2, 4, 8, 9, 10, 14, 16, 18, 19, 20, 23 y 24. En el cuadro 1 se anotan las cargas factoriales correspondientes. El alfa de Cronbach, incluyendo los reactivos que se cambiaron de la dimensión de *calidez*, fue de .7100.

##### *PBI Paterno*

Nuevamente, el análisis factorial estableció dos dimensiones para las cuales se usó la misma denominación, aunque estuvieron constituidas por distintos reactivos. La dimensión de *calidez* estuvo constituida por los siguientes reactivos: 1, 3, 5, 6, 7, 11, 12, 13, 15, 17, 21, 22 y 25. Este último reactivo no quedó incluido inicialmente en esta dimensión; sin embargo, se decidió incluirlo por su contenido. En el cuadro 1 se anotan las

CUADRO 1. Cargas factoriales de los reactivos correspondientes a las dimensiones del PBI Paterno y Materno

Reactivos	Carga factorial		Reactivos	Carga factorial	
	Calidez paterna	Calidez materna		Distancia y frialdad Emocional paterna	Distancia y frialdad Emocional materna
1	.832	.506	2	.655	.492
3	.370	.433	4	.675	.406
5	.721	.521	8		.308
6	.781	.790	9	.537	.663
7	.719	.716	10	.601	.435
11	.844	.700	14	.371	.461
12	.864	.735	16	.372	.575
13	.705	.727	18	.628	.370
15	.643	.723	19	.589	.348
17	.638	.547	20	.560	.306
21	.466	.633	23	.493	.585
22	.332	.711	24	.371	.358
25	.452	.447			

cargas factoriales correspondientes. El alfa de Cronbach, incluyendo los reactivos que se cambiaron, fue de .9008.

La dimensión *distancia y frialdad emocional* incluyó los siguientes reactivos: 2, 4, 9, 10, 14, 16, 18, 19, 20, 23 y 24. Aunque los reactivos 2, 4, 14, 18 y 24 se agruparon en la dimensión *calidez*, por su contenido se decidió incluirlos en esta dimensión. En el cuadro 1 se anotan los reactivos con sus cargas factoriales. El alfa de Cronbach, incluyendo los reactivos que se cambiaron de la dimensión *calidez*, fue de .6552.

#### *Escala de Síntomas Positivos y Negativos de Esquizofrenia (PANSS)*

La Escala de Síntomas Positivos y Negativos de Esquizofrenia (33) consta de 30 reactivos, de los cuales 7 constituyen la escala positiva formada por reactivos que califican síntomas como delirios, conducta alucinatoria, desorganización conceptual, grandiosidad, suspicacia y hostilidad; 7 son de la escala negativa y evalúan los factores de afecto embotado, retraimiento emocional, empatía limitada, dificultad para la conversación fluida, y pensamiento estereotipado; y los otros 16 componen la Escala de Psicopatología General, y valoran síntomas como ansiedad, depresión y desorientación. En la calificación de la prueba, resultante de la entrevista clínica y de los informes de los familiares del paciente y del personal médico, se obtiene una puntuación total de cada escala y otra global, cuya calificación mínima es de 30 puntos y máxima de 210 puntos. Tanto la validez como la confiabilidad del instrumento en su versión en español (4) han mostrado ser adecuadas.

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

##### *Criterios de inclusión*

1. Edad entre 18 y 60 años; 2. Saber leer y escribir; 3. Recibir al egreso un diagnóstico definitivo de Esquizofrenia, de acuerdo con la historia clínica y con los criterios diagnósticos del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*; 4. Permanecer hospitalizado durante un período de tiempo que permita que se realicen las dos evaluaciones (al momento del ingreso y al ser dado de alta por mejoría); 5. Ser captado durante los primeros 5 días de internamiento; 6. Aceptar participar voluntariamente en el estudio.

##### *Criterios de exclusión*

1. Un diagnóstico definitivo al momento de egreso, distinto al de esquizofrenia; 2. Que el paciente se negara a realizar alguna de las evaluaciones; 3. No presentar mejoría con el tratamiento; 4. Haber recibido terapia electroconvulsiva.

##### *Criterios de inclusión para el grupo control.*

1. Entre 18 y 60 años de edad; 2. Saber leer y escribir; 3. Aceptar voluntariamente participar en el estudio.

##### *Criterios de exclusión para el grupo control.*

1. Padeecer algún otro trastorno mental; 2. No reunir alguno de los criterios de inclusión.

#### PROCEDIMIENTO

Durante el segundo semestre del año 2003 se llevó a cabo la evaluación de los pacientes esquizofrénicos que fueron hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. La evaluación de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados consistió en elaborar una historia clínica para establecer el diagnóstico, y en la aplicación de la Escala de Síntomas Positivos y Negativos de Esquizofrenia (PANSS), así como del Instrumento de Evaluación del Vínculo Parental (*Parental Bonding Instrument, PBI*), para padre y madre. Ambos instrumentos se aplicaron dentro de los primeros cinco días de hospitalización, y en los cinco días previos a su egreso por mejoría (uno de ellos recibió alta voluntaria, y fue evaluado 15 días después en la consulta externa). El grupo control estuvo formado por 50 personas (estudiantes, trabajadores y asistentes a diversos clubes deportivos) que aceptaron participar voluntariamente en la investigación. La evaluación consistió en una entrevista breve para obtener datos sociodemográficos y la aplicación, en una ocasión, del Instrumento de Evaluación del Vínculo Parental para madre y padre (PBI).

##### *Flujo de pacientes*

Se evaluó, tanto al momento de ingreso como de egreso, a 100% de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, que fueron hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría, durante el segundo semestre del año 2003. No hubo pérdida de pacientes por ninguna causa.

