

Estudio psicopatológico de los hijos de pacientes con Trastorno Mental Severo

Lorena Sozzi

<http://hdl.handle.net/10803/667772>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

TESIS DOCTORAL

**Estudio Psicopatológico de los Hijos de Pacientes con Trastorno
Mental Severo.**

Lorena Sozzi

Tesis Doctoral dirigida por:

Dr. Carles Pérez-Testor

Dr. Joan Manel Blanqué López

Dr. Raul Vaimberg Grillo

Barcelona, 2019

TESIS DOCTORAL

Título	Estudio Psicopatológico de los Hijos de Pacientes con Trastorno Mental Severo
Realizada por	Lorena Sozzi
en el Centro	Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna
y en el Departamento	Psicologia
Dirigida por	Dr. Carles Perez-Testor, Dr. Joan Manel Blanqué López y Dr. Raul Vaimberg Grillo

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a los equipos de Atención a la Psicosis Incipiente de los CSMA de Montjuic i Sants de la Fundació Sanitaria Sant Pere Claver, por la confianza que han depositado en mi y por haberme dado la posibilidad de formar parte de su equipo, ayudándome en la tarea de investigación y a crecer profesional y personalmente. En especial, a Lluís Mauri, por darme esta oportunidad y ofrecerme su ayuda y apoyo en todo momento y al Dr. Blanqué, codirector de la presente tesis doctoral, sin el cual este trabajo no habría sido posible, por haberme motivado a emprender este proyecto y por haberme dado la posibilidad de ser una persona más del equipo.

A los pacientes sin los cuales este trabajo no sería concebible, por su preciosa colaboración y entrega en el proyecto, por la información que nos han proporcionado y por ayudarnos a conocer un poco más sobre la psicosis incipiente.

A los directores de la tesis, Dr. Carles Pérez-Testor, Dr. Joan Manel Blanqué y Dr. Raul Vaimberg, gracias por su valiosa ayuda y apoyo durante todo este largo camino, por su inestimable paciencia y generosidad, por creer en mi y sostenerme en todo momento. Vuestra profesionalidad y la dedicación con las que me habeis seguido durante este camino ha permitido la realización de este proyecto. Sois para mi mucho más que unos referentes profesionales y me habeis dado más de lo que habría podido esperar nunca.

A la Dra. Anguera mi referente metodológica, por su inestimable ayuda en las tareas estadísticas, por transmitirme y compartir su conocimiento, y por su inmensa disponibilidad y paciencia.

A Nuria por todo el tiempo dedicado con afecto y paciencia a la labor de corrección y junto con mis directores, por la dura labor de poder lidiar con mi “italoespañol”.

A la Universitat Ramon Llull y a todos los compañeros del Grup de Recerca de Parella i Família (GRPF), mi base y apoyo académico, y en especial a Mariella Venturella, que gracias al trabajo clínico y de investigación he tenido la posibilidad de conocer. Por su amistad y compañerismo, por ayudarme y motivarme siempre que lo he necesitado a lo largo de todos estos años y por haber compartido este proyecto, y mucho más.

A mi familia, a mi pareja y a mis amigos que por lejos o cercanos que están, siempre me han sostenido y entendido en el esfuerzo de poder compaginar la vida personal y profesional con la investigación. Porque nunca han dejado de creer en mi, y aunque hayan pasado muchas cosas durante estos años, que a veces han supuesto incluso una pérdida, se que siempre estáis y estaréis conmigo y siempre me hacéis sentir acompañada. Laura se que nunca dejas de estar a mi lado y a ti dedico también la consecución de este trabajo.

A Dani por el tiempo, la dedicación, y todo el amor con el que me ha acompañado a lo largo de este proyecto profesional y de vida, y por todo lo que esto significa. Tu amor y compañerismo me han permitido también hoy llegar hasta aquí.

ÍNDICE

Introducción	13
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO	15
1. El impacto de la patología familiar en el desarrollo de la sintomatología de los hijos	17
1.1 Estudio sobre hijos de pacientes con Trastorno Mental Severo	19
1.1.1 Estudios sobre hijos de padres con Esquizofrenia	21
1.1.2 Estudios sobre hijos de padres con Trastornos Afectivos	23
1.1.3 Estudios sobre hijos de padres con Trastornos de la Personalidad	25
1.2 Factores de riesgo en hijos de padres con trastorno mental	27
1.3 Resiliencia y factores de protección	32
1.4 El papel de los factores biológicos, genéticos y ambientales	35
1.5 La fertilidad en pacientes con trastorno mental severo	40
1.6 Los aspectos dinámicos de la relación entre padres psicóticos e hijos	41
1.7 La perspectiva transgeneracional	46
1.8 Tener un padre con enfermedad mental: las vivencias de los hijos	51
2. Metodología. Aspectos Teóricos	55
2.1 Bases de la complementariedad metodológica	55
2.2 Metodología observacional	58
2.3 Elaboración de instrumento no estándar	60
SEGUNDA PARTE: ESTUDIO EMPÍRICO	65
3. Objetivos	67
4. Diseño del estudio	69
5. Método	71
5.1 Participantes	71
5.2 Materiales e Instrumento	73
5.2.1 Instrumento de registro	73
5.2.2 Elaboración del instrumento no estándar	73

5.3 Procedimiento	160
5.3.1 Recogida de datos	163
5.3.2 Control de calidad	166
5.3.3 Análisis de datos	168
5.4 Programas informáticos.....	172
6. Resultados.....	175
6.1 Análisis descriptivo	175
6.2 Comparación de proporciones.....	188
6.3 Análisis secuencial de retardos (lag).....	202
6.4 Detección de patrones temporales (T-patterns).....	255
7. Discusión.....	269
8. Conclusiones.....	287
8.1 Limitaciones y desarrollos futuros	298
9. Referencias	301
10. Anexos.....	335
10.1 Consentimiento informado	337
10.2 Grado de acuerdo entre observadores	338
10.2.1 Coeficiente Kappa.....	339
10.2.2 Concordancia Canónica	340
10.3 Material del estudio	341

Índice de Figuras

<i>Figura 1.1</i> Diseño de triangulación.....	56
<i>Figura 1.2</i> Diseño exploratorio secuencial.....	56
<i>Figura 1.3</i> Proceso, metodología cualitativa.....	57
<i>Figura 2.1.</i> Esquema de codificación para el análisis de datos. Entrevistas hijos.....	77
<i>Figura 2.2.</i> Esquema de codificación para el análisis de datos. Entrevistas padres.....	78
<i>Figura 2.3.</i> Resumen dimensiones, subdimensiones y categorías. Entrevistas Hijos.....	79
<i>Figura 2.4.</i> Resumen dimensiones, subdimensiones y categorías. Entrevistas Padres.....	79
<i>Figura 2.5.</i> Calculo del coeficiente de concordancia canónica.....	167
<i>Figura 2.6</i> Propuesta de análisis cuantitativo de datos de naturaleza cualitativa.....	169
<i>Figura 2.7.</i> Representación del análisis de retardos.....	171
<i>Figura 3.1.</i> Frecuencias absolutas dimensión 1. Global hijos.....	176
<i>Figura 3.2.</i> Frecuencias absolutas dimensión 1. Global padres.....	176
<i>Figura 3.3.</i> Frecuencias absolutas dimensión 1. Estudio individualizado Caso1.....	176
<i>Figura 3.4.</i> Cálculo índice dimensión 1. Global hijos.....	177
<i>Figura 3.5.</i> Calculo índice dimensión 1. Global padres.....	177
<i>Figura 3.6.</i> Calculo índice dimensión 1 Hijo 1. Estudio individualizado Caso 1.....	177
<i>Figura 3.7.</i> Resumen de los índices calculados.....	178
<i>Figura 3.8.</i> Calculo índices por cada dimensión, subdimensión y caso. Índice global.....	178
<i>Figura 3.9.</i> Índice global calculado por cada caso.....	179
<i>Figura 3.10.</i> Comparación del índice global de cada caso, según padre e hijo.....	179
<i>Figura 3.11.</i> Comparación índices del grupo de los hijos y de los padres.....	180
<i>Figura 3.11a.</i> Índices del grupo de los hijos y de los padres comparados.....	180
<i>Figura 3.12.</i> Índices del grupo de los hijos y de los padres comparados por cada dimensión.....	181
<i>Figura 3.13.</i> Estudio del caso 1 según los índices calculados.....	182
<i>Figura 3.14.</i> Estudio del caso 2 según los índices calculados.....	183
<i>Figura 3.15.</i> Estudio del caso 3 según los índices calculados.....	184
<i>Figura 3.16.</i> Estudio del caso 4 según los índices calculados.....	185
<i>Figura 3.17.</i> Estudio del caso 5 según los índices calculados.....	186
<i>Figura 3.18.</i> Resumen gráficos padres con la inclusión del índice de la dimensión 9.....	187
<i>Figura 3.19.</i> Resultados de la comparación de proporciones.....	189
<i>Figura 3.20.</i> Comparación de proporciones estadísticamente significativas Dimensión 1. RP.....	192
<i>Figura 3.21.</i> Comparación de proporciones estadísticamente significativas Dimensión 2. E.....	192
<i>Figura 3.22.</i> Comparación de proporciones estadísticamente significativas Dimensión 6. PP.....	193
<i>Figura 3.23.</i> Comparación de proporciones estadísticamente significativas Dimensión 7. PC.....	194
<i>Figura 3.24.</i> Comparación de proporciones estadísticamente significativas Subdimensiones de la Dimensión 7.....	194
<i>Figura 3.25.</i> Comparación de proporciones estadísticamente significativas Dimensión 8. AT.....	194
<i>Figura 3.26.</i> Comparación de proporciones estadísticamente significativas Dimensión 9 (padres). D.....	195
<i>Figura 3.27.</i> Comparación de proporciones estadísticamente significativas Subdimensiones Dimensión 1 y 2.....	196

<i>Figura 3.28.</i> Comparación de proporciones estadísticamente significativas Subdimensiones Dimensión 4. OR.....	197
<i>Figura 3.29.</i> Comparación de proporciones estadísticamente significativas Subdimensiones Dimensión 6.....	198
<i>Figura 3.30.</i> Comparación de proporciones estadísticamente significativas Subdimensiones Dimensión 9 (Padres)...	198
<i>Figura 3.31.</i> Comparación de proporciones estadísticamente significativas Dimensión 3. I.....	199
<i>Figura 3.32.</i> Comparación de proporciones estadísticamente significativas Subdimensiones Dimensión 3. RI.....	200
<i>Figura 3.33.</i> Comparación de proporciones estadísticamente significativas Dimensión 5. AP.....	200
<i>Figura 3.34.</i> Comparación de proporciones estadísticamente significativas Subdimensiones Dimensión 4.....	200
<i>Figura 3.35.</i> Patrón de conducta 1, H1. Dimensión RP.....	202
<i>Figura 3.36.</i> Patrón de conducta 2, H1. Dimensión RP.....	203
<i>Figura 3.37.</i> Patrón de conducta 3, H1. Dimensión RP.....	204
<i>Figura 3.38.</i> Patrón de conducta 4, H1. Dimensión RP.....	205
<i>Figura 3.39.</i> Patrón de conducta 5, H1. Dimensión RP.....	206
<i>Figura 3.40.</i> Patrón de conducta 1, H1. Dimensión E.....	207
<i>Figura 3.41.</i> Patrón de conducta 2, H1. Dimensión E.....	207
<i>Figura 3.42.</i> Patrón de conducta 1, H1. Dimensión I.....	208
<i>Figura 3.43.</i> Patrón de conducta 2, H1. Dimensión I.....	209
<i>Figura 3.44.</i> Patrón de conducta 3, H1. Dimensión I.....	209
<i>Figura 3.45.</i> Patrón de conducta 1, H1. Dimensión RS.....	210
<i>Figura 3.46.</i> Patrón de conducta 2, H1. Dimensión RS.....	210
<i>Figura 3.47.</i> Patrón de conducta 3, H1. Dimensión RS.....	211
<i>Figura 3.48.</i> Patrón de conducta 4, H1. Dimensión RS.....	211
<i>Figura 3.49.</i> Patrón de conducta 5, H1. Dimensión RS.....	212
<i>Figura 3.50.</i> Patrón de conducta 1, H1. Dimensión AP.....	213
<i>Figura 3.51.</i> Patrón de conducta 2, H1. Dimensión AP.....	213
<i>Figura 3.52.</i> Patrón de conducta 1, H1. Dimensión PP.....	214
<i>Figura 3.53.</i> Patrón de conducta 2, H1. Dimensión PP.....	214
<i>Figura 3.54.</i> Patrón de conducta 3, H1. Dimensión PP.....	215
<i>Figura 3.55.</i> Patrón de conducta 1, H1. Dimensión PC.....	215
<i>Figura 3.56.</i> Patrón de conducta 2, H1. Dimensión PC.....	216
<i>Figura 3.57.</i> Patrón de conducta 3, H1. Dimensión PC.....	216
<i>Figura 3.58.</i> Patrón de conducta 1, H2. Dimensión RP.....	217
<i>Figura 3.59.</i> Patrón de conducta 2, H2. Dimensión RP.....	218
<i>Figura 3.60.</i> Patrón de conducta 3, H2. Dimensión RP.....	218
<i>Figura 3.61.</i> Patrón de conducta 4, H2. Dimensión RP.....	219
<i>Figura 3.62.</i> Patrón de conducta 5, H2. Dimensión RP.....	219
<i>Figura 3.63.</i> Patrón de conducta 6, H2. Dimensión RP.....	219
<i>Figura 3.64.</i> Patrón de conducta 1, H2. Dimensión E.....	220
<i>Figura 3.65.</i> Patrón de conducta 2, H2. Dimensión E.....	221
<i>Figura 3.66.</i> Patrón de conducta 1, H2. Dimensión I.....	221
<i>Figura 3.67.</i> Patrón de conducta 2, H2. Dimensión I.....	221
<i>Figura 3.68.</i> Patrón de conducta 3, H2. Dimensión I.....	222

<i>Figura 3.69.</i> Patrón de conducta 1, H2. Dimesión RS.....	222
<i>Figura 3.70.</i> Patrón de conducta 2, H2. Dimesión RS.....	223
<i>Figura 3.71.</i> Patrón de conducta 3, H2. Dimesión RS.....	223
<i>Figura 3.72.</i> Patrón de conducta 4, H2. Dimesión RS.....	223
<i>Figura 3.73.</i> Patrón de conducta 1, H2. Dimesión AP.....	224
<i>Figura 3.74.</i> Patrón de conducta 1, H2. Dimesión PP.....	224
<i>Figura 3.75.</i> Patrón de conducta 2, H2. Dimesión PP.....	225
<i>Figura 3.76.</i> Patrón de conducta 3, H2. Dimesión PP.....	225
<i>Figura 3.77.</i> Patrón de conducta 4, H2. Dimesión PP.....	226
<i>Figura 3.78.</i> Patrón de conducta 1, H2. Dimesión PC.....	226
<i>Figura 3.79.</i> Patrón de conducta 2, H2. Dimesión PC.....	227
<i>Figura 3.80.</i> Patrón de conducta 1, H3. Dimesión RP.....	227
<i>Figura 3.81.</i> Patrón de conducta 2, H3. Dimesión RP.....	228
<i>Figura 3.82.</i> Patrón de conducta 3, H3. Dimesión RP.....	228
<i>Figura 3.83.</i> Patrón de conducta 4, H3. Dimesión RP.....	229
<i>Figura 3.84.</i> Patrón de conducta 5, H3. Dimesión RP.....	229
<i>Figura 3.85.</i> Patrón de conducta 6, H3. Dimesión RP.....	230
<i>Figura 3.86.</i> Patrón de conducta 1, H3. Dimesión E.....	230
<i>Figura 3.87.</i> Patrón de conducta 1, H3. Dimesión I.....	231
<i>Figura 3.88.</i> Patrón de conducta 2, H3. Dimesión I.....	232
<i>Figura 3.89.</i> Patrón de conducta 1, H3. Dimesión RS.....	232
<i>Figura 3.90.</i> Patrón de conducta 2, H3. Dimesión RS.....	233
<i>Figura 3.91.</i> Patrón de conducta 3, H3. Dimesión RS.....	233
<i>Figura 3.92.</i> Patrón de conducta 4, H3. Dimesión RS.....	233
<i>Figura 3.93.</i> Patrón de conducta 5, H3. Dimesión RS.....	234
<i>Figura 3.94.</i> Patrón de conducta 1, H3. Dimesión AP.....	234
<i>Figura 3.95.</i> Patrón de conducta 1, H3. Dimesión PP.....	234
<i>Figura 3.96.</i> Patrón de conducta 2, H3. Dimesión PP.....	235
<i>Figura 3.97.</i> Patrón de conducta 3, H3. Dimesión PP.....	235
<i>Figura 3.98.</i> Patrón de conducta 1, H3. Dimesión PC.....	236
<i>Figura 3.99.</i> Patrón de conducta 1, H3. Dimesión AT.....	236
<i>Figura 3.100.</i> Patrón de conducta 1, H4. Dimesión RP.....	237
<i>Figura 3.101.</i> Patrón de conducta 2, H4. Dimesión RP.....	237
<i>Figura 3.102.</i> Patrón de conducta 3, H4. Dimesión RP.....	238
<i>Figura 3.103.</i> Patrón de conducta 4, H4. Dimesión RP.....	238
<i>Figura 3.104.</i> Patrón de conducta 1, H4. Dimesión E.....	239
<i>Figura 3.105.</i> Patrón de conducta 1, H4. Dimesión I.....	240
<i>Figura 3.106.</i> Patrón de conducta 2, H4. Dimesión I.....	240
<i>Figura 3.107.</i> Patrón de conducta 1, H4. Dimesión RS.....	241
<i>Figura 3.108.</i> Patrón de conducta 2, H4. Dimesión RS.....	241
<i>Figura 3.109.</i> Patrón de conducta 1, H4. Dimesión AP.....	242

<i>Figura 3.110.</i> Patrón de conducta 2, H4. Dimesión AP.....	242
<i>Figura 3.111.</i> Patrón de conducta 1, H4. Dimesión PP.....	243
<i>Figura 3.112.</i> Patrón de conducta 2, H4. Dimesión PP.....	243
<i>Figura 3.113.</i> Patrón de conducta 3, H4. Dimesión PP.....	243
<i>Figura 3.114 (a,b,c).</i> Patrón de conducta 4 (a,b,c), H4. Dimesión RP.....	244
<i>Figura 3.115.</i> Patrón de conducta 1, H4. Dimesión PC.....	245
<i>Figura 3.116.</i> Patrón de conducta 2, H4. Dimesión PC.....	245
<i>Figura 3.117.</i> Patrón de conducta 1, H5. Dimesión RP.....	246
<i>Figura 3.118.</i> Patrón de conducta 2, H5. Dimesión RP.....	246
<i>Figura 3.119.</i> Patrón de conducta 3, H5. Dimesión RP.....	247
<i>Figura 3.120.</i> Patrón de conducta 4, H5. Dimesión RP.....	248
<i>Figura 3.121.</i> Patrón de conducta 5, H5. Dimesión RP.....	249
<i>Figura 3.122.</i> Patrón de conducta 6, H5. Dimesión RP.....	249
<i>Figura 3.123.</i> Patrón de conducta 7, H5. Dimesión RP.....	249
<i>Figura 3.124.</i> Patrón de conducta 1, H5. Dimesión E.....	250
<i>Figura 3.125.</i> Patrón de conducta 2, H5. Dimesión E.....	251
<i>Figura 3.126.</i> Patrón de conducta 3, H5. Dimesión E.....	251
<i>Figura 3.127.</i> Patrón de conducta 1, H5. Dimesión I.....	252
<i>Figura 3.128.</i> Patrón de conducta 2, H5. Dimesión I.....	252
<i>Figura 3.129.</i> Patrón de conducta 1, H5. Dimesión RS.....	252
<i>Figura 3.130.</i> Patrón de conducta 2, H5. Dimesión RS.....	253
<i>Figura 3.131.</i> Patrón de conducta 1, H5. Dimesión AP.....	253
<i>Figura 3.132.</i> Patrón de conducta 2, H5. Dimesión AP.....	254
<i>Figura 3.133.</i> Patrón de conducta 1, H5. Dimesión RP.....	254
<i>Figura 3.134.</i> Ejemplo Dendogramas Global Padres, programa <i>Theme</i>	256
<i>Figura 3.135.</i> Ejemplo Dendogramas Global Hijos, programa <i>Theme</i>	256
<i>Figura 3.136.</i> <i>T-patterns</i> día 1 Padre-Hijo (Caso 1): EH1-P1.....	257
<i>Figura 3.137.</i> <i>T-patterns</i> día 2 Padre-Hijo (Caso 2): EH2-P2.....	258
<i>Figura 3.138.</i> <i>T-patterns</i> día 3 Padre-Hijo (Caso 3): EH3-P3.....	259
<i>Figura 3.139.</i> <i>T-patterns</i> día 4 Padre-Hijo (Caso 4): EH4-P4.....	262
<i>Figura 3.140.</i> <i>T-patterns</i> día 5 Padre-Hijo (Caso 5): EH5-P5.....	263
<i>Figura 3.141.</i> <i>T-patterns</i> Global Hijos: EH1-EH5.....	263
<i>Figura 3.142.</i> <i>T-patterns</i> Global Padres: EP1-EP5.....	265

INTRODUCCIÓN

Los hijos de pacientes con Trastorno Mental Severo han motivado un número creciente de estudios en los últimos años. A nivel mundial, alrededor de uno de cada cinco niños menores de edad tiene un padre o una madre con enfermedad mental, lo que favorece la aparición de síntomas que pueden producir cierto grado de sufrimiento psicológico y en algunos casos una enfermedad mental (Reedtz et al., 2018).

Este proyecto de tesis surge a partir de estudios de campo anteriores, desarrollados por el equipo del Programa de Psicosis Incipiente (PPI) que se lleva a cabo en los Centros de Salud Mental de Adultos de Montjuïc y de Sants de la Fundació Sanitària Sant Pere Claver de Barcelona, y la colaboración de la doctoranda en dicho programa junto con el coordinador y otros miembros del equipo. El objetivo era integrar y profundizar la investigación en el riesgo de psicopatología en niños de padres con trastorno mental grave.

Sant Pere Claver - Fundació Sanitaria, es una institución privada sin ánimo de lucro y financiación pública que presta servicios de cobertura pública, entre otros, en Salud Mental.

La idea de esta investigación nace desde la observación de las primeras visitas clínicas del Programa (PPI) de jóvenes entre los 18 y 25 años de edad que se presentaban al centro con indicios de patología ya marcada, y que traían en sus relatos referencias tempranas de malestar. Se podía pensar que si se hubieran detectados en épocas más tempranas habrían significado un abordaje más efectivo y un pronóstico diferente.

Esto ha llevado a evidenciar que una estrategia de búsqueda activa de los casos desde la Atención Primaria en los hijos de pacientes, podría facilitar la detección y el abordaje precoz lo que conllevaría a un mejor pronóstico en su evolución.

Lo observado en las diversas visitas reafirma la convicción que una intervención preventiva y terapéutica precoz puede favorecer el desarrollo de aspectos sanos de la personalidad y incidir en la disminución de la patología.

La tesis se desarrolla en dos grandes partes:

1. **Marco teórico**, en el cual analizamos el impacto de la patología parental en el desarrollo de la sintomatología de los hijos, a través de un recorrido sobre los diversos trabajos publicados al

respecto y en función de la patología específica de los padres. La conceptualización de los factores de riesgo, como predictores de patología que permiten definir esta población como de alto riesgo, y detectar los factores de protección, en la prevención de la enfermedad mental en la descendencia. A través de la experiencia sobre el tema y de la bibliografía consultada se analizan los diferentes aspectos que intervienen en el desarrollo de la psicopatología en los hijos de pacientes con enfermedad mental. Se analiza la incidencia de los factores: biológicos, genéticos y ambientales y los aspectos relacionados como la fertilidad de los pacientes con TMS, la calidad de relación entre padres e hijos y el factor intergeneracional. Por último se analiza las vivencias de los hijos de tener un padre con enfermedad mental, aspecto central de esta tesis, y los aspectos teóricos de la metodología, desde la observación a su cuantificación.

2. **Estudio empírico**, en el cual se abarcan los aspectos empíricos del trabajo: su estructura y procedimiento, y los resultados. Por último se discuten e interpretan los resultados de la investigación y se concluye presentando los hallazgos y observaciones realizados en relación a los objetivos planteados así como se argumentan posibles limitaciones encontradas a lo largo del estudio y prospectivas futuras en ámbito clínico y de investigación. Se cierra el trabajo con las referencias bibliográfica y el apéndice.

En este trabajo se ha considerado prioritario mantener el completo anonimato y la máxima discreción en todo el material que hace referencia a los participantes del estudio, padres y hijos, tanto en la etapa de la recogida como en las de análisis y difusión de los datos. Por este motivo se ha decidido también no incluir las grabaciones y las transcripciones literales.

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

1. El impacto de la patología familiar en el desarrollo de la sintomatología de los hijos.

Las investigaciones y los trabajos que a lo largo de los años han estudiado la relación existente entre el trastorno mental de los padres y las posibles alteraciones psíquicas de los hijos son numerosos. La mayoría de autores están de acuerdo en que los factores que pueden influir en el desarrollo de la enfermedad son variados y entre ellos destacarían los genéticos, los biológicos, los relacionales y los familiares, por lo que estos autores han investigado principalmente el tipo de herencia que rige en las enfermedades mentales y el papel que estos factores psicosociales juegan en la manifestación de la enfermedad.

La literatura internacional indica que la incidencia de los trastornos psiquiátricos en adultos es muy elevada, y esto implica que muchos niños tienen el riesgo de crecer con unos padres con problemas mentales. Algunos sufren de enfermedades leves y temporales, mientras que otros tienen enfermedades graves y crónicas como trastornos de la personalidad, depresión o esquizofrenia (Brunette & Dean, 2002; Nicholson, Biebl, Hinden, Henry & Stier, 2001). Sin embargo los servicios de salud mental dirigidos a pacientes adultos raramente toman en consideración la función parental, desestimando el peso que el fracaso en esta función pueda tener sobre la patología (Hall, 1996; Zemenuck, Rogosch & Mowbray, 1995).

Las investigaciones evidencian que no sólo la patología lleva a una relación disfuncional entre el progenitor enfermo y el hijo, ya que las modalidades en las que se desarrolla la función parental no están correlacionadas solamente con los padres, sino que dependen de diferentes factores como la adaptación y el funcionamiento familiar general, el comportamiento de los padres, la relación entre los cónyuges, el soporte social, la edad del hijo y como este último viva la enfermedad del progenitor y las estrategias empleadas para hacer frente a dicha enfermedad (Cassel & Coleman, 1998; Fonagy & Target, 1996; Procaccia, 2005; Reder, Duncan & Lucey, 2003; Oyserman, Mowbray, Meares & Firminger 2000).

El niño al nacer establece un tipo de relación con sus padres que irá marcando otras relaciones posteriores y permitirá el desarrollo de su personalidad (Klein, 1946; Hinshelwood, 1991; Spillius, Milton, Garvey, Couve & Steiner, 2011; Zabala & Manzano, 1993). Desde diferentes modelos y teorías adquieren una importancia significativas los primeros meses de vida, considerados como vitales en la adquisición de los vínculos emocionales y cognitivos que permiten la estructuración del Self (Artigue, 2013).

La importancia de la relación con la madre de ha sido largamente investigada por autores como Klein (1952) en su teoría de las relaciones objétales (Segal, 1982), o Piaget (1975) que profundiza estas relaciones desde diferentes áreas.

En este sentido también hay que recordar los estudios de Bowlby (1976) en los que definió el vínculo, que comienza en la infancia con una relación cálida y continua con la madre u otras figuras de apego, como la base fundamental de la salud mental, considerando de vital importancia la existencia de rupturas de este vínculo entre madre e hijo en relación a la salud mental del niño.

Bion (1962) subraya la importancia de la función de rêverie materna y de cómo su ausencia conlleva importantes carencias afectivas. A este propósito, Winnicott (1971) habla de la relación entre la enfermedad y la falta de un ambiente humano suficientemente bueno capaz de responder empáticamente a las necesidades del niño, para cuidar de él y para fomentar el desarrollo espontáneo de una manera saludable. Una figura materna suficientemente buena, capaz de acompañar y favorecer el crecimiento evolutivo del niño a través de las varias etapas, desde la dependencia absoluta a la independencia, desempeñando las funciones de *Holding*, *Handling* y acompañando el niño en su necesidad de omnipotencia para luego dejarle, gradualmente, experimentar la realidad, es esencial para que el niño desarrolle un yo integrado y sobre todo un sentido de unicidad y autenticidad: verdadero *self*. La enfermedad, para Winnicott (1971), se origina, siempre desde el fracaso ambiental, traumático o debido a una carencia, que ha limitado el desarrollo del sujeto y su expresión creativa. El bienestar psicológico, de hecho, se basa en un *self* íntegro y creativo soportado por un ambiente humano suficiente bueno.

Balint (1935) introduce el concepto de "defecto fundamental" o "básico" para describir una situación en la que se ven comprometidos los componentes biológicos y psicológicos del individuo, cuyos orígenes se encuentran en períodos anteriores al Edipo, donde hay una desaparición de la adaptación del entorno a las necesidades de los niños, llevando a menudo a la activación de reacciones agresivas. Argumenta que el niño que se siente rechazado por aquellos que deberían cuidarle, sufre una fractura que provoca trastornos que se expresan en una sensación de vacío, pérdida o muerte.

Probablemente estaríamos ante una situación en la que, como afirma Bion (1955), frente a un trauma, el objeto bueno internalizado al que se creía poder acudir en busca de protección se muestra incapaz de contener y comprender, o en donde hay un vacío creado por la incapacidad para

internalizar un objeto bueno debido a la incapacidad del objeto para realizar una función de contención (Sozzi, Blanqué & Pérez-Testor).

1.1. Estudios sobre hijos de pacientes con Trastorno Mental Severo

Autores como Cassell y Coleman (1998), Duncan y Reder (2000), y Oyserman, Mowbray, Meares y Firminger (2000), están de acuerdo en considerar que los problemas mentales de los padres puedan tener un impacto negativo en el desarrollo y en el estado de salud de los hijos.

Diferentes estudios han demostrado que la existencia de trastornos mentales graves en los padres supone un riesgo en el desarrollo de los hijos y es más frecuente la existencia de una patología mental en estos niños que en la población infantil general (Bolívar Perálvarez, Vivas Guisado y Sanz de la Garza, 2000; Dean et al., 2010; Ellersgaard et al., 2018; Fava Vizziello, Disnan & Colucci, 1991; Hosman, Van Doesum & Van Santvoort, 2009; Keskinen, 2015; Johnson, Cohen, Kasen, Ehrensaft & Crawford, 2006; Sánchez del Hoyo & Sanz Rodríguez, 2005).

Singer, Tang y Berelowitz (2000) en un estudio sobre hijos de padres con trastorno mental, revelan que dos tercios de los hijos de pacientes psiquiátricos presentan psicopatologías graves, elevando el porcentaje estimado en un anterior estudio realizado por Rutter y Quinton en 1984. En el estudio citado (Singer et al., 2000), los autores detectan entre las patologías de estos niños: trastornos psicossomáticos, patologías relacionadas con la ansiedad, problemas de tipo cognitivo, conducta agresiva y antisocial, baja autoestima, depresión, problemas sociales y fracaso escolar.

Winnicott ya se ocupó en 1959 de los trastornos de los hijos de pacientes psiquiátricos, destacando los efectos de las psicosis de los padres sobre el desarrollo emocional de los niños y la importancia de una atención prioritaria dirigida a ellos. El autor además señala que la etapa en la que se encuentra el menor cuando aparece un acontecimiento traumático es un factor a tener en cuenta en el estudio del efecto de los padres psicóticos en los hijos (Winnicott, 1981).

Dentro del marco de la relación paterno-filial y de la importancia de las primeras relaciones, sobre todo con la madre, Persson-Blennow, Näslund, McNeil y Kaij (1986), estudiando los diversos niveles de ansiedad entre madre e hijo en situaciones de alimentación, subrayan como éstas pueden dar lugar a dificultades en el niño si la madre no puede metabolizarla y si además la madre presenta

algún tipo de trastorno psiquiátrico proyectará de forma masiva partes enfermas de ella misma, con todo lo que esto pueda significar para la salud del hijo. Si en cambio es el padre quien sufre algún trastorno mental, cabe imaginar a esta madre intentado contener las ansiedades del hijo y del esposo (Blanqué, 1993).

Los padres en los que predominen mecanismo de defensas de tipo obsesivo, tenderán a controlar de forma repetitiva los impulsos del hijo, pudiendo fomentar en él la inhibición, los padres más fóbicos en cambio es más probable que se valgan del hijo para sentirse ellos mismos apoyados. Mientras otros padres, con rasgos muy depresivos, dificultarán el desarrollo de sus hijos al no poder realizar una función maternal debido a su vacío interior (Domench y Poliano, 1990).

Las madres con trastornos mentales crónicos o recurrentes se implican menos con sus hijos y tienen menor tendencia a ser empáticas o a interactuar con ellos en un sentido positivo (Andrews, Brown & Creasey, 1990). La negligencia en atender las necesidades emocionales, físicas y de supervisión en la infancia contribuye a la etiología de algunos trastornos de personalidad en la adolescencia y la edad adulta, como puso en evidencia el estudio longitudinal de Johnson, Smailes, Cohen, Brown y Bernstein (2000). Los padres con trastornos mentales tienen más comportamientos inadecuados dentro del hogar familiar que los padres sin trastornos mentales (Johnson, Cohen, Kasen, Smailes & Brook, 2001). La disfunción parental y el maltrato infantil pueden estar asociados con el riesgo de dificultades interpersonales graves en la adolescencia, que pueden tener un rol determinante en los intentos de suicidio (Johnson, Cohen, Gould et al., 2002). Síntomas considerados indicadores de psicosis y esquizofrenia, como las alucinaciones, también pueden estar relacionados con el maltrato y la negligencia en la infancia (Read, Van Os, Morrison & Ross, 2005). Así mismo el abuso y la negligencia en la niñez y en la adolescencia aumentan el riesgo de psicosis en la edad adulta y pueden afectar negativamente a los dominios cognitivos en los jóvenes de alto riesgo (Berthelot et al., 2015). Tal como demostraron De Sousa y colaboradores (2014) además la desviación de la comunicación de los padres está fuertemente asociada con la psicosis de la descendencia (De Sousa, Varese, Sellwood & Bentall, 2014).

Estudios longitudinales han demostrado que niveles elevados de estrés, ansiedad y depresión en las madres durante el embarazo y el puerperio predicen trastornos de conducta y emocionales en los hijos al cabo de unos años, entre los cuales destaca el TDAH (Van den Bergh & Marcoen, 2004; Hay, Pawlby, Angold, Harold & Sharp, 2003).

En un estudio longitudinal, desarrollado por Essex, Klein, Cho & Kalin (2002) se encontró que niños de preescolar que habían sido expuestos a niveles altos de ansiedad y depresión maternas sólo en el primer año de vida o sólo en el momento del estudio, no tenían niveles elevados de cortisol. En cambio, estos niños respondían al estrés de la madre cuando estaban en preescolar con elevaciones del cortisol superiores a las de los niños de control. Además, el cortisol elevado en los preescolares estaba asociado a trastornos mentales en familiares de primer grado.

Varios estudios en poblaciones de alto riesgo por tener una historia familiar de psicosis identifican los síntomas predictores de psicosis y consideran justificadas la monitorización intensiva del estado mental y el tratamiento farmacológico o psicológico, según la gravedad clínica (Yung & al., 2003; Yung, Phillips, Yuen & McGorry, 2004); otros trabajos estudian los trastornos en el neurodesarrollo de los hijos que terminan presentando psicosis esquizofrénicas y que no comparten los que finalmente presentan psicosis afectivas (Murray et al., 2004; Schubert & McNeil, 2004; Walker, Curtis, Shaw & Murray, 2002); mientras que otros estudios encuentran una asociación, que podría ser directa o indirecta, entre el estrés prenatal de la madre y el debut de la psicosis en los hijos en la adolescencia (Spauwen, Krabbendam, Lieb, Wittchen, van Os, 2004).

1.1.1 Estudios sobre hijos de padres con Esquizofrenia

El Proyecto de Alto Riesgo Sueco del 2003 estudió a hijos de mujeres con trastornos esquizofrénicos, esquizoafectivos, psicosis afectivas, psicosis inespecíficas funcionales y un grupo de control sin psicosis. A los 22 años, los hijos de madres con trastornos psicóticos presentaban un grado significativamente mayor de psicopatología tanto en el eje I como el eje II del DSM-III-R. Los hijos de madres afectivas tenían más psicopatología en el eje I, pero no en el eje II (Schubert & McNeil, 2003). En el seguimiento realizado desde el nacimiento hasta los 4 años, los hijos de madres esquizofrénicas mostraban diferencias significativas en el retraso psicomotor, disfunciones visuales, trastornos del desarrollo del habla, control de esfínteres y comportamiento social pobre. Los hijos de mujeres con psicosis afectivas sólo presentaban aumentos significativos en el retraso psicomotor (Henriksson & McNeil, 2004).

En un estudio sobre hijos de pacientes esquizofrénicos, de edad comprendida entre los 6 y los 15 años, el 74% presentaba algún trastorno psiquiátrico en el eje I. Los diagnósticos más frecuentes fueron TDAH (40%), trastorno de ansiedad (23%) y algún tipo de trastorno depresivo (12%). El 9%

de los afectados padecían un trastorno psicótico y el 47% presentaban una afectación de moderada a severa (Ross & Compagnosn, 2001).

Un estudio de 2010 investigó la especificidad de la transmisión familiar de las psicosis del espectro esquizofrénico (SPS) y las psicosis afectivas (APs), observando los factores de alto riesgo a mediados de la edad adulta. Este estudio probó que tener uno de los padres con psicosis aumentaría significativamente el riesgo de psicosis en los descendientes y demostró la especificidad para la transmisión de enfermedades del espectro esquizofrénico (SPS) y psicosis afectivas (APs) en las familias (Goldstein, Buka, Seidman & Tsuang, 2010). En el mismo año, un estudio longitudinal reveló que los hijos de padres con distintas formas de psicosis tenían un riesgo elevado de desarrollar problemas de conducta alrededor del séptimo año de vida y que este riesgo variaría según el sexo de la descendencia (Donatelli, Seidman, Goldstein, Tsuang & Buka, 2010).

Los hijos de padres con esquizofrenia tienen un mayor riesgo de desarrollar un trastorno psiquiátrico en comparación con la población general. Las investigaciones actuales demuestran que tener un padre con esquizofrenia representa un 7% de riesgo de padecer a lo largo de la vida esquizofrenia y un 55% de riesgo de desarrollar cualquier otra condición psiquiátrica (Gottesman, Laursen, Bertelsen & Mortensen, 2010; Rasic, Hajek, Alda & Uher, 2014). Los hijos de padres con esquizofrenia muestran retrasos motrices y cognitivos, problemas emocionales, sobretodo en la etapa preescolar, y dificultades de atención y ajuste social en la escuela (Welham, Isohanni, Jones & McGrath, 2009; Niemi, Suvisaari, Haukka & Lönnqvist, 2005; Frissen, Lieverese, Marcelis, Drukker & Delespaul, 2015). Los estudios de alto riesgo identifican interacciones entre los factores genéticos, las complicaciones genéticas y el neurodesarrollo en la transmisión del riesgo durante las épocas prenatal y perinatal (Davidsen, Harder, Macbeth, Lundy & Gumley, 2015; Glynn & Baram, 2019; Isohanni et al., 2005; Rapoport, Giedd & Gogtay, 2012).

El estudio sobre la salud y el desarrollo de los niños de Londres (*London Child Health and Development Study*) ha aportado una novedosa y significativa contribución en la comprensión de los antecedentes de la esquizofrenia, descubriendo como, a medida que los participantes crecen y atraviesan el periodo de riesgo para las psicosis, los biomarcadores predictivos de la esquizofrenia pueden ser identificados. Aunque no está claro si una mejor identificación de los niños con riesgo de padecer esquizofrenia se traducirá en que los padres tomen medidas para intervenir con el fin de reducir la aparición de la psicosis futura, resulta evidente, tal como señala el estudio, la necesidad de políticas que favorezcan la adopción de enfoques novedosos que incentiven a los padres y a la

sociedad en general a mejorar la salud mental de los niños, reduciendo así la prevalencia y la discapacidad asociada a la esquizofrenia y otros trastornos mentales persistentes (Scott, 2016).

1.1.2 Estudios sobre hijos de padres con Trastornos Afectivos

En un estudio familiar sobre riesgo de trastorno depresivo mayor (TDM) de tres generaciones y 20 años de seguimiento, los trastornos de ansiedad fueron el primer síntoma psicopatológico en los niños cuando padres y abuelos presentaban TDM. Los factores de riesgo psicosociales, como dificultades de relación conyugal o entre padres e hijos, se asociaban principalmente con un incremento de abuso de sustancias o de trastornos de conducta, y menos con trastornos depresivos mayores o de ansiedad (Nomura, Wickramaratne, Warner, Mufson & Weissman, 2002; Pilowsky, Wickramaratne, Nomura & Weissman, 2006; Weissman et al., 2005). En evaluaciones previas se había demostrado que los hijos de padres depresivos son un grupo de alto riesgo de inicio de trastornos de ansiedad y TDM en la infancia, TDM en la adolescencia, y dependencia de alcohol en la adolescencia y el inicio de la edad adulta. La edad más frecuente de inicio de TDM, tanto en el grupo de alto riesgo como en el grupo de control, fue entre los 15 y los 20 años (Weissman & Jensen, 2002; Weissman, Warner, Wickramaratne, Moreau & Olfson, 1997). Todos los intentos de suicidio, los primeros episodios depresivos mayores y los trastornos de ansiedad se presentaron en hijos de padres depresivos.