##### *Muestra*

*Pacientes esquizofrénicos hospitalizados.* La recolección de la muestra se realizó por cuota. Durante el segundo semestre del año 2003, fueron hospitalizados 60 pacientes psicóticos en el Instituto Nacional de Psiquiatría (cuadro 2). Veintitrés de ellos (15 del sexo masculino y ocho del sexo femenino) recibieron diagnóstico definitivo de esquizofrenia al momento del egreso, 21 del tipo paranoide (91.30%) y dos del tipo desorganizado (8.69%). Estos pacientes constituyeron la muestra. Cien por ciento de ellos fue evaluado al momento de ingreso y de egreso con la Escala de Síntomas Positivos y

CUADRO 2. Pacientes psicóticos hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría durante el segundo semestre del año 2003

<i>Diagnóstico eje I (DSM-IV)</i>	<i>No. de pacientes</i>	<i>(%)</i>
Esquizofrenia total	23	(38.33)
Tipo paranoide	21	(91.30)
Tipo desorganizada	2	(8.69)
Trastorno psicótico y afectivo secundario a enfermedad médica	12	(20.00)
Trastorno psicótico secundario a enfermedad médica	6	(10.00)
Trastorno psicótico en estudio	5	(8.33)
Trastorno psicótico inducido por sustancias	2	(3.33)
Trastorno del humor con síntomas psicóticos	2	(3.33)
Trastorno psicótico, afectivo y ansioso secundario a enfermedad médica	2	(3.33)
Trastorno esquizoafectivo tipo bipolar	4	(6.67)
Trastorno esquizoafectivo tipo depresivo	1	(1.67)
Trastorno delirante primario	1	(1.67)
Trastorno psicótico breve	1	(1.67)
Trastorno psicótico compartido	1	(1.67)
Total de pacientes	60	(100.00)

Negativos de Esquizofrenia (PANSS) y con el Instrumento de Evaluación del Vínculo Parental (*Parental Bonding Instrument, PBI*), para padre y madre. Al momento de la evaluación los varones tenían una edad promedio de  $29.60 \pm 7.22$  años, y una escolaridad de  $11.93 \pm 3.24$  años de estudio; en su mayoría eran solteros (93.33%) y estaban desempleados (66.66%) (cuadro 3). De éstos, 53.33% no tuvo antecedentes hereditarios-familiares de trastorno mental (cuadro 4). La edad promedio en la que se inició su padecimiento fue a los  $20.47 \pm 8.72$  años; al momento de la evaluación tenían  $9.58 \pm 5.40$  años de evolución, y habían sido hospitalizados  $1.93 \pm 2.22$  veces, permaneciendo  $32.20 \pm 16.16$  días hospitalizados en la última ocasión. Al ingreso, recibieron el diagnóstico de esquizofrenia paranoide (53.33%), y de "trastorno psicótico en estudio" (46.66%); 60.3% no obtuvo otro diagnóstico. Al momento de su egreso, recibieron el diagnóstico de esquizofrenia paranoide (86.66%) y de esquizofrenia desorganizada (13.33%). El diagnóstico del Eje II del

DSM-IV fue aplazado en 80.0%; 20.0% y 6.66% manifestaron tener rasgos de personalidad correspondientes al cluster A y C, respectivamente (cuadro 5).

La población femenina, por su parte, tenía una edad promedio de  $35.75 \pm 12.44$  años, y su escolaridad era de  $12.63 \pm 3.62$  años de estudio; en su mayoría eran solteras (62.50%), y se encontraban desempleadas (62.50%) (Cuadro 3). De ellas 62.50% no tuvo antecedentes hereditario-familiares de trastorno mental (cuadro 4). En la mayoría, el padecimiento se inició a los  $24.75 \pm 8.26$  años de edad; al momento de la evaluación tenían  $11 \pm 9.44$  años de evolución, y habían sido hospitalizadas  $1.38 \pm 0.74$  veces, permaneciendo  $25.38 \pm 10.27$  días hospitalizadas en la última ocasión. A su ingreso, recibieron el diagnóstico de esquizofrenia paranoide (87.5%) y de trastorno psicótico en estudio (12.50%); 75% no obtuvo otro diagnóstico. Al momento de su egreso, 100% de ellas recibió el diagnóstico de esquizofrenia paranoide. En todos los casos, el diagnóstico del Eje II del DSM-IV fue aplazado (cuadro 5).

CUADRO 3. Características sociodemográficas de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados y el grupo control

N	<i>Pacientes esquizofrénicos</i>			<i>Grupo control</i>		
	<i>Masculino</i>	<i>Femenino</i>	<i>Total</i>	<i>Masculino</i>	<i>Femenino</i>	<i>Total</i>
	15	8	23	30	20	50
Edad (años)	$29.60 \pm 7.22$	$35.75 \pm 12.44$	$31.74 \pm 9.56$	$28.83 \pm 10.73$	$35.45 \pm 4.71$	$31.48 \pm 9.35$
Estado civil						
Soltero	14 (93.33%)	5 (62.50%)	19 (82.60%)	20 (66.66%)	1 (5%)	21 (42%)
Casado	1 (6.66%)	1 (12.50%)	2 (8.69%)	10 (33.33%)	17 (85%)	27 (54%)
Divorciado	0 (0.0%)	2 (25.0%)	2 (8.69%)	0 (0.0%)	2 (10%)	2 (4%)
Religión						
Católica	14 (93.33%)	6 (75.0%)	20 (86.95%)	27 (90%)	19 (95%)	46 (92%)
Cristiana	0 (0.0%)	2 (25%)	2 (8.69%)	0 (0.0%)	1 (5%)	1 (2%)
Otras	1 (6.66%)	0 (0.0%)	1 (4.34%)	1 (3.33%)	0 (0.0%)	1 (2%)
No indica	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (6.66%)	0 (0.0%)	2 (4%)
Años de estudio	$11.93 \pm 3.24$	$12.63 \pm 3.62$	$12 \pm 3.31$	$15.73 \pm 1.63$	$15.33 \pm 1.68$	$15.58 \pm 1.64$
Ocupación						
Estudiante	1 (6.66%)	0 (0.0%)	1 (4.34%)	18 (60%)	1 (5%)	19 (38%)
Empleado	0 (0.0%)	1 (12.50%)	1 (4.34%)	10 (33.33%)	6 (30%)	16 (32%)
Independiente	4 (26.66%)	2 (25%)	6 (26.08%)	2 (6.66%)	1 (5%)	3 (6%)
Hogar	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	12 (60%)	12 (24%)
Desempleado	10 (66.66%)	5 (62.50%)	15 (65.21%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

CUADRO 4. Características pre y perinatales de la muestra de pacientes esquizofrénicos hospitalizados

	Masculino	Femenino	Total
N	15	8	23
Embarazo planeado			
Sí	6 (40.0%)	3 (37.50%)	9 (39.13%)
No	5 (33.33%)	5 (62.50%)	10 (43.47%)
No indica	4 (26.66%)	0 (0.0%)	4 (17.39%)
Embarazo deseado			
Sí	8 (53.33%)	4 (50.0%)	12 (52.17%)
No	3 (20.0%)	4 (50.0%)	7 (30.43%)
No indica	4 (26.66%)	0 (0.0%)	4 (17.39%)
Complicaciones del embarazo			
Sí	2 (13.33%)	0 (0.0%)	2 (8.69%)
No	13 (86.66%)	8 (100%)	21 (91.30%)
Complicaciones en el parto			
Sí	3 (20.0%)	1 (12.50%)	4 (17.39%)
No	12 (80.0%)	7 (87.50%)	19 (82.60%)
Tiempo de gestación			
Prematuro	2 (13.33%)	0 (0.0%)	2 (8.69%)
Término	13 (86.66%)	8 (100%)	21 (91.30%)
Postmaturo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Número de hermanos			
0	1 (6.66%)	0 (0.0%)	1 (4.34%)
1	3 (20.0%)	1 (12.50%)	4 (17.39%)
2	8 (53.33%)	2 (25.0%)	10 (43.47%)
3 o más	3 (20.0%)	5 (62.50%)	8 (34.78%)
Número de hermanas			
0	3 (20.0%)	0 (0.0%)	3 (13.04%)
1	4 (26.66%)	5 (62.50%)	9 (39.13%)
2	5 (33.33%)	3 (37.50%)	8 (34.78%)
3 o más	3 (20.0%)	0 (0.0%)	3 (13.04%)
Lugar que ocupa en la familia			
1°	2 (13.33%)	2 (25.0%)	4 (17.39%)
2°	4 (26.66%)	0 (0.0%)	4 (17.39%)
3°	3 (20.0%)	3 (37.50%)	6 (26.08%)
Del 4° en adelante	6 (40.0%)	3 (37.50%)	9 (39.13%)
Situación familiar			
Padres juntos	12 (80.0%)	7 (87.50%)	19 (82.60%)
Padres separados	3 (20.0%)	1 (12.50%)	4 (17.39%)
Fallecimiento de padres			
Sí	3 (20.0%)	5 (62.50%)	8 (34.78%)
No	12 (80.0%)	3 (37.50%)	15 (65.21%)
AHF de trastorno mental			
Sí	7 (46.66%)	5 (62.50%)	12 (52.17%)
No	8 (53.33%)	3 (37.50%)	11 (47.82%)
Familiares enfermos			
Sí	7 (46.66%)	4 (50.0%)	11 (47.82%)
No	8 (53.33%)	4 (50.0%)	12 (52.17%)

**Grupo control.** Esta muestra estuvo constituida por 50 personas, 30 varones y 20 mujeres, estudiantes, trabajadores y asistentes a diferentes clubes deportivos. Al momento de la evaluación, los varones tenían una edad promedio de  $28.83 \pm 10.73$  años y una escolaridad equivalente a  $15.73 \pm 1.63$  años de estudio. En su mayoría eran solteros (66.66%), y se encontraban estudiando (60%)(cuadro 3).

Las mujeres por su parte, tenían una edad promedio de  $35.45 \pm 4.71$  años y una escolaridad equivalente a  $15.33 \pm 1.68$  años de estudio. En su mayoría eran casadas (85%), y se dedicaban al hogar (60%) (cuadro 3).

## RESULTADOS

Para determinar si existía diferencia en la percepción de la crianza materna (PBI materno) y paterna (PBI

paterno) entre el grupo de pacientes esquizofrénicos en remisión y el grupo control, se realizó la prueba t para muestras independientes. Se observaron diferencias significativas entre estos grupos, pero solamente en la dimensión *distancia y frialdad emocional paterna* ( $t = -2.104$  gl 69  $p = .03$ ) y *distancia y frialdad emocional materna* ( $t = -4.01$  gl 68  $p = .000$ ).

Con el objetivo de determinar los cambios que hubo en la percepción de la crianza materna (PBI materno) y paterna (PBI paterno) por parte del paciente esquizofrénico con sintomatología psicótica aguda y una vez que se encontraba en remisión, se compararon las puntuaciones del PBI materno al ingreso con las del egreso aplicando la prueba t pareada; el PBI paterno se comparó de la misma forma. Se encontró lo siguiente: *Crianza materna.* Aunque la puntuación de egreso fue más alta para ambas dimensiones, la dimensión *distancia y frialdad emocional* no mostró cambios significativos;



CUADRO 5. Características clínicas de la muestra de pacientes esquizofrénicos hospitalizados

N	Masculino 15	Femenino 8	Total 23
Edad inicio (años)	20.47 ± 8.72	24.75 ± 8.26	21.96 ± 8.63
Años de evolución	9.58 ± 5.40	11 ± 9.44	10.08 ± 6.88
Número de hospitalizaciones	1.93 ± 2.22	1.38 ± 0.74	1.74 ± 1.84
Días de hospitalización actual	32.20 ± 16.16	25.38 ± 10.27	29.83 ± 14.52
PANSS ingreso			
Sintomas positivos	22.53 ± 6.42	20.88 ± 11.43	21.96 ± 8.28
Sintomas negativos	23.93 ± 5.95	20.25 ± 6.18	22.65 ± 6.15
Psicopatología general	40.60 ± 9.40	37.88 ± 9.36	39.65 ± 9.27
Total	88.00 ± 16.85	79.63 ± 24.21	85.09 ± 19.59
PANSS egreso			
Sintomas positivos	15.79 ± 5.55	12.00 ± 3.89	14.41 ± 5.25
Sintomas negativos	19.79 ± 6.19	12.63 ± 5.15	17.18 ± 6.71
Psicopatología general	30.07 ± 7.04	26.38 ± 8.68	28.73 ± 7.69
Total	65.43 ± 15.24	51.00 ± 16.71	12.25 ± 10.34
Diagnóstico principal Eje I ingreso*			
Esquizofrenia paranoide	8 (53.33%)	7 (87.50%)	15 (65.21%)
"Tr. psicótico en estudio"	7 (46.66%)	1 (12.50%)	8 (34.78%)
Otro diagnóstico de ingreso*			
No hay	9 (60.0%)	6 (75.0%)	15 (65.21%)
Tr. por uso de sustancias	4 (26.66%)	1 (12.50%)	5 (21.73%)
Tr. depresivo mayor	2 (13.33%)	0 (0.0%)	2 (8.69%)
Tr. de ansiedad	2 (13.33%)	0 (0.0%)	2 (8.69%)
Tr. obsesivo-compulsivo	1 (6.66%)	1 (12.50%)	2 (8.69%)
Diagnóstico principal de egreso*			
Esquizofrenia paranoide	13 (86.66%)	8 (100%)	19 (91.30%)
Esquizofrenia desorganizada	2 (13.33%)	0 (0.0%)	2 (8.69%)
Otro diagnóstico de egreso*			
No hay	13 (86.66%)	7 (87.50%)	20 (86.95%)
Tr. depresivo mayor	1 (6.66%)	0 (0.0%)	1 (4.34%)
Tr. de ansiedad	1 (6.66%)	0 (0.0%)	1 (4.34%)
Tr. obsesivo-compulsivo	1 (6.66%)	1 (12.50%)	2 (8.69%)
Diagnóstico Eje II*			
Aplazado	12 (80.0%)	8 (100%)	20 (86.95%)
Rasgos Cluster A	3 (20.0%)	0 (0.0%)	3 (13.04%)
Rasgos Cluster C	1 (6.66%)	0 (0.0%)	1 (4.34%)
Medicamentos al egreso*			
Antipsicótico	15 (100%)	8 (100%)	23 (100%)
Benzodiazepina	11 (73.33%)	7 (87.50%)	18 (78.26%)
Antidepresivo	3 (20.0%)	1 (12.50%)	4 (17.39%)
Anticonvulsivante	5 (33.33%)	3 (37.50%)	8 (34.78%)
Anticolinérgico	3 (20.0%)	3 (37.50%)	6 (26.08%)