Diversos autores coinciden en que los esfuerzos terapéuticos y preventivos deben dirigirse a los hijos de pacientes con trastornos depresivos mayores recurrentes (Kaminsky & Garber, 2002; Lieb, Isensee, Hofler, Pfister & Wittchen, 2002). Estos hijos tienen un riesgo adicional porque a menudo las madres depresivas se emparejan con hombres con rasgos antisociales (Klein, Lewinsohn & Rohde, 2005), o ellas mismas tienen comportamientos antisociales (Kim-Cohen, Caspi, Rutter, Thomas & Moffit, 2006; Kim-Cohen, Moffit, Taylor, Pawlby & Caspi, 2005).

La presencia de trastorno depresivo mayor y de trastorno ciclotímico en los hijos adolescentes está asociada con una relación paterno-filial conflictiva y una mayor gravedad de la patología depresiva y antisocial de ambos padres (Marmorstein & Iacono, 2004). Otros trabajos confirman la relación entre severidad, cronicidad y timing (etapa postnatal o posterior) de la depresión en la madre y la psicopatología en los hijos adolescentes o los efectos en el desarrollo cognitivo en los

primeros 7 años de vida (Hammen & Brennan, 2003; Kurstjens & Wolke, 2001; Marmorstein, Malone & Iacono, 2004).

En el *D study, un tercio de los hijos menores de 18 años de madres que estaban sufriendo un episodio depresivo mayor presentaban psicopatología relacionada con la de la madre (Pilowsky, Wickramaratne, Rush et al., 2006). A los 3 meses de tratamiento antidepresivo de la madre, la psicopatología en los hijos de las madres que entraron en remisión disminuyó un 11%, pero aumentó un 8% en los hijos cuyas madres no habían mejorado (Weissman et al., 2006). Los hijos de pacientes afectivos que han hecho intentos de suicidio tienen un alto riesgo de intento de suicidio, y esto puede sugerir la existencia de una transmisión a nivel familiar a través de una agresividad impulsiva (Brent et al., 2002, 2003).

Un reciente estudio pone en evidencia la prevalencia de las experiencias psicóticas en los hijos de padres depresivos. Estas experiencias, asociadas con malestar y el deterioro funcional, son sustancialmente más comunes que los trastornos psicóticos y los antecedentes familiares de depresión y esquizofrenia aumentan el riesgo de padecerlas. En el estudio el 8,4% de la descendencia informó de experiencias psicóticas como mínimo en una ocasión y éstas fueron asociadas con algún trastorno psiquiátrico, específicamente trastorno del estado de ánimo y disruptivo y pensamientos y comportamientos suicidas. Se concluye así que las experiencias psicóticas entre la descendencia de padres deprimidos podrían generar un rango de psicopatología (Bevan et al., 2016).

Los niños y adolescentes hijos de progenitores con trastorno bipolar (TB) son una cohorte potencialmente rica para descubrir aspectos importantes del desarrollo de este trastorno (Freed, Tompson, Otto, Nierenberg & Henin, 2015; Salinger, O'Brien, Miklowitz, Marvon & Cannon, 2018). Estudios transversales de psicopatología en hijos de pacientes bipolares confirman la alta incidencia de TB, además de otros trastornos, principalmente afectivos y del comportamiento. Los estudios longitudinales permiten conocer los trastornos precursores del TB en su desarrollo y realizar otras evaluaciones como detectar indicadores biológicos, estudiar el funcionamiento psicosocial, el temperamento, el ambiente familiar y las funciones parentales (Chang, Steiner, Dienes, Adelman & Ketter, 2003; Henin et al., 2005; Hillegers et al., 2005). Un estudio de 2011 de la Universidad de Sao Paulo respalda estos hallazgos confirmando un mayor riesgo de desarrollar psicopatología en los hijos de padres con trastorno bipolar (Zappitelli et al., 2011).

Acerca de la función parental, Wilson & Crowe (2009), en su estudio sobre la construcción del rol por parte de padres con trastorno bipolar, evidencian la dificultad de estos padres por controlar y gestionar las propias emociones y de cómo a menudo éstos invierten sus energías en cuidar de sí mismos sin poder dar suficientes atenciones a sus hijos. Cuando su propio estado emocional influye en sus capacidades parentales a menudo se sienten inadecuados e inútiles como padres. A menudo un adulto con TB se siente juzgado como padre tanto si necesita la intervención de un profesional para hacer frente a sus propios síntomas, como si la necesita para ser ayudado en la gestión de la relación con sus hijos (Wilson & Crowe, 2009). Por este motivo y por el miedo al estigma asociado a la enfermedad mental, comentan los autores que con frecuencia los padres esconden el trastorno psicopatológico. Otro elemento surgido del estudio es el tiempo que pasan los padres en analizarse para intentar entender si sus comportamientos se deben a reacciones emotivas normales o anormales. Esta auto-monitorización se configura como un elemento importante que forma parte del difícil proceso de construcción de la función parental cuando está presente un trastorno psicopatológico. A lo que se suman la baja autoestima y la culpabilidad de estos padres, y el estigma de la enfermedad que ejercen un fuerte impacto en la identidad y la percepción de sí mismos (Corrigan & Wassel, 2008). A este propósito Prerost & Song (2012) subrayan la necesidad de promover un sentido de sí mismos que vaya más allá del diagnóstico y la importancia de poder confirmar y valorizar más aquellas funciones parentales que son capaces de ejercer.

1.1.3 Estudios sobre hijos de padres con Trastornos de la Personalidad

La patología parental, en particular los trastornos de personalidad, influyen en la calidad de los cuidados de los niños (Ackerman & Ackerman, 1996; Bagby, Nicholson, Buis, Radovanovic & Fidler, 1999). Diferentes estudios muestran un aumento en el riesgo de enfermedad mental en los hijos de padres con problemas de salud mental. Por esto la diagnosis de trastornos de personalidad en uno de los padres implica un control de cómo esto influye en sus habilidades parentales y de crianza y del impacto de sus comportamientos sobre los hijos (Dickstein et al., 1998; Johnson, Cohen, Chen, Kasen & Brook, 2006; Johnson, Cohen, Kasen & Brook, 2008; Nordhal, Ingul, Nordvick & Wells, 2007).

El estudio longitudinal “Children in the Community Study” pone en evidencia los efectos que ejerce el trastorno de personalidad de los padres en el comportamiento educativo y en la formación de los hijos (Cohen, Crewford, Johnson & Kasen, 2005; Johnson et al., 2006, 2008). En general los

autores encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre los trastornos de personalidad y algunas conductas desadaptativas en el desarrollo de los hijos. Confrontando el grupo control, compuesto por padres sin trastornos de personalidad, con los del grupo clínico encontraron en estos últimos elevados niveles de posesividad, rechazo, normas incoherentes y bajos niveles de ayuda parental, afecto, comunicación, estímulo y tiempo dedicado a los hijos (Johnson, Cohen, Kasen, et al., 2006). La revisión sucesiva de los datos del estudio indicó una asociación entre el trastorno de personalidad en los hijos y problemas o dificultades en las técnicas educativas (Johnson, et al., 2008).

Un estudio publicado en 2006 sobre la relación del comportamiento educativo de los padres con sus hijos durante los años del desarrollo y el riesgo de TP en la edad adulta, demuestra que los hijos de mujeres con trastorno límite de la personalidad (TLP) están expuestos a una combinación de factores de riesgo y tienen una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos (Johnson, Cohen, Chen, Kasen & Brook, 2006).

En un estudio comparativo con hijos de mujeres con otros trastornos psiquiátricos y sin diagnóstico (Barnow, Spitzer, Grabe, Kessler & Freyberger, 2006), los hijos de madres con TLP tenían muy baja autoestima y altas puntuaciones en la escala temperamental de evitación del daño. La intervención precoz podría evitar que estos niños lleguen a presentar psicopatología grave.

Diferentes estudios que se han ocupado de los efectos sobre los hijos del trastorno antisocial de personalidad de los padres, han encontrado una correlación positiva entre el trastorno parental y la depresión y los trastornos de conducta en los descendientes (Barnow, Lucht & Freyberger, 2005; Chronis et al., 2003; Piffner et al., 1999; Kopp & Beauchaine, 2007).

Los hijos de padres con problemas de adicción a sustancias presentan un riesgo mayor de padecer un trastorno de personalidad antisocial en la adolescencia y en la edad adulta y problemas de adicción, además de mayores problemas de conducta en la infancia, comparados con otros niños de padres con problemas de adicción en ausencia de un trastorno antisocial de personalidad o en ausencia de ambas condiciones (Moss, Lynch, Hardie, Baron, 2002). Por lo tanto, según los autores, los hijos de padres con estos trastornos representan un grupo de niños bien definido de alto riesgo, a los que se deberían dirigir las intervenciones de prevención.

1.2 Factores de riesgo en hijos de padres con trastorno mental

Numerosos son los autores que a nivel internacional se han ocupado de factores de riesgo y señales de alarma en hijos de pacientes psiquiátricos, tratando de detectar predictores que permitieran definir esta población como de alto riesgo.

Según el informe de la OMS del 2005, la prevención de los trastornos mentales se enfoca en aquellos determinantes que ejercen una influencia causal, predisponiendo a la aparición de los trastornos mentales. Los factores de riesgo están asociados a una mayor probabilidad de aparición de la enfermedad, mayor gravedad y mayor duración de los principales problemas de salud.

Actualmente existe una sólida evidencia acerca de los factores de riesgo y de protección y de sus vínculos con el desarrollo de los trastornos mentales (Coie et al., 1993; Ingram & Price, 2000; Martel et al., 2017; Müller et al., 2019; Thorup et al., 2015, 2018).

Tanto los factores de riesgo como los de protección pueden ser de carácter individual, relacionados con la familia, sociales, económicos y ambientales, y generalmente, es el efecto acumulado de la presencia de múltiples factores de riesgo, la falta de factores de protección y la interacción de situaciones de riesgo y protección, lo que predispone a los individuos a cambiar de una condición mentalmente saludable a una mayor vulnerabilidad, para pasar luego a un problema mental y finalmente a un trastorno mental con todas las características (OMS, 2005).

Tal como señala el informe, los factores de riesgo y de protección pueden tener su mayor impacto en la salud mental durante períodos sensitivos a lo largo de la vida e incluso a través de generaciones.

Entre los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de sufrir un trastorno mental se encuentran factores ambientales pre y perinatales, biológicos, infecciosos, y psicosociales (Lydholm et al., 2019). Los hijos de padres con trastornos mentales tienen mayor riesgo de presentar psicopatología si también han sufrido una crianza inadecuada (Johnson, Cohen, Kasen, Smailes & Brook, 2001; Shevlin, Houston, Dohary & Adamson, 2008).

El abuso de menores y la enfermedad mental de los padres durante la infancia y la niñez temprana, por ejemplo, pueden conducir a depresión y ansiedad en períodos posteriores de la vida,

así como en las siguientes generaciones, aunque la seguridad del afecto y el apoyo social de la familia pueden reducir dichos riesgos (Beardslee, Solantaus & van Doesum, 2005; Ehrensaft, Knous-Westfall & Cohen, 2017; Hoefnagels, 2005).

La conducta de riesgo maternal durante el embarazo y sucesos adversos en edad temprana pueden causar vulnerabilidades neuropsicológicas (Brown & Sturgeon, 2005). La discordia marital puede preceder a problemas de conducta en niños, depresión entre las mujeres y problemas relacionados con el alcohol en ambos padres (Sandler, Ayers & Dawson-McClure, 2005; Dyer & Halford, 1998).

En este sentido Weintraub (1987) centró la búsqueda de factores de alto riesgo en los conflictos familiares y la relación directa entre madre e hijo. Stastny, Perlick y Zeavin (1984) consideran la ausencia del padre o de la madre como un posible indicador del curso de la esquizofrenia.

Waissman (1984) y Orvaschel (1990) consideran como predictores de alto riesgo el inicio temprano de la depresión en los padres, los antecedentes depresivos en familiares de primer grado y los padres separados o viudos, así como la vivencia por parte del niño de crisis de los padres en edad temprana (La Roche, 1989).

Sameroff & Chandler (1975) encuentran que la severidad y la cronicidad de la enfermedad parental unido con la suma de desventajas sociales conduce a peor pronóstico en los niños, que el tipo de diagnóstico y la enfermedad en sí.

A este propósito otros autores evidenciaron la tendencia de los hijos de padres psicóticos a verse envueltos en las incongruencias del pensamiento del padre y de cómo esto pueda marcar al niño para futuras crisis, pudiendo observar en ellos predictores prepsicóticos, llegando incluso a “micropsicosis” (Ajuriaguerra, 1976; Anthony, 1980).

Según Rutter (1994) los trastornos mentales de los padres tendrían un grave impacto en el niño cuando éste esté incluido en la enfermedad del progenitor, sobre todo cuando el niño esté implicado directamente en la sintomatología, cuando es víctima de una conducta agresiva u hostil, o cuando esté incluido en los delirios del progenitor, y también si la enfermedad llega a modificar el ambiente familiar, como es el caso de una separación del niño de su progenitor o la presencia de disputas y conflictos maritales. Según el autor, de hecho, el daño provendría de la carencia o de la distorsión

del cuidado más que de la pérdida, no excluyendo, sin embargo, que la presencia de un progenitor enfermo pueda tener un efecto madurativo en el desarrollo, y considerando la posibilidad de poder evitar que los hijos de enfermos psiquiátricos graves sufran trastornos mentales. En su estudio sobre hijos de padres con enfermedad mental encuentra que un tercio de los niños observados no presentan ninguna alteración emocional o conductual en un seguimiento a cuatro años. Rutter rescata que la hostilidad, la irritabilidad, la agresión y la violencia de los padres son factores de riesgo más importantes que las manifestaciones psicóticas o los síntomas afectivos y como los niños no sean meros receptores pasivos, variando su susceptibilidad a la influencia de la enfermedad en relación a sus autoconceptos, estilos de pensamiento y conducta (Rutter, 1984). En sus estudios encuentra la existencia de una correlación significativa entre el nivel de funcionamiento maternal y la competencia del niño, lo que lleva al autor a afirmar que las alteraciones cognitiva y del estado de ánimo de las madres con esquizofrenia tienen menor impacto en el hijo que el empobrecimiento emocional e intelectual característico del desorden afectivo grave (Rutter, 1995).

A este propósito Artigue et al. (2004) hablan de funciones parentales (maternales y paternas) empobrecidas que definen como la imposibilidad total o parcial del padre o de la madre de hacerse cargo del hijo por diferentes motivos, entre ellos trastornos mentales, estrés, enfermedad física grave, marginación, ausencia, distancia emocional. Los padres no se interesan por él, apenas lo cogen o acarician, no colaboran en los hábitos cotidianos y no pueden organizar su vida para dar atención a su hijo o hija (Artigue, 2013).

Winnicott hace una distinción entre los efectos de la psicosis en el padre y en la madre. A su parecer, la psicosis del padre afecta menos en la temprana infancia de los hijos, que en cambio se ve más alterada cuando es la madre a encontrarse en un estado caótico que impide la formación de un verdadero self y lleva a la creación de un falso self que intenta adaptarse y protegerse de las dificultades en las que se ve envuelto¹ (Winnicott, 1959).

La proporción de madres psicóticas con respecto a los padres es de 2 a 1, debido a que la aparición de la esquizofrenia es normalmente posterior en las mujeres que en los varones, el matrimonio y la procreación se da antes en las mujeres y tienen más posibilidades de encontrar pareja y tener hijos antes de su primer episodio psicótico. Además, los niños suelen permanecer con la madre cuando los padres no viven juntos, incluso en los casos en que la madre padece una

¹ Por lo tanto los niños pueden percibir el estado de ánimo de sus padres y prepararse para soportarlos, pero lo que le resulta más traumático es la imposibilidad de predecir cuál será la reacción de aquellos.

enfermedad mental grave. Por todo ello, las mujeres psicóticas desempeñan mucho más el papel de figura cuidadora que los padres psicóticos (Dunn, 1993).

Ocurre a menudo que el padre sano es el que se aleja de los hijos por proteger su cordura o por no entender la enfermedad, aun cuando esto signifique dejarlos abandonados a la psicosis del otro progenitor sobre el cual recae la responsabilidad de los hijos (Hearly & McGrath, 2000, Ramos et al. 2016; Vilorio & Gonzalez, 2016; Winnicott, 1960). La existencia de una enfermedad mental seria en uno de los padres no impide que soliciten ayuda para sus hijos en el momento adecuado y que puedan colaborar al menos en parte en el tratamiento (Winnicott, 1959; Sánchez del Hoyo & Sanz Rodríguez, 2004).

Actualmente existe un creciente interés por el papel de las adversidades infantiles, incluyendo la muerte o la separación de los padres, en la etiología de los trastornos psicóticos (Varese, Smeets, Drukker, Lieveise & Viechtbauer, 2012; Lardinois, Lataster, Mengelers, van Os & Myin-Germeys, 2011; Peh, Rapisarda & Lee, 2019).

A este propósito un estudio danés investiga específicamente la separación de los padres durante el desarrollo del niño, teniendo en cuenta aspectos como la duración y los términos de ocurrencia así como las características familiares, analizando específicamente tres tipos de separaciones no debidas al fallecimiento: paterna, materna y de ambos padres, confirmando la separación de los padres como importante factor de riesgo en la descendencia. Específicamente, en el estudio, emerge que el número de años de separación paterna se asocia positivamente con la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Las asociaciones entre la separación de ambos padres y la esquizofrenia son más fuertes cuando la separación ocurre en edad más avanzada de los hijos, mientras que aquellos con trastorno bipolar se mantienen estables durante todo el desarrollo. La primera separación paterna además parece aumentar el riesgo de patología cuando ocurre en edad más temprana en la infancia, no obstante las asociaciones difieren según la historia paterna de trastorno mental. En ningún caso esta situación será protectora. Se puede concluir así que los efectos de la separación de los padres pueden diferir según el tipo, el momento del desarrollo del infante y las características de la familia, mostrando la importancia de poder considerar estos factores en los estudios de las adversidades infantiles en la etiología de los trastornos (Paksarian, Eaton, Mortensen, Merikangas & Pedersen, 2015).

Ulteriores estudios sugieren además una especificidad en el impacto de las experiencias adversas

tempranas, en el uso de los servicios y en el funcionamiento social entre los pacientes psicóticos durante el primer año de asistencia a los servicios de salud mental (Trotta et al., 2016).

El inicio temprano de un trastorno patológico en el niño determina problemas en múltiples dominios y predice su persistencia y la aparición de más psicopatología en la edad adulta. Según Bofill Moscardó y colaboradores, las adversidades familiares, el maltrato infantil (abuso físico, verbal y emocional), la familia monoparental, el vínculo desorganizado, entre otros, son importantes factores de riesgo, mientras que un buen nivel económico y cultural de la familia, la ausencia de acontecimientos vitales estresantes y la ayuda de otros familiares y amigos son significativos factores de protección (Bofill Moscardó, Fernandez Corchero, Villegas Britz, García del Moral & Hijano Bandera, 2010).

Los síntomas prodrómicos de la psicosis están asociados con un mayor riesgo de deterioro funcional, escasa salud o enfermedad mental y perspectivas de desarrollo desfavorables. La posibilidad de identificar los factores de riesgo en la fase premórbida, que precede a la prodrómica, podría permitir aumentar las posibilidades de éxitos en los enfoques preventivos. Estudios recientes demuestran una asociación específica entre los trastornos mentales de la infancia en general y el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) con el riesgo de experiencias psicóticas y de trastornos posteriores (Henning, Jaya, Koglin & Lincoln, 2016). Los trastornos mentales infantiles se revelan así como importantes indicadores de riesgo de experiencias y trastornos psicóticos, por lo que para mejorar los programas de prevención es necesario analizar las experiencias psicóticas en niños con trastornos no psicóticos.

Aunque el deterioro en el ajuste premórbido está relacionado con individuos de alto riesgo de desarrollar psicosis (ultra high risk-UHR), no se ha examinado cómo el desarrollo de estas personas difiere al de otros sujetos sanos. A este propósito un estudio que investiga las diferencias en el ajuste premórbido entre los individuos de alto riesgo (UHR) y un grupo de control, pone en evidencia cómo, desde la infancia, los individuos de alto riesgo (UHR) tienen menores niveles de ajuste social y nivel académico en comparación con los de controles sanos, y que las dificultades aumentan con la edad, definiendo así el ajuste social y académico como un foco importante para la intervención temprana (Dannevang et al., 2016).

Algunos trastornos del habla y del lenguaje en la niñez preceden a la psicosis, aunque no está claro si son precursores también de las experiencias psicóticas de los adolescentes y si esta

asociación es específica de estas experiencias. Un estudio que investiga la asociación entre lenguaje pragmático y expresivo a la edad de 9 años, y las experiencias psicóticas y la depresión a los 12 y 18 años, desde un modelo multivariado, demuestra que los déficits en el lenguaje pragmático preceden a las experiencias psicóticas y a la depresión en la adolescencia. Así mismo las intervenciones dirigidas a ayudar a los niños a mejorar las habilidades lingüísticas pragmáticas pueden reducir la incidencia de la psicopatología en los adolescentes del trastorno psicológico asociado y de la disfunción en épocas posteriores (Sullivan et al., 2016).

1.3 Resiliencia y factores de protección.

Diferentes estudios y autores evidencian la presencia de muchos niños, hijos de padres con trastorno mental, que no desarrollan la enfermedad y que presentan mayor capacidad y resistencia para afrontar el estrés, lo que se reconoce como concepto de “resiliencia” y pone el acento sobre los factores de protección en la prevención de la enfermedad mental.

Los factores de protección se refieren a las condiciones que mejoran la resistencia de las personas a los factores de riesgo y trastornos (OMS, 2005).

La resiliencia puede definirse como la capacidad de mantener la salud a pesar de sufrir graves adversidades (Kim-Cohen, 2007) y ha sido un tema de investigación durante las últimas décadas. Hace unos años de hecho se consideraba una característica individual, pero actualmente se entiende como un proceso dinámico de adaptación positiva. No es estática, ni es un rasgo o un constructo que se pueda medir directamente, sino que se infiere de dos componentes: la exposición a factores de riesgo y los procesos de protección que hacen posible una buena adaptación (Luthar, 2006; Masten & Coatsworth, 1995; Montoya Zuluaga, Castaño Hincapié & Moreno Carmona, 2016).

Hines en 1996 publica un estudio realizado con 2862 hijos de pacientes psiquiátricos y 3069 hijos de padres sanos con el objetivo de identificar estrategias preventivas adecuadas (Blanqué et al., 2000). Como indican Kotliaraneco y col. (1996) existen personas que a pesar de nacer y criarse en situaciones de alto riesgo se desarrollan positivamente a nivel psicológico y son exitosos, enfrentando adecuadamente las dificultades (Kotliarenco, Cáceres & Fontecilla, 1996). La resiliencia se define así como la capacidad de un individuo de generar factores biológicos, psicológicos y sociales para resistir, adaptarse y fortalecerse ante un medio de riesgo, generando

éxito individual, social y moral (Chapital, 2011).

Rutter (1987) en su estudio sobre hijos de padres con trastornos afectivos, encuentra factores predictivos de protección, entre ellos: una buena salud física, una alta capacidad intelectual y habilidades cognitivas, unas relaciones personales positivas sobre todo con los padres, unas buenas redes sociales que ofrezcan oportunidades que involucren al niño fuera de casa, el tener relaciones de amistad y cualidades psicológicas, así como sentimientos de dominio y control del entorno y buenos niveles de autoestima.

En la actualidad, de hecho, los modelos de salud apuntan a la promoción de un estilo de vida saludable para la prevención de la enfermedad, así como la promoción de redes sociales, estilos de alimentación y ejercicio.

En el informe de la OMS del 2005 sobre la prevención de trastornos mentales constan como factores de protección, entre otros, la capacidad de afrontar el estrés y las adversidades, la adaptabilidad y la autonomía, la estimulación cognitiva temprana, una buena crianza, un apego positivo y lazos afectivos tempranos, una interacción positiva entre padres e hijo, una conducta prosocial, destreza social y de manejo de conflictos, y el apoyo social de familiares y amigos.

Kauffman, Grunebaum, Cohler y Gamer (1979) indican la existencia de un “mejor amigo en quien apoyarse” como aspecto común en hijos de madres psicóticas con elevadas capacidades intelectuales, mientras Jiménez y Aldana (1991) indican como factores de protección la ausencia de separación entre los padres y la ausencia de cambios de domicilio o colegio sobre todo durante las crisis de los padres.

Numerosos estudios, entre los cuales está el de Luthar publicado en 2006 y el de Ungar en 2004, han puesto en evidencia la influencia determinante que tiene la calidad de las funciones parentales en la adaptación resiliente de los niños. El vínculo seguro con un progenitor es uno de los predictores más fuertes de funcionamiento resiliente (Madigan, Atkinson, Laurin & Benoit, 2013).

A este propósito Purper-Ouakil, Michel y Mouren-Simeoni (2002) hacen una revisión sobre la vulnerabilidad a la depresión en niños y adolescentes, con el objetivo de identificar poblaciones de alto riesgo a las que dirigir programas de prevención. Dentro de estos programas, desarrollan uno dirigidos a familias con progenitores depresivos que consta de sesiones individuales y familiares

dirigidas a comprender las experiencias relacionadas con la enfermedad y animando a los padres a identificar y fomentar la resiliencia de sus hijos.

Así mismo, en el modelo de prevención de Hamburgo se trabaja en grupos de prevención cerrados, por un tiempo limitado, con hijos de enfermos psiquiátricos entre 7 y 14 años, y con sus padres, con el fin de aumentar su resiliencia y reducir los factores de riesgo psicosociales (Dierks, 2001).

Beardslee y Podorefsky (1988) elaboran el perfil del adolescente resiliente, hijo de padres con trastorno afectivos graves y otros trastornos psiquiátricos, destacando entre sus capacidades la de autocomprensión, de implicarse a fondo en las relaciones interpersonales y de actuar autónomamente.

Otros estudios sobre padres con trastornos afectivos promueven la capacidad de los padres de fomentar la resiliencia en sus hijos ayudándolos a expresar sus sentimientos y vivencias en relación al comportamiento de los padres debido a la enfermedad (Focht-Birkerts & Beardslee, 2000).

Desde esta perspectiva, White, Nicholson, Sher y Geller (1995) realizaron una investigación sobre pacientes atendidos por los Servicios de Salud Mental de Massachusetts con el fin de identificar y describir los casos de mujeres con trastornos mentales graves con un hijo pequeño a cargo. Partiendo de la base que los hijos que viven con madres con esquizofrenia o trastornos afectivos mayores tienen un mayor riesgo de vivir situaciones ambientales caóticas, patrones pobres de comunicación y crianza inadecuada, los autores intentaron estudiar y definir que factores actuaban como mediadores o reductores de riesgo, protegiendo al niño de padecer una enfermedad mental. Entre las áreas más susceptibles de mejora resultaban la conciencia de la enfermedad, en concreto la conciencia por parte de la familia de la naturaleza de la enfermedad y sus manifestaciones, los patrones de comunicación, con la consecuente reducción del caos familiar, y la competencia personal y social de los hijos.

Un reciente estudio sobre jóvenes EMAR, que explora la asociación entre el diagnóstico clínico de alto riesgo y el estrés social, demuestra como éste se ve moderado por la calidad de las relaciones parentales, sugiriendo que una relación positiva entre padres e hijos puede ser un importante factor de protección contra el estrés para las personas con riesgo de psicosis. Los hallazgos sugieren además que las intervenciones que apuntan simultáneamente al estrés social y a

las relaciones entre padres e hijos pueden ser relevantes para adolescentes y jóvenes de alto riesgo psíquico (Bentley et al., 2016).

Así mismo estudios actuales proponen la evaluación de los mecanismos de transmisión de aspectos de salud y de riesgo entre padres con graves trastornos mentales y sus hijos, en los primeros meses de vida, para el desarrollo de intervenciones preventivas en edad temprana. Partiendo de la base que los niños de padres diagnosticados con graves trastornos mentales como esquizofrenia, trastorno bipolar y depresión, entre otros, tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental en comparación con la población general, el WARM study, se propone estudiar el desarrollo de los lactantes de madres con esquizofrenia, trastorno bipolar y depresión en el primer año de vida, y en particular el balance de los factores de riesgo y de protección expresados en la calidad de la interacción temprana con el cuidador (evaluando la evolución de los indicadores muy tempranos de riesgo y de resiliencia) con el fin de poder desarrollar programas preventivos dirigidos a infantes de padres con trastorno mental severo (Harder et al., 2015).

1.4 El papel de los factores biológicos, genéticos y ambientales.

A pesar de que éste no sea el objetivo de nuestro trabajo creemos importante hacer referencia a los factores biológicos y genéticos que intervienen en el desarrollo de la patología, de los que destacamos solo brevemente algunos estudios recientes. Así mismo hacemos referencia a algunos estudios que destacan la importancia también de los factores ambientales y de cómo su interacción con los genéticos y biológicos influye en la predisposición a desarrollar una enfermedad mental.

Lourdes Fañanás y Mar Fatjó-Vilas (2006), en su artículo *Infancia y Vulnerabilidad para la Enfermedad mental del niño y del adulto: Una visión desde los genes*, plantean que el peso relativo en el origen de la enfermedad mental de las experiencias vitales, por un lado, y de ciertos procesos biológicos endógenos relativamente independientes del ambiente, por otro, sigue siendo un tema de debate en la comprensión de la etiología de la enfermedad mental. Las evidencias científicas recientes destacan que el perfil genético de un individuo podría constituir un elemento en continua interacción con el ambiente, especialmente durante la infancia y adolescencia, periodos de máxima plasticidad neuronal, y relacionarse con el futuro riesgo de enfermedad mental en la edad adulta. La distribución de variantes genéticas en la población implica la existencia de un porcentaje considerable de personas portadoras de genotipos de vulnerabilidad al estrés, por lo que la actuación

sobre aspectos sociales o familiares de riesgo constituye un punto de actuación clave con una potencial repercusión epidemiológica sobre la distribución de la enfermedad en las poblaciones humanas.

Entre 2001 y 2006, Caspi y colaboradores publicaron tres descubrimientos de interacción gen-ambiente:

1. Un polimorfismo en el gen que codifica la MAOA modera el impacto del maltrato infantil en el desarrollo de comportamiento antisocial en la adolescencia y la edad adulta en individuos masculinos (Caspi et al., 2002). El gen en sí mismo, en ausencia del factor de riesgo ambiental, no tiene ningún efecto en la resiliencia o vulnerabilidad. Se han publicado 3 replicaciones positivas, 3 estudios en los que no se ha replicado esta interacción gen-ambiente y un metanálisis de estos estudios que confirma el efecto moderador del gen de la MAOA entre maltrato infantil y comportamiento antisocial (Foley et al., 2004; Haberstick et al., 2005; Huizinga et al., 2006; Kim-Cohen, Caspi, Taylor et al., 2006; Nilsson et al., 2005; Widom & Brzustowicz, 2006; Young et al., 2005).

2. Un polimorfismo en el gen que codifica la COMT modera la asociación entre el consumo de cannabis y la psicosis (Caspi et al., 2005).

3. Un polimorfismo funcional en el gen transportador de la serotonina (5-HTTLPR) modera significativamente la asociación entre acontecimientos vitales estresantes y depresión. Los individuos portadores del alelo 5-HTTLPR largo tienen menos riesgo de depresión que los portadores de alelos cortos (Caspi et al., 2003). Varias investigaciones han replicado estos descubrimientos (Eley et al., 2004; Jacobs et al., 2006; Kendler, Kuhn, Vittum, Prescott & Riley, 2005; Rutter, Pickles & Murray, 2001). Entre ellas, un estudio de Kaufman y colaboradores de 2004 demuestra que los niños maltratados portadores de dos copias del alelo largo tienen menos riesgo de depresión, y que en el caso de maltratados vulnerables, es decir, portadores de alelos cortos, tener el apoyo de alguien que se ocupe de ellos les protege de desarrollar trastornos depresivos (Kaufman et al., 2004).

Oliverio (2011), acerca de la componente genética de patologías como la esquizofrenia, los trastornos maniacodepresivos y el autismo, habla de “factores de fragilidad” para delinear una serie de características neurobiológicas, compartidas por los gemelos monocigóticos, que los hacen más susceptibles a los factores traumáticos.

En 2009 un estudio del International Schizophrenia Consortium comparó 3.322 europeos con esquizofrenia con otros 3.587 que no padecían esta enfermedad, en la búsqueda de variaciones específicas en los genes que pudieran estar asociadas con la enfermedad. Se demostró que una variación poligénica común contribuye al riesgo de la esquizofrenia y del trastorno bipolar, encontrando la asociación más fuerte en el cromosoma 22, el gen que codifica para la proteína miosina. También se encontró una asociación en el cromosoma 6p en el complejo mayor de histocompatibilidad (MHC). Un segundo estudio del Molecular Genetics of Schizophrenia Consortium reafirma la asociación entre el cromosoma 6p y la esquizofrenia utilizando una muestra de 2.681 personas descendientes de europeos con esquizofrenia y 2.653 sin, además de 1.286 personas afroamericanas con esquizofrenia y 973 sin (Shi et al., 2009). En un tercer y último estudio, los investigadores del grupo europeo SGENE, analizaron una muestra de 2.663 personas con esquizofrenia y 13.498 sujetos de control sanos. Al igual que en los otros dos estudios, se encontró una implicación de la región MHC del cromosoma 6p. Aumentando la muestra, añadiendo sujetos de los otros estudios, los investigadores también encontraron otras dos variantes genéticas en la región MHC y dos variantes en otros cromosomas que no se habían encontrados en los estudios anteriores (Stefansson et al., 2009).

La esquizofrenia es una patología altamente hereditaria y poligénica caracterizada por un fenotipo relativamente diverso y por condiciones comórbidas frecuentes, como la ansiedad y la depresión. Partiendo de esta base, un estudio actual sobre la manifestación fenotípica del riesgo de esquizofrenia durante la adolescencia en la población general, demuestra unas superposiciones poligénicas entre los polimorfismos genéticos comunes asociados con la esquizofrenia y los síntomas negativos y el trastorno de ansiedad, pero no con las experiencias psicóticas y la depresión, sugiriendo así la necesidad de un mayor enfoque en estos fenotipos para la predicción de la patología en muestras de riesgo (Jones et al., 2016).

Need y colaboradores (2009) afirman que puede haber entre 100 y 10.000 mutaciones genéticas que pueden ser perjudiciales para la mente, pero, que sin embargo, su funcionamiento depende de los otros genes de una persona y de su entorno, afirmando que existen una gran cantidad de factores que pueden modificar estos efectos y diferir entre las familias.

Artículos recientes de Malaspina del New York State Psychiatric Institute ponen en evidencia la influencia de la edad del padre en el momento de la concepción respecto a la probabilidad del hijo de desarrollar un trastorno esquizofrénico (Malaspina et al., 2001, 2008; Harlap et al., 2007; Cfr,

Zammit et al., 2003; Byrne, Agrebo, Ewald, Eaton & Mortensen, 2003; Sipos et al., 2004). En el estudio que la doctora realizó entre 1964 y 1976 en Israel demostró que el riesgo de padecer la enfermedad por los hijos era más alto cuanto mayor era la edad del padre en el momento de la concepción. Estos estudios fueron replicados posteriormente confirmando esta relación (Malaspina et al., 2007, 2008).

Brown (2011) encontró que una variedad de eventos en la vida temprana aumentarían significativamente el riesgo de esquizofrenia. Según su estudio, el riesgo es tres veces mayor en las personas cuyas madres tenían gripe durante el embarazo, mientras que la falta de hierro durante el embarazo, cuadruplicaría el riesgo de padecer la enfermedad en los descendientes.

El riesgo de sufrir trastornos esquizofrénicos es mayor si hay antecedentes familiares de esquizofrenia u otros trastornos mentales, así como si se ha nacido en poblaciones urbanas (Pedersen & Mortensen, 2001).

Recientes estudios ponen en evidencia la importancia de los factores sociales durante la infancia en el posterior desarrollo de la esquizofrenia. En esta línea, un estudio sueco indica que los niños criados en familias adoptivas con una situación de desventaja socioeconómica tendrían un mayor riesgo de psicosis. Los resultados de este estudio sugieren también que las desventajas sociales aumentarían este riesgo sobre todo en los niños con una predisposición genética para la psicosis (Wicks, Hjern & Dalman, 2010).

En el Estudio de Adopción Finlandés (Wynne et al., 2006) llevado a cabo con hijos de madres esquizofrénicas criados en familias adoptivas, se demostró que los niños criados en familias adoptivas disfuncionales tenían más riesgo de sufrir esquizofrenia o trastornos del espectro esquizofreniforme. Esto parece sugerir que la vulnerabilidad genética para la enfermedad en presencia de factores ambientales adversos predispone a desarrollar la enfermedad.

En el mismo año, un estudio realizado en Dinamarca reveló que los hijos que tenían un progenitor esquizofrénico (independientemente que el debut de la patología fuera anterior o posterior a la adopción) tenían un elevado riesgo de desarrollar una psicosis: el 5% de los adoptados que había desarrollado una enfermedad tenía un progenitor biológico esquizofrénico, mientras que el haber sido criados por padres adoptivos con esquizofrenia no conducía al mismo resultado (Eaton et al., 2006).

Estudios sobre complicaciones durante la gestación, el parto y el puerperio en mujeres con esquizofrenia y trastornos afectivos graves indican que el comportamiento de las madres debido a su enfermedad es un factor determinante de la alta incidencia de patología reproductiva. El riesgo se podría reducir en estas poblaciones vulnerables con intervenciones pre-y postnatales preventivas (Jablensky, Morgan, Zubrick, Bower & Yellachich, 2005).

La enfermedad mental severa de hecho es una categoría muy amplia que incluye la esquizofrenia, el trastorno bipolar y la depresión severa, entre otras, y tanto la disposición genética como la exposición ambiental desempeñan un papel importante en el desarrollo de un trastorno mental severo (TMS). Múltiples líneas de evidencias apuntan a una interacción entre gen y ambiente, sugiriendo que los roles de los factores genéticos y ambientales dependan uno de los otros. Los hijos e hijas de padres con TMS son más vulnerables a los efectos de las exposiciones ambientales pre y postnatales, sugiriendo que la expresión de la responsabilidad genética dependa del medio ambiente (Uher, 2014). En la última década se han identificados interacciones gen-ambiente que implican variantes moleculares específicas en los genes candidatos. Los hallazgos replicados incluyen una interacción entre un polimorfismo en el gen AKT1 y el uso de cannabis en el desarrollo de la psicosis, y una interacción entre el polimorfismo del gen transportador de la serotonina y el maltrato infantil en el desarrollo del trastorno depresivo persistente. Además un estudio muestra como una interacción entre un polimorfismo funcional en el gen BDNF y eventos estresantes de la vida pueda desencadenar episodios depresivos bipolares. La primera búsqueda sistemática de interacciones gen-ambiente ha encontrado que un polimorfismo en el CTNNA3 podría sensibilizar el cerebro en fase de desarrollo al efecto patógeno del citomegalovirus en el útero, conduciendo a la esquizofrenia en la edad adulta. Como subraya Uher (2014) en su reciente revisión de la interacción entre gen y ambiente en la enfermedad mental severa, las estrategias para las investigaciones genómicas probablemente incluirán la coordinación entre los esfuerzos de investigación epidemiológica y genética, la evaluación sistémica de múltiples factores ambientales en muestras grandes y la priorización de las variantes genéticas.

Los estudios epidemiológicos indican que tener un miembro de la familia con esquizofrenia aumenta el riesgo en la descendencia. A este propósito, un estudio nacional de cohorte Danés (2012) investiga la influencia de los polimorfismos de un solo nucleótido (SNPs) sobre el riesgo de esquizofrenia en los descendientes de padres con trastorno psicótico, afectivo bipolar u otro trastorno psiquiátrico. Los resultados ponen en evidencia que el riesgo de esquizofrenia en la descendencia es elevado en aquellos hijos cuya madre, padre o hermano han sido diagnosticados

con esquizofrenia o psicosis relacionada, trastorno afectivo bipolar o cualquier otro trastorno psiquiátrico (Agerbo et al. 2012) aunque no encuentran una explicación de este riesgo específica en la variación del SNP considerada en el estudio.

1.5 La fertilidad en pacientes con trastorno mental severo

En el estudio de hijos de padres psicóticos es importante tener en cuenta la fertilidad de estos pacientes.

Un estudio sobre fertilidad en mujeres con enfermedad afectiva o esquizofrenia sugiere que la fertilidad en estas mujeres está reducida (Jonsson, 1991).

Una investigación que incluía mujeres y hombres con trastorno bipolar encontró que la fertilidad estaba reducida en ambos géneros aun antes de manifestarse la enfermedad. Después de manifestarse la enfermedad la reducción global permanecía igual en las mujeres pero aumentaba en los hombres (Baron, Risch & Mendlewicz, 1982).

Estudiando las tasas de fertilidad en mujeres con diagnóstico de depresión mayor con rasgos psicóticos y mujeres con conductas suicidas, Calzeroni, Conte, Pennati, Vita y Sacchetti (1990) concluyeron que aquellas mujeres que habían intentado suicidarse tenían significativamente menos niños que aquellas que no. No hubo en cambio diferencias significativas en cuanto a la falta de hijos entre las mujeres con o sin delirios, pero las mujeres sin rasgos psicóticos tenían niveles más altos de infertilidad.