\*Los pacientes obtuvieron más de un diagnóstico y tomaron diversos medicamentos, por lo que la suma es mayor a 100%

en contraste, la dimensión *calidez* alcanzó una puntuación más alta al momento del egreso ( $t = -3.45$  gl 20  $p = .003$ ) (cuadro 6). *Crianza paterna*. En el caso de la percepción de la crianza por parte del padre, tanto la dimensión *calidez* ( $t = -3.75$  gl 20  $p = .001$ ) como *distancia y frialdad emocional* ( $t = -2.53$  gl 20  $p = .02$ ) mostraron cambios importantes, las puntuaciones de ambas fueron significativamente más altas al momento del egreso (cuadro 6).

Al analizar con más detalle los reactivos del PBI que mostraron un cambio significativo con la mejoría del cuadro psicótico, se observó que en la dimensión *cali-*

*dez*, en el caso del padre, los reactivos fueron: 5 ( $t = -2.97$  gl 20  $p = .008$ ), 7 ( $t = -2.5$  gl 20  $p = .021$ ), 11 ( $t = -2.66$  gl 19  $p = .015$ ), 12 ( $t = -2.1$  gl 19  $p = .049$ ), y 17 ( $t = -2.12$  gl 19  $p = .047$ ). De los reactivos pertenecientes a *distancia y frialdad emocional* cambiaron los reactivos 16 ( $t = -3.55$  gl 19  $p = .002$ ), 18 ( $t = -3.26$  gl 19  $p = .004$ ) y 23 ( $t = 2.77$  gl 19  $p = .012$ ). En el caso de la madre, los reactivos que mostraron un cambio significativo con la mejoría de la sintomatología fueron el 3 ( $t = -2.33$  gl 20  $p = .03$ ) y el 13 ( $t = -3.28$  gl 20  $p = .004$ ). De los reactivos pertenecientes a *distancia y frialdad emocional*, cambió sólo el número 14 ( $t = -2.64$  gl 20  $p = .015$ ).

Cuadro 6. *Calidez distancia y frialdad emocional* en el PBI materno y paterno de ingreso y egreso

	PBI Materno Ingreso n= 23	PBI Materno Egreso n= 23	PBI Paterno Ingreso n= 23	PBI Paterno Egreso n= 23
<i>Calidez</i>	2.89 ± .51	3.12 ± .50*	2.76 ± .58	3.13 ± .56*
<i>Distancia y Frialdad Emocional</i>	2.42 ± .44	2.65 ± .54	2.56 ± .44	2.82 ± .28**

\*  $p < 0.01$

\*\*  $p < 0.05$

De los reactivos pertenecientes a la crianza paterna que mostraron un cambio significativo al momento del egreso, se observó que el reactivo número 5 tenía una relación directa con los síntomas positivos de egreso ( $r = -.474$   $p = .03$ ); el 7 con los síntomas positivos de egreso ( $r = -.547$   $p = .01$ ), la psicopatología general de egreso ( $r = -.476$   $p = .029$ ) y la calificación total del PANSS de egreso ( $r = -.536$   $p = .012$ ); el 11 con los síntomas positivos de egreso ( $r = -.451$   $p = .04$ ), la psicopatología general de egreso ( $r = -.441$   $p = .045$ ) y la calificación total del PANSS de egreso ( $r = -.458$   $p = .037$ ); el 12 con los síntomas positivos de egreso ( $r = -.612$   $p = .003$ ), la psicopatología general de egreso ( $r = -.574$   $p = .006$ ) y la calificación total del PANSS de egreso ( $r = -.553$   $p = .009$ ); y el 18 con la psicopatología general de egreso ( $r = -.449$   $p = .041$ ). Respecto a la crianza materna se observó que sólo el reactivo número 13 se correlacionó con los síntomas positivos de ingreso ( $r = .528$   $p = .014$ ).

La relación entre estas dimensiones con las variables del padecimiento, se llevó a cabo con una correlación de Pearson, observándose lo siguiente:

*Calidez paterna:* Las puntuaciones de la dimensión *calidez* obtenidas al ingreso encontraron correlación positiva con los síntomas positivos de ingreso ( $r = .458$   $p = .032$ ). La dimensión *calidez* al egreso se correlacionó negativamente con los síntomas positivos de egreso ( $r = -.483$   $p = .027$ ) y el número de hospitalizaciones ( $r = -.463$   $p = .034$ ).

*Distancia y frialdad emocional paterna:* Esta dimensión evaluada al momento del ingreso se correlacionó negativamente con la edad de inicio del padecimiento ( $r = -.442$   $p = .04$ ) y por lo mismo, positivamente con el tiempo de evolución de la enfermedad ( $r = .427$   $p = .048$ ). La *distancia y frialdad emocional* del padre, evaluada al egreso del paciente esquizofrénico no tuvo correlación alguna.

*Calidez materna:* Al momento del ingreso, esta dimensión se correlacionó positivamente con las puntuaciones de psicopatología general al ingreso ( $r = .459$   $p = .032$ ) y con los años de estudio del paciente ( $r = .474$   $p = .026$ ). La *calidez* materna de egreso se correlacionó positivamente sólo con los años de estudio ( $r = .459$   $p = .037$ ).

*Distancia y frialdad emocional materna:* Esta dimensión no se correlacionó significativamente al momento del ingreso, sin embargo al momento del egreso lo hizo positivamente con los años de estudio ( $r = .474$   $p = .03$ ).

Considerando los resultados de las correlaciones de Pearson, se observó que la dimensión *calidez* paterna de ingreso explicaba 21% de los síntomas positivos al ingreso. La *calidez* paterna de egreso explicaba 23% de los síntomas positivos al egreso, y 21% de la varianza del número de hospitalizaciones. La dimensión *distancia y*

*frialdad emocional* paterna evaluada al ingreso explicaba 19.53% de la varianza de la edad de inicio del padecimiento, y 18.23% del tiempo de evolución de la enfermedad. Por su parte, la dimensión *calidez* materna evaluada al momento de ingreso explicaba 22% de los años de estudio del paciente esquizofrénico, y 21% de la puntuación obtenida en la escala de psicopatología general de ingreso. La *calidez* materna evaluada al egreso explicaba 21% de los años de estudio, los cuales también fueron advertidos en 22% en la dimensión *distancia y frialdad emocional* materna de egreso.