En un estudio llevado a cabo en Irlanda, los autores encontraron una baja tasa de natalidad en los pacientes esquizofrénicos, sobre todo varones, derivado de una mayor dificultad a la hora de contraer matrimonio. Sin embargo, constataron que aquellos que llegaban a casarse tenían una tasa de natalidad mayor que las mujeres esquizofrénicas casadas, lo que podría explicarse, según los autores, por un mayor riesgo fetal y prematuridad en los hijos de éstas. Sería el grupo de varones que acceden al matrimonio a mantener una tasa estable de incidencia de la enfermedad (Lane et al., 1995).

Retsner (1992), a su vez, propone que a mayor presencia de factores genéticos en la esquizofrenia del paciente, menor será la tasa de fertilidad y esto sería aplicable sobre todo a las mujeres (En Plumed Domingo, Pérez Prieto, L Lorens Rodríguez & Selva Vera, 1997).

La fertilidad en pacientes con trastorno esquizofrénico es normalmente baja. No obstante anteriormente se observaba una tendencia general por parte de estas mujeres a no tener pareja o a no poder tenerla a causa de recurrentes ingresos de larga duración, actualmente los antipsicóticos han permitido mejorar la calidad de vida de estas pacientes y esto ha llevado a que cada vez más tengan pareja, aunque sigan mostrando cierta prevención a tener hijos por temor de que hereden la enfermedad (Buisán, 2011).

En una reciente revisión sistemática de los estudios sobre la fertilidad de los pacientes con esquizofrenia, los resultados muestran una fertilidad reducida en éstos en comparación con la población general (Bundy, Stahl & MacCabe, 2011).

Actualmente, aunque existan opiniones contradictorias sobre la fertilidad y fecundidad de los pacientes psicóticos que aún no han sido aclaradas de forma contundente, los hijos de estos pacientes se configuran como un grupo de alto riesgo, dado el cúmulo de factores de riesgo que poseen, y altamente vulnerable para la psicopatología y la marginación social (Tizón et al., 2006).

1.6 Los aspectos dinámicos de la relación entre padres psicóticos e hijos.

En la biografía revisada sobre los aspectos dinámicos de la relación entre los padres con trastornos psiquiátricos y sus hijos se subraya la importancia de este encuentro, como condicionante de los futuros trastornos del hijo, potenciados por la predisposición genética o los diversos aspectos sociales (Blanqué, 1993).

Como ya comentamos, un padre con trastorno mental puede tener dificultades en la crianza de los hijos y en el desarrollo de sus funciones parentales (Ostler, 2010). Diferentes estudios sacan a la luz algunas de estas problemáticas entre las cuales están: la dificultad de impartir disciplina por parte de los padres (Mowbray, Oyserman, Bybee & MacFarlane, 2002), de leer e interpretar las señales procedentes del niño (Corrigan & Matthews, 2003), de garantizar los cuidados físicos y responder a las necesidades básicas del hijo, además de la dificultad en distinguir entre las propias

necesidades y las de los hijos (Bavoleck, 1989; Mayseless; Bartholomew, Henderson & Trinke, 2004; Mowbray et al., 2002).

Anthony (1980) habla de episodios “micropsicóticos” que pueden sufrir los hijos de padres esquizofrénicos, que suponen un alejamiento de la conducta habitual del niño y pueden durar días o incluso semanas (hasta tres meses) para luego desvanecerse incluso sin tratamiento. El autor considera estos episodios formas precursoras de psicosis que a su parecer pueden estar inducidos directamente por la psicosis del padre, por la propia relación simbiótica que mantiene con él, así como por la intensidad de la proyección de aquel, la cual podría convertirse, en caso de niños mayores, en *una folie a deux*, y denomina estos episodios, según sus características clínicas, como “episodio esquizoide”, cuya característica nuclear es el aislamiento, “paranoide”, la desconfianza y “hebrefénico”, la regresión extrema.

La simbiosis normal entre la madre y el infante podría así llegar a ser patológica cuando la madre impidiera que el niño progresara a la etapa de la separación-individuación y fomentara deliberadamente una dependencia extrema de la madre a medida que el niño creciera (Lorandos, Bernet & Sauber, 2013; Van Loon, Van de Ven, Van Doesum, Witteman & Hosman, 2014).

Dodge (1990) señala que los padres con trastorno psiquiátrico difícilmente expondrán a sus hijos a situaciones sociales estimulantes. También, comenta el autor, es esperable que en un hogar en el que un miembro padezca esquizofrenia se dedique una atención especial hacia a él, de modo que el miembro sano o no diagnosticado estaría menos accesible y disponible para la estimulación que precisa el niño. Además, como subrayan Bassett, Lampe y Lloyd (1999) los padres con trastorno mental a menudo están solos, sin pareja y tienen pocos familiares con los que poder contar.

A este propósito diferentes estudios, como los de Bourdier (1972), encuentran con frecuencia fenómenos de hipermadurez. Niños con gran capacidad de estar solos, que tienen un buen contacto aparente, un gran control emocional y una cierta hipertrofia de las funciones intelectuales. Lo que se consideraría como una “huida hacia la normalidad” o falso self, orientado a defenderse de la enfermedad del padre, y detectando en algunas ocasiones un distanciamiento crítico del padre, tanto más probable cuanto el padre sea reconocido como enfermo mental de forma oficial. El autor destaca la necesidad del menor de encontrar una explicación al comportamiento extraño del padre enfermo y la importancia del conocimiento por parte del niño de la enfermedad parental (Reedtz, Lauritzen, Stover, Freili & Rognomo, 2018), ya que cuando la conoce tiene la posibilidad de

desligarse de la relación psicótica fusional. Lo esencial para su evolución, según el autor, es la posibilidad que le ofrece el entorno familiar de tomar distancia con los trastornos del progenitor enfermo y de identificarse con imágenes sustitutivas (Sánchez del Hoyo & Sanz Rodríguez, 2004).

Considerando que el hecho de vivir con un padre psicótico supone, según Levobici y Rabain-Levobici (1989), pertenecer a un sistema en el cual la comunicación está muy perturbada, se ha constatado que el conocimiento de la enfermedad mental del padre por parte del hijo interviene en la maduración del niño a partir del momento en que son reconocidos e identificados los trastornos (Beardslee, Versage & Gladstone, 1998; Cárdenas et al., 2015; Yamamoto & Keogh, 2018). De ahí la importancia de los programas de prevención que trabajan con los niños y que representan un factor de protección no sólo para él sino para toda la familia. Esto de hecho no supone privar a la madre de sus funciones específicas sino procurar que se instaure una relación maternal saludable que pueda prolongarse a pesar de la enfermedad de los padres.

Cobo Medina (1983) alerta sobre lo que hay que explicar al niño sobre la enfermedad del padre, ya que la falta de información o las explicaciones deformadas pueden despertar mayores confusiones en el menor (Huntsman, 2008).

En una revisión bibliográfica sobre la relación entre padres psicóticos y sus hijos retomada recientemente por varios autores (Davidsen et al., 2015), Eisenbruch (1983) cita a Kreisman y Joy (1974) y Raymond, Slaby y Lieb (1975), quienes describieron las relaciones entre los miembros de la familia con un individuo psicótico. Según los autores cada miembro asume un papel y de esta forma el niño, para mantener su equilibrio psicológico, elige varios. Elección que también estudiaron otros autores, entre ellos Sturger (1978), citado también por Eisenbruch (1983), que describió detalladamente los ocho diferentes papeles que, según él, pueden llegar a adoptar los niños, hijos de pacientes psiquiátricos, para defenderse de la enfermedad del padre. Entre ellos, la de hijo mayor, o si es hijo único la asunción del rol de cuidador. Si es el más pequeño, el de bebé o muy llorón y regresivo, mostrando gran pena al ser separado del padre enfermo. El niño que asume el papel de enfermo puede desarrollar síntomas de tipo depresivo o incluso psicótico. El adolescente asume el papel de escapista la mayor parte de las veces, lo que le permite defenderse del progenitor enfermo, siempre que haya una cierta distancia entre los dos. El niño que se aparta de los otros en la escuela o se retrae, en casa adopta un papel de introversión, que es diferente de la de “niño bueno” que sería el de hipermadurez. Algunos niños adoptan un papel de rechazo con marcada agresividad contra la enfermedad del padre. Estos papeles suelen ser defensivos o adaptativos ajustándose a las

necesidades de la familia frente a estados crónicos de tipo psicótico o depresivo, y si son de larga duración podrían producir cambios en la personalidad del niño (Blanqué, 1993).

Stern (1985) habla en este contexto de la incapacidad del niño para desarrollar circuitos de modulación de las emociones y de reflexionar sobre su propio estado interior, dominando las intensas emociones sin ser abrumado por ellas, en los casos en los que no se produce una buena adaptación del entorno a las necesidades del niño (Caiozzo, Yule & Grych, 2018).

Bion (1962), a este propósito, destaca la importancia fundamental de la función de *rêverie* materna, para recibir contener y procesar los sentimientos y emociones de malestar del niño y devolvérselas en una forma aceptable para él y convertible en elementos útiles para el desarrollo del pensamiento.

La función de espejo de la madre (*mirroring*) de la que habla Winnicott (1967), es la que la mirada de la madre parece ser el principal medio a través del cual el niño, en época pre-verbal, puede obtener un feed-back emocional de sí mismo, esencial para el desarrollo de un sentido de existencia y de autoimagen. Kohut (1978-1984) identifica la necesidad de reflejo entre las necesidades básicas frustradas en situaciones de abuso y maltrato, es decir, la necesidad de recibir una confirmación positiva acerca de su identidad y deseos, con el propósito de construir una imagen de sí mismo positiva. Las otras dos necesidades son las de encontrar en las figuras parentales idealizadas sus propios puntos de referencia, coherencia y seguridad, y de desarrollar un sentido de pertenencia a la comunidad humana a través de una relación de gemelaridad.

Según Sullivan (1953), las experiencias que causan un nivel excesivo de ansiedad crean un vacío mental en el sujeto, estados de confusión y amnesia sobre el evento, convirtiéndose en experiencias de no yo, o sea, disociadas.

Winnicott (1967) habla de la importancia fundamental para el niño de poder encontrar en la mente del objeto sus propios pensamientos e intenciones. Para él, la internalización de esta imagen ejerce una función de contención, que el autor describe como un retorno al niño de su propio self. El fracaso de esta función lleva, entonces, al sujeto a una desesperada búsqueda de métodos alternativos para la contención de los pensamientos y de las emociones y sentimientos que estos generan. En este proceso, la función de espejamiento (*mirroring*), tiene un papel decisivo en el desarrollo del niño y su gradual separación de la madre, hacia su autonomía, lo que le permite

expresar plenamente los aspectos de su personalidad. Experimentando la fiabilidad de una figura materna, el niño desarrolla un sentido de confianza que caracteriza lo que Winnicott (1971) llama el espacio potencial, una tercera área que se encuentra entre lo subjetivo y el espacio real y es llenado por el juego creativo a través del uso de símbolos. Dentro del espacio potencial, por lo tanto, el niño, por el sentido de la confianza adquirida, comienza a adquirir un yo autónomo (verdadero self) que, en circunstancias desfavorables en las que no hay un uso creativo de los objetos, es más bien ocultado para dar paso a un falso self complaciente. Sólo el self reflejado, de hecho, puede llegar a ser parte de una personalidad individual organizada y sólo esto hace capaz al individuo de postular la existencia del yo. Cuando, en cambio, el sujeto es expuesto repetidamente a la ansiedad traumática es imposible desarrollar un espacio de transición y estamos siendo testigos de la destrucción de la capacidad simbólica y de la imaginación creativa (Winnicott, 1960).

En situaciones traumáticas, el falso self asume el control, y estamos en presencia de una inversión de los términos de la relación en la que el niño para sobrevivir debe adaptarse a las demandas y necesidades del adulto, reprimiendo todos los sentimientos y las emociones (como miedo, ira, vergüenza, o inadecuación) que tales situaciones generan y que la situación terapéutica debe permitir abordar y expresar para poder reparar los daños causados por las carencias de las figuras familiares. En esta óptica, la función de rêverie (Bion 1959), llevada a cabo por el terapeuta, adquiere una importancia fundamental ya que es una característica importante para ayudar al niño a elaborar los traumas y desarrollar habilidades de pensamiento y lenguaje.

En este sentido se destaca la importancia también de programas que den soporte a la función parental, que permitan a los padres salir del aislamiento en el que a menudo se encuentran, tal como evidencian Bassett y colaboradores (1999). En su estudio sobre las vivencias y las experiencias de los padres con trastorno mental, emergen el miedo de estos padres a que el niño sea alejado del núcleo familiar debido a la enfermedad; el aislamiento, familiar y social, en el que se encuentran a menudo estos padres, junto con la dificultad de hacerse cargo de los hijos de forma continuada y sin ayuda externa; el estigma de la enfermedad y el miedo a que el conocimiento de ésta lleve al aislamiento además de personal, también de los hijos; y la preocupación fundamental y recurrente de estos padres que su enfermedad pueda desarrollarse en sus propios hijos.

1.7 La perspectiva transgeneracional.

En la relación con un progenitor con trastorno mental severo y el análisis de la influencia de la enfermedad sobre el hijo, adquiere gran interés la posibilidad de poder considerar el sujeto dentro del contexto generacional, y con ello las teorías transgeneracionales y el estudio de los mecanismos de transmisión psíquica especialmente ligadas a la convivencia con un padre enfermo y al potencial traumatogénico que esto suponga para la estructuración psíquica del hijo.

La transmisión transgeneracional estudia cómo el mundo representacional de individuos de una generación puede influir en el mundo representacional de los individuos de generaciones siguientes, cómo son estos fenómenos de transmisión y cómo son los procesos por medio de los cuales se ponen en marcha. Se estudia cómo se repiten de una generación a otra las esencias de la vida psíquica de los antepasados, los modelos de vínculos, los patrones relacionales, las patologías parentales y la formación de otras patologías (Del Valle Laguna, 2014).

El peso de la patología parental, la transmisión transgeneracional y unas cualidades identificativas específicas confluyen en la repetición de situaciones traumáticas en la vida del sujeto. Desde su nacimiento el niño ya es parte de distintos espacios psíquicos intersubjetivos desde los cuales se trasmite por vía psíquica la formación de ideales, las referencias identificativas, las representaciones y los mecanismo de defensa además de los ritos, los mitos y las creencias (Del Valle Laguna, 2014).

En esta perspectiva adquieren particular atención e importancia las identificaciones primarias (adhesivas, identificación proyectiva patológica, incorporación, fusionales) en las que predomina una confusión entre el sujeto y el objeto (identificaciones patológicas), en lugar de las que suponen un buen nivel de internalización y en las que son suficientemente trazados los límites entre uno mismo y los demás (diferenciación sujeto-objeto).

Grinberg (1985) considera la identificación como un proceso central en la transmisión ya que representa la forma originaria a través de la cual se establecen los vínculos afectivos y un proceso básico en la constitución del sujeto y de su personalidad. Es uno de los medios más primitivos del niño para satisfacer sus necesidades, físicas y psíquicas, promover los procesos de aprendizaje y formar las bases de los ideales del yo, a través de introyecciones y proyecciones.

La familia es el grupo primario y el espacio originario de la intersubjetividad, donde el niño hereda el material psíquico indispensable a través de sus filiaciones materna y paterna. Son los vínculos intersubjetivos de apuntalamiento e investiduras narcisistas, los enunciados de prohibiciones fundamentales que ponen en marcha la representación de cada uno y se constituyen los objetos, los vínculos de identificación y las estructuras básicas del yo y del súper-yo (Kaës, 1993).

Faimberg (1987-2006) desarrolla su teoría a partir de las reflexiones de Freud sobre cómo el narcisismo parental no elaborado puede “injertarse” de forma patológica en el niño, manteniéndolo en una relación regulada por el principio del placer. Según la autora en este sentido es posible encontrar en el transfert partes escindidas o alienadas del yo del paciente identificadas con la lógica narcisista de los padres internos, según la cual “todo lo que merece ser amado es yo aunque esto venga de ti, el niño, y lo que reconozco como viniendo de ti, el niño, lo odio; además te cargaré con todo lo que no acepto en mí: tú, el niño, serás mi no-yo” (Faimberg, 1993, p.84). Movimientos de amor y odio narcisistas que constituyen, según Faimberg, las dos funciones principales de apropiación e intrusión, que caracterizan y regulan la relación narcisista. En la función de apropiación los padres internos, identificándose con todo lo que pertenece al niño, se apropian de su identidad positiva, mientras que en la función de intrusión expulsan en él todo lo que rechazan, definiéndole desde su identidad negativa. Paradojalmente el niño no es odiado sólo porque es diferente sino que su historia será solidaria con la historia de los padres y aquello que no aceptan en su regulación narcisista. No se creará entonces aquel espacio psíquico que permitiría al niño desarrollar su identidad diferenciándose de sus padres, los cuales son incapaces de amarle sin apoderarse de él, y tampoco pueden reconocer su independencia sin odiarlo y someterle a su propia historia de odio. El narcisismo parental desarrolla así una función alienante ya que determina en el niño una escisión del yo que produce en él un sentimiento de extrañeza en la medida que las identificaciones encuentren su origen en la historia de otro. La autora utiliza el término de “telescopaje” generacional, para explicar la particular forma de transmisión psíquica basada en una identificación inconsciente alienante que incluye tres generaciones, la del niño, los padres, y los padres de los padres (Faimberg, 2006).

En esta línea, Kaës (1993) afirma que los efectos patológicos de la transmisión derivarían de un imperativo psíquico que no puede ser contenido o reprimido en los padres en el que prevalecen las exigencias narcisistas inconscientes de conservación y continuidad de la vida psíquica. El sujeto que ha vivido el trauma no puede albergar lo vivido y necesita mantener a su descendencia en una

órbita narcisista. Los objetos de transmisión están así marcados por lo negativo, trasmitiéndose todo lo que no se contiene, lo que no se recuerda, como lo reprimido, la enfermedad, la culpa, los objetos perdidos. A parte de lo negativo, también se trasmite lo que garantiza y asegura las continuidades narcisistas, el mantenimiento de los vínculos subjetivos, y los procesos de conservación y complejización como ideales, identificaciones, mecanismos de defensas, dudas y certezas.

Freud ya en 1913 afirmaba que nada de lo que haya sido retenido permanecerá completamente inaccesible a la generación que sigue. Habrán huellas que seguirán ligando a las generaciones entre sí, con base en el sufrimiento (Kaës, 1996).

Una situación traumatizante como el encuentro con la psicosis parental supone una importante carga emocional para el niño y es a través de los vínculos afectivos que se establecen entre padres e hijos que se tejen las identificaciones y se organizan argumentos fantasmáticos que puede instaurar lo que Ferenczi (1933) denomina la confusión de lenguas. En esta perspectiva el padre que comunica el delirio al niño le impone una realidad psíquica ajena sin tener en cuenta sus necesidades reales, sentimientos y percepciones, obligándole, tal como describe Enríquez (1986), a establecer vínculos causales abusivos y representaciones aberrantes que afectan de forma electiva a los objetos de investigación universales por parte del niño como el nacimiento, la muerte, la sexualidad, el poder y el tiempo. El autor habla de unas identificaciones alienantes basadas en la transmisión de los delirios parentales, describiendo los efectos y los daños psíquicos de los padres sobre los hijos en caso de que el progenitor implique al hijo en su delirio, haciéndole testigo, aliado, cómplice e incluso destinatario de su actividad delirante (Enríquez, 1988).

Baranger, Golstein y Zak (1989) estudian las identificaciones fundamentadas en situaciones traumáticas refiriéndose a acontecimientos familiares que quedaron sepultados, un secreto del que no se habla pero que actúa como factor disociativo con la consecuencia de un sentimiento de carencia de identidad o de funcionamientos paradójicos respecto al ideal del yo.

Como explica en su artículo Del Valle Laguna (2014), una experiencia con mucha carga emocional en uno o ambos miembros de la pareja, si no es metabolizada puede ser escindida del resto del psiquismo y convertirse en elementos inconscientes enquistados que se transmiten al niño sobre todo a través de la comunicación no verbal. La autora a este propósito indica una serie de mecanismos de transmisión patológica, entre los cuales las alianzas inconscientes constituyen una de estas vías de transmisión. Este estado de indiferenciación primaria y relación de interdependencia

simbiótica es intrapsíquica pero también se despliega en el vínculo con el objeto externo real que asume la función de aparato psíquico sustituto. En estas relaciones simbióticas alienantes, el sujeto, el hijo, que por sus características asume las proyecciones y se presta a poner en acto esas vivencias que fueron desmentidas por los padres, vive el mundo que le deja ver el objeto. Se producen así unas patologías vinculadas a estas diversas modalidades de transmisión transgeneracional y son pacientes que dentro del núcleo familiar están o han estado ‘inmersos’ en situaciones relacionadas con traumas tempranos, fidelidades compulsivas hacia los objetos parentales, duelos ancestrales o imposibles, predominio del narcisismo parental, abusos sexuales, entre otras. En bastantes de estos casos tienen un importante protagonismo el secreto, la mentira, lo silenciado o dicho en clave enigmática así como la confusión de sexos y generaciones. Estas situaciones traumáticas son vividas en muchos casos sin posibilidad de metabolización psíquica porque son experiencias que no han podido ser representadas (Del Valle Laguna, 2014).

La desmentida de realidades intolerables, mecanismo que implica una escisión en el yo que es expresada a veces con confusiones alucinatorias como defensa psicótica ante un duelo, sigue la autora, es otro de los principales mecanismos de la transmisión patológica de lo transgeneracional, ya que sectores del yo que han permanecido escindidos se transmiten a través de varias generaciones. Es lo vivido y no representado dentro de la cadena generacional (Ponce de León, 2005).

Winnicott (1963), acerca de la falta de representación psíquica de acontecimientos traumáticos, habla de lo “vivido no vivido y siempre por vivir”, definiéndolo como el temor al derrumbe sin que el yo sea capaz de metabolizar lo que en ese momento vivió fuera de toda representación de palabra; Bion (1967) a su vez, define el origen de lo no representado en la imposibilidad por parte de la madre de contener las proyecciones del infante y de ayudarlo a transformar estos elementos betas en elementos alfa para que puedan ser introyectados y mentalizados por parte del niño aun inmaduro.

En estos casos predominaría así una transmisión de elementos no representables, de objetos enquistados o inertes que son transferibles como identificaciones proyectivas o adhesivas. Según Werba (2002), cuando unos padres no pueden denominar determinadas experiencias emocionales y los hijos no pueden darle representación verbal, esto conducirá a una imposibilidad de simbolización. Lo innombrable puede adquirir la forma de fobias, compulsiones y obsesiones, problemas en el aprendizaje, etc., que no están solo ligadas al conflicto entre un deseo y su

prohibición sino también al conflicto entre el deseo de saber y comprender y las dificultades que los padres imponen a dicho deseo de conocimiento (Tisseron, 1997). En este sentido dentro del núcleo familiar, una de las modalidades de transmisión de las situaciones conflictivas se produce a través de comunicaciones confusas o del silencio y el secreto que pueden significar una inhibición en el hijo de este deseo de conocimiento.

Otra forma de transmisión, como indica Del Valle (2014), es la repetición idéntica de un síntoma de uno de los padres o una formación nueva pero que presenta un vínculo directo con alguna patología parental. Kaës (1989) denomina este proceso como “anudamiento intersubjetivo del síntoma”. Esta transmisión del síntoma puede ser vivida con mucha violencia, como una maldición de estar atado al destino de otro, aunque esta vivencia precisamente puede promover la necesidad de diferenciación del objeto parental; o repetirse en silencio y en este caso las posibilidades de hacer consciente lo que el síntoma representa puede ser muy costoso, ya que “tocarlo” puede ser vivido con angustias catastróficas. Otro modo en que la transmisión se manifiesta en la clínica es en forma de “la delegación” al hijo, que consiste en una demanda inconsciente vinculada al narcisismo parental y a las aspiraciones no realizadas por los padres. En esta modalidad de transmisión un aspecto de los ideales del yo y el súperyo de los padres asumidos por el hijo impulsan a este a cumplir un “encargo” que no han podido transformar en herencia propia. Este tipo de demanda parental, normalmente muy cargada emocionalmente, puede también generar el efecto contrario, es decir, la necesidad de anular la filiación con lo que implica de renuncia a los orígenes y con la decisión de no tener hijos como único modo de interrumpir la transmisión (Del Valle Laguna, 2014).

Eiguer (1998) habla del concepto de “objeto transgeneracional”, en el cual un antepasado intervendría en la constitución de instancias psíquicas en miembros de la familia a través de una representación, definiendo esta representación como una construcción fantasmática inconsciente de sucesos a menudo traumáticos, a la cual se adhieren los miembros de una familia y evidenciando como los movimientos de investiduras e identificaciones pueden ser el origen de conflictos y síntomas individuales y familiares. Tisseron (1997) enuncia tres categorías de objeto transgeneracional definidas por Eiguer: los objetos benévolos, que tienen peso sobre el psiquismo de los padres, los idealizados, que se enmarcan en las conductas y sentimiento de deuda, y los objetos portadores de secretos vergonzosos, que originan vacíos en la memoria familiar.

La transmisión entonces no solo se da a través de un objeto o de una situación consciente sino que también a través del silencio, lo ocultado y lo no dicho, que puede generar repercusiones en las generaciones posteriores generando malestar y síntomas a los que no se encuentra respuesta. “La convivencia con un padre psicótico deviene en una violencia, en un exceso que el sujeto debe tramitar psíquicamente. El entrecruzamiento del material expresado por los padres en las entrevistas y el material de análisis individual del niño despliega una problemática habitual en la clínica con los niños que lleva a la necesidad de diferenciar la conflictiva de los padres, consciente e inconsciente, de los efectos de la inscripción intersubjetiva sobre el entramado fantasmático que un acontecimiento inscribe en el psiquismo en construcción” (Bleichmar, 1999) y “sobre esta intersección el analista desarticula y deconstruye representaciones para religarlas a la subjetividad del niño” (Raznoszczyk Schejtman, 2011, pp. 58).

1.8 Tener un padre con enfermedad mental: las vivencias de los hijos.

Hay numerosos trabajos centrados en el tema de los posibles efectos en el desarrollo infantil de la presencia de un miembro psicótico en el núcleo familiar, pero se ha estudiado muy poco acerca de las experiencias de estos niños desde su propia perspectiva.

Tratando de abordar este punto de vista, Dunn (1993) ha realizado un estudio que recoge los recuerdos de la infancia de adultos que crecieron con una madre psicótica. El autor observa como en todos los recuerdos de la infancia de los sujetos de la muestra emergen unos temas comunes y recurrentes. Son niños que han vivido experiencias comunes de aislamiento con respecto a sus iguales, sus comunidades y sus propias familias. Relatan experiencias de abuso y negligencia, en las que la atención recibida por ambos padres es percibida como poco consistente, incapaces de satisfacer las necesidades básicas de sus hijos y vividos como distantes o no disponibles tanto a nivel físico como emocional. En muchos casos estos niños acaban convirtiéndose en cuidadores de sus madres y hermanos pequeños, sin que nadie, sin embargo, les hable de la enfermedad de sus madres de manera que los episodios psicóticos y los trastornos de conducta que suscitan miedo y confusión siguen permaneciendo sin explicación dejando a estos niños en un estado de confusión acerca de la realidad y de aislamiento respecto a la familia, con sentimientos de culpa, lealtad y fidelidad hacia sus madres, que dificultan su autonomía e independencia.

Según Dunn (1993) otro tema común que emerge en los relatos es la búsqueda de apoyo social

por parte de estos menores, que identifican una o más personas que definen como de ayuda y soporte durante la infancia y la adolescencia. En algunos caso se trata de los abuelos, y a menudo de personas externas al contexto familiar como profesores, entrenadores, amigos de familia, vecinos, etc. Personas que veían como disponibles para ellos, aunque raramente les hablaban de su situación familiar, no obstante fueron percibidas como elementos de seguridad. Figuras de soporte descritas por los sujetos como puntos de referencia y estabilidad del mundo exterior frente a una situación familiar caótica y bizarra, y como proveedores de atención y cuidado (Riches et al., 2018).

Los contactos con los servicio de salud mental en la infancia son vividos por estos hijos como negativos y evocadores de culpa, ya que las madres eran alejadas para ser hospitalizadas generalmente sin que los hijos recibieran explicaciones sobre lo que estaba pasando o lo que podían esperar. Los contactos con los profesionales de la salud mental son descritos a menudo como desagradables, culpabilizantes o incluso perjudiciales, no obstante la mayoría en la edad adulta valora como positiva la terapia que están recibiendo, en la que poder verbalizar sus miedos acerca de su propia salud mental, explorar las relaciones con sus madres y establecer con ellas los límites necesarios, tanto a nivel físico como emocional.

Los participantes confirmaron sentimientos también de humillación, vergüenza y confusión al confrontarse con dos mundos separados y diferentes, el de su familia por un lado, dominado por su madre psicótica, y el de su entorno escolar y social por el otro, caracterizado por el colegio y sus iguales. La toma de conciencia de estas dos realidades separadas, normalmente durante la adolescencia o la juventud, es acompañada por el dolor que implica el reconocimiento de la enfermedad mental de sus madres, causando en los sujetos sentimientos de deslealtad y culpa.

A este propósito Anthony (1980) afirma que los hijos pueden entender la enfermedad del progenitor como una desorganización importante, una crisis, una negligencia o un reto en su vida, y es durante la adolescencia cuando, según el clínico, los hijos pueden ir verbalizando sus sentimientos de angustia, culpa, vergüenza y lealtad. Dentro de su programa de intervención con menores, adquieren así fundamental importancia las intervenciones dirigidas a desarrollar recursos yoicos y las que se desarrollan en las fases agudas o de recaídas de los padres, en las que el menor puede hablar acerca de su experiencia de la enfermedad y los sentimientos que ésta le provoca.

No es raro además que estos hijos puedan asumir el rol de cuidadores de sus propios padres (Marrone, 2001), aunque se sepa muy poco al respecto. En este sentido, un reciente estudio

americano explora la situación de los hijos jóvenes que se convierten en cuidadores de sus propios padres, afectados, en este caso, por la enfermedad de Huntington (HD). El estudio investiga las vivencias y las necesidades de niños y adolescentes, de edad comprendida entre los 12 y los 20 años, a menudo denominados como “jóvenes cuidadores”, que proporcionan atención a un padre enfermo. Los síntomas estigmatizados de la enfermedad, entre los cuales está la depresión, el cambio de personalidad, la psicosis y los movimientos involuntarios, suelen dejar, de hecho, a los cuidadores familiares aislados y a pesar que se presta cada vez más atención a los cuidadores adultos, poco se sabe de los jóvenes que asumen este rol, incluidas las necesidades de apoyo que consideran importantes (Schulz & Sherwood, 2008; Ribé, Perez-Testor & Salamero, 2014). Con este fin se realizaron unas entrevistas individuales a jóvenes cuidadores de 18 estados y del análisis de los datos emergen tres categorías principales asociadas con las necesidades de apoyo por parte de los hijos: apoyo instrumental, apoyo emocional y necesidades personales. Cada categoría detalla la necesidad que los amigos sean más comprensivos, que otros se ocupen también del cuidador y que los jóvenes cuidadores reciban asistencia en las tareas de cuidado. Además los jóvenes entrevistados señalan la necesidad de información y asesoramiento junto con la creación de puntos de encuentros, como grupos de apoyo, para ayudarles a sentirse menos solos y a normalizar su situación. La falta de información sobre la enfermedad y los pocos puntos de apoyo, de hecho, evidencian las carencias de recursos de muchos participantes, que agrava su aislamiento y vulnerabilidad a los impactos negativos del cuidado (Kavanaugh, Noh & Studer, 2015).

Existe un reconocimiento general en la literatura de que los hijos de padres con enfermedad mental corren el riesgo de reducir su bienestar personal y desarrollar sus propias preocupaciones a nivel de salud mental (Foster, McPhee, Fehney & McCloughen, 2014) y aunque haya una base de conocimientos sobre la longevidad de los riesgos en la edad adulta, la investigación acerca del desarrollo de los hijos adultos a la luz de sus experiencias con la enfermedad mental de los padres sigue siendo escasa (Vivanco & Grandón, 2016). Partiendo de este presupuesto, un estudio australiano se ha centrado en las narrativas de crianza de los hijos adultos, que habían experimentado la enfermedad de los padres en la infancia, reflejando la sensación común de estos hijos de sentirse abrumados por la enfermedad mental de los padres y la pérdida de sí mismo como uno de los temas principales. Los hijos relatan una pérdida de conectividad emocional, experimentando inseguridad acerca de sus propias emociones, y la sensación de haber perdido la percepción de quienes son como personas individuales (“quién soy, en quién me he convertido y qué emociones debería sentir”), posicionando su propia salud emocional y sus necesidades como de menor importancia en relación con sus padres y llegando a cuestionar su propia identidad en

diferentes ocasiones, incluso de adultos. Varios de los participantes señalaron además una confusión acerca del sentido de la realidad, especialmente para aquellos cuyos padres tenían un diagnóstico de esquizofrenia o psicosis, y unas experiencias de pérdida estrechamente asociadas con la evolución de la propia identidad, además de experiencias de dolor por parte de estos hijos. Los resultados de este estudio demostraron finalmente que la experiencia de pérdida de estos hijos que han experimentado la enfermedad parental en la infancia es similar a las de las personas en proceso de duelo (Papa, Lancaster & Kahler, 2014; Bonanno, Papa y O'Neil, 2002). La reconceptualización de estas experiencias dentro de un marco teórico de la pérdida y dolor puede ayudar a comprender mejor las necesidades de estos hijos y de sus familias e influir positivamente en ellos mismos. Una mayor comprensión de las percepciones de los hijos adultos de ser emparentados con una persona que padece enfermedad mental, junto con sus experiencias de pérdida, puede ayudar a los profesionales de la salud y de los servicios sociales a facilitar una mayor resiliencia para las familias que viven con enfermedades mentales parentales (Murphy, Peters, Wilkes & Jackson, 2016; Patrick, Reupert & McLean 2019).

2. Metodología. Aspectos Teóricos

2.1 Bases de la complementariedad metodológica.

El diseño constituye una guía útil a lo largo del proceso empírico, que direcciona las acciones metodológicas que se centran especialmente en la recogida, gestión y análisis de datos (Anguera & Izquierdo, 2006). El proceso de investigación, tanto cuantitativo como cualitativo, posibilita aportaciones relevantes para el avance del conocimiento y puede afirmarse que ninguno es intrínsecamente mejor que el otro, sino que se trata de diferentes aproximaciones al estudio de un fenómeno (Flick, 2007). El proceso de creación del conocimiento científico, de hecho, en cualquier ámbito sustantivo nunca está ausente de esta doble prospectiva, cualitativa-cuantitativa, que responde a un modo divergente de posicionarse ante la realidad y las preguntas planteadas en la investigación (Anguera, 2010; Vaimberg, 2010). Este proceso de búsqueda se plantea a partir de la realidad con el fin de capturar la información y gestionarla adecuadamente para poder disponer de datos refinados y trascender al plano conceptual, poniendo en práctica la diversificación metodológica y teniendo en cuenta la alternancia de etapas cualitativa o cuantitativamente predominantes en la metodología observacional, considerada como aquella en la que mejor se conjugan ambas vertientes metodológicas (Anguera 2010).

Los métodos mixtos, (Creswell & Plano Clark, 2007; Tashakkori & Creswell, 2007, 2008; Teddlie & Tashakkori, 2006) proponen conjugar datos de naturaleza cualitativa y cuantitativa en el mismo estudio e implican combinar la lógica inductiva con la deductiva (Bergman, 2010) a lo largo de todo el proceso investigador, abarcando el planteamiento del problema, la recogida y análisis de datos, la interpretación de los resultados y en el informe final (Wolcott 2009). Para una perspectiva integral en el desarrollo metodológico ‘completo’, la metodología mixta requiere: un objetivo con mayor amplitud para abarcar toda su complejidad, utilizar de forma conjunta instrumentos de recopilación de datos y relacionar los resultados mediante procedimientos de análisis integrados (Castañer, Camerino & Anguera, 2013).

Los métodos mixtos constan de cinco características básicas, tal como definen Greene y Caracelli (2003): *triangulación* o búsqueda de convergencia de resultados; *complementariedad* o examen del solapamiento en las facetas de un fenómeno; *iniciación* o descubrimiento de paradojas o contradicciones; *desarrollo* secuencial de los instrumentos entre sí; *expansión* o extensión del

proyecto a medida que avanza (Castañer et al., 2013). Con estas características se pueden derivar diferentes tipos de diseños entre cuales la triangulación y el diseño de exploración secuencial son los más conocidos.

La triangulación permite la confrontación de informaciones complementaria sobre el mismo episodio con el objetivo de poder comprenderlo mejor y se distingue en cuatro tipos, aunque pueden coexistir: la triangulación de datos, de investigadores, de teorías y metodológica.

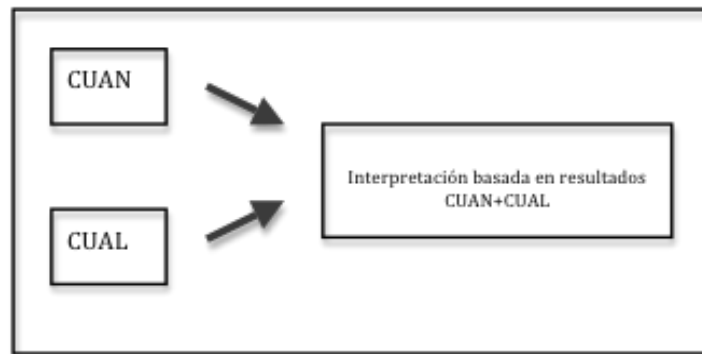


Figura 1.1. Diseño de triangulación (adaptado de Castañer et al., 2013)

En el caso del diseño exploratorio secuencial los resultados del primer método cualitativo permiten ayudar a desarrollar o informar el segundo método cuantitativo, y la condición básica radica en la necesidad de una exploración previa, ya que no se dispone de instrumentos o medidas y se desconocen las variables (Creswell & Plano Clark, 2007). Es a través de este carácter exploratorio inicial, que después se construye una etapa cuantitativa que se conectará con la fase cualitativa, siendo el diseño que mejor se acomoda al estudios de fenómenos inconcretos e intangibles, donde las variables aún son desconocidas (Venturella, 2016).

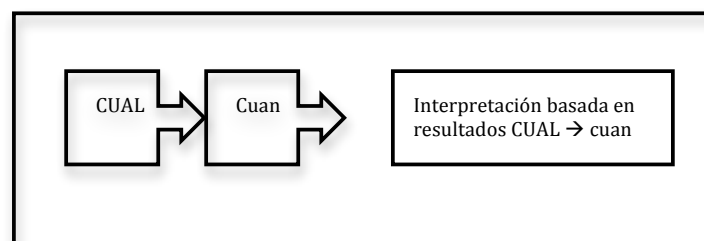


Figura 1.2. Diseño exploratorio secuencial (adaptado de Castañer et al., 2013)

En este tipo de metodología, el investigador se convierte en el principal ‘instrumento’ de recogida de datos, estando directamente implicado en el proceso de captación de la realidad. La

teoría se genera a partir de los datos de una realidad concreta, y no partiendo de generalizaciones a priori. Esta filosofía flexibiliza el estudio de acuerdo con la propia realidad y los datos que se obtienen, siendo el diseño de la investigación emergente y en cascada, ya que se va elaborando a medida que avanza la investigación. La situación que genera el problema da lugar a un cuestionamiento continuado y a una reformulación constante, en función de la incorporación de nuevos datos. El ‘diseño no estándar’ aporta así un infinito número de posibilidades y permite la adecuación a múltiples realidades, a los contextos específicos y a las interacciones entre investigador y contexto (Vaimberg, 2010, 2012).

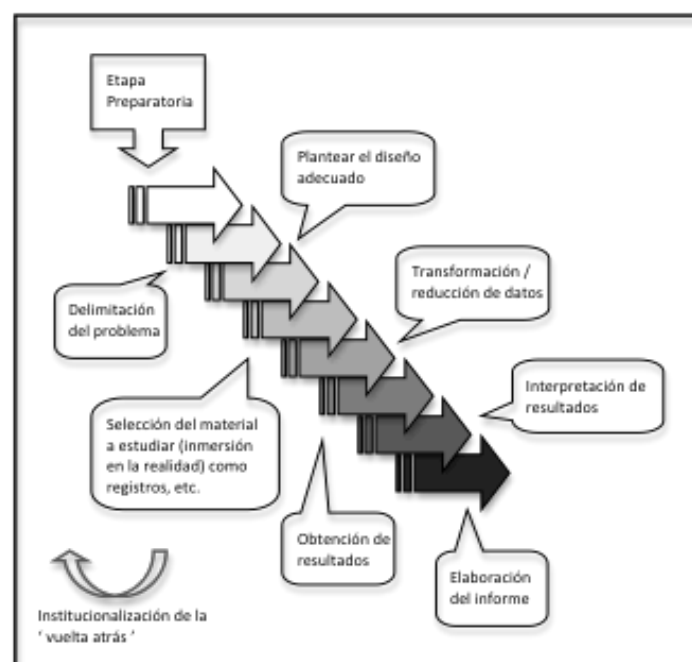


Figura 1.3. Proceso, metodología cualitativa (Anguera, 2008, adaptado)

La metodología observacional ha sido pionera en lograr esta complementariedad metodológica (Anguera, 2004; Anguera & Izquierdo, 2006), desde su origen, considerada tradicionalmente como una metodología cualitativa (Blanco, 1997), hasta los desarrollos analíticos posteriores, que prácticamente no presentan ninguna limitación respecto a los tradicionales estudios cuantitativos (Vaimberg, 2010).