Finalmente, para determinar si las dimensiones de la crianza paterna y materna podían predecir la sintomatología del paciente esquizofrénico al momento del egreso, se realizó un análisis de regresión múltiple, obteniendo los siguientes resultados: Los síntomas positivos se pudieron predecir en 41.5% ( $R^2 = .415$ ) mediante las puntuaciones de las dimensiones *distancia y frialdad emocional* paterna de ingreso ( $\beta = .510$ ) y de *calidez* paterna de egreso ( $\beta = -.622$ ). En los síntomas negativos no influyó dimensión alguna, ni de la crianza paterna ni de la materna. La puntuación de la escala de psicopatología general del PANSS pudo predecirse en 26.3% ( $R^2 = .263$ ) por medio de la *calidez* ( $\beta = -1.01$ ), y de la *distancia y frialdad emocional* materna ( $\beta = .805$ ) de egreso. La puntuación total del PANSS al momento del egreso pudo predecirse en 29.8% ( $R^2 = .298$ ) mediante la dimensión *calidez* materna de ingreso ( $\beta = .516$ ) y la *calidez* paterna de egreso ( $\beta = -.620$ ). La edad en que el paciente inició el cuadro psicótico pudo predecirse a través de la puntuación de la dimensión *distancia y frialdad emocional* paterna de ingreso ( $\beta = -.625$ ) y de la de *calidez* materna de egreso ( $\beta = .5$ ) en un 44.8% ( $R^2 = .448$ ). El tiempo de evolución pudo predecirse en 18.2% ( $R^2 = .182$ ) mediante la puntuación de la dimensión *distancia y frialdad emocional* paterna de ingreso ( $\beta = .427$ ). El número de hospitalizaciones se predijo en 37.5% ( $R^2 = .375$ ) mediante la dimensión *distancia y frialdad emocional* paterna de ingreso ( $\beta = .543$ ) y la de *calidez* ( $\beta = -.916$ ), y *distancia y frialdad emocional* materna de egreso ( $\beta = .811$ ). El número de días que estuvo internado el paciente en el momento de la evaluación pudo predecirse en 19.6% ( $R^2 = .196$ ) por medio de la dimensión *distancia y frialdad emocional* paterna de ingreso ( $\beta = .484$ ). Otras variables, como los años de estudio que concluyeron los pacientes, se predijeron en 18.6% ( $R^2 = .186$ ) por medio de la puntuación de la dimensión *calidez* materna de ingreso ( $\beta = .474$ ) (cuadro 7).

## DISCUSIÓN

En este estudio se observaron diferencias significativas en la percepción de la crianza paterna y materna

CUADRO 7. Dimensiones predictoras de la sintomatología del paciente esquizofrénico al egreso

PANSS egreso	Dimensiones de crianza paterna		Dimensiones de crianza materna		Varianza (R <sup>2</sup> )
	Ingreso	Egreso	Ingreso	Egreso	
Síntomas positivos	Distancia y frialdad emocional ( $\beta = .510$ )	Calidez ( $\beta = -.622$ )			41.5%
Síntomas negativos					
Psicopatología general				Calidez ( $\beta = -1.01$ ) Distancia y frialdad emocional ( $\beta = .805$ )	26.3%
Total		Calidez ( $\beta = -.620$ )	Calidez ( $\beta = .516$ )		29.8%
Años de estudio			Calidez ( $\beta = .474$ )		8.3%
Edad de inicio	Distancia y frialdad emocional ( $\beta = -.625$ )			Calidez ( $\beta = .5$ )	44.8%
Tiempo de evolución	Distancia y frialdad emocional ( $\beta = .427$ )				18.2%
Número de hospitalizaciones	Distancia y frialdad emocional ( $\beta = .547$ )			Calidez ( $\beta = -.916$ ) Distancia y frialdad emocional ( $\beta = .811$ )	37.5%
Número de días última hospitalización	Distancia y frialdad emocional ( $\beta = .484$ )				19.6%

que tiene el paciente esquizofrénico en remisión, con la percepción que tiene el grupo de personas sanas con características sociodemográficas similares, pero sólo en la dimensión *distancia y frialdad emocional*; la percepción de la crianza por parte del paciente esquizofrénico mejora cuando la sintomatología psicótica remite; se encontraron correlaciones significativas entre las dimensiones del PBI con las variables de la esquizofrenia y su evolución; es posible predecir la sintomatología psicótica y otras variables de la esquizofrenia desde 18.2% hasta 44.8%, mediante las puntuaciones del PBI, obtenidas al ingreso y egreso del paciente.

La comparación de la percepción de la crianza del paciente esquizofrénico en remisión, con la del grupo de los sujetos mentalmente sanos demostró que existía una diferencia significativa en la dimensión *distancia y frialdad emocional*, tanto materna como paterna, según se propuso en la primera hipótesis, pero no en las actitudes de calidez de los padres. En este sentido, investigaciones previas han señalado que la mayor parte de las personas que no padecen ninguna enfermedad mental tienen un estilo de crianza que puede ser denominado *vínculo óptimo*, por el cual se percibe a los padres como afectuosos, empáticos y favorecedores de la independencia y de la autonomía, que permite la competencia social y una mejor calidad de vida (63).

Se ha encontrado relación entre ciertos tipos de crianza específicos y el trastorno depresivo mayor (17, 19, 45), los trastornos de alimentación (25), la agorafobia (54), las crisis de angustia (62), el uso de sustancias (59), el trastorno límite de personalidad (70), y los síntomas disociativos (61), entre otros. Se ha documentado que el paciente esquizofrénico tiene comúnmente un estilo

de crianza denominado *control sin afecto*, en el que los padres se caracterizan por manifestar frialdad emotiva, indiferencia y negligencia, al mismo tiempo que demuestran ejercer control, ser interferentes y tener un comportamiento de excesivo involucramiento emocional que impide la autonomía de su hijo (29, 44, 46). Este tipo de vínculo, establecido desde las etapas tempranas de la vida, ocasiona incompetencia social, dificultad en el establecimiento de relaciones interpersonales, ansiedad y retraimiento (17). Una investigación realizada en Australia comprobó lo anterior al comparar la percepción de la crianza entre el paciente esquizofrénico y uno de sus hermanos sano mentalmente. Se observó que los pacientes esquizofrénicos mostraban menor competencia social, y mayor depresión y ansiedad. Asimismo, percibían a sus padres menos cariñosos y más interferentes y sobreprotectores que como los percibían sus hermanos (63). Las características sociodemográficas de ambos grupos fueron similares en edad, sexo y religión. El estado civil, los años de estudio y la situación laboral, muestran el efecto de la enfermedad en los pacientes esquizofrénicos, ya que debido a su padecimiento, la mayoría de dichos pacientes se encuentran solteros, desempleados y con baja escolaridad (60).