Una idea básica y esencial en la concepción de esta complementariedad metodológica (cualitativa/cuantitativa) es que en función del diseño planteado y de la naturaleza de los datos, procederá una u otra técnica analítica (Anguera, 2004). De esta forma si la metodología cualitativa

nos ayuda en la obtención de datos que aportan una gran riqueza informativa, la cuantitativa nos suministra los recursos para su análisis más conveniente.

Metodológicamente, los datos cualitativos deben ofrecer la necesaria consistencia, y emergen de una descripción y registros cuidadosos, aunque su contenido es variable y su análisis difícil debido a la nula estandarización de las respuestas y su compleja sistematización. El papel fundamental lo juega el proceso de categorización (Lofland, 1976), ya que no se puede aspirar a una adecuada ‘captación de la realidad en sus propios términos’ si no se logran elaborar las categorías que la hacen explicable y dan coherencia al flujo de eventos y/o conductas necesariamente contextualizadas. En este mismo sentido, Denzin (1978) y Patton (1980) están de acuerdo en que la tarea de un metodólogo cualitativo es la de suministrar un marco dentro del cual los sujetos respondan de forma que se representen fielmente sus puntos de vista respecto al mundo y sus experiencias (Anguera, 2008).

2.2 Metodología observacional

El objeto de estudio de la metodología observacional es el comportamiento, en cualquiera de sus ámbitos de actuación habitual (Anguera, Blanco & Losada, 2001), mediante un instrumento no estándar elaborado ad hoc (Anguera, Magnusson & Jonsson, 2007).

Consideramos la metodología observacional como un procedimiento encaminado a articular una percepción deliberada de la realidad manifiesta con su adecuada interpretación, captando su significado, de forma que mediante un registro objetivo, sistemático y específico de la conducta generada de forma espontánea en el contexto indicado, y una vez se ha sometido a una adecuada codificación y análisis, nos proporcione resultados válidos dentro del marco específico de conocimiento en que se sitúa (Anguera, 1990 pp. 228).

Tradicionalmente, la metodología observacional se propone registrar las conductas directamente observables. Según Weick (1968) los comportamientos observables se diferencian entre simples (conducta no verbal, conducta espacial, conducta vocal y conducta verbal) y compuestos (cuando se observan conjuntamente más de uno de los niveles simples).

El objetivo principal de este trabajo ha sido crear un instrumento de observación que permita la evaluación del estado de los hijos de pacientes con TMS, así como su interacción con los padres, además de con sus iguales y otros referentes adultos.

La metodología observacional dispone de técnicas que permiten el análisis de la producción verbal y su tratamiento estadístico. El análisis del contenido es el procedimiento más utilizado y de hecho el que más se ajusta a la naturaleza del material a investigar y a nuestro objetivo, ya que se utiliza para la descripción de las características de los mensajes verbales con el fin de formular inferencias a partir de dichos mensajes y para realizar pruebas de hipótesis al comprobar los resultados del análisis con otras variables (Krippendorff, 2004). Una técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto (Krippendorff, 2004).

La metodología observacional defiende un rigor científico sin renunciar al énfasis en la singularidad, en lo idiosincrático de cada individuo y además acepta el reto de conocer al sujeto en su mundo interno, en lo difícilmente observable pero real y nuclear, esencia misma de la naturaleza de su existencia.

El investigador puede así estudiar el ser humano analizando el contenido de su lenguaje verbal y observar la evolución o el estado del sujeto, y según su grado de participación se distinguirán diferentes formas de observación: externa o no participante, interna o participante (participación – observación), y la auto-observación (Anguera, 1999).

En cuanto a la observación no participante el observador actúa de forma claramente neutra, mientras que en la observación participante propiamente dicha se da un tipo especial de interrelación entre el observador y el observado. En la participación-observación se produce una intensificación de la acción del observador participante, por el hecho de que en la tarea a realizar tiene una mayor libertad de movimientos, pudiéndose relacionar con todas las personas de su grupo en sus propios niveles. La auto-observación, finalmente, implica el grado más elevado de participación en la observación, donde el observador es a la vez sujeto y objeto.

Si en el proceso observacional sólo actuara la percepción (visual, auditiva, u otras) se correría el riesgo de pretender que un medio técnico de registro pudiera sustituir al observador humano, con lo cual el registro estaría compuesto de señales vacías de contenido. Es preciso entonces que los datos

resultantes del mecanismo representacional (informaciones percibidas) sean interpretados adecuadamente, de forma que se confiara un determinado sentido a lo percibido (Vaimberg, 2010).

La captación del significado en la observación (O) implica un adecuado equilibrio entre percepción (P), interpretación (I) y conocimiento previo (Cp), sin que ello obvie la ausencia de determinados sesgos (S), vinculándose estrechamente con el cumplimiento de la 'ecuación funcional de la observación' (Mucchielli, 1977; Anguera, 1988):

$$O = P + I + Cp - S$$

En este sentido consideramos también la reactividad, consistente en la alteración de la naturaleza espontánea de las conductas de los sujetos observados que se ocasiona precisamente cuando estos perciben que están siendo observados. La reactividad junto con la captación del significado representan algunos de los grupos de sesgo que es importante tener en cuenta en la metodología observacional, ya que al registrar lo que percibe el observado corre el riesgo de sesgar, variar la realidad (Arias, 2004).

2.3 Elaboración de instrumentos no estándar

Los principales instrumentos de observación son el sistema de categorías y el formato de campo. Ambos son elaborados *ad hoc* por el investigador y representan una construcción específica para cada estudio observacional. Dada la heterogeneidad de las conductas y de los contextos además, resulta obvia la naturaleza no estandarizada de los instrumentos.

El sistema de categorías representa el instrumento de observación por excelencia, por su imprescindible soporte teórico, aunque muy laborioso y dotado de excesiva rigidez, mientras que el formato de campo, de reciente incorporación, se consolida por su gran funcionalidad y flexibilidad, especialmente adecuado en situaciones empíricas de elevada complejidad. Los dos instrumentos pueden a su vez complementarse (Anguera et al., 2007) tal como se ha realizado en este estudio.

Con relativa frecuencia de hecho es recomendable anidar uno o más sistemas de categorías en uno o más de los criterios del formato de campo, respectivamente, de manera que la relación de conductas o situaciones que corresponden a estos criterios son las categorías que forman el sistema,

y por lo tanto, son exhaustivas y mutuamente excluyentes a nivel intra-criterio del formato de campo. Esta combinación entre ambos logra complementar sus ventajas y compensar sus respectivos inconvenientes.

La finalidad del tratamiento de datos es imponer algún orden a un gran volumen de información, así como proceder con su reducción para que se pueda obtener unos resultados comunicables en un informe de investigación (Vaimberg, 2010).

Para la realización de este estudio se ha logrado complementar el soporte teórico de mayor rango que proporciona el sistema de categorías con la beneficiosa flexibilidad que constituye el formato de campo, resultando el instrumento adecuado para la elevada complejidad de la situación empírica.

Sistema de categorías

Un sistema de categorías debe ser exhaustivo (E) y mutuamente excluyente (ME). La exhaustividad se refiere a que cualquier comportamiento o conducta del ámbito estudiado pueda asignarse a una categoría, mientras la mutua exclusividad consiste en que cada uno de estos comportamientos corresponda a una y sólo una categoría, y que las diferentes categorías de un mismo sistema no se solapen entre sí (Anguera et al., 2007).

No existe un número máximo o mínimo de categorías, pero conviene tener presente un equilibrio entre un número mínimo discriminativo y un máximo que evite la confusión entre las mismas.

Las categorías deben ser definidas cuidadosamente, de forma que contemplen todos los matices entre la realidad y el marco teórico. Por ello es fundamental el análisis y las revisiones que deben ser realizadas minuciosamente por parte del investigador, adecuando el grado de homogeneidad de las conductas, desglosando alguna agrupación, si es el caso, modificando, adaptando, visionando todo el material, proponiéndose nuevas categorías, y volviendo a repetir el proceso de forma iterativa, hasta que el conjunto de categorías configure un sistema exhaustivo dentro de la situación observada y mutuamente excluyente en cada una de las dimensiones o niveles implicados (E/ME).

Cada categoría debe ser muy bien definida y ejemplificada, y cuando no se produzca ocurrencia de la conducta considerada, esta carencia debe ser registrada mediante la categoría formal del *conjunto vacío* (\emptyset). Finalmente, es conveniente considerar la posibilidad de estructurar

jerárquicamente el sistema de categorías, desde una mayor molaridad a una mayor molecularidad (Anguera et al., 2007).

Formato de Campo

Su origen se remonta a una vieja técnica de registro de Weick (1968) que a lo largo de los años ha sido optimizada, y su elaboración implica los siguientes criterios:

- Establecimiento de criterios o ejes del instrumento, fijados según los objetivos del estudio.
- Lista de conductas o situaciones (no cerrada) correspondientes a cada uno de los criterios.
- Asignación de un sistema de categorías (códigos) a cada una de las conductas derivadas de cada uno de los criterios. Según la complejidad del caso es posible desglosar en sistemas dobles, triples, y así sucesivamente.
- Elaboración de la lista de configuraciones. El registro del formato de campo consiste en el encadenado de códigos correspondientes a conductas simultaneas o concurrentes, el cual permitirá un registro exhaustivo del flujo de la conducta y una enorme facilitación para los análisis de datos posteriores.

El formato de los códigos se adaptará a las características del programa informático de registro, lo que posibilita una intercambiabilidad entre diversos programas.

Las configuraciones se rigen por los criterios sincrónico y diacrónico:

Sincrónico, porque todos los código de cada configuración corresponden a conductas – una de cada criterio - simultaneas, de forma que, al modificarse uno o más códigos de una configuración, se da lugar a la siguiente. El criterio diacrónico se apoya, precisamente, en esta sucesión de configuraciones a lo largo del tiempo de una o varias sesiones de observación. Si en alguna configuración no corresponde registrar código de algún criterio, como anteriormente hemos expuesto, en su lugar se coloca Ø (Anguera et al., 2007, p. 71).

Una vez desarrollado el instrumento no estándar, éste deberá someterse a un proceso de control de calidad, con la finalidad de garantizar el carácter de los datos. Por supuesto que la elaboración

del sistema de categorías, del formato de campo, la combinación entre ambos y el control de su fiabilidad, es un proceso muy laborioso. Pero, indudablemente, esta combinación representa disponer de instrumentos adaptados específicamente a la realidad que se estudia, posibilitando el punto de partida del análisis posterior (Anguera et al., 2007).

SEGUNDA PARTE: ESTUDIO EMPÍRICO

3. Objetivos

El objetivo de esta tesis es analizar el riesgo de desarrollar psicopatología en hijos de padres diagnosticados de trastorno mental severo.

Con este propósito estudiamos el estado actual de los hijos, menores de edad, que conviven con un padre o una madre con TMS (trastorno mental severo) e identificamos factores de riesgo y de protección psicopatológica en la población estudiada.

Objetivos específicos

a. *Identificar las características de las relaciones entre padres con TMS y sus hijos, y con la enfermedad.* Nos interesa explorar las condiciones propias de tener un padre diagnosticado de TMS, e identificar cómo es la relación entre padre e hijo; si se habla de ésta de forma adaptativa o conflictiva, y qué actitudes mantiene el hijo en relación al padre enfermo y en relación a la enfermedad.

b. *Analizar la interacción y las características comunicativas de los padres y de los hijos.* Nos interesa poder identificar si hay patrones comunes en las modalidades de interacción, estilos comunicativos o de funcionamiento entre padres e hijos.

c. *Estudiar y comparar las vivencias de los padres y de los hijos en relación a los diferentes aspectos investigados y las dimensiones psicológicas estudiadas.* Nos interesa descubrir la situación de los hijos en relación a las diferentes áreas de funcionamiento estudiadas, así como la percepción de los padres acerca de esta situación.

d. *Detectar patrones y estructuras regulares de conductas en el estudio del comportamiento de los hijos de pacientes con trastorno mental severo.* Nos interesa analizar los procesos y microprocesos observados en los distintos participantes y en las diversas dimensiones estudiadas. Determinar qué conductas proceden y/o activan conductas específicas de los hijos ayuda a identificar aspectos y momentos claves de intervención para modificar el flujo de conducta, y con ello el pronóstico de los hijos.

Contexto de trabajo

Los hijos de pacientes con trastorno mental severo (enfermedades psiquiátricas graves) representan un grupo de riesgo de padecer psicopatologías que a veces demoran en ser diagnosticadas.

A este propósito creemos que si se hace una detección precoz de la patología se puede llevar a cabo un abordaje más efectivo y una acción más eficaz.

Realizando entrevistas familiares de detección y seguimiento se puede disminuir la incidencia de patologías psiquiátricas graves en la infancia y en la edad adulta, por ello creemos que una investigación y estrategia de búsqueda activa de casos, en la perspectiva de la prevención primaria en los hijos, facilita la detección de posibles síntomas de malestar y permite un abordaje en fases tempranas, lo que conlleva un pronóstico más favorable.

Consideramos que con una intervención preventiva o terapéutica a tiempo se puede favorecer el desarrollo de aspectos sanos de la personalidad e incidir en una disminución de la gravedad psicopatológica.

4. Diseño del estudio

El diseño en metodología observacional se entiende como la estrategia integral del proceso. Se trata de una serie de pautas relativas a la organización empírica del estudio que se materializan en una secuencia de decisiones acerca de cómo recoger, organizar y analizar los datos, siempre subordinado, por supuesto, a la fijación de los objetivos específicos del estudio (Anguera, 2003).

El estudio del comportamiento percibido, espontáneo o habitual en uno o más de un sujeto, durante un tiempo determinado, que producen o ejecutan conductas o actividades en uno o más niveles de respuestas, y en un contexto habitual o no preparado, dibuja tres ejes de seguimiento (criterios): temporalidad (puntual o seguimiento), unidades observadas (idiográfico o nomotético) y nivel de respuesta (unidimensional o multidimensional). De la combinación de estos tres criterios resultan ocho diferentes tipos de diseño que cubren todas las posibilidades en el planteamiento de estudios observacionales (Anguera et al., 2001).

En el detalle, los criterios que nos permiten delimitar los diseños observacionales son (Anguera, 2005; Blanco, Losada & Anguera 2003):

1. *Carácter idiográfico o nomotético* del estudio, en función del número de unidades. Las unidades del estudio se establecen en función de los objetivos especificados y no se deben confundir con los participantes de dicho estudio, sino con su agregación o independencia (Anguera, Blanco, Hénandez, Losada, 2011). Se trata de un estudio idiográfico, cuando solamente actúa una unidad, lo que implica el estudio de un solo sujeto o de varios individuos contemplados como una única unidad, mientras que es nomotético cuando existe una pluralidad de unidades, interesando de cada una de ellas su estudio independiente.
2. *Temporalidad* del registro, puntual o de seguimiento. El registro puntual permite realizar un análisis de la situación en un momento dado en el tiempo, mientras que el seguimiento implica disponer de un periodo de tiempo durante el cual se puedan registrar las conductas que interesan.
3. *Niveles de respuesta*. Se refiere al sistema taxonómico establecido (o dimensionalidad) dando lugar a estudios unidimensionales y multidimensionales. Los estudios unidimensionales, que implican un único nivel de respuesta, se sitúan en el análisis de un

único tipo de conducta, mientras que los estudios multidimensionales prevén la consideración concurrente de varios niveles taxonómicos de conducta.

Y los ocho diseños observacionales resultantes de su combinación son :

- Puntual, Idiográfico y Unidimensional
- Puntual, Nomotético y Unidimensional
- Puntual, Idiográfico y Multidimensional
- Puntual, Nomotético y Multidimensional
- Seguimiento, Idiográfico y Unidimensional
- Seguimiento, Nomotético y Unidimensional
- Seguimiento, Idiográfico y Multidimensional
- Seguimiento, Nomotético y Multidimensional

El diseño de esta investigación, desde su vertiente observacional, es *Puntal, Idiográfico y Mutidimensional (P/ I/ M)* cuando se contempla a todo el grupo de hijos y de padres como unidad, y *Puntual, Nomotético y Multidimensional (P/ N/ M)* cuando nos interesa estudiar individualmente cada uno de los participantes.

1. Puntal: dado que nos interesa el análisis de la situación en el momento actual.
2. Idiográfico cuando nos interesa estudiar los hijos y los padres como unidad (tendencias generales de todo el grupo de padres y de hijos); Nomotético cuando nos interesa estudiar individualmente uno de los participantes en el proceso (padre e/o hijo).
3. Multidimensional al considerar varios niveles taxonómicos de conductas de forma concurrente.

5. Método

5.1 Participantes

Número de participantes

Diez participantes: cinco hijos, tres mujeres y dos hombres, y cinco padres, en nuestro caso madres, de un total de cinco familias.

Todo los pacientes que participaron en el estudio fueron madres, tres de ellas solteras, y dos se presentaron solas, sin el cónyuge, o acompañadas por otro familiar.

Criterios de selección

Criterios de inclusión: la muestra escogida para el estudio son los hijos menores de 18 años de pacientes atendidos en la Unidad de Salud Mental de Sants-Montjuïc, de la Fundació Sanitaria Sant Pere Claver, diagnosticados de TMS (trastorno mental severo), con los siguientes criterios diagnósticos, según la clasificación del DSM-IV:

- Trastorno depresivo mayor recidivante
- Trastorno bipolar
- Esquizofrenia
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastorno psicótico no especificado
- Trastorno paranoide

Otro criterio de inclusión es que los padres enfermos se hayan visitado en la unidad de salud mental al menos una vez y que hayan aceptado participar en el estudio.

En definitiva, para la selección de los participantes se consideraron los siguientes criterios de inclusión:

- Tener menos de 18 años de edad.
- Tener un padre con diagnóstico de TMS.
- Vivir con el padre enfermo.
- Que el padre se hay visitado al menos un vez en la unidad de salud mental.

- Tener el consentimiento de ambos (padre e hijo) a participar en el estudio.
- Que el padre no haya sufrido un ingreso y esté clínicamente compensado en el momento de la investigación.
- La ausencia de trastornos neurológicos y neuropsicológicos graves.

Criterios de exclusión: la existencia de trastornos neurológicos y neuropsicológicos graves. También quedaron excluidos aquellos pacientes que en el momento del inicio de la investigación estaban pasando por situaciones de descompensación psíquica severa y/o habían sufrido un ingreso.

Resumiendo, se consideraron criterios de exclusión para la presente investigación:

- Tener una edad fuera de la franja considerada, o sea ser mayor de 18 años de edad.
- No tener un padre con diagnóstico de TMS.
- No vivir con el padre enfermo.
- Que el padre no se haya visitado nunca en la unidad de salud mental (del centro).
- No haber dado su consentimiento a participar en el estudio.
La falta del consentimiento por parte de ambos, padres e hijos, o de uno de ellos, implica su exclusión del estudio.
- Que el padre haya sido ingresado o haya tenido una situación de descompensación severa en el momento de la investigación.
- La existencia (por parte del padre diagnosticado) de trastornos neurológicos y neuropsicológicos graves.

Procedimiento de recogida de casos: la detección de los casos fue realizada a través de los psiquiatras de las dos áreas de Salud Mental de Sants y Montjuïc, según criterios acordados con la investigadora y el director del programa de atención a la psicosis incipiente.

En la visita programada por el clínico con el paciente tratado, se le propuso participar en la investigación, explicándole sus objetivos principales. Una vez informados del proyecto, aquellos que aceptaron, se les invitó a firmar el consentimiento informado y se citó al padre y a la madre juntos (o al padre o a la madre en caso de familias monoparentales) para realizar el estudio. Después de esta primera fase se realizaron las entrevistas a los hijos.

Al finalizar la investigación (después del proceso diagnóstico), se realizó una devolución de los resultados tanto a los niños como a los padres, y aquellos hijos que resultaron afectados fueron

derivados al CSMIJ (Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil), o al CSMA (Centro de Salud Mental de Adultos) en caso de haber cumplido ya la mayoría de edad al finalizar el estudio.

5.2 Materiales e Instrumentos

Para la metodología utilizada es importante diferenciar entre el instrumento de registro y el instrumento de observación.

5.2.1. Instrumento de registro

Para la presente investigación se ha utilizado una grabadora instalada en el despacho en el cual se han realizado las entrevistas, que han podido así ser grabadas en su totalidad, de inicio a fin.

Teniendo en cuenta la normativa ética, los padres han firmado un consentimiento informado, tanto para ellos como para los hijos, y a ambos se le ha informado de la presencia de la grabadora y explicado su finalidad.

El uso y ubicación de la grabadora fue pensado con el fin de reducir al máximo el sesgo de reactividad en los participantes entrevistados, y al mismo tiempo poder reportar de la manera más fiel y objetiva la información aportada por ellos. De hecho se pensó que la grabadora intimidaría menos que una cámara, en un contexto ya de por sí diferente o extraño, como el de la entrevista.

Este recurso aportó una mayor capacidad de recogida de datos, permitiendo un registro permanente y objetivo y proporcionando un material idéntico a la información original, además de facilitar su reproducción las veces necesarias para una correcta transcripción de la conversación.

5.2.2. Elaboración del instrumento no estándar

En la presente investigación, el desarrollo del modelo de análisis parte de una conceptualización teórica previa y se desarrolla teniendo en cuenta permanentemente el material clínico aportado por los participantes en la investigación.

Para nuestro estudio se ha construido un instrumento no estándar de observación indirecta elaborado *ad hoc* a partir del marco teórico y de una minuciosa lectura del texto producido (de las

sesiones transcritas). El instrumento se caracteriza por la complementariedad entre formato de campo y sistemas de categorías, y fue pensado con el fin de recoger la información aportada tanto por los hijos como por los padres, acerca del estado de salud del hijo.

Esto permite la detección de factores de riesgo y de protección en los hijos con padres con TMS, y la valoración de su estado actual, creando un instrumento de observación que permita la evaluación de los hijos de padres con TMS centrada en el niño, (así como) su interacción y desarrollo a nivel familiar y social.

Por ello se ha desarrollado un instrumento con dos manuales para el análisis y codificación de las entrevistas, que hemos denominado *Manual de análisis y categorización de las Entrevistas de los Hijos de Padres con Trastorno Mental Severo*, y *Manual de análisis y categorización de las Entrevistas de los Padres con Trastorno Mental Severo*. Las dimensiones estudiadas son las mismas para ambos a excepción de la dimensión del Desarrollo que consta solamente en el manual de los padres.

Desde la perspectiva del formato de campo hemos estudiado el material en 8 dimensiones para los hijos y en 9 para los padres, proponiendo los criterios de: relaciones parentales; enfermedad; escuela; relaciones sociales; alteraciones del contenido y de la percepción del pensamiento; acontecimientos adversos; la esfera del yo y de sus capacidades de interacción; y modalidades de pensamiento y comunicación, comunes a ambos (padres e hijos), a las que se añade la dimensión del desarrollo en el estudio a los progenitores, ya que esta dimensión investiga los aspectos prenatales y post natales, incluyendo los primeros años de vida, que sólo pueden ser explorados por parte de los padres. A partir de cada uno de estos criterios construimos un sistema de categorías cumpliendo las condiciones de exhaustividad y mutua exclusividad.

Debido a la finalidad del estudio (la valoración del estado de salud y la identificación de un índice de menor o mayor patología, en los hijos de pacientes TMS) cada dimensión está diferenciada en subdimensiones (a excepción de AT, que consta de una única categoría) y cada una consta de tres niveles (de 1 a 3, de más sano a más patológico).

Dimensión 1 – Relaciones parentales: considera la relación entre el hijo y sus padres (progenitor enfermo y progenitor no diagnosticado).

Diferenciado en cinco subdimensiones: vivencia de la relación con el padre enfermo, relación adhesiva, rol de cuidador, vivencia de la relación con el padre no diagnosticado, y contacto físico.

Cada subdimensión fue diferenciada en tres niveles (categorías), totalizando 15 códigos.

Dimensión 2 – Enfermedad: vivencia del hijo hacia la enfermedad del progenitor y lo que esto implica en su desarrollo madurativo y autopercepción.

Diferenciado en dos subdimensiones: vivencia del hijo hacia la enfermedad del padre, e influencia de la enfermedad del padre sobre el hijo.

Categorizado con seis códigos.

Dimensión 3 – Escuela: considera el rendimiento escolar, los estudios y las experiencias en la escuela.

Cuenta con tres subdimensiones: satisfacción escolar, rendimiento escolar, y cambio de instituto, cada una diferenciada en tres niveles, con un total de 9 códigos.

Dimensión 4 – Relaciones sociales: considera las relaciones sociales fuera del núcleo estricto.

Diferenciando en tres subdimensiones: relación significativa del hijo con otro referente adulto fuera del núcleo familiar estricto, relación con los compañeros de clase, y relaciones de amistad.

Cada subdimensión fue diferenciada en tres niveles, totalizando 9 códigos.

Dimensión 5 – Alteraciones del contenido y de la percepción del pensamiento

Cuenta con dos subcategorías: voces, e ideas autoreferenciales.

Categorizado con seis códigos.

Dimensión 6 – Acontecimientos adversos: considera la presencia de hechos significativos que ocurren en la edad temprana del menor.

Cuenta con una única categoría dividida en tres partes, por lo tanto, cuenta con tres códigos.

Dimensión 7 – La Esfera del yo y de sus capacidades de interacción: considera las habilidades, conductas, y motivaciones del hijo.

Diferenciado en seis subdimensiones: aspiraciones, niveles de activación, agresividad, capacidad de interacción, niveles de integración y aficiones.

Cada subdimensión está dividida en tres niveles, totalizando 18 códigos.

Dimensión 8 – Modalidad de pensamiento y comunicación: considera las estrategias de respuestas y estilos de comunicación que reflejan también los niveles de pensamiento, defensa y funcionamiento.

Diferenciado en dos subdimensiones cada una dividida en tres niveles, cuenta con un total de 6 códigos.

Dimensión 9 (solo para padres) – Desarrollo: considera las vivencias y los datos de la historia evolutiva del niño.

Diferenciado en diez subdimensiones cada una dividida en tres niveles.

El instrumento cuenta, en el caso de los hijos, con un total de 72 códigos (véase figura 2.1.):

ENTREVISTAS HIJOS (EH)			
Dimensiones	Subdimensiones	Categoría	Código
1. <u>RP. Relaciones Parentales</u>	Vivencia relación padre enfermo (RE)	1.	RE1
		2.	RE2
		3.	RE3
	Relación Adhesiva (RAD)	1.	RAD1
		2.	RAD2
		3.	RAD3
	Rol de cuidador (RC)	1.	RC1
		2.	RC2
		3.	RC3
	Vivencia Relación padre no diagn. (RND)	1.	RND1
		2.	RND2
		3.	RND3
	Contacto físico (CC)	1.	CC1
		2.	CC2
		3.	CC3
2. <u>E. Enfermedad</u>	Vivencia de la enfermedad (VE)	1.	VE1
		2.	VE2
		3.	VE3
	Influencia de la enfermedad (IE)	1.	IE1
		2.	IE2
		3.	IE3
3. <u>I. Escuela</u>	Satisfacción escolar (SI)	1.	SI1
		2.	SI2
		3.	SI3
	Rendimiento escolar (RI)	1.	RI1
		2.	RI2
		3.	RI3
	Cambio de instituto (CI)	1.	CI1
		2.	CI2
		3.	CI3
4. <u>RS. Relaciones Sociales</u>	Relación Otro adulto significativo (OR)	1.	OR1
		2.	OR2
		3.	OR3
	Relación con los Compañeros de clase (C)	1.	C1
		2.	C2
		3.	C3
	Relación de Amistad (A)	1.	A1
		2.	A2
		3.	A3
5. <u>AP. Alteraciones del contenido v de la Percepción del pensamiento</u>	Voces (V)	1.	V1
		2.	V2
		3.	V3
	Ideas Autoreferenciales (IA)	1.	IA1
		2.	IA2
		3.	IA3
6. <u>AT. Acontecimientos Adversos</u>	= Única Categoría	1.	AT1
		2.	AT2
		3.	AT3
7. <u>PP. La esfera del yo v de sus capacidades de interacción</u>	Aspiraciones (M)	1.	M1
		2.	M2
		3.	M3
	Niveles de activación (PH)	1.	PH1
		2.	PH2
		3.	PH3
	Agresividad (AG)	1.	AG1
		2.	AG2
		3.	AG3
	Capacidades de interacción (IN)	1.	IN1
		2.	IN2
		3.	IN3
	Niveles de integración (NI)	1.	NI1
		2.	NI2
		3.	NI3
Aficiones (AF)	1.	AF1	
	2.	AF2	
	3.	AF3	
8. <u>PC. Modalidades de pensamiento y Comunicación</u>	Modalidades de respuesta y utilizzo de estrategias defensivas (R)	1.	R1
		2.	R2
		3.	R3
	Modalidades de pensamiento (P)	1.	P1
		2.	P2
		3.	P3

Figura 2.1. Esquema de codificación para el análisis de datos. Entrevistas hijos.

El instrumento cuenta, en el caso de los padres, con un total de 102 códigos (véase figura 2.2):

ENTREVISTAS PADRES (EP)				
Dimensiones	Subdimensiones	Categoría	Código	
1. <u>RP. Relaciones Parentales</u>	Vivencia relación padre enfermo (REp)	1.	REp1	
		2.	REp2	
		3.	REp3	
	Relación Adhesiva (RADp)	1.	RADp1	
		2.	RADp2	
		3.	RADp3	
	Rol de cuidador (RCp)	1.	RCp1	
		2.	RCp2	
		3.	RCp3	
	Vivencia Relación padre no diagn. (RNDp)	1.	RNDp1	
		2.	RNDp2	
		3.	RNDp3	
	Contacto físico (CCp)	1.	CCp1	
		2.	CCp2	
		3.	CCp3	
2. <u>E. Enfermedad</u>	Vivencia de la enfermedad (VEp)	1.	VEp1	
		2.	VEp2	
		3.	VEp3	
	Influencia de la enfermedad (IEp)	1.	IEp1	
		2.	IEp2	
		3.	IEp3	
3. <u>L. Escuela</u>	Satisfacción escolar (Slp)	1.	Slp1	
		2.	Slp2	
		3.	Slp3	
	Rendimiento escolar (Rlp)	1.	Rlp1	
		2.	Rlp2	
		3.	Rlp3	
	Cambio de instituto (Clp)	1.	Clp1	
		2.	Clp2	
		3.	Clp3	
4. <u>RS. Relaciones Sociales</u>	Relación Otro adulto significativo (ORp)	1.	ORp1	
		2.	ORp2	
		3.	ORp3	
	Relación con los Compañeros de clase (Cp)	1.	Cp1	
		2.	Cp2	
		3.	Cp3	
	Relación de Amistad (Ap)	1.	Ap1	
		2.	Ap2	
		3.	Ap3	
5. <u>AP. Alteraciones del contenido y de la Percepción del pensamiento</u>	Voces (Vp)	1.	Vp1	
		2.	Vp2	
		3.	Vp3	
	Ideas Autoreferenciales (IAp)	1.	IAp1	
		2.	IAp2	
		3.	IAp3	
6. <u>AT. Acontecimientos Adversos</u>	= Única Categoría		1.	ATp1
	2.	ATp2		
	3.	ATp3		
7. <u>PP. La esfera del yo y de sus capacidades de interacción</u>	Aspiraciones (Mp)	1.	Mp1	
		2.	Mp2	
		3.	Mp3	
	Niveles de activación (PHp)	1.	PHp1	
		2.	PHp2	
		3.	PHp3	
	Agresividad (AGp)	1.	AGp1	
		2.	AGp2	
		3.	AGp3	
	Capacidades de interacción (INp)	1.	INp1	
		2.	INp2	
		3.	INp3	
	Niveles de integración (NIp)	1.	NIp1	
		2.	NIp2	
		3.	NIp3	
Aficiones (AFp)	1.	AFp1		
	2.	AFp2		
	3.	AFp3		
8. <u>PC. Modalidades de pensamiento y Comunicación</u>	Modalidades de respuesta y utilizzo de estrategias defensivas (Rp)	1.	Rp1	
		2.	Rp2	
		3.	Rp3	
	Modalidades de pensamiento (Pp)	1.	Pp1	
		2.	Pp2	
		3.	Pp3	
9. <u>D. Desarrollo</u>	Embarazo (G)	1.	G1	
		2.	G2	
		3.	G3	
	Parto y Puerperio (Pa)	1.	Pa1	
		2.	Pa2	
		3.	Pa3	
	Alimentación (AL)	1.	AL1	
		2.	AL2	
		3.	AL3	
	Enfermedades, infecciones o intervenciones quirúrgicas en edad temprana (IO)	1.	IO1	
		2.	IO2	
		3.	IO3	
	Control de esfínteres (CE)	1.	CE1	
		2.	CE2	
		3.	CE3	
	Lenguaje (H)	1.	H1	
		2.	H2	
		3.	H3	
	Desarrollo psicomotor (PM)	1.	PM1	
		2.	PM2	
		3.	PM3	
	Sueño (S)	1.	S1	
		2.	S2	
		3.	S3	
	Adaptación a la escolaridad (AE)	1.	AE1	
		2.	AE2	
		3.	AE3	
	Antecedentes Familiares (F)	1.	F1	
		2.	F2	
		3.	F3	

Figura 2.2. Esquema de codificación para el análisis de datos. Entrevistas padres.

El instrumento cuenta en total con 8 dimensiones para los hijos y 9 para los padres.

A excepción de la dimensión del desarrollo, que por ello tiene una codificación distinta, toda las demás dimensiones, subdimensiones y categorías son las mismas tanto en los padres como en los hijos y se diferencian en la categorización con una (p) en el caso de los padres, tal como se resume en los esquemas mostrados en las figuras 2.3. y 2.4. :

Dimensiones	ENTREVISTAS HIJOS (EH)							
	RP	E	I	RS	AP	AT	PP	PC
Categorías	RE1	VE1	SI1	OR1	V1	AT1	M1	R1
	RE2	VE2	SI2	OR2	V2	AT2	M2	R2
	RE3	VE3	SI3	OR3	V3	AT3	M3	R3
RAD1	IE1	RI1	C1	IA1		PH1	P1	
RAD2	IE2	RI2	C2	IA2		PH2	P2	
RAD3	IE3	RI3	C3	IA3		PH3	P3	
RC1			C1	A1		AG1		
RC2			C2	A2		AG2		
RC3			C3	A3		AG3		
RND1						IN1		
RND2						IN2		
RND3						IN3		
CC1						NI1		
CC2						NI2		
CC3						NI3		
						AF1		
						AF2		
						AF3		

Figura 2.3. Resumen dimensiones, subdimensiones y categorías. Entrevistas Hijos.

Dimensiones	ENTREVISTAS PADRES (EP)								
	RP	E	I	RS	AP	AT	PP	PC	D
Categorías	RE(p)1	VEp1	S(p)1	Cp1	Vp1	ATp1	Mp1	Rp1	G1
	RE(p)2	VEp2	S(p)2	Cp2	Vp2	ATp2	Mp2	Rp2	G2
	RE(p)3	VEp3	S(p)3	Cp3	Vp3	ATp3	Mp3	Rp3	G3
RAD(p)1	IEp1	RIp1	Ap1	IAp1		PHp1	Pp1	Pa1	
RAD(p)2	IEp2	RIp2	Ap2	IAp2		PHp2	Pp2	Pa2	
RAD(p)3	IEp3	RIp3	Ap3	IAp3		PHp3	Pp3	Pa3	
RCp1			Cip1	ORp1		AGp1		AL1	
RCp2			Cip2	ORp2		AGp2		AL2	
RCp3			Cip3	ORp3		AGp3		AL3	
RNDp1						INp1		IO1	
RNDp2						INp2		IO2	
RNDp3						INp3		IO3	
CCp1						NIp1		CE1	
CCp2						NIp2		CE2	
CCp3						NIp3		CE3	
						AFp1		H1	
						AFp2		H2	
						AFp3		H3	
								PM1	
								PM2	
								PM3	
								S1	
								S2	
								S3	
								AE1	
								AE2	
								AE3	
								F1	
								F2	
								F3	

Figura 2.4 Resumen dimensiones, subdimensiones y categorías. Entrevistas Padres.

A partir de las transcripciones hechas previamente, se ha procedido a la segmentación del texto respetando los siguientes criterios:

- Sesión: el registro mantuvo la división natural respecto al inicio y final de cada sesión, originando un bloque de texto para cada entrevista.

- Turno: se considera, para la segmentación del registro, el turno de habla entre el entrevistador y el entrevistado, padre o hijo, (aunque el entrevistador no categoriza, se tiene en cuenta para la división del texto). Comienza con el inicio del turno de habla (del padre o del hijo) después de una pregunta o intervención del entrevistador, y puede ser concluido por tres razones: el habla del entrevistador, la presencia de más categorías en la misma dimensión, o una descripción del contexto.
- Fragmento seleccionado: la selección del texto sigue la secuencia de los turnos de palabra.
- Unidades textuales: divisiones naturales del texto. En la fragmentación del texto se han respetado unidades básicas de texto y de significado.

Descripción de dimensiones, subdimensiones y categorías. Ejemplos

A continuación se describe en detalle cada dimensión, subdimensión y cada categoría del instrumento, incluyendo ejemplos de texto codificado con la categoría específica.

Manual de análisis y categorización de las Entrevistas de los Hijos de Padres con Trastorno Mental Severo (EH).

Dimensión: Relaciones Parentales (RP).

Vivencia por parte del hijo de la relación con los padres. En esta dimensión se contempla la relación con ambos padres (enfermo y no diagnosticado), el vínculo que establece con ellos y en particular con el padre² enfermo, el papel que asume el hijo en el contexto familiar, las funciones parentales (aspectos de contención física y emocional, su atención por el hijo, etc.) según la perspectiva y la percepción del hijo.

Un índice importante es representado por la calidad de la relación con ambos padres y el desempeño de sus funciones y sus comportamientos con los hijos dentro del hogar familiar, ya que los hijos que tienen peores relaciones con los padres presentan un mayor grado o riesgo de patología (Johnson et al., 2001; Luthar, 2006; Ungar, 2004). Una mala relación con los padres, así como las alteraciones de los vínculos familiares (Artigue et al., 2004) son un importante factor de

² Se utiliza el término “padre” para referirnos al concepto general de progenitor, tanto si es el padre como la madre quien está afecto de patología. En adelante se utilizará el concepto de “padre” enfermo o sano, para referirnos tanto al padre como a la madre, como sinónimo de progenitor.

riesgo y vulnerabilidad (Marmorstein & Iacono, 2004), mientras que la estabilización de relaciones positivas y un vínculo seguro con los padres son un buen factor de protección y resiliencia. (Luthar, 2006; Ungar, 2004; Rutter, 1987).

La ausencia del padre o de la madre se considera también como posible indicador de riesgo (Stastny, 1984). A menudo es el padre sano quien se aleja de los hijos y la responsabilidad y el cuidado de ellos recae sobre el progenitor enfermo (Hearly & McGrath, 2000; Winnicott, 1960).

Subdimensiones de la dimensión RP:

Vivencia de la Relación con el padre enfermo (RE).

Valoración subjetiva por parte del hijo del padre enfermo y de su relación con él. De la identificación parcial (del objeto o partes del objeto) a la identificación total. Del objeto totalmente bueno (2) o malo (3), a la coexistencia de partes malas y buenas en el mismo objeto, bueno y malo, (1) como aspecto de desarrollo sano en el hijo y su proceso de maduración (Klein, 1952). Una dificultad en la integración de estos aspectos hace pensar a una fijación en etapas anteriores del desarrollo aumentado el riesgo de un exordio psicótico.

Problemas en la relación con el padre o madre enfermo, una mala relación entre el progenitor y el hijo es una variable muy significativa en relación a la patología (Blaque, Picanyol & Costa 2000) y un buen indicador o signo de alarma en los *screenings* preventivos (diagnostico precoz). Diversos autores y estudios que investigan los problemas de relación entre progenitor enfermo y hijo convalidan esta perspectiva (Hammen & Brennan, 2003; Kurstjens & Wolke, 2001; Marmorstein, 2004).

1. Integrada.

En la descripción de la relación con el padre enfermo el hijo puede integrar aspectos positivos y negativos (pueden discutir aunque se quieren, o llevarse bien pero pelear), estos aspectos pueden aparecer en la misma frase a través de la utilización de adverbios o conjunciones, “y, pero, aunque”, etc. Puede así dar una descripción de él o de la relación más equilibrada y estable sin necesidad de recurrir a idealizaciones o devaluaciones masivas haciendo pensar en una relación suficientemente buena (Winnicott, 1962) y en un vínculo bastante estable.

“[...] me llevo muy bien aunque a veces discutimos un poco...” (Entrevista 1, línea 3).

“Entonces últimamente sí que se ha hecho un poco más complicado pero en realidad cuando está mejor pues entonces como siempre” (Entrevista 3, línea 5).

2. Positiva.

El hijo afirma tener una buena relación con el padre o madre enfermo o lo describe con connotaciones positivas. El progenitor enfermo es una figura de referencia importante para el hijo y afirma llevarse mejor con él. Pero parece no poder poner en duda su relación, contemplando y resaltando solo los aspectos buenos y positivos. Idealización del objeto (los malos, si aparecen, no pueden estar en la misma frase sino que en dos frases distintas mostrando una incapacidad de integrarlos). Funcionamiento escindido y necesidad de preservar el objeto (Segal, 2004).