En el caso particular de la percepción de la crianza que tiene el paciente esquizofrénico se encontró, como se propuso en la segunda hipótesis, que ésta mejoraba si la sintomatología psicótica disminuía. Los pacientes al mejorar, percibieron significativamente más cálidos a la madre y al padre, en cambio percibieron más distante sólo al padre. La percepción de la crianza paterna fue ambivalente, es decir, al momento del egreso

percibieron al padre más cálido y a la vez más distante emocionalmente, lo que podría explicarse por la ambivalencia propia de la patología, o bien, por la ambivalencia en la crianza y por las actitudes de las figuras parentales hacia el paciente. Ejemplo de esto es lo propuesto en la teoría del *doble vínculo*—comunicación formada por mensajes verbales y no verbales contradictorios (6, 7, 26, 53).

El análisis de la influencia que tenían la crianza paterna y materna en las variables de la esquizofrenia, se llevó a cabo utilizando las puntuaciones de las dimensiones del PBI obtenidas al ingreso y al egreso de los pacientes, esto es, en el período de psicosis aguda y después de que se alcanzó una recuperación. De igual manera, se usaron las puntuaciones de las escalas del PANSS. Esto permitió determinar que la dimensión *calidez* (ingreso) en la crianza paterna tenía relación negativa con los síntomas positivos de ingreso, y la *calidez* (egreso) tenía igual tipo de relación con los síntomas positivos de egreso, lo que hace suponer que son los síntomas positivos (agudos o residuales) los que influyen en la percepción de la calidez que manifestó el padre durante la crianza. O bien, que la *calidez* es responsable en parte de los síntomas positivos. Los síntomas positivos son producto de la hiperactividad dopaminérgica del sistema mesolímbico, pero tienen como base psicológica el mecanismo de defensa de la proyección y la negación. ¿Cuál es la relación que existe entre la calidez que muestra el padre durante los primeros años y la génesis de la sintomatología positiva? No es algo que se haya establecido; sin embargo, este estudio señala una posible relación.

La sintomatología negativa, relacionada con el sistema mesocortical, se correlaciona con el tiempo de evolución de la esquizofrenia y con el número de recaídas (31). En este estudio no se correlacionó con ninguna de las variables de la crianza paterna o materna.

Respecto al número de hospitalizaciones, se encontró relación negativa entre éste y la *calidez* paterna (egreso). Este fenómeno puede explicarse mediante la propuesta de la *emoción expresada*. Es decir, a menor número de actitudes cálidas por parte de la familia, y mayor número de comentarios críticos, de hostilidad y de excesivo involucramiento emocional, mayor número de recaídas (3, 9, 13, 64).

En cuanto a la evolución de la esquizofrenia, en este estudio se observó que la *distancia y frialdad emocional* paterna (ingreso) se correlacionó negativamente con la edad de inicio del padecimiento, y positivamente con los años de evolución de la enfermedad. Una puntuación mayor en esta dimensión se observó en aquellos pacientes en los que se inició más tempranamente el padecimiento y que por lo mismo llevaban más tiempo de evolución al momento de la evaluación. De esto

podría inferirse que mientras más distante emocionalmente era el padre, más temprano se iniciaba la enfermedad. En cambio, la puntuación en esta dimensión al momento de egreso no se correlacionó con ninguna variable del padecimiento, lo que indicó que no influyó ni en la sintomatología ni en el riesgo de recaída u hospitalización.

La *calidez* materna (ingreso) se relacionó con las puntuaciones de psicopatología general (depresión, ansiedad, alteraciones de conducta e impulsividad) en el momento de la psicosis aguda, y al parecer permitía que los pacientes alcanzaran un mayor número de años de escolaridad. La *distancia y frialdad emocional* materna (egreso) se correlacionó con los años de estudio. De ahí que se podría pensar que para que el paciente tuviera la oportunidad de estudiar, antes o después de haber enfermado, necesitaba tener una madre con actitudes cálidas, pero capaz también de establecer límites y disciplina. Desafortunadamente, no estuvo dentro del análisis el determinar cuál era el peso de las dimensiones de la crianza en cuanto a la posibilidad de continuar los estudios ni en cuanto a otros elementos relacionados con la calidad de vida del esquizofrénico.

Para determinar de qué forma influía la psicosis en la puntuación del PBI, se llevó a cabo un análisis, reactivo por reactivo, para identificar cuales reactivos se modificaron. Posteriormente se correlacionaron con las puntuaciones de las subescalas del PANSS observándose una correlación negativa en los reactivos del padre: mejora la psicosis, mejora la percepción de la crianza, lo que podría señalar que al mejorar la sintomatología psicótica esto hace que mejore, a su vez, la percepción de la crianza paterna. En el caso de la madre fue sólo un reactivo el que cambió (13, “tendía a chiquearme”) y se correlacionó positivamente con los síntomas positivos de ingreso. Esto significa que la percepción de la crianza materna fue más estable que la paterna.

El análisis de regresión múltiple que se realizó permitió cumplir con el tercer objetivo y determinar la influencia de las variables analizadas sobre la sintomatología psicótica: 41.5% de los síntomas positivos hallaron su explicación en las dimensiones *distancia y frialdad emocional* paterna (ingreso) y *calidez* paterna (egreso) en 41.5% ( $R^2 = .415$ ). En la sintomatología negativa no influyó la crianza, ni materna ni paterna. En la psicopatología general influyeron las dimensiones *calidez* materna (egreso) y *distancia y frialdad emocional* materna (egreso) en 26.3% ( $R^2 = .263$ ). La puntuación total del PANSS estuvo determinada por la *calidez* materna (ingreso), y la *calidez* paterna (egreso) en 29.8% ( $R^2 = .298$ ). La edad en la que la esquizofrenia se inició en el paciente se explicó por las dimensiones *distancia y frialdad emocional* paterna (ingreso) y *calidez* materna



(egreso) en 44.8% ( $R^2 = .448$ ). El tiempo de evolución se explicó por la *distancia y frialdad emocional* paterna (ingreso) en 18.2% ( $R^2 = .182$ ). El número de hospitalizaciones fue explicado por las dimensiones *distancia y frialdad emocional* paterna (ingreso), *calidez* materna (egreso), y *distancia y frialdad emocional* materna (egreso) en 37.5% ( $R^2 = .375$ ). El número de días que el paciente estuvo internado en su última hospitalización se explicó por la *distancia y frialdad emocional* paterna (ingreso) en 19.6% ( $R^2 = .196$ ), y los años de estudio por la *calidez* materna (ingreso) en 18.6% ( $R^2 = .186$ ). Estos hallazgos refuerzan el papel de la crianza (materna y paterna) en la sintomatología psicótica y otras variables de la esquizofrenia.

Las limitaciones del estudio hacen referencia a las dificultades en la generalización, pues las observaciones de esta investigación son aplicables para pacientes esquizofrénicos hospitalizados, y pueden diferir de las de los pacientes de consulta externa. Igualmente, dado que la crianza de los pacientes esquizofrénicos puede ser diferente a la de la familia sin enfermedad mental, sería importante realizar una investigación en la que el grupo de comparación lo constituyeran los hermanos de los pacientes esquizofrénicos.

En el caso de la esquizofrenia, son muy pocas las investigaciones concluyentes respecto a la crianza; muchas de ellas se han visto limitadas por cuestiones metodológicas (10). Los antipsicóticos no han demostrado ser capaces de corregir totalmente las alteraciones en el ajuste social y laboral (15). La última revisión de la línea de tratamiento para el paciente esquizofrénico, sugiere recurrir a la intervención psicoterapéutica familiar debido al mejoramiento en la calidad de vida del paciente, y al ahorro que esto representa en los gastos hospitalarios (14). Existía la necesidad de determinar la participación de la crianza en la evolución y otras variables de la esquizofrenia en una población mexicana; de ahí la utilidad de esta investigación.

## REFERENCIAS

1. AINSWORTH M, BLEHAR M, WATERS E, WALL S: Patterns of attachment, a psychological study of the strange situation. *Am Psychology*, 44:709-716, 1978.
2. ALLOY L, JACOBSON N, ACOCELLAJ: *Abnormal Psychology*. Mc Graw Hill, Boston, 1999.
3. ALVAREZ C: Esquizofrenia y familia. *Mosaico*, 10:28, 2002.
4. APIQUIAN R, FRESAN A, NICOLINI H: *Evaluación de la Psicopatología; Escalas en Español*. JGH Editores, México, 2000.
5. ASOCIACION PSIQUIATRICA AMERICANA: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*. Masson, Barcelona, 2000.
6. BATESON G, JACKSON DD, HALEY J, WEAKLAND J: Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1:251-69, 1956.
7. BATESON G: The birth of a matrix or double bind and epistemology. En Berger MM (ed.). *Beyond the Double Bind*, Brunner/Mazel, Nueva York, 1978.
8. BEBBINGTON P, KUIPERS L: The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia; an aggregate analysis. *Psychological Medicine*, 24:707-18, 1994.
9. BELLOCK A: Interpersonal control and expressed emotion in families of persons with schizophrenia change over time. *Schizophrenia Bull*, 27:4, 2001.
10. BOSANAC P, BUIST A, BURROWS G: Motherhood and Schizophrenic Illnesses; a review of the literature. *Australian New Zealand J Psychiatry*, 37:24-30, 2003.
11. BOWEN M: A family concept of schizophrenia. En: Jackson D (ed.). *The Etiology of Schizophrenia*. Basic Books, Nueva York, 1960.
12. BROUSTRA J: *La Esquizofrenia*. Herder, Barcelona, 1979
13. BROWN GW, RUTTER M: The measurement of family activities and relationships; a methodological study. *Human Relations*, 2:10-15, 1966.
14. BUSTILLO JR, LAURIELLO J, HORAN W, KEITH SJ: The psychosocial treatment of schizophrenia; an update. *Am J Psychiatry*, 158:2, 2001.
15. BUSTILLO JR, LAURIELLO J, KEITH SJ: Schizophrenia; improving outcome. *Harv Rev Psychiatry*, 6:229-40, 1999.
16. BUTZLAFF RL, HOOOLEY JM: Expressed emotion and psychiatric relapse; a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 55:547-58, 1998.
17. CANETTI L, BACHAR E, GALILI-WEISSTUB E, DENOUR AK, SHALEV AY: Parental bonding and mental health in adolescence. *Adolescence*, 32:381-394, 1997.
18. CARDIN VA, MCGILL CV, FALLOON IRH: *An Economic Analysis: Costs, Benefits and Effectiveness in Family Management of Schizophrenia*. Falloon IRH (ed.). Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1996.
19. DUGGAN C, SHAM P, MINNE C, MURRAY R: Quality of parenting and vulnerability to depression; results from a family study. *Psychological Medicine*, 28:185-191, 1998.
20. FAVARETTO E, TORRESANI S, ZIMMERMANN C: Further Results on the Reliability of the Parental Bonding Instrument (PBI) in an Italian sample of schizophrenic patients and their parents. *J Clin Psychology*, 57:1, 2001.
21. FEDERN P: *Ego psychology and the psychoses*. Basic Books, Nueva York, 1952.
22. FROMM-REICHMANN F: Notes on the mother role in the family group. *Bull Menninger Clinic*, 4:132-48, 1940.
23. FROMM-REICHMANN F: Psychoanalytic psychotherapy with psychotics; the influence of the modifications in technique on present trends in psychoanalysis. *Psychiatry*, 6:277-79, 1943.
24. FROMM-REICHMANN F: Notes on the development of treatment of schizophrenia by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*, 11:263-73, 1948.
25. FURNHAM A, ADAM-SAIB S: Abnormal eating attitudes and behaviours and perceived parental control; a study of white British and British-Asian school girls. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 36:9, 2001.
26. GARNICAR: *Esquizofrenia*. JGH Editores, México, 1998
27. GIRON A, BENEYTO M: Relationship between empathic family attitude and relapse in schizophrenia; a 2-year follow-up prospective study. *Schizophrenia Bull*, 24:4, 1998.
28. HARWELL CE: The Schizophrenogenic mother concept in American Psychiatry. *Psychiatry*, 59:3, 1996.
29. HELGELAND MI, TORGENSEN S: Maternal representations of patients with schizophrenia as measured by the Parental Bonding Instrument. *Scandinavian J Psychology*, 38:39-43, 1997.
30. HERNANDEZ R, FERNANDEZ C, BAPTISTA P: *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill, México, 2003.
31. KANDEL E, SCHWARTZ J, JESSELL T: *Principles of Neural Science*. Mc Graw Hill, Portland, 2004.