“Bien.. me llevo muy bien, estoy muy bien con ella (sonríe)” (Entrevista 1, línea 2).

“Y mi madre es una flor” (Entrevista 4, línea 88).

3. Negativa.

El hijo afirma tener una relación difícil con el progenitor enfermo: mala, escasa, tensa y complicada, con muchas peleas, conflictos, incomprensiones, relación empobrecida. Relación conflictiva o intrusiva (ej. madre controladora, sobreprotectora) o que se ha complicado, y lo describe con connotaciones negativas. El progenitor enfermo no colabora en los hábitos cotidianos y no puede organizarse para dar atención a su hijo/a (Artigue, 2013). Relaciones parentales empobrecidas con dificultad por parte del progenitor de hacerse cargo del cuidado y de las necesidades del hijo (Artigue et al. 2004), así como una relación conflictiva (Marmorstein & Iacono, 2004; Weintraub, 1987), son un importante factor de riesgo en el desarrollo de la patología.

“La relación con ella es muy tensa y complicada” (Entrevista 2, línea 2).

“A parte que es muy controladora...siempre necesita saber donde estoy, que hago..de pequeño también” (Entrevista 2, línea 9).

“Con mi madre ahora, últimamente es un poco más complicado convivir con ella...han pasado muchas cosas.. ha perdido a su madre hace poco y además que no hay una situación económica muy

buena pues todo se le acumula y está como no sé, más, más atacada, por así decirlo” (Entrevista 3, línea 4).

Relación Adhesiva (RAD).

Vivencia por parte del hijo de una relación adhesiva con el padre o madre enfermo, no obstante haya habido intentos de separación y de crear su propios espacios, sin quedarse en una relación fusional. Distinto de una relación fusional o simbiótica ya que no solo está pendiente del padre enfermo o de la familia, sino que tiene sus espacios y actividades, o intenta tenerlos, no quedándose totalmente enganchado al padre enfermo.

Una relación adhesiva, muy enganchada con el progenitor, así como una relación fusional, simbiótica, puede suponer unas alteraciones en el hijo o ser precursora de manifestaciones patológicas en el mismo (Anthony, 1969, 1980; Van Loon et al., 2014; Vilorio & Gonzalez, 2016).

1. Baja.

El hijo pasa del tiempo con el padre enfermo pero también con el padre no diagnosticado y con otros familiares que participan activamente en la relación (presencia de un tercero) mostrando capacidad de individuación y separación, sin quedarse en una relación adhesiva o muy enganchada con el padre enfermo. Padre enfermo e hijo no pasan muchas horas juntos a solas, ya que hay la presencia de otros adultos en la relación diaria que permite el desarrollo de los proceso de separación y individuación sin quedarse en una relación muy dependiente con el progenitor enfermo o estar pendiente de la situación de este ultimo. Separación- individuación, presencia de un tercero.

“Somos muchos en mi casa, y vivimos todos juntos, mis tías, mis primos y mi abuela...” (Entrevista 5, línea 24).

2. Media.

El hijo pasa bastantes horas con el progenitor enfermo y agradece tener un espacio distinto donde poder hablar y desahogarse. El hijo pasa bastante tiempo con el progenitor, los dos a solas, aunque pueda dedicar del tiempo también a sus actividades y tener sus propios espacios, aunque cuando está en casa con él.

“Paso bastante tiempo con ella...aunque si cuando estoy en casa después de clase paso bastante tiempo con mis cosas” (Entrevista 1, línea 26).

Padre e hijo pasan muchas horas juntos (en casa, a solas), el padre enfermo le reprocha al hijo de no quererle, el hijo lo reafirma y a su vez le reclama su propio espacio, aunque a veces no lo consigue o le cuesta tener estos espacios.

No obstante pasa la mayor parte del tiempo con el padre enfermo, el hijo puede cuestionar o poner en discusión la relación, mostrando intentos de diferenciación e individuación. Intenta o desea introducir un tercero.

“Pero claro, que le cuentas a alguien con la que estas casi las 24 h al día todas las semanas del mes” (Entrevista 2, línea 19).

3. Alta.

El hijo vive solo con el progenitor enfermo, o según el hijo este solo le tiene a él, y al revés, el hijo solo tiene al progenitor enfermo. El hijo no tiene estudios, trabajo ni amigos y pasa la mayoría del tiempo con el padre o madre enfermo. Dificultades de separaciones, y en el proceso de individuación-separación, relaciones duales (progenitor e hijo unidos, los dos solos) falta de terceridad (habla sin mencionar una tercera persona en la relación, como si fueran los dos solos, solo están ellos dos, el uno para el otro, etc., relación muy enganchada con el progenitor enfermo).

“Solo le tengo a ella” (Entrevista 1, línea 12).

“Pero, solo le tengo a ella.. y ella a mi..” (Entrevista 2, línea 3).

“Sí, porque normalmente no salgo y pasamos muchas horas en casa juntos” (Entrevista 3, línea 22).

Diferencia con la subdimensión del Rol de cuidador (RC) donde el hijo quiere que el progenitor salga de casa para que este mejor, haga actividades etc., o expresa preocupación porque no sale y por su bienestar; en cambio en la subdimensión Relación Adhesiva (RAD) el hijo quiere que el progenitor salga para que él pueda tener sus propios espacios, y intenta (o muestra intentos de) separarse y diferenciarse de la relación .

Viñeta Relación Adhesiva

“Porque claro, ella no tiene mucha gente con la que salir y yo ahora cada vez menos con lo cual estamos siempre en casa y yo siempre intento que salga que salga para que me deje a mi la casa porque si esta ella no puedo poner música...no puedo poner películas porque le estresan.. es muy nerviosa y no

puedo poner nada... siempre estamos con esto...siempre estamos que vale no me quieres...y yo a ver, a parte que no te quiero, quiero que salgas de casa... y eso... cosas así!” (Entrevista 2, línea 8).

Contraviñeta Rol Cuidador

“yo intento que se levante de la cama, que haga cosas...que salga de casa, que se active...no sale de casa...esta todo el día en la cama...” (Entrevista 5, línea 10).

Rol de cuidador (RC).

Preocupación del hijo por la situación del padre o de otros familiares. El hijo puede apreciar la situación del progenitor enfermo sin que esto le invalide, pudiendo diferenciarse de el y su situación, o por lo contrario asumes roles de cuidador del progenitor enfermo y/o de otros familiares, de forma clara y concreta, asumiendo funciones y responsabilidades de adultos; o tiene la vivencia de tener que cuidar de ellos y de proteger al padre enfermo u otros familiares, (ej. abuelos) o de todos. Diferentes autores y estudios alertan sobre la asunción del papel de cuidador por parte del hijo y la inversión de roles (Ainsworth, 1989; Bakermans-Kranenburg, van Ijzendoorn & Joffe, 2003; Dunn, 1993; Katz, Petracca & Rabinowitz, 2009; Main & Solomon, 1986; Sameroff 2006). Cuando el niño se siente responsable del bienestar físico y psíquico de los padres se produce una inversión de roles y el hijo cuida de los padres (Marrone, 2001).

1. Preocupación leve o ausente.

Conoce la situación del prigenitor, puede contextualizarla sin tener que adoptar papeles defensivos hacia la enfermedad o el padre enfermo no obstante reconozca su conocimiento de la situación. Comenta su visión acerca del tema si se le pregunta pero no se detiene mucho en el tema, expresando una preocupación ausente o leve, no excesiva tampoco a nivel conductual (no contempla poner en acto comportamientos de cuidado o ayuda por ejemplo). Se limita a comentarlo, aunque esto no resulte invalidante o invasivo (lo comenta si se lo preguntan pero no parece ser un tema principal de su narración) para el hijo que pude seguir con sus actividades, sin necesidad de recurrir a mecanismos de defensa como la negación, escisión etc. Por ejemplo hay otra persona que se preocupe por el padre enfermo y le ayude (no tiene que preocuparse o asumir él su cuidado porque hay otra persona adulta que lo hace).

2. Preocupación moderada.

El hijo muestra una preocupación moderada por lo que le pasa al progenitor enfermo, también a nivel de conductas, aunque no resulta ser invasivo (le ayuda en algunas tareas pero no tiene o no expresa sentimientos de tener que hacerse cargo del progenitor o de otros miembros de la familia). Intenta ayudarlo en las tareas, se preocupa o ha estado preocupado por él, pero intentando preservar sus propios espacios o mostrando intentos de separación y diferenciación.

H: “Si, bastante...Trato de cuidarle y ayudarle...me preocupo por ella...cuando por ejemplo vuelvo del instituto le ayudo con las tareas de casa...intento echarle una mano...hago la cama y estas cosas...” (Entrevista 1, línea 9).

Se incluyen en esta categoría situaciones en las que se recurre a mecanismos defensivos, como la negación de la enfermedad o de su gravedad, que consienten no activar comportamientos de ayuda o protección.

E: “ ¿Te preocupa?”

H: “Hombre, no creo que sea tan grave para que pueda ser, no sé, muy problemático” (Entrevista 3, línea 9).

El hijo tiene el pensamiento de la situación del padre enfermo, se preocupa por el, aunque sale y se evade con sus amigos y puede dedicar tiempo a sus actividades personales (pensamiento muy presente o recurrente).

“Me evado con los amigos, pero mi madre no sale ni nada, y está como ahí encerrada, con todos los nervios” (Entrevista 3, línea 40).

“Y la ayudo, a veces, con la casa, voy a comprar con ella y todo eso. Creo que al ser el único que está en casa con ella, la ayudo de alguna manera” (Entrevista 3, línea 15).

3. Preocupación fuerte. Asunción del papel de cuidador.

El hijo intenta organizar actividades para el padre enfermo y cuidar de él, que no se quede solo, animarle, etc., expresando una fuerte preocupación por el padre enfermo que se manifiesta también a nivel conductual.

El hijo cuida al progenitor enfermo, le ayuda, le anima, esta pendiente de las visitas, medicación, ayuda en las tareas de casa, etc., o tiene la vivencia de tener que cuidar de él, de los padres, de otros miembros de la familia, o de todos.

Inversión de roles. El hijo tiene muy presente el progenitor enfermo, esta pendiente de él y de lo que hace, intenta cuidarle, darle consejos etc. Habla al padre/madre como si él fuese el adulto, el mayor, y el progenitor fuese el hijo. Asume el rol de adulto con el progenitor enfermo. El hijo ha estado mal intentando animar al padre/madre enfermo. Intenta no preocuparle con sus problemas y no quiere que sepa que le pasa. Se calla sus problemas porque piensa que ya suficiente tiene el padre enfermo con los suyos; piensa que el padre enfermo se siente culpable o tiene miedo de cómo éste pueda reaccionar. Afirma que no se preocupa pero en seguida comenta cosas acerca del progenitor enfermo que destacan preocupación o interés por su situación, demostrando tener muy presente la situación del progenitor.

“Claro estar varios años que tu estas mal intentando animarla haciendo tonterías, eh... viendo series con ella, hablándole todo el tiempo...no preocupándole con mis problemas porque siempre me estaba callando mis problemas para no decírselo y ella ahora intenta sacármelos todos porque se siente mal por ello...y yo no quiero que lo sepa” (Entrevista 2, línea 28).

“A mí siempre me han gustado mucho las series y las películas y entonces, a ella también le gusta ver series y le voy sacando cosas del ordenador y las vemos juntos, y todo eso...intento animarle y hacerle compañía” (Entrevista 3, línea 20).

Es importante diferenciar la Subdimensión “Rol de Cuidador” (RC) de la “Relación Adhesiva” (RAD). En el caso de la RAD el hijo habla de su percepción y vínculo interno con el padre enfermo, mientras en el caso del Rol de cuidador habla de comportamientos concretos que pone en acto para cuidar de él.

Viñeta Rol Cuidador

“...Trato de cuidarle y ayudarle ...me preocupo por ella...cuando por ejemplo vuelvo del instituto le ayudo con las tareas de casa...intento echarle una mano...hago la cama y estas cosas...” (Entrevista 1, línea 9).

Contraviñeta RAD

“ Es que solo somos nostras dos...y si no le ayudo yo....es normal” (Entrevista 1, línea 10).

Vivencia de la relación con el padre no diagnosticado (RND).

Valoración subjetiva por parte del hijo del padre no diagnosticado y de la relación con el.

Una mala relación o la ausencia de la relación con el progenitor (padre y/o madre) sano (o no diagnosticado) es un importante factor en el desarrollo del hijo, y en relación a la patología (Dodge 1990; Winnicott 1959). La ausencia del padre o de la madre se considera también como posible indicador de riesgo (Stastny et al., 1984). A menudo el padre sano se aleja de los hijos para proteger su cordura o por no entender la enfermedad y como afrontarla, dejando que la responsabilidad de los hijos recaiga sobre el progenitor enfermo (Hearly & McGrath, 2000; Winnicott, 1960).

1. Presente.

El hijo afirma tener una buena relación con el padre no diagnosticado. Que esta presente en la relación, es un buen referente, juega con él, comparten tiempo y actividades juntos. La relación y la descripción del progenitor no diagnosticado asumen connotaciones positivas.

“Con mi padre también juego” (Entrevista 4, línea 14).

2. Distante.

El hijo tiene relación con el padre no diagnosticado pero le ve poco, vive lejos, no ha estado demasiado presente, viaja mucho, no tiene mucha relación con él.

“Y bueno, pues eso, con mi padre me llevo muy bien pero lo veo poco porque vive lejos. Ahora lo puedo visitar cuando quiera pero por problema de viajes y todo eso, pues le veo solo una vez al mes, que a lo mejor me quedo una semana, no sé. Y antes eran cada dos semanas” (Entrevista 3, línea 12).

3. Ausente o difícil.

El hijo afirma no saber nada del padre no diagnosticado y no tener ninguna relación con él o afirma no tener una buena relación con el padre no diagnosticado. Ha tenido problemas con él debido también a la interposición de terceras personas como la nueva pareja, la familia etc. La descripción por parte del hijo del progenitor no diagnosticado o de la relación con él asumen connotaciones negativas.

“De mi padre no se nada” (Entrevista 1, línea 11).

“Con mi padre no tengo buena relación realmente..porque lo veo..a ver la palabra calzonazo es un poco machista quizás , pero es que no tiene huevos, no le echa valor...” (Entrevista 2, línea 58).

Contacto físico (CC).

A nivel físico se observa contención o falta de contención por parte de la madre/padre enfermo o de los padres en general. Desajuste de la intimidad y calidez del contacto.

Relaciones parentales empobrecidas en la que los padres no se interesan por el hijo, no lo cogen o acarician, falta de contacto y de contención, así como comportamientos agresivos, maltratos y abuso, pueden ser un importante factor de riesgo para el desarrollo de una patología en el hijo (Artigue 2013; Bion 1955; Shevlin et al., 2008; Winnicott, 1971).

1. Presente y adecuado.

Presencia de contacto y contención a nivel físico, buena sintonía y calidez del contacto por parte de los padres, importantes para un desarrollo sano (Winnicott, 1971).

“...a veces me abraza... me acaricia.” (Entrevista 1, línea 24).

2. Intrusivo.

Contacto demasiado intenso, ha estado demasiado encima de el, le besa demasiado, etc.. Padres vividos como intrusivos o invasivos por parte del hijo (no contenedores) pero en ausencia de agresividad o abuso.

“...me toca, me besa o me dice dame un beso...y yo déjame en paz!” (Entrevista 2, línea 10).

3. Ausente o abusivo.

Falta de contención por parte de la madre o del padre (o de los padres en general) notable a través de ausencia de contacto, necesidad del hijo de ser cogido, abrazado, mirado etc. (no le cogen, acarician, etc.). O exceso de contacto evidente a través de experiencia de abuso, maltrato, o comportamientos agresivos (ej. le pegan).

La negligencia en atender las necesidades físicas además que emocionales en el niño así como el maltrato o abuso contribuyen a una serie de dificultades en los hijos y a la etiología de algunos trastornos (Beardslee et al. 2005; Hoefnagels, 2005; Johnson, Cohen, Kaesen, 2006). Conductas agresivas y hostiles por parte de los padres pueden tener un grave impacto en los hijos (Caiozzo et al., 2018; Rutter, 1994).

“Nunca me abraza...ni me coge, aunque a mi me gustaría” (Entrevista 5, línea 18).

Dimensión: Enfermedad (E).

En esta dimensión se consideran las vivencias del hijo hacia la enfermedad del progenitor, su conocimiento de la enfermedad y lo que esto implica en su desarrollo madurativo, en su

autopercepción, en su autonomía e independencia (Cassel & Coleman 1998; Dunn, 1993; Fonagy & Target 1996; Oyserman et al., 2000; Procaccia 2005; Reder et al., 2003).

Subdimensiones de la dimensión E:

Vivencia del hijo hacia la enfermedad del padre (VE).

Que piensa el hijo que le pasa al progenitor enfermo. El conocimiento de la enfermedad mental del padre por parte del hijo es un importante factor de protección, para el niño y para toda la familia (Bourdier, 1972; Levobici et al., 1989; White et al., 1995). Hablar y explicar en la familia la enfermedad de los padres, permite al hijo de integrarla mejor, y representa un importante aspecto de maduración y individuación (Beardslee et al., 1998; Cárdenas et al., 2015; Caton & Cournos, 1999; Cicchetti et al. 2000; Devlin & O'Brien, 1999; Foch-Birkerts & Beardslee, 2000; Grizenko & Pawliuk, 1994; Tannenbaum & Forehand, 1994; Yamamoto & Keogh, 2018).

Por lo contrario el hecho de no explicar nada o dar explicaciones deformadas conlleva a una negación, disociación o minimización que excluirá cualquier posibilidad de elaboración a nivel familiar y por parte del niño, con la consecuente aparición o mantenimiento de estados de confusión, miedos, fantasías y sentimientos de culpa en relación a la enfermedad en los hijos que no podrán ser expresados, verbalizados, contenidos y por lo tanto integrados (Cobo Medina, 1983; Dunn, 1993; Huntsman, 2008; Keskinen, 2015; Reedtz et al., 2018).

1. Conoce la enfermedad del padre

El hijo conoce la real enfermedad del progenitor y sabe que es lo que le pasa. Los padres le han hablado abiertamente y explicado cual es la enfermedad del progenitor, pudiendo así también expresar las fantasías del hijo al respecto y poderlas entender, contener y elaborar. (aspecto de resiliencia).

(No tenemos ningún caso en nuestra muestra que conozca la enfermedad del progenitor y al que le hayan hablado abiertamente de ella. Ninguno de los hijos de nuestro estudio sabe lo que le pasa exactamente al padre enfermo.)

2. Percibe lo que le pasa al padre enfermo aunque no conoce la enfermedad

El hijo sabe que el progenitor se visita al centro (CSMA) aunque no sabe exactamente el motivo o la naturaleza de la enfermedad. Intuye lo que le pasa al padre enfermo aunque si nadie le ha hablado abiertamente de ello. No sabe identificar la real enfermedad mental pero se da cuenta de lo que le pasa, sobre todo de los aspectos depresivos del padre enfermo,

pudiendo de alguna manera o en alguna circunstancia verbalizarlo. Aproximación a la enfermedad.

“Eee...entre varias cosas de que cree que no lo ha...que no me ha tratado bien y no lo ha hecho bien conmigo, tiene mucha depresión sobre si misma...no se ve realizada, no sabe relacionarse con la gente...y cosas así” (Entrevista 2, línea 12).

“Que no sale.. no tiene ganas...” (Entrevista 5, línea 9).

3. Negación, Escisión o Minimización de la enfermedad

El hijo no sabe, minimiza, conoce parcialmente o erróneamente, lo que le pasa al progenitor enfermo, o niega la enfermedad.

Piensa que el padre esta bien, que no le pasa nada o no sabe nada de la enfermedad del padre, no sabe que le pasa, o porqué se visita en el centro (CSMA). Afirma que no se preocupa, o que no sabe que opinar al respecto. Cree que esta nervioso o que los problemas y la situación anímica y actual del padre enfermo están relacionados con algún acontecimiento traumático, como la muerte o perdida de algún familiar y/o alguna operación quirúrgica o problema físico (Ej. una operación al hombro, etc.).

“Se que esta bien, simplemente esta nerviosa” (Entrevista 1, línea 20).

“Pues no sé, supongo que... Bueno, en realidad no sé qué opinar...No sé... le afectan más las cosas y entonces siempre está nerviosa, no sé, es muy nerviosa. Y supongo que todo eso le hace estar como está” (Entrevista 3, línea 7).

“Hace poco, falleció y bueno después, durante todo, eso mi madre trabajaba y estaba muy bien de ánimo, o sea, no estaba como ahora, pero después con los problemas médicos de los abuelos tenía que estar todo el rato pendiente y llevarles a los médicos y todo eso. Ella también dejó de trabajar porque tuvieron que operarla de los hombros porque se le formaban muchas tendinitis por los tendones de los hombros y después con la recuperación de las operaciones y los médicos de los abuelos pues ya no volvió a trabajar. Y después de eso, no se siente con ánimos ni puede trabajar.” (Entrevista 3, línea 36).

Los padres no han hablado abiertamente con el hijo acerca de la enfermedad y no le han explicado que le pasa al padre enfermo. Aparecen así también fantasías en el hijo que no han podido ser expresadas, contenidas y entendidas (miedos reales o fantasmáticos del hijo relacionados con la enfermedad y o situación del padre enfermo, suicidio, muerte, etc.,

pueden ser pensamientos fruto de fantasía o derivados de haberlo escuchado alguna vez por parte de los padres).

“...si se lo contara se tiraría por la ventana” (Entrevista 2, línea 30).

“vaya tampoco digo que vaya a suicidarse ...creo” (Entrevista 2, línea 15).

“Le veo que esta nerviosa...y no tiene gana...antes pensaba cosas malas...cosas raras...pero ahora ya no...esto era antes...hace mucho tiempo...ahora ya no” (Entrevista 1, línea 15).

Influencia de la enfermedad del padre sobre el hijo (IE).

El hijo se hace cargo o responsable de los problemas de los padres o del padre enfermo y se identifica con aspectos negativos, problemáticos, o por lo contrario se distancia de la situación o imagen que tiene del padre enfermo y de su enfermedad. (vd. Transgeneracional).

1. Se distancia de la situación, aspectos de la enfermedad o imagen del padre enfermo

El hijo se diferencia de la imagen del progenitor enfermo y de su situación. Reconoce los aspectos de enfermedad y de dificultad del progenitor pero no se identifica con ellos sino que puede diferenciarse (autonomía, diferenciación sujeto / objeto).

Se define como distinto del padre enfermo.

“Yo soy muy distinta de ella...soy muy activa, me gusta hacer cosas, salir...no como ella” (Entrevista 5, línea 21).

2. Se identifica con algunos aspectos de la enfermedad

El hijo, por un lado, se identifica con aspectos puntuales del progenitor enfermo, o con aspectos de dificultad de él o de ambos padres, y por otro lado, puede ser consciente de ello y diferenciarse en otros aspectos. Comenta que por algún aspecto él y el padre enfermo sean parecidos, reconoce aspectos de patología o dificultad con los que se identifica pero puede diferenciarse en otros en un intento de autonomía y independencia.

Se define como el progenitor en algunos aspecto pero diferente en otros, por ciertos aspectos muy parecidos pero por otros muy distintos (soy igual pero también distinto).

“Realmente somos muy parecidos en unos aspectos” (Entrevista 2, línea 36).

“Es un poco como si los problemas de mi madre y mi padre los hubiera recogido yo...solo que ellos aun así no se los quitan de encima...o sea, el no saber decir no por parte de mi padre...y el no saber relacionarse, por parte de mi madre ...yo los llevo encima” (Entrevista 2, línea 13).

3. Se identifica con los aspectos de la enfermedad y con el padre enfermo

El hijo se identifica con el padre enfermo y con los aspectos o situaciones de su enfermedad. Cree que el padre enfermo está en la misma situación que él, o al revés, que el está en la misma situación del padre enfermo. Se define como él, cree que es como él, que son iguales. El hijo se define como el progenitor enfermo, mostrando una correspondencia entre como el hijo percibe o describe al progenitor y la imagen y descripción que da de si mismo, mostrando un grado de confusión entre el sujeto y el objeto (vd. Identificaciones primarias: identificación proyectiva patológica, adhesiva, fusionales, etc.).

Se define como igual al padre enfermo.

“soy muy nerviosa, como mi mamá...somos iguales..jeje” (Entrevista 1, línea 43).

“Claro es que, no tengo estudios por hacer...no tengo trabajo...no tengo casi amigos...y ella igual..no tenemos casi motivos para salir...” (Entrevista 2, línea 21).

“Con mi madre...somos iguales.” (Entrevista 4, línea 4).

Dimensión : Escuela (I).

Un buen rendimiento escolar, capacidad intelectuales altas, habilidades cognitivas, la ausencia de cambios de domicilio o colegio (sobre todo durante crisis de los padres) son importantes factores de protección (Jiménez & Aldana, 1991; Rutter 1987, 1999).

El rendimiento escolar, experiencias satisfactorias en la escuela o instituto, pueden reforzar una conducta prosocial, incrementar las redes sociales influyendo también en la autoestima, en el sentimiento de eficacia, y otras competencias personales y sociales del menor, proporcionando contextos que faciliten las relaciones externas al ámbito familiar (OMS, 2005; Rutter, 1987; White et al., 1995; World Health Organisation, 2013).

El fracaso escolar y la desmoralización infantil son importantes factores de riesgo; un bajo rendimiento escolar representa una aproximación a posibles dificultades psicológicas y un dato significativo a tener presente en el estudio del desarrollo de los niños, y como posible indicador en la detección de posibles patologías en hijos de pacientes graves (OMS 2005; Singer et. al. 2000).

Subdimensiones de la dimensión I:

Satisfacción Escolar (SI).

El hijo habla de la escuela, del instituto, en referencia a la experiencia actual o pasada. Comenta si va a la escuela, si le gusta o no, si le cuesta o ha dejado los estudios.

1. Le gusta ir.

El hijo comenta que va con ganas a la escuela, le gusta ir, tiene ganas de ir, etc. mostrando una buena motivación.

“Ai, a mi me gusta mucho ir a la escuela..” (Entrevista 5, línea 34).

2. Le cuesta, no le gusta ir.

El hijo comenta que falta a la escuela, o faltaba mucho, que no le gusta, o que le gustaba ir aunque no le acababan de ir las cosas bien. No le gusta ir al actual instituto donde va, le gustaba donde iba antes. No le gusta ir a clase. Mostrando así una baja motivación.

“Bueno....la verdad es que no muy bien...es que no me gusta este instituto...No me gustaba desde el primer día que fui y sigue sin gustarme ahora...no quiero ir a este instituto” (Entrevista 1, línea 31).

“Si, siempre la idea de estar con gente aunque no me acabara de ir del todo bien, me gustaba” (Entrevista 2, línea 71).

3. Ha dejado los estudios.

El hijo comenta que actualmente no está estudiando, ha dejado los estudios, mostrándose desmotivado.

“Si, me pasaba como que dejaba de ir a las clases porque no tenía gana de ir” (Entrevista 3, línea 82).

Rendimiento escolar (RI) .

Rendimiento escolar según el hijo. Como va en los estudios, teniendo en cuenta que un buen rendimiento escolar es un importante aspecto de resiliencia.

1. Bueno.

El hijo comenta que va bien, tiene buenas notas. Relata las asignaturas en las que va o iba bien. Le gusta estudiar, no le cuesta, le resulta fácil.

“Y estudiar me gusta mucho... siempre saco buenas notas! (Entrevista 5, línea 35).

2. Suficiente.

Bien pero con algún altibajo, algunas notas le cuestan pero bien, se esfuerza etc. Necesita ayuda (para las tareas, un tutor, alguna ayuda especial, etc.).

“Algunas notas me cuestan pero bien..me ayudan en el cole y apruebo todo...” (Entrevista 4, línea 106).

3. Bajo.

Va o iba mal, por debajo de la media, suspendía, ha suspendido o repetido curso. Relata las asignatura en que va mal, que no se le dan bien o tiene mas dificultades. Le cuesta estudiar (no le gusta, ha perdido las ganas, la emoción, no le apetece estudiar mas). Intenta estudiar pero luego no se aplica. Muestra dificultades de atención y concentración.

“Mal!.. A ver si que aprendo las cosas y lo entiendo todo muy bien el problema es que a la hora de memorizar o de estar constantemente no lo hago...no se porque..mmm...desde primaria veo que soy así” (Entrevista 2, línea 68).

“Sí, pero al final perdí el, el...la emoción de estar estudiando y me faltaba mucho, suspendía y al final fue como si no me apetiese estudiar más” (Entrevista 3, línea 60).

Cambio de instituto (CI).

El hijo ha tenido cambios de institutos fuera del habitual cambio de primaria a secundaria, (dos o mas), por diferentes motivos. Los cambios de escuela debidos a que 'suspendía, no le gustaba la escuela o tenía problemas de relación' pueden hacer pensar en la dificultad de pensar y elaborar estos conflictos internamente y por lo tanto lleva a la familia a actuar con cambios externos, proyectando las dificultades de los padres y de los hijos en el ámbito escolar (Blanqué et al., 2000).

1. No han habidos cambios de institutos.

No han habidos cambios fuera del normal cambio de primaria a secundaria. El hijo no relata ningún cambio de instituto.

2. (Si por) Cambio de domicilio.

El hijo relata un cambio instituto debido a un cambio de domicilio, que a veces no resulta del todo satisfactorio para el.

“Nos hemos cambiado de barrio y por esto he tenido que cambiar de instituto y ir a C.D., pero no me gusta” (Entrevista 1, línea 33).

3. (Si por) Problemas de relación (bulling, aislamiento, etc.), no le gustaba la escuela, suspendía.

Relata problemas de relaciones con los compañeros y/o la maestra que han llevado a que cambiara de instituto. O comenta unos cambios de institutos debido a que no le gustaba la escuela donde iba o porque ha suspendido algún curso.

Dimensión: Relaciones sociales (RS).

Están incluidas las relaciones del niño con contextos externos al núcleo familiar estricto (padre, madre). Abuelos, tíos, pero también tutor, entrenadores (etc.) y iguales. Relaciones que le permiten encontrar figuras sustitutivas de identificación, apoyo, soporte, tejer relaciones de amistad, desarrollar buenas redes sociales y conductas prosociales, que son importantes indicadores en el desarrollo y factores de protección (Beardslee & Podorefsky, 1988; Duncan & Reder, 2003; Dunn, 1993; Fonagy & Target 1996; Kauffman et al., 1979; OMS, 2005; Procaccia 2005; Rutter, 1985).

Por el contrario, la falta o escasez de relaciones, la ausencia de figuras de apoyo sustitutivas, la soledad y la dificultad social, representan importantes factores de riesgo a tener en cuenta en el diagnóstico y los *screenings* preventivos (OMS, 2005; Rutter, 1984). En los hijos de pacientes con enfermedad mental grave se comprueba una mayor sensibilidad en las conductas de autonomía y una tendencia al aislamiento, ambos aspectos podrían ser relacionados con la hipersensibilidad que hace a estos niños mas vulnerables al estrés interpersonal, con lo que el aislamiento podría comprenderse como una estrategia defensiva frente al mismo (Goodman, 1984, 1990).

Subdimensiones de la Dimensión Relaciones Sociales:

Relación significativa del hijo con otro referente adulto, fuera del núcleo familiar estricto. (OR).

Presencia de otras figuras adultas de referencia. Buenas relaciones investidas fuera del núcleo familiar estricto (padre, madre), que ayudan el niño a encontrar figuras de identificación sanas (aspecto de resiliencia).

Una buena relación investida fuera del núcleo familiar ayuda el hijo de padres con enfermedad mental a encontrar figuras de identificación mas sanas y es un importante factor de protección.

Figuras como entrenadores, profesores, tutores, externas al contexto familiar son importantes figuras de referencia y soporte, de equilibrio y estabilidad frente a una situación familiar caótica y bizarra. Pueden ser también tíos, abuelos o hermanos, dentro del contexto familiar extenso y por tanto de alguna forma ligados a la historia familiar, incluso a menudo viven con ellos, familias extensas, (Bourdier, 1972; Dunn 1993; Johnson, 2001; Luthar, 2006; Masten, 2001).

1. Referente externo.

Experimentación de una buena relación con otra persona adulta externa al ámbito familiar. El hijo expresa directamente su buena relación con un profesor, tutor o otra persona externa al contexto familiar, o se destaca de su relato que lo tiene presente, ya que habla de el o pregunta por el.

Un profesor, tutor, entrenador, etc.

“Me gusta ir a la escuela y también me llevo muy bien con la profesora, ella me ayuda mucho y esta muy pendiente de mi...dice que soy muy estudiosa (sonríe)” (Entrevista 5, línea 36).

2. Referente interno.

Experimentación de una buena relación con otra persona adulta dentro del ámbito familiar extenso.

Tíos, abuelos, hermanos, etc.

“Si me llevo muy bien con mi tía...la hermana de mi madre...ahora, desde que nos hemos mudado la veo menos pero me llevo muy bien con ella...a veces queda con mi madre para ir a dar una vuelta y cuando quedan yo también la veo.. Se ven bastante a menudo... me llevo muy bien con ella...bueno también con mi tío... la verdad es que los dos son muy buenos conmigo...alguna vez me he quedado también en su casa ...y siempre han cuidado muy bien de mi” (Entrevista 1, línea 29).

3. Ausencia de otro referente adulto.

Falta de referente interno o de otro referente fuera del núcleo familiar estricto.

Mala o escasa relación con otras personas adultas dentro o fuera del ámbito familiar. El hijo relata una mala o escasa relación con otros familiares (ej. tíos) o con profesores y otros adultos externos al ámbito familiar estricto.

“... y mis tíos por parte de padre y por parte de madre realmente son bastantes insoportables ...por parte de madre son muy capullos y por parte de mi padre son muy pijos...” (Entrevista 2, línea 59).

“Poco, porque están alejados y si hubiera que verlos, hay que ir con el coche y eso. Pero no hay ningún problema” (Entrevista 3, línea 32).

Relación con los compañeros de clase (C).

Relaciones interpersonales en la escuela con los compañeros. El contexto escolar puede proporcionar y facilitar las relaciones sociales, ayudando al niño o joven a interactuar con sus iguales. La interacción con los compañeros representa un mecanismo social útil en la adquisición y desarrollo de habilidades sociales, como la superación de egocentrismo, el control de la agresividad, la adaptación a las normas, el rendimiento escolar etc. La etapa inicial (vd. relaciones familiares, primeros vínculos etc.) tiene una influencia decisiva en el desarrollo de las relaciones posteriores, y los niños muestran una gran sensibilidad en la intervención de sus iguales, buscando sobretodo ser aceptados, por esto el rechazo sistemático puede generar aislamiento social con consecuencias muy negativas en el desarrollo social y emocional del sujeto (Criss et al., 2002; Hay, Payne & Chadwick, 2004; Howes & Cicchetti, 1993; Ladd & Troop-Gordon, 2003; Woodward & Fergusson, 2000; Cfr. Ortega & Del Rey, 2003).

1. Buena.

Tiene o tenía buena relación con los compañeros, se lleva bien con ellos, juega con ellos, etc.

“Muy bien...tengo muy buena relación con todos mis compañeros, y todos se llevan bien conmigo...caigo bien a todos....no tengo problemas con nadie...también quedo con ellos” (Entrevista 1, línea 45).

2. Con alguna dificultad.

Relación inestable y no continuada. Distanciamiento en la relación. Le cuesta verlos o tener relación con ellos debido a un cambio de instituto o a que están lejos, no obstante sigue manteniendo buena relación. Le cuesta relacionarse con ellos aunque se lleva bien y tiene gana de verlos. No queda con ellos ni tiene contacto pero si los ve habla con ellos; cuando estaba en el instituto quedaba con ellos, jugaba, etc. Si los ve se llevan bien.

“Cuando estaba en clase quedaba con los compañeros de clase pero una vez que dejé de ir a las clases, dejé el contacto con ellos” (Entrevista 3, línea 88).

“Bueno, yo aunque me llevara bien con los compañeros y eso, yo siempre he sido un poco más cerrado, pero a parte de eso, no” (Entrevista 3, línea 94).

3. Mala o ausente.

No se relaciona, tiene o tenía problemas en la relación con compañero, peleas, disputas, conflictos, Bulling, le aíslan o se aislaba. No juega con ellos o ellos no querían jugar con él. Relación difícil con los compañeros de clase.

“Si! lo típico que hacen los niños de caramelos a cambio de amistad, ella en mis cumpleaños por ejemplo, hacia lo posible para conseguir (..) que todos vinieran y cosas así...bastante triste si...pero el problema era esto que desde primaria ya sufría bastante bulling, por así decirlo. Me hacían el hueco, me apartaban” (Entrevista 2, línea 42).

Relaciones de amistad. (A).

Relaciones interpersonales de amistad también fuera del colegio. Mayor o menor facilidad en relacionarse con los compañeros fuera del ámbito escolar y en tejer relaciones de amistades fuera del ámbito escolar. Capacidad del niño de instaurar unas relaciones sociales y de amistad con otros niños de su edad o similares externos al contexto escolar y familiar (aspectos importantes de resiliencia).

1. Facilidad en las relaciones.

Puede socializar, tiene amigos que no son del colegio o que ve fuera del contexto escolar. Los ve con frecuencia, a menudo y fuera de la escuela. Posee un círculo más alargado de amistades que indica la presencia y capacidad por parte del hijo de tejer relaciones de amistad.

Juega y se relaciona con otros niños, chicos de su edad, hace actividades extraescolares. Es sociable, tiene muchos amigos, es apreciado por ellos, activo y colaborador en diferentes actividades.

“He hecho muchos amigos nuevos fuera también y salgo bastante con ellos” (Entrevista 1, línea 46).

“Con una amiga ahora estoy mirando también para apuntarnos a unas actividades en un centro. Me gustaría mucho” (Entrevista 5, línea 43).

2. Inestabilidad en las relaciones.

El sujeto relata unos hechos que parecen indicar una dificultad en la constancia de sus interrelaciones con los amigos y en tejer relaciones estables y duraderas.

Eventos puntuales que han llevado a perder amistades o relaciones con grupos de iguales no obstante siga teniendo buena propensión por las relaciones sociales. Épocas de más

interacción y relaciones sociales alternadas con épocas de mayor aislamiento. No obstante épocas de mayor satisfacción se encuentran índices que hacen pensar a una disminución de la conducta prosocial. Timidez, dificultad para iniciar las relaciones, aunque una vez que se da a conocer es capaz de integrarse y mantener buenas relaciones.

“Bueno, últimamente salgo más con amigos porque es verano, pero durante el resto del año no salgo mucho” (Entrevista 3, línea 23).

3. Dificultad o Ausencia de relaciones.

Dificultad en establecer y mantener las relaciones. Está aislado, apenas tiene amigos y practica poca o ninguna actividad que requiera relación social.

Tiene pocos amigos y los ve con poca frecuencia, se queda aislado y tiende a jugar o quedarse solo, le cuesta relacionarse con otros chicos de su edad o similares, no encaja, ha ido perdiendo las amistades. Se ha retirado en casa. Relata y o describe unas relaciones no satisfactorias con amigos, o grupo de amigo reducido y expresa dificultades de relación directamente o indirectamente (por ej. criticando o comentando el no encajar en un grupo de otro amigo). Antes le gustaba salir con sus amigos ahora le apetece menos o apenas sale de casa. Le aburren, le cansan sus conversaciones y desconecta, se limita a asentir o repetir alguna cosa para que parezca que le interesa pero no es así. Esta cansado de ser el centro de la broma o de que pasen de él.

“Es que es esto, ...los amigos los sigo perdiendo cada vez mas” (Entrevista 2, línea 80).

“Desde su muerte, dejé de ir allí con los amigos de siempre, y me retraí más a casa y los pocos amigos del barrio a penas los veo... pero apenas salgo” (Entrevista 3, línea 49).

Dimensión: Alteraciones de la percepción y del contenido del pensamiento (AP).

Subdimensiones de la dimensión AP:

Voces (V).

Voces, pensamientos raros, ruidos en su cabeza. (dentro de él). El hijo afirma haber escuchado en su cabeza, murmullos, ruidos o haber tenido pensamientos raros acerca de la enfermedad de la madre/padre enfermo, sobre si mismo, etc. “voces, ruidos o murmullos que nadie más oía” y que no provenían de él o de un estímulo real externo. Dato importante y suficiente aunque haya sido una sola vez.

Cut off 7/8 años (Bartels-Velthuis, Jenner, van de Willige, van Os & Wiersma, 2010). Es importante poder preguntar a los hijos de pacientes con enfermedad mental “si alguna vez han oído alguna voz que solo ellos oían” ya que a menudo tampoco los padres saben de ello y es algo que si no se pregunta no se comunica de forma espontánea o hasta pasado un largo tiempo (Bartels-Velthuis et al., 2010; Jenner, 2008, 2013).

1. Ausentes.

No, nunca, para nada, etc.

“No, no” (Entrevista 3, línea 96).

“Pues, no” (Entrevista 4, línea 159).

2. Algún episodio.

Hace mucho, una vez, cuando era pequeño, antes, etc. El hijo habla de voces o pensamientos raros refiriéndose a ellos como episodios puntuales, en el pasado.

“Si..cuando te decía antes que pensaba cosas raras pero fue hace mucho tiempo...por la noche o cosas así [...] habían rumores en mi cabeza...pero los oía solamente yo..y me decían cosas raras, malas sobre mi madre...pero era muy pequeña...fue hace mucho...recuerdo que pensaba cosas raras sobre....mi...lo que pasaba con mama...y tal...me decían cosas así...pero esto era antes..hace mucho tiempo... ahora ya no eh!” (Entrevista 1, línea 54).