32. KASANIN J, KNIGHT E, SAGE P: The parent child relationship in schizophrenia. *J Nervous Mental Disease*, 79:249-63, 1934.
33. KAY SR, FISZBEIN A, OPLER LA: The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bull*, 13:261-76, 1987.
34. KING S, DIXON M: Expressed emotion and relapse in young schizophrenia outpatients. *Schizophrenia Bull*, 5:2, 1999.
35. LAMBERT M: *Handbook of psychotherapy research*. John Wiley and Sons, Inc. Nueva York, 2004.
36. LEVY DM: Maternal overprotection and rejection. *Archives Neurology Psychiatry*, 25:886-9, 1931.
37. LIDZ RW, LIDZ T: The family environment of schizophrenic patients. *Am J Psychiatry*, 106:32-43, 1949.
38. LIDZ RW, LIDZ T: Therapeutic considerations arising from the intense symbiotic needs of schizophrenic patients. En: Redlich F, Brody E (ed.). *Psychotherapy with Schizophrenics*. International University Press, Nueva York, 1952.
39. LIDZ T, CORNELISON AR, FLECK S, TERRY D: The intrafamilial environment of schizophrenic patients; marital schism and marital skew. *Am J Psychiatry*, 114:241-8, 1957.
40. LIDZ T: Schizophrenia and the family. *Psychiatry*, 21:21-7, 1958.
41. MELIS F, DAVILA M, ORMEÑO V, VERA V, GREPPI C, GLOGER S: Estandarización del PBI (Parental Bonding Instrument); versión adaptada a la población entre 16 y 64 años del Gran Santiago. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatría*, 39(2):132-9, 2001.
42. MUESER KT, GYNN SM: Family Intervention for Schizophrenia. En: *Best Practice; Developing and Promoting Empirically Supported Interventions*. Dobson KS, Craig KD, Newbury P (ed.). Sage Publications, 157-86, Newbury Park, 1998.
43. NEAL J, FRICK-HORBURY D: The effects of parenting styles and childhood attachment; patterns on intimate relationships. *J Instructional Psychology*, 28:3, 2001.
44. ONSTAD S, SKRE I, TORGERSEN S, KRINGLEN E: Family interaction; a parental representation in schizophrenic patients. *Acta Psiquiátrica Escandinava*, 90(Supl.), 384:67-70, 1994.
45. PARKER G: *Parental Overprotection; A Risk Factor in Psychosocial Development*. Grune and Stratton, Nueva York, 1983.
46. PARKER G, FAIRLEY M, GREENWOOD J, JURD S, SILOVE D: Parental representations of schizophrenics and their association with onset and course of schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 141:573-61, 1982.
47. PARKER G, TUPLIN H, BROWN L: A Parental bonding instrument. *Br J Med Psychology*, 52:1-10, 1979.
48. PEDERSEN W: Parental relations, mental health, and delinquency in adolescents. *Adolescence*, 29:116, 1994.
49. PENN DL, MUESER KT: Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 153:607-17, 1996.
50. ROSENFARB I, BELLACK A, AZIZ N, KRATZ K, SAYERS S: Race, family interactions and patient stabilization in Schizophrenia. *J Abnormal Psychology*, 113:1, 2004.
51. SADOCK BJ, SADOCK VA: *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins, Novena edición. Philadelphia, 2003.
52. SEARLES H: *Escritos sobre Esquizofrenia*. Gedisa, Barcelona, 1994.
53. SELVINI-PALAZZOLI M, BOSCOLO L, CECCHIN G, PRATA G: *Paradoja y Contraparadoja; un Nuevo Modelo en la Terapia de la Familia de Transacción Esquizofrénica*. Paidós, México, 1994.
54. SILOVE D: Perceived parental characteristics and reports of early parental deprivation in agoraphobic patients. *Australian New Zealand J Psychiatry*, 20:365-369, 1986.
55. SULLIVAN HS: The onset of schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 84:1205-34, 1927.
56. SULLIVAN HS: Environmental factors in etiology and course under treatment of schizophrenia. *Medical J Record*, 133:19-22, 1931.
57. TARRIER N, LOWSON K, BARROWCLOUGH C: Some aspects of family interventions in schizophrenia; financial consideration. *Br J Psychiatry*, 159:481-84, 1991.
58. TARRIER N, BARROWCLOUGH CC, PORCEDDU KK, FITZPATRICK EE: The Salford Family Intervention project; relapse rates of schizophrenia at five and eight years. *Br J Psychiatry*, 165:829-32, 1994.
59. TORRESANI S, FAVARETTO E, ZIMMERMANN C: Parental representation in drug-dependent patients and their parents. *Comprehension Psychiatry*, 41:123-9, 2000.
60. WEIDEN PJ, SCHEIFLER PL, MCEVORY JP, FRANCES A, ROSS R: Expert Consensus Treatment Guidelines for Schizophrenia; a guide for patients and family. *J Clin Psychiatry*, 60:11, 1999.
61. WEST M, KENNETH A, SHEILA S, ROSE S: Attachment disorganization and dissociative symptoms in clinically treated adolescents. *Canadian J Psychiatry*, 46:7, 2001.
62. WIBORG IM, DAHL AA: The recollection of parental rearing styles in patients with panic disorder. *Acta Psiquiátrica Escandinava*, 96:58-63, 1997.
63. WILLINGER U, HEIDEN A, MESZAROS K, FORMANN A, ASCHAUER H: Maternal bonding behaviour in schizophrenia and schizoaffective disorder, considering premorbid personality traits. *Australian New Zealand J Psychiatry*, 36:663-668, 2002.
64. WUEKER AK, HAAS GL, BELLOCK AS: Interpersonal control and expressed emotion in families of persons with schizophrenia change over time. *Schizophrenia Bull*, 24:4, 2001.
65. WYNNE LC, RYCKOFF IM, DAY J, HIRSCH SI: Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry*, 21:205-20, 1958.
66. WYNNE LC: Knotted relationships, communication deviances, and metabinding. En: BERGER MM (ed.). *Beyond the Double Bind*. Brunner/Mazel, Nueva York, 1978.
67. XIONG W, PHILLIPS MR, XIONG H, WAN R, DAI Q, KLEIMANMAN J, KLEINMAN A: Family-based intervention for schizophrenic patients in China; a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 163:239-47, 1994.
68. ZHANG M, YAN H: Effectiveness of psychoeducation for relatives of schizophrenic patients; a prospective cohort study in five cities of China. *Int J Ment Health*, 22:47-59, 1993.
69. ZHANG M, WANG M, LI J, PHILLIPS MR: Randomised-control trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients; a 18-month study in Suzhou, Jiangsu. *Br J Psychiatry*, 165:96-102, 1994.
70. ZWEIG-FRANK H, PARIS J: Parent's emotional neglect and overprotection according to the recollections of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 148:648-651, 1991.