3. Recurrentes.

Le ha pasado varias veces, le pasa mucho últimamente, actualmente, etc. El hijo relata situaciones en las que tiene pensamientos raros o alguna alteración del pensamiento y a veces intenta dar explicaciones a estos episodios.

“Me pasa mucho, imagino cuando estoy estresado... y en lugar de pensar en lo que me deprime acabo teniendo estos ruidos, palabras o canciones en la cabeza... el problema es que hay semanas que tengo la misma palabra...o canción todo los días y solo una parte... no es ni si quiera empezar y acabar... no, siempre se queda en la misma parte...es como un disco rallado” (Entrevista 2, línea 115).

Ideas autoreferenciales (IA).

La gente le mira, habla de él (desde fuera). El hijo comenta haber sentido que le miran, le critican cuando va por la calle, cuando pasa delante de personas o grupos siente que murmullan y piensa que hablan de el, le miran, le critican, él se avergüenza, etc. Es importante preguntar acerca

de este aspecto ya que como por las alucinaciones auditivas, que a menudo los EMARS (alto riesgo) tienen, son temidas y no son comunicadas hasta pasado un largo tiempo (Henry et al., 2002).

1. No tiene.

No, nunca, no le ha pasado, etc.

“Bueno, yo aunque me llevara bien con los compañeros y eso, yo siempre he sido un poco más cerrado, pero a parte de eso, no” (Entrevista 3, línea 94).

2. Si tiene pero intenta dar una explicación a estos pensamientos.

El hijo habla de haber tenido la sensación que le miran, le critican, hablan de él, mostrando la necesidad de poder relacionar estos episodios con algún suceso o aspecto personal. Capacidad de autoobservación del hijo. Interpretación personal sobre cuando pasa y porque. Explicación, intento o necesidad de explicación porque tiene la duda de que se trate de una producción de su pensamiento.

“me pasa desde que llegue a la ESO ...es una cuestión que se repite, por desgracia ...no oigo nada de ellos, pero cuando les veo de lejos tengo este miedo, luego cuando paso y me giro y les veo, veo que son normales ...que están hablando sin problemas...pero es como si estuvieran hablando de mi...pero es por mi inseguridad...creo” (Entrevista 2, línea).

3. Si tiene pero no intenta dar ninguna explicación a lo que le pasa.

Siempre, si, alguna vez, a menudo, es algo que se repite. Cuando va por la calle le parece que alguna persona habla de él, le mira, le critica, sin intentar dar una explicación a estos sucesos. Cuando ve grupos de chicos o iguales no puede acercarse. Cuando les ve tiene este miedo, es como si estuvieran hablando de el. Le miran, hablan mal de el. No hay intentos de explicación porque los toma como reales: pensamiento concreto.

“Si, eso si! me cuesta pasar delante de los chicos...grupos de chicos de mi edad porque siento que me miran y hablan de mi cuando me voy. De como voy vestida, de como soy...y me da vergüenza...intento no pasar...dar otra vuelta o sino paso rápido, corriendo” (Entrevista 1, línea 65).

“Pues... 'que tú no te cueles!' y yo '¡pero si yo no me cuelo!'... Siempre oigo que me dicen esto cuando paso. Me miran mal... hablan mal de mi” (Entrevista 4, línea 165).

Dimensión: Acontecimientos adversos (AT).

Vivencia de hechos significativos o vividos como significativo por el hijo (en edad temprana). Acontecimientos traumáticos o vividos como traumáticos por el hijo, de pérdida y separación. Pérdida de familiares cercanos o figuras importantes. Separaciones de figuras de apego o significativas, entre las cuales son significativas: la separación en edad temprana de la madre, separación de los padres, muerte de un familiar o persona querida (ej. abuelo). Estas situaciones son traídas a través de la narración de historias reales, o revividas en historias de fantasías o sueños.

Sucesos adversos que ocurren tempranamente en la vida pueden causar vulnerabilidad o ser predictores de alto riesgo en los hijos (Agid & Shapira, 1999; Brown & Sturgeon, 2005; Cross et al, 2018; Ehrensaft et al., 2017; Essex et al., 2002; La Roche 1989; Orvaschel, 1990; Sandler, et al, 2005; Waissman et al., 1984).

Entre los hechos significativos se contemplan :

- Separación de los padres, conflictos familiares, crisis de los padres, separación prolongada de la madre (por ingresos o por trabajo o otras dificultades por las que no podía hacerse cargo de la crianza que ha sido asumida por otra persona/familiar).
- Enfermedades orgánicas (o mentales) de un familiar.
- Muerte de un familiar o ser querido.
- Situaciones económicas adversas.
- Numerosos cambios de domicilio.

1. Ausencia de acontecimientos adversos.

No se registran acontecimientos adversos en la edad temprana de sujeto ni síntomas o indicios de vivencias significativamente traumáticas a lo largo de su vida en la narración.

2. Acontecimientos aislados no particularmente significativos, de por sí no particularmente traumáticos, o ya elaborados.

El hijo relata algún acontecimiento puntual que ya ha podido ser elaborado y integrado en la historia de sujeto. No se detiene solo en ello, se limita a nombrarlo o a indicarlo sin detenerse mucho en la explicación, no demostrando indicios de falta de elaboración o superación, ni de episodios de fuerte sufrimiento o impacto emocional por parte del sujeto y o su entorno familiar.

“Desde que era pequeño, mis padres han estado separados, bueno además de que mi padre vive en M. y lo veía menos que a mi madre, pero bueno, me llevo bien, me lo paso bien con él” (Entrevista 3, línea 3).

3. Presencia de acontecimientos traumáticos.

El hijo relata diferentes acontecimientos adversos vividos durante su infancia y/o adolescencia o se detiene en la narración de uno o mas hechos indicando particular afectación, falta de integración, elaboración (duelos no elaborados) o fuerte sufrimientos e impacto emocional. A veces el sujeto afirma lo contrario, pero el discurso y la intensidad emotiva del relato demuestran que no ha superado el trauma o aunque el sujeto no hable directamente de acontecimientos adversos o traumas se desprenden de su relato. Se acumulan una serie de situaciones adversas.

Inestabilidad agitativa, numerosos cambios (por ej. de domicilio, instituto etc.), situaciones económicas adversas, y otros.

“[...] casi todas son depresivas....mucho dolor, mucha muerte....traiciones...cosas así..o sea todo muy depresivo” (Entrevista 2, línea 105).

“Cuando era pequeño vivíamos en la misma casa, mi madre, mis abuelos, mi tía y yo. Después mi tía se independizó con su pareja. Y después mi madre y yo estuvimos también viviendo en otro sitio durante un tiempo, o sea vivíamos con una compañera suya y después cuando se cambiaron de trabajo pues nos tuvimos que venir otra vez a casa de los abuelos” (Entrevista 3, línea 34).

“Desde su muerte, dejé de ir allí con los amigos de siempre, y me retraí más a casa y los pocos amigos del barrio a penas los veo.. pero apenas salgo” (Entrevista 3, línea 49).

Dimensión: La esfera del yo y de sus capacidades de interacción (PP).

En esta dimensión se contempla como el hijo se define y percibe a sí mismo, sus autoconceptos, además que sus conductas y habilidades (Rutter, 1984).

Subdimensiones de la dimensión PP:

Aspiraciones (M).

Mayor o menor presencia de aspiraciones, expectativas, motivación para emprender proyectos futuros o inminentes, capacidad de planificación.

1. Tiene motivación y aspiraciones.

Presencia de expectativas y proyectos futuros. Tiene apetencias, quiere apuntarse a un equipo de fútbol, hacer competiciones, estudiar algo. Proyectos futuros o inminentes. Planificación.

“Un día me gustaría entrar en un equipo de verdad y poder hacer torneos etc.” (Entrevista 1, línea 52).

2. Motivación Fragmentada.

Deja los proyectos a mitad, no puede acabar lo que empieza. Frustraciones o motivos que impiden llevar a término algún proyecto. Siempre deja todo lo que empieza. Inconstancia y baja motivación.

“No se si son valores o que, pero no tengo voluntad, siempre, siempre lo he dejado todo. Cuando salía a correr por las mañanas, por ejemplo, estuve bastante tiempo pero luego lo deje...la única vez que tuve bastante voluntad, por así decirlo, fu un invierno que seguí corriendo hasta que un día corrí mucho y casi me da un ataque de corazón , porque note un dolor increíble y lo deje por puro miedo....lo volví a entrenar al cabo de unos días pero volví a notar dolor y lo dejé...siempre me pasa algo...y lo dejo” (Entrevista 2, línea 69).

3. Ausencia de motivación, aspiraciones.

No tiene motivación, expectativas o ningún proyecto futuro. No sabe que hacer, no se ve motivado a emprender algún proyecto o estudio, no tiene gana, o encuentra muchas justificaciones o motivos para no emprenderlo.

“Si fuera un curso que me ayudase a poner cosas en el currículum como cursos con prácticas o alguna titulación pues sí, estaría bien porque me daría más opciones. Pero tampoco hay mucho de eso y yo tampoco estoy motivado ahora mismo en hacer algo”. (Entrevista 3, línea 63).

Niveles de activación (PH).

El hijo se define como una persona nerviosa o al contrario como una persona pasota, vaga, a la que no le afectan las cosas (ambos estados son quizás medidas defensivas hacia la angustia, la ansiedad, los problemas). “No puedo parar a pensar”, “paso de todo”, “no me afecta nada...”. Expresa un estado de excitación o bloqueo también a nivel motor (niveles de actividad). (Actividades, acciones. Excitación - bloqueo)

1. Niveles equilibrados de actividad.

Niveles equilibrados de actividad en los que alterna momentos de actividad, juego, estudio etc. con momentos de reflexión. Empieza y termina una actividad.

“Quedo con mis amigos mas o menos una o dos veces por semanas después de clase, por la tarde...pero también me gusta estar sola y tener tiempo para pensar en mis cosas” (Entrevista 5, línea 39).

2. Baja (activación).

El hijo se define como pasota, vago, no le afectan las cosas, no se preocupa por nada, le da todo igual. Indiferencia, laxitud.

“Tampoco me preocupo de muchas cosas, soy bastante pasota” (Entrevista 3, línea 10).

“O sea, ahora porque no va muy bien la cosa por el dinero y todo eso, pero en realidad a mi no me afectan mucho las cosas” (Entrevista 3, línea 39).

3. Altos niveles de activación.

(vd. niño movido; a menudo muy excitado a nivel conductual, Artigue, 2013).

El hijo se define como nervioso, necesitado de movimiento, no para quieto, etc. muestra un estado de excitación, también a nivel conductual. Desde los altos niveles de activación hasta la hiperactividad, o comportamientos hiperactivos.

“Es que yo soy bastante nerviosa, no puedo estar quieta...” (Entrevista 1, línea 40).

“Y subir las paredes...(se mueve mucho en la silla)” (Entrevista 4, línea 64).

Agresividad (AG).

Comportamiento agresivos o sublimación de comportamientos agresivos, rabia, enfado. El chico en su relato hace referencia directa o indirecta a comportamientos relacionados con la agresividad y el enfado muchas veces difíciles de reconocer o gestionar (es importante que puedan aparecer, ser reconocidos o no ser totalmente negados). A veces la agresividad, en los sujetos de alto riesgo (EMAR), está asociada a las alucinaciones auditivas, las temen pero no las comunican hasta pasado un largo tiempo (Henry et al., 2002).

Entre las patologías de los hijos de padres con enfermedad mental se detectan conductas agresivas y antisociales (Singer et al. 2000).

Acciones: Arañar, matar, morder, pegar, cortar, tener un cabreo descomunal, etc.

1. Agresividad contenida.

El sujeto es consciente de sus reacciones airadas y de enojo (ej. de enfado) y no las suprime sino que las puede manejar y expresar de forma controlada y constructiva.

2. Agresividad destructiva manejada en la fantasía.

Agresividad que se expresa a nivel verbal o de pensamiento sin ser actuada. Comportamientos agresivos (morder, arañar, pegar, cortar, cabrearse) expresados por ejemplo en historias de fantasías, metáforas, sueños o relatos de ficción. Acciones o pensamientos agresivos o expresión de enfado que no llegan a ponerse en acto en la realidad o que se expresan solo a nivel verbal. Ej. tener un cabreo descomunal, subirse por las paredes, arañar etc. en metáforas, historias de fantasías, juegos o sueños.

“O sea es muy tozuda...solo tiene energía para eso...o sea para tocar los huevos” (Entrevista 2, línea 33).

“pues arañar” (Entrevista 4, línea 62).

3. Prevalencia de actos agresivos.

Agresividad actuada. Puesta en acto de la agresividad. Actuación de la agresividad sobre el pensamiento, mostrando una prevalencia de actos y o conductas agresivas. Niños o niñas con enfados o rabietas frecuentes (Artigue, 2013), donde el enfado se traduce en actuaciones violentas y/o agresivas, como pegar, pelearse, etc.

Capacidad de Interacción (IN).

Capacidad de interacción social y personal por parte del hijo. Capacidad o menos de interactuar con los demás, identificar y manejar sus propios sentimientos y emociones. Buenas capacidades de comunicación o sentimientos de inadecuación, por parte del hijo, teniendo en cuenta que las interacciones con los padres y cuidadores juegan un papel fundamental en la regulación emocional y sociabilidad del niño (Kagan, 2010; Karreman, van Tuijil, van Aken & Dekovic, 2008; Olson et al., 2005; Winnicott 1967). Niños crecidos en ambientes con estrés crónico, problemas de apego y ausencia de interacción pueden mostrar dificultades en el control y la regulación emocional, la tolerancia a la frustración y el autocontrol (Tyson, 2005).

1. Buena.

El hijo es empático, sensible, expresa emociones y sentimientos. Tiene buenas capacidades de comunicación. Demuestra empatía, sensibilidad y puede expresar sus necesidades.

“Nunca me abraza...ni me coge, aunque a mi me gustaría” (Entrevista 5, línea 19).

2. Con alguna dificultad.

Tendencia a la introversión, por parte del hijo, que tiene dificultades en la comunicación y en el expresar sus propios sentimientos y emociones.

Ej. “tímida”

“Es que soy muy tímida y me cuesta expresarme (esconde la cara detrás de las manos y se agacha sobre la mesa)” (Entrevista 1, línea 66) .

3. Con muchas dificultades.

Capacidades de interacción social y personal altamente comprometidas. El hijo está cerrado en sí mismo, distante. Introverso, aislado, aparece cerrado en sí mismo, no empático, distante, no expresa emociones o sentimientos. Retraído en sí mismo, sentimientos de inadecuación con respecto a las relaciones. Muy pasivo en las relaciones o con grandes lagunas en la capacidad de interacción personal y en la comunicación, como por ej. interactúa sin tener en cuenta al interlocutor, como si hablara a sí mismo. En la relación, falta de capacidad de ser asertivo, hipersensible, falta de empatía, bloqueo o incapacidad de comunicar sus sentimientos.

“Desde su muerte, dejé de ir allí con los amigos de siempre, y me retrají más a casa y los pocos amigos del barrio a penas los veo.. pero apenas salgo” (Entrevista 3, línea 49).

E: “Y que crees que le pasa a tu madre?”

H: “Y un niño que está en C. de D....que se llama A., el domingo estaba reventado, con la cabeza en la pared, sentado, ...no quería comer, nada, nada, no quería jugar... entonces yo estaba jugando con mi maquinita, la Nintendo, al Mario y entonces él me dice ‘pesada, que no sé qué y no sé cuantos’ y se marchó. Y yo ‘que no le he hecho foto’...y no había manera” (Entrevista 4, línea 32).

Niveles de integración (NI).

Niveles de integración en referencia a las áreas del desarrollo de las distintas funciones del yo (cognitivo, conductual, afectivo, e imagen corporal) que en condiciones adecuadas tiende a integrarse en una unidad (Winnicott, 1962).

1. Coherencia y equilibrio entre las diversas áreas de desarrollo.

Adecuación entre el desarrollo afectivo y las demás áreas del desarrollo (cognitivo, conductual e imagen corporal). Desde el relato del hijo emerge un buen funcionamiento, integrado y acorde a la edad y etapa del desarrollo, en las distintas áreas.

“Me gusta ir a la escuela y también me llevo muy bien con la profesora, ella me ayuda mucho y esta muy pendiente de mi..dice que soy muy estudiosa (sonríe)” (Entrevista 5, línea 36).

2. Con algún aspecto de fragilidad.

Funcionamiento integrado pero con algún aspecto de fragilidad. A veces algún comportamiento regresivo o actitud de hiper-responsabilidad. Necesidades afectivas, emocionales regresivas o hipermaduras. Coherencia pero con algún aspecto de fragilidad que lleva a veces a comportamientos o actitudes no adecuados o apropiados a la edad y a la etapa de desarrollo (ej. regresión o hiper-responsabilidad).

“Y la ayudo, a veces, con la casa, voy a comprar con ella y todo eso. Creo que al ser el único que está en casa con ella, la ayudo de alguna manera” (Entrevista 3, línea 15).

3. Incoherencia y desequilibrio entre las diversas áreas de desarrollo.

Incoherencia entre el desarrollo afectivo, cognitivo, y corporal, con la adopción de conductas o actitudes no adecuadas, apropiadas para su edad y sus necesidades emocionales, afectivas (ej. sujetos regresivos o con rasgos extremadamente regresivos). Falta de integración entre las diversas áreas y funciones del yo. El sujeto por ejemplo no es capaz de defenderse, o hacer frente a la realidad (por ej. trabajar, estudiar, afrontar la realidad). Problemas de la esfera cognitiva (por ej. memoria y atención), o esfera afectiva (regresión, trastornos o desordenes del humor, ej. humor deprimido), o a integrar la propia imagen corporal (ej. se ve pequeño pero actúa como fuera mayor o al revés). Falta de integración del yo y pérdida del contacto con la realidad, confusión entre mundo externo y interno.

“Mal!.. A ver si que aprendo las cosas y lo entiendo todo muy bien el problema es que a la hora de memorizar o de estar constantemente no lo hago...no se porque..mmm...desde primaria veo que soy así” (Entrevista 2, línea 68).

“es que hago una gatita me parezco igual a las gatas. Soy de color marrón” (Entrevista 4, línea 54).

“Estoy muy, muy bien. Y cuando voy por la noche al lavabo, y veo la luz encendida y oigo ‘pam’ es que a ver, la puerta no es de pomo, es de maneta. Pues de noche me levanto con la luz encendida y ‘pam’ ‘pam’, a hacer pipi o caca, ‘pam’, y no podía, no podía” (Entrevista 4, línea 90).

Aficiones (AF).

Presencia de aficiones y actividades recreativas. La presencia de aficiones ayuda al bienestar y al desarrollo personal del hijo y es un aspecto importante también para la motivación. Los beneficios del ejercicio físico también a nivel emocional, puede favorecer las relaciones y la implicación social del sujeto. Actividades solitarias y sedentarias, que se desarrollan dentro del hogar familiar, así como la ausencia de intereses y aficiones, pueden darnos importantes indicios sobre la tendencia al aislamiento y o el retraimiento social del hijo.

1. Deportes y actividades de relación social.

El hijo practica deportes o actividades que facilitan otras relaciones externas al ámbito familiar y conllevan a una buena implicación social (aspecto de resiliencia).

Fútbol, natación, básquet, montar en bici, bailar etc.

2. Otras.

El hijo practica actividades que no obstante se desarrollen en un ambiente externo (fuera de casa) no implican necesariamente unas relaciones extrafamiliares e implicación social aunque si implican actividad/ejercicio físico (factor de protección) y contrastan el retraimiento en casa.

Pasear por la calle, ir al parque, ir a sitios, etc.

3. Juegos o actividades en casa. Tendencia aislamiento.

El hijo practica actividades mas bien solitarias y hechas en casa, o incluso comenta no tener aficiones, mostrando una tendencia al aislamiento y al retraimiento de las relaciones sociales (ej. juega sola).

PC, TV, pelis, juegos, pintar, dibujar, escribir, hacer maquetas. juegos o actividades en casa.

Dimensión : Modalidades de pensamientos y comunicación (PC).

Estrategias de respuesta y estilos de comunicación, que reflejan también los niveles de pensamiento, las defensas, el estado madurativo de desarrollo del hijo y su funcionamiento.

Subdimensiones de la dimensión PC:

Modalidades de respuesta y utilización de estrategias defensivas (R).

Desviación o pertinencia de las respuestas de los hijos a las preguntas formuladas y necesidad o menos de recurrir a estrategias de defensa delante de situaciones difíciles o que no quiere abordar. Los menores tienden a minimizar y o negar su malestar como mecanismo de defensa ante su sufrimiento y como forma también de proteger a sus padres, también afectados. (Soutullo & Mardomingo, 2009; Sattler, 2008, 2009).

1. Respuesta adecuada y pertinente.

Responde adecuadamente y de forma pertinente a la pregunta, mostrando de haber comprendido bien y sin tener que recurrir a estrategias defensivas.

“Vale sí! Me parece bien!” (Entrevista 1, línea 63).

E: “¿Y tienes alguna relación aun con algún compañero de clase?”

H: “No quedo con nadie de mis antiguos compañeros de clase pero si nos vemos sí que hablamos y eso. Cuando estudiaba sí que salía con los compañeros de clase y quedábamos pero cuando salí del instituto dejé de tener contacto con los del instituto” (Entrevista 3, línea 51).

2. Desvía o Minimiza.

Tiende a desviar el tema o a minimizar los problemas, y enfatizar los aspectos positivos. Al preguntarle sobre un argumento el hijo empieza contestando al argumento de la pregunta y luego se desvía del argumento de la pregunta hablando o preguntando por otra cosa.

E: “Ah, o sea que con tus tres tías te llevas bien. Y con tus abuelos?”

H: Y con mi tío. Con mis abuelos bien... Cuando era pequeña, ya casi era grande, tenía...(Piensa...), eh... Tú naciste el 28 de diciembre?” (Entrevista 4, línea 70).

“De mi padre no se nada... a mi me gusta ir al cole” (Entrevista 5, línea 23).

Tiende a minimizar, relativizar, problemas o dificultades (ej. enfermedad progenitor) y a exagerar, enfatizar aspectos positivos o de salud.

Por ejemplo, a lo largo de la frase o enunciado se utilizan expresiones como: Poco, muy poco, un poquito. Es normal, a esta edad, a quien le gusta, quien no lo hace, simplemente, etc. para minimizar aspectos de dificultad o problemas. O se utilizan expresiones como: Muy, mucho-s, muchísimo-s. Ninguno, todos etc. para enfatizar aspectos positivos y de salud. Ej. muchos amigos, es muy, muy buena, no tengo problemas con ninguno, me llevo bien con todos, tengo 100 amigos.

“Era porque era muy pequeña y no sabía lo que pasaba...cuando eres pequeño piensas muchas tonterías...ya soy grande” (Entrevista 1, línea 58).

“Bien, no he tenido nunca, nunca problemas” (Entrevista 3, línea 54).

“Sí, hacemos muchas cosas juntas, como 100” (Entrevista 4, línea 12).

3. Pararespuesta u olvidos.

Responde con otro argumento o no recuerda. Respuestas defensivas.

Responde a la pregunta de forma no pertinente o defensiva. Al preguntarle sobre un argumento el hijo responde con otro tema sin ninguna relación aparente. Contesta con otro tema, evitando contestar a lo que se le pregunta, responde que no recuerda o rehúsa a abordar el tema en cuestión. Responde que no y luego afirma lo contrario.

Olvidos o dificultades de expresar estas vivencias porque quizás le asustan o los padres también le han dicho de olvidarlos. (Negación, olvido, alejamiento etc.).

E: “y qué crees que le pasa a tu madre?”

H: “Y un niño que está en C. D....que se llama A., el domingo estaba reventado, con la cabeza en la pared, sentado,...no quería comer, nada, nada, no quería jugar... entonces yo estaba jugando con mi maquinita, la Nintendo, al Mario y entonces él me dice ‘pesada, que no sé qué y no sé cuantos’ y se marchó. Y yo ‘que no le he hecho fotos’ ...y no había manera” (Entrevista 4, línea 32).

Ej. Me olvido, No recuerdo, No se, No quiero recordar, me lo he olvidado.

“Que estaba diciendo? Ah si, creo que fue en 2007...no recuerdo...Es que ya no me acuerdo ni la muerte de mis abuelos...esto también es otro asunto que quizás..no se..tanto de pensar con el cerebro o no se que es, que voy olvidando todo lo negativo... voy olvidando el pasado...hasta el punto que no recuerdo quizás hace tres días...lo cual es un poco preocupante también” (Entrevista 2, línea 45).

“Ya ni recuerdo lo que decían...ni pienso mas en estas cosas... eh..” (Entrevista 1, línea 61).

Es importante diferenciar la categoría “Olvidos” (R3), donde el sujeto comenta no recordar algunos hechos significativos, de la categoría “Minimización” (R2), donde en cambio el hijo relata, recuerda o reconoce estos hechos pero intentado minimizarlos, redimensionar su importancia, mostrando así una tendencia a minimizar las dificultades y ser muy benévolo en sus apreciaciones sobre los problemas.

Viñeta Olvido

“Ya no recuerdo que pensaba...no lo se, me lo he olvidado” (Entrevista 1, línea 19).

Contraviñeta Minimización

“Le veo que esta nerviosa...y no tiene gana... antes pensaba cosas malas...cosas raras...pero ahora ya no...esto era antes...hace mucho tiempo...ahora ya no” (Entrevista 1, línea 15) .

Modalidades de Pensamiento (P).

Niveles de pensamiento y grado de discriminación o pérdida del principio de realidad (realidad, ficción, confusión). El hijo recurre a un lenguaje caracterizado por el uso de símbolos, sueños, metáforas, etc.; o utiliza un lenguaje mas concreto, menos estructurado.

Utiliza pensamiento simbólico o concreto hasta un momento que parece perder el sentido de realidad o distanciarse de el, llegando incluso, en ocasiones, a estados que parecen de extrema confusión (entre realidad y fantasía, lo real y lo fantasioso, lo vivido y lo imaginado, principio de realidad / principio de placer) o en cambio su relato se mantiene adherido a la realidad (sentido de realidad).

1. Sentido de la realidad. Equilibrio realidad/fantasía.

El sujeto mantiene un buen contacto y equilibrio con la realidad, distinción entre lo que es real, realidad externa, y lo que es fantaseado o pertinente a su mundo interno. O sea, el sujeto mantiene un buen equilibrio y es capaz de distinguir entre la realidad externa y la que es producida por su mundo interno. Muestra una buena secuencialidad temporal, argumentación en el relato de los hechos y contacto con la realidad. Describe y explica bien la situación, mostrando por ejemplo tener claro el problema o los hechos, da una descripción realista del progenitor y de su situación, el empeoramiento de su enfermedad o estado de salud, o dificultades personales. Es capaz de explicar bien lo que le pasa internamente,

distingue bien la realidad y es capaz de conectarla con su mundo interno. Relato claro y adherente a la realidad, con buena secuencialidad.

“Cuando era pequeño vivíamos en la misma casa, mi madre, mis abuelos, mi tía y yo. Después mi tía se independizó con su pareja. Y después mi madre y yo estuvimos también viviendo en otro sitio durante un tiempo, o sea vivíamos con una compañera suya y después cuando se cambiaron de trabajo pues nos tuvimos que venir otra vez a casa de los abuelos” (Entrevista 3, línea 34).

“Antes cuando estaba mi abuela e iba mejor, porque el dinero que le pasaban a mi abuela hacía que todo fuera mejor, entonces antes salía a más sitios, salía con gente, con amigos de otros sitios porque vivían más lejos e iba mucho a A.T. porque allí se junta mucha gente y muchos colegas” (Entrevista 3, línea 48).

“Todos se conocen entre ellos menos yo...yo quería ir al de aquí donde han ido mis amigos del cole...yo iba aquí a S.P. y prácticamente todos mis amigos han ido juntos al instituto de aquí...menos yo” (Entrevista 1, línea 32).

2. Predominio del pensamiento fantástico. Ficción.

Utiliza formas de pensamiento mágico, fantástico, onírico, símbolos, metáforas, sueños, historias de fantasía, etc. A veces lo hace de forma masiva y parece instalarse en la dimensión de la ficción.

El relato evoca una sensación de credibilidad, verosimilitud o plausibilidad, aunque corre el riesgo de perder la línea/frontera con la realidad.

“Por ejemplo, si el joven siente algún dolor o amor o sentimiento hace que el personaje lo viva (Entrevista 2, línea 93).

“Fue dejar de ir y empezar a tener sueños en los que iba pero no como un compañero mas sino como si me colara en las clases ...o como si me digieran puedes hacer este examen pero no hace falta que lo hagas, tu tienes un trabajo.. eran sueños muy raros!” (Entrevista 2, línea 72).

3. Pensamiento concreto. Confusión (realidad / fantasía).

Utilización de un lenguaje y pensamiento mas concreto, en la dirección de un funcionamiento psicótico. Incapacidad para formar ideas abstractas, falta o incapacidad de crear asociaciones. Confusión entre realidad y fantasía, mundo externo y interno. El lenguaje de ficción cuando es usado de forma masiva parece generar estados de extrema confusión entre realidad y fantasía. Uso de ecuaciones simbólicas (Segal, 1957) debido a una

incapacidad de distinguir el símbolo de los objetos concretos (el símbolo coincide con el objeto concreto que debería representar). Falta y incapacidad de utilizar metáforas y abstracciones. Confusiones y pérdida de los confines entre si mismo y el otro. Dificultad de integración del pensamiento.

“ Le diría sol, no flor” (Entrevista 4, línea 6).

“Es que hago una gatita me parezco igual a las gatas. Soy de color marrón” (Entrevista 4, línea 54).

“Si, eso si! me cuesta pasar delante de los chicos...grupos de chicos de mi edad porque siento que me miran y hablan de mi cuando me voy. De como voy vestida, de como soy...y me da vergüenza....intento no pasar...dar otra vuelta o sino paso rápido, corriendo” (Entrevista 1, línea 65).

Responde a la pregunta con un aspecto concreto relativo a la persona o concepto acerca de la que se esta preguntando, pero no del todo conforme a la pregunta que se le hace.

Ej. al hijo se le pregunta sobre una persona de referencia y el contesta con un detalle y no sobre lo que se le pregunta realmente (tiene moño, es alta etc.) .

E: “(...) como su forma de ser ¿cómo es contigo?”

H: “un poco alta” (Entrevista 4, línea 10).

Es importante diferenciar la categoría Pensamiento Concreto (P3) de la categoría Pararespuesta u Olvido (R3): el Pensamiento Concreto hace referencia a un aspecto concreto pero que tiene pertinencia con el argumento (utiliza elementos concretos y parciales para contestar), no tan distante como en la Pararespuesta u olvido, en la cual al preguntar sobre la relación con la madre, por ej. el hijo contesta sobre el colegio (argumento totalmente distinto).

Viñeta Pensamiento Concreto

E: “Ah... y cómo es tu mami? Dime ¿que piensas de ella?...”

H: “Es un pelo rubio, la cara como tú la tienes y los pies blancos” (Entrevista 4, línea 8).

Contraviñeta Pararespuesta u Olvido:

E: “ ¿Qué tal la relación con tus padres?”

H: "Porque es que...estoy acostumbrada a ir al Cole, que son muchos días, oye, y tres días a la semana enteras. Y tengo ganas porque voy a hacer segundo. Me gusta ir al cole" (Entrevista 4, línea 2).

Manual de análisis y categorización de las Entrevistas de los Padres con Trastorno Mental Severo (EP).

Dimensión Relaciones parentales (RP).

En esta dimensión se contempla la relación con ambos padres (enfermo y no diagnosticado), el vínculo que establece con ellos y en particular con el progenitor enfermo, el papel que asume el hijo en el contexto familiar, las funciones parentales (aspectos de contención física y emocional, su atención por el hijo, etc.) según la perspectiva y la percepción de los padres.

La calidad de la relación con ambos padres, el desempeño de sus funciones y sus comportamientos con los hijos dentro del hogar familiar, representan un índice importante, ya que hijos que tienen peores relaciones con los padres presentan un mayor grado o riesgo de patología (Johnson, et al., 2001; Luthar, 2006; Ungar, 2004). Una mala relación con los padres, así como las alteraciones de los vínculos familiares (Artigue et al., 2004) son un importante factor de riesgo y vulnerabilidad (Marmorstein & Iacono, 2004), mientras que la estabilización de relaciones positivas y un vínculo seguro con los padres son un buen factor de protección y resiliencia. (Luthar, 2006; Ungar, 2004; Rutter, 1987).

La ausencia del padre o de la madre se considera también como posible indicador de riesgo (Stastny, 1984). A menudo es el padre sano quien se aleja de los hijos y la responsabilidad y el cuidado de ellos recae sobre el progenitor enfermo (Hearly & McGrath, 2000; Winnicott, 1960).

Subdimensiones de la dimensión RP:

Vivencia de la relación con el padre enfermo (REp).

Valoración subjetiva por parte de los padres del hijo y de su relación con el progenitor enfermo. De la identificación parcial (del objeto o partes del objeto) a total. Del objeto totalmente bueno (2) o malo (3), a la coexistencia de partes malas y buenas en el mismo objeto, bueno y malo, (1) como aspecto de desarrollo sano en el hijo y su proceso de maduración (Klein, 1952); una dificultad en la

integración de estos aspectos hace pensar en una fijación a etapas anteriores del desarrollo y en un funcionamiento potencialmente psicótico.

Problemas en la relación con el padre o madre enfermo, una mala relación entre el progenitor y el hijo son una variable muy significativa en relación a la patología (Blanqué et al., 2000) y un buen indicador o signo de alarma en los *screenings*. Diversos autores estudian los problemas de relación entre madre enferma e hijo, o padre enfermo e hijo, y convalidan esta perspectiva (Hammen & Brennan, 2003; Kurstjens & Wolke, 2001; Marmorstein, 2004).

1. Integrada.

El padre, en la descripción de su hijo y de la relación con él, puede integrar aspectos positivos y negativos (pueden discutir aunque se quieren, o llevarse bien pero pelear), estos aspectos positivos o negativos pueden aparecer en la misma frase a través de utilizar adverbios o conjunciones, (“y”, “pero”, “aunque”, etc.). Puede así dar una descripción de él o de la relación con él más equilibrada y estable sin necesidad de recurrir a idealizaciones o devaluaciones masivas haciendo pensar en una relación suficientemente buena (Winnicott, 1971) y en un vínculo bastante estable. Pudiendo así también integrar la imagen del niño del pasado con la actual.

“Ahora comienza a querer salir más, me pide que la deje más hora...pero bien...a mí esto no me gusta mucho...me preocupa lo que pueda pasar, le veo muy niña” (Entrevista 1, línea 28).

“A lo mejor yo que se, igual es carácter, o claro, que también ha crecido y yo pues, era el niño mimosín...que era un cielo!” (Entrevista 2, línea 21).

“Su Bondad ...es un niño muy bueno...un bueno confundido, pero muy bueno..que a veces parece como que no quiere, no se...que esta como...que no tiene...que es frío, pero no es frío ..no sí, es que él quiere dar...no se...pero es bueno, es buena persona ...sus principios son nobles...es buena gente...no haría daño así por...es noble” (Entrevista 2, línea 136).

“Es muy sensible por esto creo pasa de todo sino no aguantaría..pone esta cara de pasotismo para poder salir adelante”. (Entrevista 3, línea 207).

Ahora ya un poquito mejor...Este verano ha estado un poco así...tiene rachas. Yo ahora me tomo las cosas de manera diferente, antes me afectaban mucho las cosas. Ahora me enfado con ella en el momento y luego ya ha pasado. Antes no, antes me lo quedaba dentro y lo pasaba muy mal. (Entrevista 4, línea 12).

2. Positiva.

El progenitor afirma tener una buena relación con el hijo o lo describe con connotaciones positivas. Pero parece no poder poner en duda su relación, contemplando solo los aspectos buenos y resaltando solo los aspectos positivos (Idealización del objeto). Los malos si aparecen no pueden estar en la misma frase sino que en dos frases distintas mostrando una incapacidad de integrarlos. Funcionamiento escindido, poco integrado, necesidad de preservar el objeto (Segal, 2004). Idealización del niño del pasado.

“Es una niña de 12 años, que está muy bien, es muy maja. Nos llevamos muy bien. no me da ningún problema, es muy buena ella ” (Entrevista 1, línea 5).

“Lo que pasa es que claro entre los de mis padres, los amigos, el bulling...si era un niño feliz, si yo cuando iba con el, le llamaba y estaba sentado al lado de un abuelito y bla bla bla...era un niño feliz...era, le encantaba...súper....ai como se dice....comunicativo..con todo el mundo hablaba y ...socializaba. Era un amor” (Entrevista 2, línea 143).

“Pero es que yo siempre he estado por él, me ponía a jugar con él, y le llevaba al cine y al parque...cuando yo podía. O sea que esa falta de atención, por mi parte, no. (Entrevista 3, línea 35)”.

3. Negativa.

El progenitor afirma tener una relación difícil, distante o conflictiva con el hijo (mala, escasa, tensa y complicada, con muchas peleas, conflictos, incomprensiones) o que se ha complicado, lo describe con connotaciones negativas. El padre enfermo no colabora en los hábitos cotidianos y no puede organizarse para da atención a su hijo/a (vd. Artigue, 2013). Parece no poder integrar aspectos positivos y negativos del hijo resaltando o incidiendo sobre los aspectos negativos y de conflicto, tampoco puede integrar la imagen positiva del pasado con la negativa actual, resaltando los aspectos negativos (antes demasiado bueno-ahora muy malo, difícil etc.) y de difícil contención (progenitor expulsivo, en lugar de poder contener expulsa y proyecta). El hijo reclama las atenciones y cuidados del progenitor, de las que parece carecer. La relación parental empobrecida con dificultad por parte del progenitor de hacerse cargo del cuidado y de las necesidades del hijo (Artigue et al. 2004) y la relación conflictiva (Marmorstein & Iacono, 2004, Weintraub, 1987) son importantes factores de riesgo en el desarrollo de la patología.

“Nos peleamos mucho, se enfada, esta muy rebelde, y no puedo con el...Ayer vino mi hermano, por ejemplo, a ponerme el grifo de la lavadora y como yo estaba muy mal con el pie, pues dice, ‘A., pon

bien la lavadora' y yo en este momento estaba en la cocina que entre antes que el y ...me decía 'aparta!...pues, pues porque si no apartas...', sabe así un rampete y digo desde luego a mi no me hable así.. 'es que es verdad que estas en el medio' ...tiene estos picos, que no se que quiere...se que le fastidia mucho que le mande ...todo lo que le diga hace esto, le entra por esto (gesto)" (Entrevista 2, línea 3).

"No le veo bien. Ayer tuvimos una pelea porque le digo que no hace nada y él me dice que no hace nada porque no tiene ganas de hacer nada porque para mí él nunca hace nada bien. Yo le digo que no es así, lo que pasa es que si le digo una cosa como se tiene que hacer, no como a mí me gusta, sino como se tienen que hacer. (...) No es que no haga nada bien, es que no hace nada" (Entrevista 3, línea 2).

Relación Adhesiva (RADp).

Vivencia de una relación adhesiva entre la madre/padre enfermo y el hijo, no obstante hayan intentos de separación y de crear sus propios espacios, sin quedarse en una relación fusional. El hijo muestra intentos de separación aunque el progenitor muestre dificultades en aceptarlo o reconocerlo, aunque a veces verbalice lo contrario.

Relaciones adhesivas, muy enganchadas, simbióticas y fusionales con el progenitor pueden suponer alteraciones en el hijo o ser precursoras de manifestaciones patológicas en el hijo (Anthony, 1969, 1980; Van Loon, 2014; Vilorio & Gonzalez, 2016).

[Relación fusional- separación individuación; Relación Psicótica fusional]

1. Baja.

Según el padre el hijo es independiente, no pasan muchas horas juntos aunque estén en casa los dos, el hijo tiene sus propios espacios y actividades y hay otros adultos presentes en la relación cotidiana (padre no diagnosticado u otros familiares; no son solo el padre enfermo y el hijo). Presencia de un tercero en la relación (triangularidad de las relaciones). Separación individuación.

"es una chica muy cariñosa pero que es bastante independiente" (Entrevista 1, línea 11).

"ella tiene sus cosas...sus amigos, la escuela..." (Entrevista 1, línea 13).

2. Media.

Según el padre, padre e hijo pasan bastantes horas junto. Comenta que a veces el hijo intenta tener o reclama sus propios espacios. Padre, hijo o ambos ponen en discusión, en algunos

momentos, la relación dual mostrando intentos de separación – individuación. Deseo o Intento de introducir un tercero. El padre proyecta sobre el hijo partes de si mismo, no obstante pueda intuir que hay una diferencia entre ellos y que puedan ser sus dificultades las que proyecta sobre el hijo.

“Ara yo digo ‘ai A. vamos a ir aquí, allá’, y el ‘oi no mama contigo no’..y digo, ‘que te avergüenzas?’ Dice, no pero no puede ir un hijo y la madre” (Entrevista 2, línea 37).

“Está bastante apegada a mí, pero ahora ya se va soltando un poquito” (Entrevista 4, línea 16).

3. Alta.

El hijo vive solo con el progenitor enfermo, y según el progenitor, el hijo solo le tiene a él y al revés, el progenitor solo le tiene al hijo. Padre o madre enfermo e hijo pasan la mayor parte del tiempo juntos. Dificultades de separación (vd. en la escuela, dormir con los padres etc. vd Artigue (2013) niño enganchado, dificultad de separaciones padre-hijo), y en el proceso de individuación-separación, relaciones duales (progenitor e hijo unidos, los dos solos). Falta o dificultad en la terceridad.

Niño muy enganchado, pegado (vd. cama, escuela, etc.) relación fusional (“solo somos nosotras dos, solo le tengo a el”, etc.), (duerme o ha dormido mucho tiempo con los padres, dificultades de separación y de dejar el hijo en la escuela, con rencuentros muy emotivos). El progenitor proyecta partes de si mismo sobre el hijo sin ser conciente de ello.

“Ha sido la única vez que nos hemos separado por tanto tiempo...lo pase mal (silencio)” (Entrevista 1, línea 109).

“Uuuu... mas que enganchado! (Entrevista 2, línea 23)”.

“No se...es que...el nadie es simplemente nuestro mundo, él y yo..solo somos nosotros dos” (Entrevista 3, línea 199).

Rol de cuidador (RCp).

Preocupación por parte del hijo por la situación del padre enfermo o de otros familiares. El hijo, según el padre o la madre, puede apreciar la situación del progenitor enfermo sin que esto le afecte o invalide, pudiendo diferenciarse de él y de su situación, o por lo contrario asumes roles de cuidador del padre enfermo o de otros familiares, de forma clara y concreta, asumiendo funciones y responsabilidades de un adultos. Vivencia de tener que cuidar y proteger al padre enfermo u otros familiares (ej. abuelos). Diferentes autores alertan sobre la asunción del papel de cuidador del hijo y

la inversión de roles (Ainsworth, 1989; Dunn, 1993; Main & Solomon, 1986; Sameroff 2006). Cuando el niño se siente responsable del bienestar físico y psíquico de los padres, se produce una inversión de roles y el hijo cuida de los padres (Marrone, 2001).

1. Preocupación leve o ausente.

Según el padre enfermo el hijo no se preocupa o no esta demasiado pendiente de el y su situación. El progenitor dice que "el hace sus cosas", incluso puede llegar a recriminar que el hijo no le preste atención o ayuda suficientes y que le gustaría que estuviera más por él. No se preocupa o expresa una preocupación leve también a nivel de conductas.

“No noto que esté pendiente de mi o de mi situación” (Entrevista 1, línea 19).

“Entonces no se preocupó excesivamente... que va...pasotismos!” (Entrevista 2, línea 53).

“Para mi no se preocupa de nada...no se preocupa por mi, por mi situación ni por nada” (Entrevista 3, línea 191).

2. Preocupación moderada.

Según el padre enfermo el hijo se preocupa por el de forma moderada.

Le ayuda en algunas tareas de casa o en algún aspecto de su cuidado manteniendo sus propias actividades y espacios.

“En casa me ayuda bastante...hace su cama por ejemplo...y en todas las demás tareas...igual que los demás niños de su edad...pero también esta con sus cosas...juega bastante con el móvil cuando está en casa...a esos juegos con los que juegan los chicos ahora...pero tampoco pasa demasiado tiempo con ello (Silencio). (Entrevista 1, línea 22).

3. Preocupación fuerte. Asunción del papel de cuidador.

El padre comenta que el hijo organiza actividades para cuidar de él y animarle cuando lo ve triste, expresando una fuerte preocupación que se expresa también a nivel conductual.

El hijo ayuda al padre enfermo, intenta protegerle y no preocuparle, cuida de él e incluso de otros familiares (tiene la vivencia de tener que cuidar de ellos). Niño muy sensible, muy colaborador, pendiente de la medicación, niño muy bueno, que nunca le ha dado problemas. Según el padre el hijo se da cuenta que el padre no esta bien y se preocupa e incluso esto puede afectarle en su rendimiento (por ejemplo escolar).

Inversión de roles. El hijo tiene muy presente al padre enfermo, está pendiente de él y de lo que hace, intenta darle consejos, le habla como si fuese él el adulto, el mayor, asume el rol

de otro adulto con el padre enfermo. Hijo hipermaduro, se espera de él una mayor responsabilidad y madurez de la que realmente puede tener en relación a su edad. El progenitor se queja de que el hijo no le ayuda o no se preocupa por él pero de su relato se deduce o emerge totalmente lo contrario.

“Nunca me ha dado ninguna preocupación... es muy cariñosa... de pequeña incluso... los primeros años... siempre ha sido muy buena. Y conmigo lo típico, mamá te has tomado esto, has ido allí, te has acordado de la visita... pero nada más. Nunca me ha dado ninguna preocupación, es muy buena ella” (Entrevista 1, línea 24).

“Entonces, estas actitudes son las que digo, pero como puedes ser tan frío con tu madre?!... tu madre es tu compañera” (Entrevista 2, línea 18).

“Sí...sí...sí!...y seguramente que le preocupa!..yo soy fumadora y entonces él está siempre...” aii, te morirás, te morirás”... y digo, a ver si está haciendo uno de esto por si me muero...se preocupa mucho por esto, por mi salud!” (Entrevista 2, línea 31).

“Si tú fueras mi madre, y yo te hablara así, ¿cómo te sentirías?. Es que no es mi percepción, es la realidad, como dos más dos son cuatro” (Entrevista 3, línea 10).

“Sí, por ejemplo cuando me ve que estoy triste, se preocupa y me dice “mamá, no llores”. Sí que se preocupa. También es una niña muy sentimental” (Entrevista 4, línea 22).

Es importante diferenciar la Subdimensión “Rol de Cuidador” de la “Relación Adhesiva”. En el caso de la RAD se hace referencia al vínculo interno entre el hijo y el progenitor (enfermo), mientras en el caso del Rol de cuidador se registra y codifica la preocupación del hijo por el progenitor y los comportamientos concretos que el hijo pone en acto para cuidar de él.

Vivencia de la relación con el padre no diagnosticado (RNDp).

Valoración subjetiva por parte de los padres de la relación del hijo con el padre no diagnosticado. Una mala relación o la ausencia de la relación con el progenitor (padre y/o madre) sano (o no diagnosticado) es un importante factor en el desarrollo del hijo, en relación a la patología (Dodge 1990; Ramos et al., 2016; Vilorio & Gonzalez, 2016; Winnicott 1959).

La ausencia del padre o de la madre se considera también como posible indicador de riesgo (Stastny et al., 1984). En muchos casos el padre sano se aleja de los hijos dejando la

responsabilidad, custodia y cuidado de los hijos al padre enfermo (Hearly & McGrath, 2000; Winnicott, 1960).

1. Presente.

El hijo, según el/los padres, tiene una buena relación con el padre no diagnosticado. Que esta presente en la relación, es un buen referente, juega con el, comparten tiempo y actividades juntos. La relación y la descripción del padre no diagnosticado asumen connotaciones positivas.

“Bien, bien, además es muy empadrada” (Entrevista 4, línea 48).

“Sí, sí, cuando no trabaja, o tiene fiesta, sí. Él trabaja por cuadrante. Si trabaja el fin de semana, tiene días libres entre semana y si no trabaja el fin de semana, pues está con ella el fin de semana. le gusta estar con él, disfrutan juntos” (Entrevista 4, línea 52).

2. Distante.

El hijo, según el padre, tiene relación con el padre no diagnosticado pero le ve poco, no ha estado demasiado presente, viaja mucho, no tiene mucha relación con el.

“Bueno, en general bien. Lo que me dijo un día un profesor es que estaban muy encima de él, igual no sé, por la falta del padre. Le veía poco y estaba distante” (Entrevista 3, línea 118) .

3. Ausente o difícil.

El progenitor comenta que el hijo no sabe nada del padre no diagnosticado y que no tiene ninguna relación con él, o afirma que el hijo no tiene una buena relación con el padre no diagnosticado, y que ha tenido problemas con el debido a la interposición de terceras personas como la nueva pareja, la familia. La descripción del progenitor no diagnosticado o de la relación con el asumen connotaciones negativas.

“Mi pareja que estaba conmigo en la época del embarazo..me dejo poco después de dar a luz. Se fue y no se nada de el ni de su familia. Me separe de el, bueno nos dejo, cuando mi niña tenia menos de dos años” (Entrevista 1, línea 37).

“Entonces estaba...claro...mmm...su padre, a ratitos porque tampoco estaba mucho su padre y no se llevaba muy bien con el” (Entrevista 2, línea 25).

Contacto físico (CCp).

Aspecto de contención o falta de contención, a nivel físico, por parte de la madre/padre enfermo o de los padres en general. Desajuste de la intimidad y calidez del contacto. Relaciones parentales empobrecidas en la que los padres no se interesan por el hijo, no lo cogen o acarician, la falta de contacto y de contención pueden ser un importante factor de riesgo para el desarrollo de una patología en el hijo (Artigue, 2013; Bion 1955; Shevlin et al., 2008; Winnicott, 1971).

1. Presente y adecuado.

Presencia de contacto y contención a nivel físico. Buena sintonía y calidez del contacto por parte de los padres, importantes para un desarrollo sano (Winnicott 1971). Búsqueda de contacto por parte del hijo, sintonía madre hijo.

“Me dice ‘mami, te quiero’...y me abraza” (Entrevista 1, 89).

2. Intrusivo.

Contacto demasiado intenso, ha estado demasiado encima de el hijo, madre sobreprotectora o controladora. Padres vividos como intrusivos o invasivos por parte del hijo (no contenedores) pero en ausencia de agresividad o abuso. Contacto intrusivo o vivido como intrusivo por el hijo. El contacto es discontinuo, a veces buscado y otras veces rechazado porque es vivido como intrusivo (vd. miedo limites-fronteras).

“Es muy poco besucona, me dice ‘mama, es que a mí no me gustan los besos..no me beses’...” (Entrevista 4, línea 34).

3. Ausente o abusivo.

Falta de contención por parte de la madre o de los padres en general, notable a través de ausencia de contacto (no le cogen, acarician, miran, no se interesan por él, vd. Artigue 2013). Dificultad de colaborar en los hábitos cotidianos (vd. Holding, handling; Winnicott). Exceso de contacto evidente a través de la experiencia de comportamientos agresivos (ej. le pega).

La negligencia en atender las necesidades físicas además que emocionales en el niño así como el maltrato o abuso contribuyen a una serie de dificultades en los hijos y a la etiología de algunos trastornos (Beardslee et al. 2005; Hoefnagels, 2005; Johnson et al., 2006). Así mismo las conductas agresivas y hostiles (agresión y violencia) por parte de los padre pueden tener un grave impacto en los hijos (Caiozzo et al., 2018; Rutter, 1994).

*“Claro, pero porque yo le contesto también muy mal, le grito e incluso le he pegado alguna vez”
(Entrevista 3, línea 193).*

Dimensión: Enfermedad (E).

En esta dimensión se consideran las vivencias del hijo hacia la enfermedad del progenitor según los padres, su conocimiento y lo que esto implica en su desarrollo madurativo, en su autopercepción, en su autonomía e independencia (Cassel & Coleman 1998; Dunn, 1993; Fonagy & Target 1996; Oyserman et al., 2000; Procaccia 2005; Reder et al., 2003).

Subdimensiones de la dimensión E:

Vivencia del hijo hacia la enfermedad del padre enfermo (VEp).

Conocimiento de la enfermedad por parte del hijo según los padres. Preguntas sobre como han tratado los padres con los hijos la enfermedad del progenitor. Los padres han explicado a los hijos la enfermedad y los eventuales ingresos del progenitor, pudiendo hablar abiertamente con el de ello o por lo contrario no le han explicado nada haciendo una negación o disociación a nivel familiar que imposibilita la elaboración del problema por parte del hijo y de su familia.

El conocimiento de la enfermedad mental del progenitor por parte del hijo es un importante factor de protección, para el niño y para toda la familia (Bourdier, 1972; Levobici et al., 1989; White et al., 1995). Hablar y explicar en la familia la enfermedad de los padres, permite al hijo integrarla mejor en su mente y representa un importante aspecto de maduración e individuación (Beardslee et al. 1998; Cárdenas et al., 2015; Caton, 1999; Cicchetti et al. 2000; Devlin & O'Brien, 1999; Foch-Birkerts & Beardslee, 2000; Yamamoto & Keogh, 2018). Por lo contrario el hecho de no explicar nada o dar explicaciones deformadas conlleva a una negación, disociación o minimización que impedirá cualquier posibilidad de elaboración por parte del niño y de su familia, con la consecuente aparición o mantenimiento de estados de confusión, miedos, fantasías y sentimientos de culpa en relación a la enfermedad en los hijos (Cobo Medina, 1983; Dunn, 1993; Huntsman, 2008; Keskinen, 2015; Reedtz et al., 2018).

1. Conoce la enfermedad del padre.

Según el progenitor, el hijo conoce la real enfermedad del padre o madre y sabe que es lo que le pasa. Los padres le han hablado abiertamente y le han explicado cual es la

enfermedad del progenitor, (enfermedad, signos, comportamientos, ingresos). Permiten expresar las fantasías del hijo al respecto para poderlas entender, contener y elaborar (aspecto de resiliencia).

2. Percibe lo que le pasa al padre enfermo aunque no conoce la enfermedad.

Según los padres, el hijo sabe que el progenitor se visita en el centro (CSMA) aunque no sabe exactamente el motivo o la naturaleza exacta de la enfermedad. Según el progenitor, el hijo intuye lo que le pasa al padre enfermo aunque no le han hablado abiertamente de la enfermedad (alguna vez le han explicado algo aunque no exactamente la enfermedad). No sabe identificar la real enfermedad mental pero se da cuenta de lo que le pasa al padre enfermo pudiendo de alguna manera o en alguna circunstancia verbalizarlo o reconocer los aspectos sobre todo depresivos.

“Bueno, supongo que sí, que tiene conocimiento que hay un problema. Yo a veces le he dicho: “no hagas preocupar a mamá, que tú ya sabes que no va bien”. Bueno, tampoco se lo digo mucho” (Entrevista 4, línea 24).

3. Negación, Escisión o Minimización de la enfermedad.

Según el progenitor, el hijo no conoce la enfermedad del padre, nunca le han hablado de ello. Los padres no han hablado abiertamente con el hijo acerca de la enfermedad y no le han explicado que le pasa al progenitor. Le han dicho alguna cosa pero no lo que le pasaba o nunca han hablado de ello. Aparecen fantasías en el hijo que no han podido ser expresadas, contenidas y entendidas. Según el padre/madre el hijo piensa que lo que le pasa al padre enfermo es que esta nervioso, tiene algún problema físico, dolencia o piensa que su situación sea debida a la pérdida de algún familiar o ser querido, o el progenitor mismo da estas explicaciones contingentes a su enfermedad.

“No nunca hemos hablado de ello...pero me ve nerviosa y supongo que piense que será esto..piensa que estoy nerviosa pero nada mas..no sabe de mi enfermedad” (Entrevista 1, línea 111).

“No me dice cómo estás mama, no, no me dice así nada...no se preocupa...en realidad para mi no se preocupa de nada...nunca me ha preguntado que me pasa” (Entrevista 3, línea 40).

Influencia de la enfermedad del padre sobre el hijo (IEp).

Identificación o des-identificación con la enfermedad o la imagen del padre enfermo. El progenitor enfermo diferencia su situación de la situación y estado de salud del hijo o por lo

contrario su enfermedad influye en la imagen del hijo, llevando a identificarse o des-identificarse con aspectos de la enfermedad.

1. Se distancia de la situación, aspectos de la enfermedad o imagen del padre enfermo.

El progenitor piensa que el hijo esta bien, es él que esta mal. Según el progenitor el hijo es sano, normal y diferencia la situación e imagen del hijo de la suya propia. Se define a él de una forma y al hijo como muy distinto.

“Ella está muy bien...está sana. Soy yo la que está mal...que tiene problemas” (Entrevista 1, línea 6).

2. Se identifica en algunos aspectos de la enfermedad.

El progenitor piensa que el hijo esta bien aunque a veces o últimamente hay unas actitudes que le recuerdan su enfermedad o que tiene miedo que estén relacionadas con ella. El progenitor teme que algunas actitudes o comportamientos del hijo estén relacionados con su enfermedad o con sus comportamientos.

“Últimamente esta un poco nerviosa...agitada...pero supongo que es porque me ve a mi así... y entonces ella también” (Entrevista 1, línea 10).

3. Se identifica con los aspectos de la enfermedad y con el padre enfermo.

Identificación con la enfermedad por parte del hijo, según el progenitor. Según el progenitor el hijo esta mal, tiene miedo que también tenga un trastorno o enfermedad, está como él. Describe a él y a su hijo como iguales (utiliza el plural a veces en las descripciones de él y del hijo, englobando el hijo en la situación personal que esta describiendo y al revés).

“Cuando él me ha empezado a decir ‘no, pues a mi me pasa esto’...yo ‘uy noo’ ...digo, a ver si tantos de oírlo también se le ha pegado.!” (Entrevista 2, línea 50).

Dimensión : Escuela, Instituto (I).

Un buen rendimiento escolar, capacidad intelectuales altas, habilidades cognitivas, la ausencia de cambios de domicilio o colegio (sobretudo durante crisis de los padres) son importantes factores de protección (Jiménez & Aldana, 1991; Rutter 1987, 1999).

El rendimiento escolar, las experiencias satisfactorias en la escuela o instituto, pueden reforzar una conducta prosocial, incrementar las redes sociales influyendo en la autoestima, sentimientos de eficacia, y otras competencias personales y sociales del menor, proporcionando contextos que faciliten las relaciones externas al ámbito familiar (OMS, 2005; Rutter, 1987; White et al., 1995). El fracaso escolar y la desmoralización infantil son importantes factores de riesgo; un bajo rendimiento escolar representa una aproximación a posibles dificultades psicológicas y un dato significativo a tener presente en el estudio del desarrollo de los niños, y como posible indicador en la detección de patologías en hijos de pacientes graves (OMS 2005; Singer et. al. 2000).

Subdimensiones de la dimensión I:

Satisfacción Escolar (SIp)

Según los padres, como va el hijo en la escuela o instituto tanto en referencia a momento actual que en el pasado. El progenitor comenta si el hijo va a la escuela, si le gusta o no, si le cuesta o ha dejado los estudios.

1. Le gusta ir.

El hijo va con gana a la escuela, le gusta ir, tiene gana de ir mostrando una buena motivación.

“Le gusta mucho ir a la escuela” (Entrevista 1, línea 14).

“A ella la gusta ir al colegio” (Entrevista 4, línea 141).

2. Le cuesta, no le gusta ir.

El padre o madre comenta que el hijo falta mucho a la escuela, o faltaba, que no le gusta, le cuesta, mostrando una baja motivación. No le gusta ir al actual instituto o no le gusta ir a clase.

“Ella llevaba aquí toda la vida, en el mismo colegio y le cuesta... y no está a gusto” (Entrevista 1, línea 59).

“A ver que a la escuela iba...no encantado, pero bueno iba haciendo...” (Entrevista 2, línea 105).

3. Ha dejado los estudios.

El padre comenta que el hijo ha dejado los estudios por diferentes motivos entre los cuales está la dificultad en las relaciones (profesores, compañeros etc.), dificultad en los estudios, o otros.

“No, no está estudiando, lo ha dejado” (Entrevista 3, línea 110).

Rendimiento escolar (RIp) .

Desde la perspectiva de los padres se estudia como va el hijo en los estudios, teniendo en cuenta que un buen rendimiento escolar es un importante aspecto de resiliencia.

1. Bueno.

Según el progenitor el hijo tiene un buen rendimiento escolar, va bien, tiene buenas notas, se le da bien alguna o tal asignatura. Le gusta estudiar, no le cuesta, le resulta fácil.

“Va bien...ahora esta en primera de Eso...la verdad es que nunca ha tenido problemas en los estudios hasta ahora...nunca ha repetido curso...es buena...su rendimiento es en la norma...a parte ingles y gimnasia donde tiene muy buenas notas...le gustan mucho...y me imagino que por eso saca mejores notas en estas dos asignaturas...” (Entrevista 1, línea 55).

2. Suficiente.

Según el progenitor el hijo tiene un rendimiento escolar suficiente. Comenta que el hijo va justito, bien pero con algún altibajo, algunas notas le cuestan pero bien. Ahora ha mejorado aunque le cuesta o necesita ayuda para las tareas (un tutor, alguna ayuda especial).

“Del curso pasado, por ejemplo, a este curso, he notado mucho cambio, incluso en los estudios y todo. A ver, va flojito, y a parte de que le cuesta, hay que tener en cuenta que es la pequeña de la clase porque es de Diciembre... Hay que estar muy encima de ella. También allí tiene una profesora de soporte, le van haciendo clases particulares” (Entrevista 4, línea 3).

3. Bajo.

Según el progenitor el rendimiento escolar del hijo es bajo. Va o iba mal, por debajo de la media, suspendía, o ha repetido curso. Relata las asignaturas en que va mal o que no se le dan bien o en las que tiene mas dificultades. Le cuesta estudiar, no le gusta, ha perdido las ganas, la emoción, no le apetece seguir estudiando. No se aplica. Muestra dificultades de

atención y concentración (por ejemplo, le cuesta estar sentado y estudiar o hacer los deberes).

“Lo que pasa es que luego repitió en primero (de primaria) y ahí yo no habría tenido que consentirlo...me deje convencer...Entonces allí es cuando cambio de grupo y entonces allí fue cuando empezaron a hacerle bulling. Repitió porque me dijo la profesora que no leía bien, que mejor que tal que cual y yo hubiera tenido que decir que no. Le dije, bueno, pues si es mejor para el, pero claro no vi las consecuencias..cambias de grupo...un crío que esta desde p3..a veces no es buenos...porque empiezas de nuevo con un grupo que ya se ha hecho y encima son, algunos, un pocos mas pequeños, o no..pero empezaron no el primer año...pero ya con 7, 8 se lo hicieron pasar mal” (Entrevista 2, línea 97).

“Pues las matemáticas se le daban fatal, tecnología creo que también. El caso es que no podía aprobarlo, el caso es que no conseguía aprobar” (Entrevista 3, línea 144).

Cambio de instituto (CIp).

El hijo ha tenido cambios de institutos fuera del habitual cambio de primaria a secundaria (dos o más) por diferentes motivos. Los cambios de escuela (suspendía, no les gustaba la escuela o tenía problemas de relación) pueden hacer pensar en la dificultad de pensar y elaborar estos conflictos internamente y por lo tanto llevan a la familia a actuar con cambios externos, proyectando las dificultades de los padres y de los hijos en el ámbito escolar (Blanqué et al., 2000).

1. No han habidos cambios de institutos.

No han habidos cambios fuera del normal cambio de primaria a secundaria.

2. (Si por) Cambio de domicilio.

Cambio de instituto debido a un cambio de domicilio, que a veces no resulta del todo satisfactorio para el hijo.

“Creo también porque nos hemos mudado de barrio y ahora la he cambiado de instituto...desde Septiembre...” (Entrevista 1, línea 59).

3. (Si por) Problemas de relación (bulling, aislamiento,...), no le gustaba la escuela, suspendía.

Relata problemas de relaciones con los compañeros y/o la maestra por parte del hijo que han llevado a que le cambiaran de instituto. El padre comenta unos cambios de institutos debido a que no le gustaba la escuela donde iba o porque ha suspendido algún curso.

“No denuncié al colegio porque fui tonta, pero lo hable....fue en la primaria hasta que yo decía, no te preocupes que en el instituto cambian, son mas mayores y tal..otra vez... bullying...En instituto lo tuve que cambiar...allí sí que denuncié” (Entrevista 2, línea 99).

Dimensión: Relaciones Sociales (RS).

Relaciones externas al núcleo familiar estricto (padres). Están incluidas en esta dimensión la relaciones del niño con contextos externos al núcleo familiar estricto: abuelos, tíos, pero también tutor, entrenadores e iguales. Relaciones que permiten encontrar figuras sustitutivas de identificación, apoyo, soporte, tejer relaciones de amistad, desarrolla buenas redes sociales y conductas prosociales, que son importantes indicadores en el desarrollo y factores de protección (Beardslee & Podorefsky, 1988; Duncan & Reader, 2003; Dunn, 1993; Fonagy & Target 1996; Kauffman et al., 1979; OMS, 2005; Procaccia 2005; Rutter, 1985;).

Por lo contrario, la falta o escasez de relaciones, la ausencia de figuras de apoyo sustitutivas, la soledad, dificultad social, representan importantes factores de riesgo a tener en cuenta en el diagnóstico y los *screenings* preventivos (OMS, 2005; Rutter, 1984). En los hijos de pacientes con enfermedad mental se comprueba una mayor sensibilidad en las conductas de autonomía y una tendencia al aislamiento. Ambos aspectos podrían estar relacionados con la hipersensibilidad de estos niños que los hace mas vulnerables al estrés interpersonal; en estos casos el aislamiento podría comprenderse como una estrategia defensiva frente al mismo (Goodman, 1984, 1990).

Subdimensiones de la Dimensión RS:

Relación significativa del hijo con otro referente adulto, fuera del núcleo familiar estricto. (ORp).

Presencia de otras figuras de referencia adultas. Buenas relaciones investidas fuera del núcleo familiar estricto (padre, madre), que ayuda al niño a encontrar figuras de identificación sanas (aspecto de resiliencia).

Una buena relación investida fuera del núcleo familiar ayuda al hijo de padres con enfermedad mental a encontrar figuras de identificación mas sanas y es un importante factor de protección. Figuras como entrenadores, profesores, tutores, externas al contexto familiar, son importantes

figuras de referencia y soporte, equilibrio y estabilidad frente a una situación familiar caótica y bizarra. También pueden ser significativos tíos, abuelos o hermanos dentro del contexto familiar extenso y por tanto de alguna forma ligados a la historia familiar, que incluso a menudo viven con ellos, familias alargadas o extensas (Bourdier, 1972; Dunn, 1993; Luthar, 2006; Masten, 2001; Riches et al., 2018).

1. Referente externo.

Experimentación de una buena relación con otra persona adulta externa al ámbito familiar, Según los padres el hijo tiene o ha tenido una buena relación con algún profesor, tutor, entrenador.

“Pero cogió el último año en científico, porque había tenido un profesor de biología que le encantaba... le gustaba mucho y el profesor que la hacía, se llevaba muy bien entonces estaba con lo de la biología... pero cuando vio que la biología había que estudiar...ya no me gusta tanto...y el artístico, como siempre le ha gustado dibujar, dijo, si hago un bachillerato artístico...pero este le motivo, le motivo mucho” (Entrevista 2, línea 107).

2. Referente interno.

Experimentación de una buena relación con otra persona adulta dentro del ámbito familiar extenso. Según los padres el hijo tiene una buena relación con algún otro miembro de la familia: Tías, tíos, abuela, abuelos, hermanos.

“Los abuelos, y su tía, mi hermana. Mi hermana la adora. Le gusta mucho estar con ella. Con mi hermano” (Entrevista 4, línea 44).

3. Ausencia de otro referente adulto.

Falta de referente interno o de otro referente fuera del núcleo familiar estricto.

El progenitor afirma que son solo ellos dos (él y el hijo) y que tienen o han tenido una mala o escasa relación con otras personas adultas dentro o fuera del ámbito familiar. Mala o escasa relación por parte del hijo con otros familiares (ej. tíos) o con profesores y otros adultos externos al ámbito familiar estricto.

“Se queja a veces de que no le quiero...O eso o la familia porque le haya dicho con respecto que no le dejan en paz” (Entrevista 3, línea 199) .

Relación con los compañeros de clase (Cp).

Relaciones interpersonales en la escuela con los compañeros. El contexto escolar puede proporcionar y facilitar las relaciones sociales, ayudando al niño o joven a interactuar con sus iguales. La interacción con los compañeros representa un mecanismo social útil en la adquisición y desarrollo de habilidades sociales, como la superación del egocentrismo, el control de la agresividad, la adaptación a las normas, el rendimiento escolar. La etapa inicial (vd. Relaciones familiares, primeros vínculos) tiene una influencia decisiva en el desarrollo de las relaciones posteriores, los niños muestran una gran sensibilidad en la intervención de sus iguales, buscando sobretodo ser aceptados, por eso el rechazo sistemático puede generar aislamiento social con consecuencias muy negativas en el desarrollo social y emocional del sujeto (Criss et al., 2002; Hay, et al. 2004; Mayer et al., 1999; Woodward & Fergusson, 2000; Cfr. Ortega & Del Rey, 2003) .

1. Buena.

Según los padres, el hijo tiene una buena relación con los compañeros, se lleva bien con ellos, juega con ellos. Tiene capacidad de tejer buenas relaciones en el contexto escolar, tanto con los compañeros como con los profesores.

“Bien. Con la profesora muy bien, bueno, con todas las profesoras que ha tenido y con los compañeros también” (Entrevista 4, línea 125).

2. Con alguna dificultad.

Relaciones inestables y no continuadas. Distanciamiento de la relación, le cuesta verles o tener relación con ellos debido a factores externos, por ejemplo un cambio de instituto o que están lejos; le cuesta pero se lleva bien, y tiene gana de verlos.

“...Añora mucho a sus compañeros y profes de aquí...cuando viene y les ve, se echa a llorar...se llevaba muy bien”(Entrevista 1, línea 61).

“Bueno ahora no tan bien...pero bueno” (Entrevista 1, línea 64).

3. Mala o ausente.

El progenitor relata dificultades importantes en la relaciones con los compañeros y/o profesores en el contexto escolar. No se relaciona, tiene o tenía problemas en la relación, peleas, disputas, conflictos con los compañeros. Bulling, le aíslan o se aislaba. No juega con ellos o ellos no querían jugar con él.

“Y recuerdo que había un ventanal y cuando me iba, yo veía a los demás niños que iban corriendo hacia la profesora y mi hijo se iba a jugar solo” (Entrevista 3, línea 154).

Relaciones de amistad (Ap).

Relaciones interpersonales de amistad también fuera del colegio. El hijo, según los padres, tiene mayor o menor facilidad para relacionarse con los compañeros fuera del ámbito escolar y para establecer relaciones de amistad en el ámbito extraescolar.

Capacidad del niño de instaurar unas relaciones sociales y de amistad con otros niños de su edad o similares, externos al contexto escolar y familiar (aspectos importantes de resiliencia).

1. Facilidad en las relaciones.

Puede socializar, tiene amigos que no son del colegio o que ve fuera de escuela, los ve con frecuencia, y fuera de la escuela. Posee un círculo amplio de amistades que indica la presencia y capacidad por parte del hijo de tejer relaciones de amistad.

Tiene un círculo de amistades con los que salir, relacionarse. Juega y se relaciona con otros niños, chicos de su edad, hace actividades extraescolares.

Es sociable, tiene muchos amigos, es apreciado por ellos, activo y colaborador en diferentes actividades.

“Tiene muchos amigos... una o dos veces a la semana queda con ellos por la tarde” (Entrevista 5, línea 80).

2. Inestabilidad en las relaciones.

Los padres relatan unas dificultades por parte del hijo en la constancia de las interrelaciones con los amigos, y en tejer relaciones estables y duraderas. Se presentaron eventos externos puntuales que han llevado a perder amistades o relaciones con grupos de iguales, no obstante sigue teniendo buena disposición para las relaciones sociales. Ha tenido épocas de más interacción y relaciones sociales alternadas con otras épocas de mayor aislamiento. No obstante la presencia de etapas de mayor satisfacción se encuentran índices que hacen pensar en una disminución de la conducta prosocial. Timidez, dificultad para iniciar las relaciones, aunque una vez que se da a conocer es capaz de integrarse y mantener buenas relaciones.

“Es muy tímida... pero se lleva bien con todos...tiene sus amigos y sus cosas” (Entrevista 1, línea 18).

“No, con nosotros no, nunca lo ha sido. Pero con la gente de fuera, sí. Le cuesta, le cuesta. Con los que conoce ya no tanto, al principio se queda parada pero luego se suelta (Entrevista 4, línea 33).

3. Dificultad o Ausencia de relaciones.

Dificultad en establecer y mantener las relaciones. El hijo tiene tendencia al aislamiento, apenas tiene amigos y practica poca o ninguna actividad que requiera relación social. Ha padecido episodios de bullying o ha sido víctima de comportamientos agresivos por parte de los pares, externos al ámbito escolar. Dificultades de relación, peleas, etc.

Los padres comentan que el hijo se queda aislado, tiende a aislarse y jugar o quedarse solo, le cuesta relacionarse con otros chicos de su edad, no encaja, ha ido perdiendo las amistades. Se ha retirado en casa. Describen unas relaciones no satisfactorias con amigos, un grupo de amigo reducido y dificultades de relación. Dificultades o falta de empatía.

“Hombre me preocupa ahora esto, a ver lo que tiene últimamente...me preocupa, porque claro no es lo mismo que sea una cosa o otra... Ha estado muy metido en casa...por circunstancias, porque no tenía amigos” (Entrevista 2, línea 131).

“No tiene problema en relacionarse. El problema está en que la otra persona, le acepte o no le acepte y sea normal, el problema es que esa persona se sienta superior a mi hijo por los gustos de mi hijo...A veces se burlan de él” (Entrevista 3, línea 161).

Dimensión: Alteraciones de la percepción y del contenido del pensamiento (AP).

Subdimensiones de la dimensión AP:

Voces (Vp).

Opinión y conocimiento por parte de los padres de la presencia mayor o menor de episodios de alucinaciones auditivas por parte del hijo. Voces, pensamientos raros, ruidos en su cabeza (dentro de él). El progenitor afirma que el hijo le ha comentado haber escuchado murmullos en su cabeza, ruidos, voces o haber tenido pensamientos raros que no provenían de él o de un estímulo externo real. Dato importante y suficiente aunque haya sido una sola vez. (Bartels-Velthuis et al., 2010; Jenner, 2013).

1. No.

No, nunca, para nada, etc.

“no, no” (Entrevista 5, línea 91).

2. Algún episodio.

Los padres relatan episodios puntuales en los que el hijo ha comentado tener alucinaciones auditivas. Hace mucho, una vez, cuando era pequeño, una época puntal. Habla de voces o pensamientos raros refiriéndose a un momento puntual o a un tiempo pasado. En algunos casos incluso en concomitancia de alteración de la percepción visual.

“Bueno, a los 8 años me dijo que sentía pisotadas cuando dormía, como pisotadas, tacones...me despertaba por la noche y me decía que estaban allí..pero nadie las oía solo ella... Yo la dije que como no me lo había dicho antes... ella me dijo que no sabía..le daba vergüenza...pero ha sido solo un par de veces y nunca más..luego no me volvió a decir nada supongo que ya dejó de oírlas...yo tampoco he vuelto a preguntar” (Entrevista 1, línea 93).

“A los tres años sí que me dijo que oía unas voces... pero estuvo solo una temporada con esto...le duró..no se...unos días...algo así...muy puntual....luego empezó a dormir conmigo y se le fue claro...ya no hubo más de esto pero...decía, - es que me hablan, es que me dicen, es que me chillan - ... y no se que...y yo digo, ai nen!” (Entrevista 2, línea 141).

“Una vez sí que le pasó, pero creo que estaba muy nervioso..pero solo esta vez” (Entrevista 3, línea 180).

“Sí, sí decía que oía su voz..que le hablaba...y le aparecía...tenía esta voz en su cabeza” (Entrevista 4, línea 104).

3. Recurrentes.

Le ha pasado varias veces, en la actualidad.

Ideas autoreferenciales (IAp).

Según los padres, el hijo ha comentado tener la sensación de que la gente le mira, habla de él (desde fuera). Ha sentido que le miran, le critican cuando va por la calle, cuando pasa delante de personas, o grupos, siente que murmuran, y piensa que hablan de él, le miran, le critican, se avergüenzan. (Henry et al., 2002).

1. No tiene.

No, nunca, no le ha pasado.

“No, eso no” (Entrevista 3, línea 182).

“No, no. En ese aspecto es normal, vaya, espero” (Entrevista 4, línea 172).

2. Si tiene pero intenta dar una explicación a estos pensamientos.

El progenitor comenta que el hijo ha tenido o tiene la sensación de que le miran, le critican, hablan de él pudiendo o intentando proporcionar una explicación a estos sucesos, relacionándolos con alguna situación o aspecto personal. Intento de interpretación de estos pensamientos, tentativas de relacionarlos, cuando pasa y porque por parte del progenitor y /o del hijo, mostrando una capacidad de poner en duda que se trate de algo real e intentando atribuir estas experiencias a alguna producción de su pensamiento.

“A veces le da vergüenza pasar por delante de coches y que la miren y me dice ‘mami, pasa tú primero que me da vergüenza que me miren’” (Entrevista 1, línea 96).

3. Si tiene pero no intenta dar ninguna explicación a lo que le pasa.

El progenitor comenta que al hijo cuando va por la calle le parece que alguna persona habla de él, le mira, le critica, sin intentar dar una explicación a estos sucesos. Cuando ve grupos de chicos o pares no puede acercarse. Cuando les ve tiene miedo, es como si estuvieran hablando de él. Le miran, hablan mal de él. No hay intentos de explicación a estos sucesos mostrando así una incapacidad de diferenciar entre mundo interno y realidad externa (producciones propias que se toman como reales y provenientes del exterior: pensamiento concreto).

Dimensión: Acontecimientos adversos (ATp).

Vivencia de hechos significativos o vividos como significativo por parte del hijo (en edad temprana). Los padres relatan la presencia de unos acontecimientos traumáticos o vividos como traumáticos por parte de ellos o del hijo, experiencias de pérdida y de separación. Pérdida de familiares cercanos, o figuras importantes. Separaciones de figuras de apego o significativas, separación en edad temprana de la madre, separación de los padres, muerte de un familiar o persona querida (ej. abuelo).

Sucesos adversos que ocurren tempranamente en la vida pueden causar vulnerabilidad o ser predictores de alto riesgo (Bendall, Jackson, Hullbert & McGorry, 2008; Brown & Sturgeon, 2005; Cross et al., 2018; Ehrensaft et al., 2017; Essex et al., 2002; La Roche 1989; Peh et al., 2019).

Entre los hechos significativos se contemplan:

- Separación de los padres, conflictos familiares, crisis de los padres, separación prolongada de la madre (por ingresos, por trabajo o otras dificultades por las que no podía hacerse cargo de la crianza que ha sido asumida por otra persona/familiar). Muerte o separación permanente de los padres antes de los 9 años (Artigue & Tizón, 2014).
- Enfermedades orgánicas (y o mentales) de un familiar.
- Muerte de un familiar o ser querido.
- Situaciones económicas adversas.
- Numerosos cambios de domicilio.

1. Ausencia de acontecimientos adversos.

No se registran acontecimientos adversos en la edad temprana del sujeto ni síntomas o indicios de vivencias significativamente traumáticas en la narración.

2. Acontecimientos aislados no particularmente significativos, de por si no particularmente traumáticos, o ya elaborados.

Presencia de algún acontecimiento puntual que ya ha podido ser elaborado e integrado en la historia de sujeto (o que según el padre no ha sido de particular importancia por el hijo). No se detiene solo en ello, no demostrando indicios de falta de elaboración o superación, ni de episodios de fuerte sufrimiento o impacto emocional por parte del sujeto o de su entorno familiar.

E: ¿Y con quien se quedó el niño durante estas operaciones?

P: "Con mi madre" (Entrevista 3, línea 15) .

3. Presencia de acontecimientos traumáticos.

El progenitor relata diferentes acontecimientos adversos vividos durante la infancia o la adolescencia del hijo, se detiene en la narración de un hecho indicando particular afectación, falta de integración, elaboración (duelos no elaborados) o fuertes sufrimientos e impacto emocional.

"También él ha vivido la muerte de muy cerca...con mis padres...se murieron en 10 meses los dos...entonces los tuvimos en casa y el era muy jovencito, tenia 10 años...9/10años...entonces eso nos marcó mucho a los dos...si, yo pienso que lo que me marcó a mi fue que me hizo engordar 30kg, que se me fuera la arregla con 45, ya no me volvió mas...y a el también" (Entrevista 2, línea 32).

“Si, al empezar el colegio, supongo que todo el cambio, y luego cuando se murió la abuela, fue a peor” (Entrevista 4, línea 99).

Dimensión: La esfera del yo y de sus capacidades de interacción (PP).

En esta dimensión se contempla como el padre ve, percibe y describe al hijo en relación a sus conductas, habilidades y motivaciones (Rutter, 1984).

Subdimensiones de la dimensión PP:

Aspiraciones (Mp).

Presencia mayor o menor, según los padres, de aspiraciones, expectativas, motivaciones para emprender proyectos futuros o inminentes, capacidad de planificación por parte del hijo.

1. Tiene motivación y aspiraciones.

Según el proegnitor el hijo tiene motivaciones, ambiciones y proyectos futuros y capacidad de llevarlos a cabo.

“La fuerza de voluntad que pone. En el colegio sobre todo. En casa no, le cuesta hacer las cosas. Solo es con los estudios. En casa, si le dices “recoge tu habitación” y dice “no”. Siempre con el no en la boca, pero bueno” (Entrevista 4, línea 158).

2. Motivación Fragmentada.

Según el progenitor el hijo deja todo lo que comienza, deja los proyectos a mitad, no puede acabar lo que empieza. Frustraciones o motivos que impiden realizar algún proyecto. Siempre deja todo lo que inicia (motivación fragmentada). El hijo es inconstante, tiene poca motivación.

“Si, es que yo ahora estaba agobiada porque no puedo trabajar, tengo 7 mil cosa y entonces yo claro...que quiere una madre para un hijo? Que estudie...como le fue mal el bachiller el dijo, lo dejo” (Entrevista 2, línea 177).

3. Ausencia de motivación, aspiraciones.

Según el progenitor, el hijo no tiene motivación, voluntad, o ningún proyecto futuro en la actualidad. No tiene ganas de hacer nada. Expresa estar preocupado para el futuro de su hijo

(¿que hará sin el? ¿podrá valerse por sí mismo?). El hijo no sabe que hacer, no se ve motivado a emprender algún proyecto, o encuentra muchas excusas para no emprenderlo.

“Veo que no hace nada y que hay pocas cosas que le hacen disfrutar” (Entrevista 3, línea 191) .

Nivel de activación (PHp).

Niveles de activación a nivel físico-emocional (arousal). Según los padres, el hijo es una persona nerviosa o por el contrario lo describen como una persona pasota, vaga, a la que no le afectan las cosas (ambos estados son quizás medidas defensivas hacia la angustia, la ansiedad, los problemas). Expresando también a nivel motor un estado de excitación o de bloqueo.

1. Niveles equilibrados de actividad.

Según el progenitor, el hijo muestra niveles equilibrados de actividad en los que alterna momentos de actividad, juego y estudio con momentos de reflexión. Empieza y termina una actividad.

2. Baja (activación).

Niño pasivo, regresivo (Blanqué et al., 2000)

El progenitor define al hijo como pasota, vago, apático, no le afectan las cosas, no se preocupa de y por nada, le da todo igual. Indiferencia, laxitud. Falta de energía y dificultad para hacer las cosas.

“A veces digo, pues con esta poca gana que tiene por trabajar ..que no se si es vagancia...que yo creo que si...aunque la gente dice que no...no, tu hijo esta como apático, tiene la voluntad enferma . Digo no, lo que tiene es vagancia que no veas” (Entrevista 2, línea 130).

3. Altos niveles de activación.

Niño movido (Artigue, 2013).

El progenitor define al hijo como nervioso, inquieto, con una necesidad constante de moverse, no parar quieto. mostrando un estado de excitación también a nivel conductual. Refiere momentos de alta activación en el presente o en el pasado. Desde los altos niveles de activación hasta la hiperactividad, o comportamientos hiperactivos.

“Sí, sí, cuando está de pie se tiene que estar moviendo. Es muy nervioso (Entrevista 3, línea 96).

“Cuando se pone nerviosa, a veces hasta ella misma, se provoca el vómito” (Entrevista 4, línea 179).

Agresividad (AGp).

Comportamientos agresivos o sublimación de comportamientos agresivos, rabia, enfado por parte del hijo. Los padres hablan de episodios o comportamientos relacionados con la agresividad y el enfado del hijo, muchas veces difíciles de reconocer o gestionar (pero al mismo tiempo es importante que puedan aparecer, ser reconocidos o no ser totalmente negados). A veces la agresividad, en los sujetos de alto riesgo (EMAR), está asociada a las alucinaciones auditivas, las temen pero no las comunican hasta pasado un largo tiempo (Henry et al., 2002). Entre las patologías de los hijos de padres con enfermedad mental se detectan conductas agresivas y antisociales (Singer et al. 2000).

Acciones o expresiones verbales de enfado: Arañar, matar, morder, pegar, cortar, cabrearse, tener rabietas.

1. Agresividad contenida.

Agresividad contenida. Presente pero suficientemente contenida. Actos de rebelión típicos de la adolescencia y de la preadolescencia.

“Como una niña normal..es una niña normal...sana...que haces las cosas de los otros niños de su edad... alguna rabieta de vez en cuando pero es normal” (Entrevista 1, línea 21).

“Conmigo en cambio últimamente esta sacando un poco de carácter antes no pero últimamente esta un poco nerviosa y conmigo se ha vuelto contestona. También en la escuela lo hace pero menos supongo... en casa hay mas confianza creo... es mas irritable últimamente ..alguna rabieta pero solamente de vez en cuando... luego se le pasa bastante rápidamente...lo solemos hablar” (Entrevista 1, línea 79).

2. Agresividad destructiva manejada en la fantasía.

Agresividad que se expresa a nivel de pensamiento sin ser actuada. Acciones o pensamientos agresivos o expresión de enfado que no llegan a ponerse en acto en la realidad o que se expresan solo a nivel verbal.

“Ayer, cuando mi hermano le mandó que moviera la lavadora y yo estaba que había entrado en este momento, el dice ‘pero sal! Porque sino como lo voy a hacer’ ...digo, ‘es que te sienta mal que te haya mandado’ ... ‘no, es que estas en el medio’ ... pero así con un tono....y digo, chico, digo..no es normal que me hables así a ratos...no siempre eh..pero que a veces me salta con unas...pues sal, no se que...digo, uii hijo mío” (Entrevista 2, línea 19).

3. Prevalencia de actos agresivos.

Agresividad actuada. Puesta en acto de la agresividad. Actuación de la agresividad sobre el pensamiento, mostrando una prevalencia de actos y o conductas agresivas.

Ej. enfado que se traduce en actuaciones violentas y o agresivas (pegar, pelearse, tirar las cosas, etc.).

“sí, aunque te hace enfadar mucho, porque es una cría que le gusta mucho pincharte, y hasta que no saltas, no para. Por ejemplo esta mañana ha tirado todos los juguetes por el suelo, pero lo tiró por tirarlo, y yo le he dicho que había que recogerlo y no había manera...Al final lo ha recogido pero hasta que no me ha visto a mí por las paredes... nos peleamos mucho” (Entrevista 4, línea 38).

Capacidad de Interacción (INp).

Capacidades de interacción personal y social por parte del hijo, según los padres y su relato. Sociabilidad y regulación emocional. Buenas capacidades de comunicación o sentimientos de inadecuación, por parte del hijo, teniendo en cuenta que las interacciones con los padres y cuidadores juegan un papel fundamental en la regulación emocional y sociabilidad del niño (Kagan, 2010; Karreman et al., 2008; Olson et al., 2005; Winnicott 1967). Niños criados en ambientes con estrés crónico, problemas de apego y ausencia de interacción pueden mostrar dificultades en el control y la regulación emocional, la tolerancia a la frustración y el autocontrol (Tyson, 2005).

1. Buena.

El hijo, según los padres y su relato, es empático, sensible, expresa emociones y sentimientos. Tiene buenas capacidades de comunicación.

Ej. “Hija sensible, empática”.

2. Con alguna dificultad.

Tendencia a la introversión, timidez, por parte del hijo, que tiene dificultades en la comunicación y en el expresar sus propios sentimientos y emociones.

Ej. “Hija tímida”.

“Es muy tímida... pero se lleva bien con todos...tiene sus amigos y sus cosas” (Entrevista 1, línea 18).

“Pues es muy cariñosa, un poco introvertida, bastante tímida, ahora ya se ha ido soltando un poquito pero era muy tímida” (Entrevista 4, línea 31).

3. Con muchas dificultades.

Capacidades de interacción personales y sociales altamente comprometidas. El hijo esta cerrado en sí mismo, distante. Introvertido, aislado, aparece cerrado en si mismo, no empático, distante, no expresa emociones o sentimientos. Retraído en sí mismo, expresa sentimientos de inadecuación con respecto a las relaciones. Muy pasivo en las relaciones o con grandes lagunas en la capacidad de interacción personal y en la comunicación (como por ej. interactúa sin tener en cuenta el interlocutor, como si hablara a si mismo). En la relación, falta de capacidad de ser asertivo, hipersensible, falta de empatía o bloqueo de los sentimientos.

Ej. “Hijo hermético”.

“Pero tampoco te cuenta lo que le pasa...es muy reservado y parece que le cueste hablar” (Entrevista 3, línea 201).

“Se aísla...pero yo creo que es porque es un niño muy sentido” (Entrevista 3, línea 203).

Niveles de integración (NIp).

Niveles de integración en referencia a las áreas del desarrollo de las distintas funciones del yo (cognitivo, conductual, afectivo, e imagen corporal) que en condiciones adecuadas tiende a integrarse en una unidad (Winnicott, 1962).

1. Coherencia y Equilibrio entre las diversas áreas del desarrollo.

Adecuación entre el desarrollo afectivo y las demás áreas del desarrollo (cognitivo, conductual e imagen corporal).

2. Con algún aspecto de fragilidad.

Funcionamiento integrado pero con algún aspecto de fragilidad que lleva a veces a comportamientos, actitudes o necesidades no adecuados o apropiados a la edad y a la etapa del desarrollo (ej. regresión o híper-responsabilidad).

“De hecho, la psicóloga que la llevaba en el ASPACE me dijo ‘tu hija no tiene ni ningún problema clínico. Esto le está costando en la evolución pero no quiere decir que sea para siempre. Igual algún día se destapa y va como los demás’. Incluso un neurólogo que la estuvo viendo allí también, me dijo que no tenía nada” (Entrevista 4, línea 75).

3. Incoherencia y desequilibrio entre las diversas áreas del desarrollo.

Incoherencia entre el desarrollo afectivo, cognitivo, y corporal, con la adopción de conductas o actitudes no adecuadas, apropiadas para su edad y sus necesidades emocionales, afectivas (sujetos regresivos o con rasgos extremadamente regresivos, o hiperresponsabilizados, hipermaduros). Falta de integración entre las diversas áreas y funciones del yo, por ejemplo no es capaz de defenderse, o hacer frente a la realidad, pone en acto mecanismos de defensa para poder defenderse de sus fragilidades, le cuesta evolucionar.

Problemas de la esfera cognitiva (por ej. memoria, atención), o esfera afectiva (ej. regresión, trastornos o desordenes del humor, vd. humor deprimido), o a integrar la propia imagen corporal (ej. se ve pequeño pero actúa como fuera mayor o al revés).

“Sí, es que además se oyen tantas cosas por ahí...y no me gusta..ahora empiezan a gustarle los chicos..pero tengo miedo que les mande el mensaje equivocado y que le pase algo..porque físicamente va como mas adelantada de su edad, ahora además viste como mas de adulta...o mas femenina quizás mas bien...pero de mente aun es una niña...es muy infantil y tengo miedo que se encuentre en alguna situación que no sepa gestionar...y que le pase algo...además que ahora se junta con gente mas grande de su edad y no se...ellos salen mas pero ella no tiene la edad...aunque quiere ser como ellos...y se enfada conmigo porque no le dejo salir” (Entrevista 1, línea 86).

“Me preocupa su incapacidad. De reflexionar las cosas, de responsabilizarse” (Entrevista 3, línea 166).

“Es muy sensible por esto creo pasa de todo sino no aguantaría..pone esta cara de pasotismo para poder salir adelante” (Entrevista 3, línea 204) .

Aficiones (AFp).

Los padres relatan aficiones e intereses por parte del hijo. La presencia de aficiones y actividades recreativas ayudan al bienestar y al desarrollo personal del hijo y es un aspecto importante también para la motivación. Los beneficios del ejercicio físico a nivel emocional puede favorecer las relaciones y la implicación social del sujeto. Actividades solitarias y sedentarias, que se desarrollan dentro del hogar, así como la ausencia de intereses y aficiones, pueden darnos importantes indicios sobre la tendencia al aislamiento o el retraimiento social del hijo.

1. Deportes y actividades de relación social.

El hijo practica deportes o actividades que facilitan otras relaciones externas al ámbito familiar y conllevan una buena implicación social (aspecto de resiliencia).

(Ej. Futbol, natación, básquet, montar en bici, danza)

“Ahora además desde hace unas semana va a un centro cívico...allí se relaciona con gente de su edad y hacen actividades. también juega en un equipo de futbol..ha empezado hace poco..le gusta” (Entrevista 1, línea 82).

2. Otras.

El hijo practica actividades que no obstante se desarrollan fuera de casa no implican necesariamente unas relaciones extrafamiliares o implicación social aunque si implican actividad o ejercicio físico (factor de protección) y contrastan el retraimiento en casa.

Ej. Pasear por la calle, ir al parque, ir a sitios.

3. Juegos o actividades en casa. Tendencia al aislamiento.

El hijo practica actividades mas bien solitarias y en el ámbito de la casa que no facilitan y promueven las relaciones sociales, o incluso comenta no tener aficiones, mostrando una tendencia al aislamiento y al retraimiento de las relaciones sociales.

Ej. PC, TV, pelis, juegos, pintar, dibujar, escribir, hacer maquetas. juegos o actividades en casa.

“Cuando se sienta ya...porque de la que se sienta con el ordenador, se pasa horas y horas. Se pasa la noche en el ordenador porque no puede dormir, pero luego lo compensa quedándose todo el día durmiendo” (Entrevista 3, línea 100) .

“Era de jugar sola” (Entrevista 4, línea 185) .

Dimensión : Modalidades de pensamientos y comunicación (PC).

Estrategias de respuesta y estilos de comunicación del progenitor, que reflejan también los niveles de pensamiento, las defensas y su funcionamiento.

Subdimensiones de la dimensión PC:

Modalidades de respuesta y utilización de estrategias defensivas (Rp).

Desviación o pertinencia de la respuestas a las preguntas formuladas y necesidad de recurrir a estrategias de defensa delante de situaciones difíciles o que no quiere abordar.

Tendencia de los padres a minimizar o negar el malestar o los aspectos de dificultad de los hijos como mecanismo de defensa y como forma de protección (Blanqué et al., 2000).

1. Respuesta adecuada y pertinente.

Responde adecuadamente y de forma pertinente a la pregunta, mostrando de haber comprendido bien y sin tener que recurrir a estrategias defensivas.

E: ¿Como ve a su hijo?

P: “A ver, ahora lleva unos días que mejor...mejor en su animo..eee..porque esta empezando un curso...de lo que le gusta...bueno, una de las cosas que le gusta y entonces está motivado y me decía, oi mira por lo menos ahora parece que ya las cosas van mejorando...y entonces está contentillo...con su rebeldía eh...con su rampete a veces” (Entrevista 2, línea 2).

2. Desvía o Minimiza.

Tiende a desviar el tema o a minimizar los problemas.

Al preguntarle sobre un argumento empieza contestando al argumento de la pregunta y luego se desvía del argumento de la pregunta hablando o preguntando por otra cosa. O tiende a minimizar, relativizar, problemas o dificultades y a exagerar, enfatizar aspectos positivos o de salud del hijo.

Por ejemplo, a lo largo de la frase o enunciado se utilizan expresiones como: Poco, muy poco, un poquito. Es normal, a esta edad, etc. para minimizar aspectos de dificultad o problemas. O expresiones como: Muy, mucho-s, muchísimo-s, etc. para enfatizar aspectos de salud. Es muy, muy buena, no tiene problemas con ninguno, etc.

Es una niña de 12 años, que está muy bien, es muy maja. Nos llevamos muy bien. No me da ningún problema, es muy buena ella (Entrevista 1, línea 2).

“Nunca me ha dado ninguna preocupación...es muy cariñosa...de pequeña incluso...los primeros años... siempre ha sido muy buena. Y conmigo lo típico, mama te has tomado esto, has ido allí, te has acordado de la visita... pero nada mas. Nunca me ha dado ninguna preocupación, es muy buena ella” (Entrevista 1, línea 24).

3. Pararespuesta u olvidos.

Responde con otro argumento o no recuerda. Respuestas defensivas.

Responde a la pregunta de forma no pertinente o defensiva. Al preguntarle sobre un argumento, responde con otro tema sin ninguna relación aparente, responde que no recuerda o rehúsa abordar el tema en cuestión.

Olvidos o dificultades de expresar unas vivencias porque quizás le asustan. Recurre a la negación, el olvido, el alejamiento, la escisión.

(Ej. Me he olvidado, no se, no recuerdo, tengo lagunas).

“El acerca de esto...que yo recuerde...de lo que me pasaba y tal..no me comentó nunca nada...no lo hablamos...que yo recuerde eh..tengo la memoria selectiva...tengo unas lagunas que...a veces se me olvidan las cosas...no se” (Entrevista 2, línea 49).

“Pues es que ahora no me acuerdo pero se resolvieron todas, sí” (Entrevista 3, línea 68).

Es importante diferenciar la categoría “Pararespuesta u Olvidos” (R3), donde el sujeto comenta no recordar algunos hechos significativos o proporciona respuestas defensivas, de la categoría “Desvía o Minimiza” (R2), donde en cambio relata, recuerda o reconoce estos hechos pero intentado minimizarlos, redimensionar o relativizar su importancia, mostrando así una tendencia a minimizar las dificultades y ser muy benévolo en sus apreciaciones sobre los problemas (ej. necesita exaltar calidades o aspectos de salud para luego poder introducir, reconocer, comentar alguna dificultad o problema, por ejemplo, del hijo).

Viñeta Olvido

“ tengo lagunas, no recuerdo...” (Entrevista 2, línea 28).

Contraviñeta Minimización

“ Si le pasa...un poquito..” (Entrevista 1, línea 24).

Modalidades de Pensamiento (Pp).

Niveles de pensamiento y grado de discriminación o pérdida del principio de realidad (realidad, ficción, confusión). El sujeto recurre a un lenguaje caracterizado por el uso de símbolos, sueños, metáforas; o utiliza un lenguaje más concreto, menos estructurado. Utiliza pensamiento simbólico o concreto hasta un momento que parece perder el sentido de realidad o distanciarse de ello, llegando incluso, en ocasiones, a estados que parecen de extrema confusión (entre realidad y fantasía, lo real y lo fantástico, lo vivido y lo imaginado, mundo externo e interno) o en cambio su relato se mantiene adherido a la realidad (sentido de realidad).

1. Sentido de la realidad. Equilibrio realidad/fantasía.

El sujeto mantiene un buen contacto con la realidad y equilibrio, distinción entre lo que es real, realidad externa, y lo que es fantaseado o pertinente a su mundo interno. O sea, mantiene un buen equilibrio y es capaz de distinguir entre la realidad externa y la que es producida por su mundo interno. Muestra una buena secuencialidad temporal y una buena argumentación en el relato de los hechos y un buen contacto con la realidad. Describe y explica bien lo que le pasa internamente, distingue bien la realidad y es capaz de relacionarla con su mundo interno. Relato claro y adherente a la realidad, con buena secuencialidad. *Insight.*

“Pero claro, no he pensado que igual le dañó mas...porque era un crío... y el no lo podía gestionar, como a lo mejor lo gestioné yo, y lo gestioné mal..pues un crío...también...pero claro todo ha venido así” (Entrevista 2, línea 33).

“Es muy sensible por esto creo pasa de todo sino no aguantaría..pone esta cara de pasotismo para poder salir adelante” (Entrevista 3, línea 204).

“Ahora ya un poquito mejor...Este verano ha estado un poco así...tiene rachas. Yo ahora me tomo las cosas de manera diferente, antes me afectaban mucho las cosas. Ahora me enfado con ella en el momento y luego ya ha pasado. Antes no, antes me lo quedaba dentro y lo pasaba muy mal” (Entrevista 4, línea 12).

2. Predominio del pensamiento fantástico. Ficción.

Emplea formas de pensamiento mágico, fantástico, onírico, símbolos, metáforas, sueños, historias de fantasía. A veces las emplea de forma masiva y parece instalarse en la dimensión de la ficción. El relato evoca una sensación de credibilidad, verosimilitud o plausibilidad, aunque corre el riesgo de perder la línea o frontera con la realidad.

Labilidad de los confines y a ratos perdida de los confines, límites entre uno mismo y el otro (mundo externo y interno, realidad y fantasía, proyecciones).

“Últimamente estoy muy agitada y quizás por esto le veo así a ella también” (Entrevista 1, línea 7).

“Me dicen que no es un hombre y digo sí es un hombre....yo con 14 años salí del colegio y fui al instituto, les hice a mis padres que firmaran la solicitud, yo me busqué mis libros y todo y ahora se lo dan todo echo. ¿Que hay que hacer como antes? que se decía: ‘no eres un hombre hasta que hagas la mili’, pues no. Desde niños ahora tienen estrés, les llevan al psicólogo, les tienen en palmitas y luego, ¿qué?, se vuelven inútiles. No me entra en la cabeza” (Entrevista 3, línea 4).

3. Pensamiento concreto. Confusión (realidad / fantasía).

Utilización de un lenguaje y pensamiento más concreto, mas hacia el funcionamiento psicótico. Incapacidad para formar ideas abstractas, falta o incapacidad de crear asociaciones. Confusión entre realidad y fantasía, mundo externo e interno, etc. Incluso el lenguaje de ficción cuando es empleado de forma masiva parece generar estados de extrema confusión entre realidad y fantasía. Uso de ecuaciones simbólicas (Segal, 1957) debido a una incapacidad de distinguir entre el símbolo y el objeto (el símbolo coincide con el objeto concreto que debería representar). Confusiones y perdida de los confines entre sí mismo y el otro. Dificultad de integración del pensamiento (falta de integración, incapacidad de integrar la imagen del hijo pequeño con la actual, y de encontrar una continuidad entre ambas).

Responde a la pregunta con un aspecto concreto relativo a la persona o concepto acerca de la que se esta preguntando.

“Cuando el me ha empezado a decir ‘no, pues a mi me pasa esto’ ...yo ‘ui noo’... digo, a ver si tantos de oírlo también se le ha pegado.!” (Entrevista 2, línea 50).

“Yo bromeaba diciendo que tuve problemas hasta cuando pensé en hacerlo porque vomité en los 12 meses (Dice 12meses pero se supone que son los 9 meses) adelgacé 12kgs” (Entrevista 3, línea 56).

Es importante diferenciar la categoría “Pensamiento Concreto” (P3) de la categoría “Pararespuesta u Olvidos” (R3). El Pensamiento Concreto hace referencia a la manera de estructurar el discurso o pensamiento por parte del sujeto de lo que emerge una dificultad y perdida de los confines entre sí el otro, la realidad y la fantasía, en cambio en la Pararespuesta u Olvido (R3), al preguntar sobre un aspecto, el sujeto contesta de forma no pertinente, no recuerda o contesta con un argumento distinto.

Viñeta Pensamiento Concreto (P3)

“Me acuerdo que cuando ya mi padre se compró un móvil y podía hablar con el... y un dia, tenia ya 6 años, lo llamo y me dijo ‘mama , sabes que?’, dice, ‘Que voy a coger el camino y me voy a ir a Barcelona’ ...oiii que noche que pasé! Yo ya me iba...me iba, que me fui..que me fui a buscarlo..porque digo, en un descuido...porque ya empecé yo con mis...digo, el niño coge la carretera y se me pierde, porque mis padres estaban apartados del pueblo...y los niños son niños...digo, ai se...y me fui a buscarlo. Yo estaba mala, estaba con pulmonía, pero no quería coger la baja por no faltar...pero mira, con pulmonía, cogí la baja y me fui a buscarlo..ya quedaban pocos días para que volvieran mis padres...y así..porque digo, este coge y...los niños son...pase una noche, madre mía” (Entrevista 2, línea 91).

Contraviñeta Pararespuesta u Olvido (R3)

E: “¿Y durante la noche también se despertaba? ¿Tenía pesadillas?”

P: “Es que si te digo una cosa o otra te mentiría porque no me acuerdo bien...tengo la memoria...también hace muchos años...faina tengo para acordarme lo de ayer...yo cuando dan estas películas, usted se acuerda el día tal donde estaba? No..yo a mi me tienen que decir como se va a acordar una persona de el día tal del mes tal y del año tal...yo no...jiji...pero bueno que ahora mismo me acuerde...a parte de esto que yo recuerdo no...no hubo otras cosas....de operaciones y cosas así...”
(Entrevista 2, línea 89).

Dimensión: Desarrollo (D)

Valoración de la historia evolutiva. Las vivencias y datos del desarrollo que proporcionan los padres son importantes predictores de la posterior evolución del hijo.

Subdimensiones de la dimensión D:

Embarazo (G).

El periodo intrauterino en presencia de conflictivas emocionales y orgánicas en los padres son importantes indicadores de riesgo que pueden repercutir posteriormente en la patología de los hijos (Hay et al., 2003; Jablensky et al., 2005; Lydholm et al., 2019; Van dem Bergh & Marcoen, 2004).

1. Bien.

Sin complicaciones o problemas. No han habido problemas durante el embarazo, ha sido deseado, lo recuerda con ilusión (sentimientos positivos e integrados).

“El embarazo muy bien, no tuve problemas, a parte de en los primeros meses los primeros vómitos pero no tuve ni azúcar ni nada...bien. (Entrevista 4, línea 54)”.

2. Dificultoso.

Aspectos de dificultad con posibilidad de reparación. Momentos puntuales de dificultad que han podido resolverse o superarse mostrando cierto grado de recuperación. Ansiedades neuróticas, miedos o problemas puntuales, que han podido ser contenidos y reparados. Olvidos o falta de recuerdo de aspectos puntuales.

3. Altamente dificultoso.

Problemas, dificultades importantes durante el embarazo. Embarazo no deseado, complicaciones en el embarazo, complicaciones obstétricas (Artigue, 2013; Morales et al., 2012), acontecimientos vitales adversos, déficit de alimentos, infecciones durante el embarazo (ej. gripe por parte de la madre; Keskinen, 2015). Sentimientos negativos o de malestar, ansiedades psicóticas (depresión, desrealización, vivencia paranoide en relación al entorno, al propio embarazo o al bebé). Incapacidad de recuperación-reparación, enquistamiento de la situación patógena que conlleva, por ejemplo, a miedos y pensamientos amenazantes durante todo el embarazo (sin posibilidad de ser contenidos, integrados, restaurados). Fragilidad, dificultad o falta de contención en los vínculos familiares, de pareja o de autocontención (tendencia a la cronificación). Olvidos y falta de recuerdos que hacen pensar más en una defensa psicótica, amenazante o de forclusión, irrepresentabilidad y angustia destructiva (ej. percepción corpórea de adelgazarse mucho durante la época del embarazo).

“Fue un embarazo normal a nivel físico-biológico digamos pero no a nivel mental... Recuerdo que durante todo el periodo del embarazo tenía mucho miedo de morir...estaba muy angustiada...una angustia muy grande de morir...pesaba que me iba a morir, y estaba obsesionada con este pensamiento.” (Entrevista 1, línea 33).

“Yo bromeaba diciendo que tuve problemas hasta cuando pensé en hacerlo porque vomité en los 12 meses (Dice 12 meses pero supongo que son los 9 meses) adelgacé 12kgs” (Entrevista 3, línea 56).

“Sí, sí...en el embarazo, estuve con depresión” (Entrevista 3, línea 60).

Parto y puerperio (Pa).

Vivencias de los padres en relación al nacimiento del hijo. Sentimientos de ilusión y positivos o de malestar (momento complicado por diferentes motivos: el nacimiento del hijo agudizó la crisis de pareja, separación, rechazó el hijo porque creía que no era suyo, etc.). Sentimientos negativos y o complicaciones durante y después del parto y en los primeros años (post parto y puerperio) son un importante factor a tener en cuenta. Las primeras relaciones que establece el niño al nacer con sus padres son de vital importancia para su desarrollo (Artigue, 2013; Bion, 1962; Bowlby, 1951, 1976; Klein, 1952; Zabala & Manzano, 1993). La experimentación de una relación temprana entre madre e hijo (u otras figuras de apego) en un contexto complicado puede favorecer dificultades tempranas en la relación de objeto en estos niños. A este propósito la experimentación de una madre deprimida, por ejemplo, en los primeros momentos de vida es un importante indicador de riesgo (Andrews, Brown & Creasy, 1990; Beardslee, 1989; Johnson et al., 2000, 2001; Jones, Rantakallio,

Hartikainen, et al., 1998; Mattejat et al., 2000; Read et al., 2005; Solantaus et al., 2002; Weissman & Jensen, 2002, 2016).

1. Bien.

Vivencias positivas de los padres en el nacimiento del hijo, no hubo complicaciones, lo recuerdan como un momento positivo (parto sin complicaciones, ilusión, etc.).

“En el parto no hubo complicaciones...todo fue bien...y el peso de la niña al nacer era normal”.

2. Dificultoso.

Angustias neuróticas o problemas de menor gravedad. Recuerdo no angustiante o de fácil reconducción (recuperación) y contención, no muy prevalentes o perversivos. Falta de recuerdos puntuales acerca del evento, si bien la insistencia podría llevar a ellos, no destaca una posición defensiva de negación psicótica. Con alguna dificultad o preocupación, pero no muy prevalente o perversiva.

3. Altamente Dificultoso.

Complicaciones, dificultades durante el parto (asfixia u otros), sentimientos negativos y de malestar (ej. agudiza crisis de pareja, separación de la pareja poco después del parto), bajo peso al nacer. Depresión post parto, angustias de tipo psicótico (persecutorias, etc.) con dificultad de contención y superación/recuperación (ej. queda como un recuerdo muy aterradorante, amenazante, difícil y que no pudo ser contenido-reconducido). Situación de crisis importantes o vividas como tales (pérdida de vínculos, duelos, falta contención o apoyo). Depresión post parto y angustias y ansiedad en referencia a la capacidad de cuidados y cura del niño.

“Pero el parto muy difícil, yo no dilataba, y estuve muchas horas y al final tuve que ir a quirófano porque la niña se ahogaba...Claro, ella ya estaba encajada desde la semana 34 y la tuve a la 42 porque me tuvieron que provocar todo, me tuvieron que provocar el parto...Yo ingresé ya de urgencias. No tenía ni dolores ni nada, luego ya vinieron que te ponen un gel que a las dos horas ya te vienen, y dolores fuertes...Pero no había manera, yo no dilataba. Llegué a los 4cms y ahí me quedé. Entonces fue por cesárea y ella padeció un poco” (Entrevista 4, línea 55).

Alimentación (AL).

Lactancia, cambios de alimentación y hábitos alimentarios.

La inexistencia o corta duración de la lactancia materna es un importante indicador de riesgo a nivel evolutivo y a tomar en cuenta en la asistencia en la atención primaria (Artigue, 2013). Resultan también importantes los sentimientos vividos por la madre acerca de este aspecto. Dificultades en los cambios de alimentación pueden indicar dificultades en etapas posteriores (ej. dificultades de separación y de adaptación, niños regresivos). Comer poco o demasiado, con ansiedad, dificultades en el cambio de alimentación, vómitos habituales o diarreas graves pueden ser indicios de dificultades de alimentación temprana. Factores como el no reclamar nunca comida por parte del niño, tener que estimularle para que se alimente, no despertarse a las horas de comer, no llorar nunca pueden ser importantes indicadores de bebés pasivos o regresivos (Artigue 2013; Blanqué et al., 2000). Cambios de alimentación y hábitos (cantidad de comida, como comía, con ansiedad o menos, reclamaba la comida, como respondía al cambio de alimentación).

1. Bien.

Lactancia materna, sin complicaciones. Comía bien se alimentaba sin problemas, regular en la comida, no vómitos recurrentes o diarreas, ningún problema en el cambio de alimentación.

No hubo problemas. Todo bien y normal (Entrevista 1, línea 42).

2. Suficiente.

Lactancia materna, caracterizada por una madre muy ansiosa. Sentimientos ansiógenos de la madre acerca de la lactancia, no obstante hayan podido ser contenidos y reconducidos y se haya podido producir sin interrupciones o complicaciones. Algún problema en el cambio de alimentación, como el rechazo o la dificultad con algunos alimentos o consistencias, texturas pero de breve duración.

3. Corta o ausente.

Corta duración o inexistencia de la lactancia materna (vd. Artigue, 2013)

No le ha dado nunca el pecho o lo ha dejado precozmente, amamantado muy poco y destetados muy pronto, por diferentes motivos (medicación, poca cantidad leche, ingresos o no querer). Experimentación de sentimientos negativos por no poder darle pecho, rabia, frustración, fantasía de no ser suficientemente alimenticia para su niño.

Dificultades graves en la alimentación y en los cambios de alimentación, trastornos alimentarios. Comía demasiado, con ansiedad, dificultades graves en el cambio de alimentación, vómitos habituales y o diarreas graves. O por lo contrario comía muy poco, no

reclamaba nunca comida, rechazo a la comida (Artigue 2013) había que estimularle para que se alimentara, no se despertaba a las horas de comer (niño regresivo). Presencias de angustias psicóticas por parte de la madre (en las que por ejemplo la comida representa la separación de su hijo).

“Claro no le podía dar leche y esto lo llevé mal porque yo quería darle el pecho y me destrozó pero no salía nada” (Entrevista 2, línea 60).

Nació muy cansada, eso sí, sólo dormía y dormía y no se agarraba al pecho. De hecho, ha sido criada con biberón (Entrevista 4, línea 64).

“Y al llevarle al pediatra le decía es que no me come y me decía que el niño estaba bien, en la curva, de todo está bien. Pero me costaba un horror que comiera, por eso le hice el cambio a los siete años o así, que entonces comíamos filetes y tal, pero hasta entonces era una barbaridad” (Entrevista 3, línea 83) .

“Fatal, ella ha comido muy mal. Ahora come muy bien, demasiado bien (se ríe), se ha engordado muchísimo. Pero hasta el año pasado ha sido fatal, a mi me lo ha hecho pasar muy mal, por eso tenía tantos bajones. Y si se ponía mala, era peor, no quería la medicación, es que ha sido mala en este sentido para todo” (Entrevista 4, línea 79).

“Sí, la costó mucho acostumbrarse a los sabores. Luego ya se lo comía bien, comía poquito pero bueno. Cuando empezamos con las papillas, era ver el plato y ponerse a llorar, y acababa llorando yo también...vamos, fue muy difícil!” (Entrevista 4, línea 79).

Enfermedades, infecciones o intervenciones quirúrgicas en edad temprana (IO).

Este dato es significativo en relación al posterior grado de patología presentado, ya que a mayor incidencia de factores relevantes corresponde un mayor grado de trastorno (Keskinen, 2015; Lydholm et al., 2019).

1. No relevantes, con decurso positivo.

“No...ninguna...algún resfriado...gripe...pero lo típico...nada mas...no recuerdo...pero nada grave” (Entrevista 4, línea 82).

2. Relevantes con decurso positivo.

Infecciones relevantes o comunes con decurso positivo, sin complicaciones o particularmente significativas, que no han requerido hospitalización (ej. varicela, sarampión sin complicaciones).

3. Recurrentes, con complicaciones, hospitalizaciones o intervenciones quirúrgicas.

Infecciones recurrentes, enfermedades orgánicas, alergias, problemas respiratorios o cardíacos, infecciones no comunes o que han requerido hospitalización. Suma de numerosas infecciones que han requerido hospitalización o intervención quirúrgica. Gripe, varicela y sarampión con complicaciones, neumonía y infecciones (Gutiérrez-Fernández et al., 2015), operaciones traumáticas, o de difícil decurso y enfermedades importantes.

“Algún resfriado...alguna gripe a partir del tercer año, pero lo normal de los niños....a esa edad... Ah bueno si, la operaron de las amígdalas a los 6 años porque de pequeña tenía muchas infecciones de anginas... Varicela a los 6 años, y neumonía a los 7 años.” (Entrevista 1, línea 43).

Control de esfínteres (CE).

El control de esfínteres proporciona también una indicación sobre el crecimiento evolutivo del niño y es un factor a tener presente en la evaluación general del desarrollo y en las posibles dificultades de relación con los padres (Blanqué et al., 2000).

1. En la normalidad.

Ha ido bien, normal, sin problemas.

2. Con Alguna dificultad.

Dificultades puntuales o temporales de fácil y rápida resolución.

“A ver, el pipi bien, a los dos años y poco, bien. Se lo empezaron a quitar en la guardería y en casa también. La caca le costó más y el pipi de la noche también” (Entrevista 4, línea 84).

3. Con notables dificultades en el control.

Problemas en el control de esfínteres, encopresis, enuresis secundaria, que los padres también relacionan con algún aspecto o acontecimiento.

“Bueno, sí, a las 4 años se hacía pipi en la cama, no era capaz de controlar el pipi...pero nada particular...solo le costaba un poco retenerlo...y la dio la pediatra unas pastillas, y después todo bien, sí se solucionó...ya no pasó mas” (Entrevista 1, línea 48).

“El...porque él empezó el colegio..no había ido a la guardería nunca, con dos años y 8 meses...claro, yo lo había dejado demasiado y en agosto tuvimos que hacer... ‘tienes que aprender, que ya vas al colegio’ y justo, nos fue un poco justito...y empezó el Cole y ya el pañal lo controlaba bien...aunque se lo ponían allí para la siesta...pero el chupete se lo quitaba en la puerta, pero claro es que tenía dos años y 8 meses...era chiquitín... Y en casa mmm...se hizo pipi creo, hasta los seis, siete años, no mucho” (Entrevista 2, línea 73).

Lenguaje (H).

Problemas y retrasos en el habla y en la adquisición del lenguaje. Lenguaje y sociabilidad.

1. Normal evolución.

No se registran problemas en la adquisición del lenguaje y en las diferentes etapas.

“Al año y poco...A los 7-8 meses ya decía palabras como ‘mamá, mamá’...era una niña muy espabilada...empezó pronto a hablar” (Entrevista 1, línea 50).

2. Con algunas dificultades.

Presencia de algunas dificultades puntuales en el desarrollo del habla pero que se han detectado y resuelto sin graves complicaciones.

“El lenguaje, hablaba pero...y entonces mi cuñado me dijo, no será que tiene el freno...y efectivamente era el frenillo” (Entrevista 2, línea 78).

3. Dificultades y retrasos en la adquisición del lenguaje.

Problemas y dificultades en el habla, y en la adquisición del lenguaje. Trastornos del lenguaje.

“Al principio cuando en la guardería no hablaba, que fueron los que me dijeron que fuera al logopeda” (Entrevista 3, línea 153).

“A hablar empezó con tres años y medio. Hacía muy pocas cosas hasta los tres y medio. Le costó hablar, que por eso decían si necesitaba logopeda pero luego cuando le hicieron la evaluación para ver si lo necesitaba, dijeron que no, que se estaba soltando y que era cuestión de tiempo” (Entrevista 4, línea 73).

Desarrollo psicomotor (PM).

Datos acerca del andar solo, caminar. Factor que se resiente cuando hay dificultades en el crecimiento emocional (Cánovas, Martínez, Sánchez-Joya & Roldán-Tapia, 2010; Jones, Murray, Rodgers & Marmot, 1994; Podestá, Alarcón, Muñoz, Legüe, Bustos & Barria, 2013; Sorensen, Mortensen, Schiffman, Reinisch, Maeda & Mednick, 2010). Retraso y o déficit psicomotor.

1. Normal evolución.

No se presentan dificultades a nivel motriz. Se ha desarrollado en un intervalo normal y de forma positiva.

“Y a caminar también, era muy espabilada..Empezó a andar antes de los 14 meses” (Entrevista 1, línea 51).

2. Con alguna dificultad.

Dificultades o retrasos inferidos por miedos o preocupaciones de la madre que una vez que han podido ser detectados y reconocidos han tenido rápida solución, sin que se encuentren dificultades propias del niño.

“A los 12 o 13 meses...si porque no lo ponía...me decían, ai este niño tiene que andar...y si, si a la primera...es que yo era muy miedosa...con el...pero es que soy así en general con todos los niños ...y con mis padres....me preocupaba mucho, claro” (Entrevista 2, línea 76).

3. Problemas y retrasos en el desarrollo psicomotor.

Dificultades a nivel psicomotor. Dato inferido de la edad de deambulación, retraso en el desarrollo psicomotor (aguantar la cabeza, sentarse, caminar). Hipoactividad motriz.

“sí, porque su psicomotricidad ha ido siempre muy lenta y yo creo que tiene algo que ver. Yo siempre se lo he dicho a los médicos” (Entrevista 4, línea 59) .

Sueño (S).

Datos acerca de la calidad del sueño. Dificultades del sueño, pesadillas o terrores nocturnos, dificultad para dormir solo, etc. o ausencia de dificultades y buenos indicadores al respecto.

1. Normal.

Sin problemas.

“Dormía muy bien, muy bien, sin ningún problema. Ahora también duerme bien...ni demasiado ni poco...lo normal de una niña de su edad” (Entrevista 1, línea 53).

2. Con alguna dificultad.

Con alguna dificultad en irse a dormir o despertarse pero sin particular incidencia o significatividad. Momentos puntuales de dificultades del sueño en concurrencia con eventos concretos y limitados en el tiempo.

“ No, no. Como mucho esporádicamente” (Entrevista 4, línea 110) .

3. Problemas o alteraciones del sueño.

Terros nocturnos, dificultad para dormir solo, durmió en la cama de los padres por mucho tiempo y o aun lo hace, se despertaba, hipotonía. Se despierta frecuentemente y o altera el sueño de los padres, tiene pesadillas, dificultades para ir a la cama y coger el sueño o dormir solo) prolongados en el tiempo. Trastornos, problemas del sueño también actuales, como por ej., inversión de los ciclos sueño-vigilia.

“No, estuvo una temporada que se despertaba...tenia...si, pues fue al poco de separarnos ...que se ponía a llorar. No antes de irse a dormir..estaba en la cama...o sea, no es que se despertaba sino que lo metía en la cama y empezaba a llorar ...dice ‘ai mama es que están allí, y me hablan, y no se que, no se cuantos’y yo digo, a ver si el niño percibe algo que yo no...yo, yo ya empezaba a hacerme...a ver si percibe algo que no existe...y eso le duro un tiempo, bastante, luego ya se le pasó...tendría unos 3 años...2 años y medio, tres” (Entrevista 2, línea 86).

Adaptación a la escolaridad (AE).

Edad de escolarización y adaptación. La adaptación a la escolaridad, en la guardería o en la escuela primaria, ha sido buena o ha sido difícil, presentado problemas más allá de lo normal.

1. Buena.

No hubo problema en la adaptación, ni en las separaciones con los padres o en los reencuentros.

“Fue bien, normal” (Entrevista 1, línea 69).

2. Con alguna dificultad.

Alguna dificultad puntual pero que ha sido superada rápidamente y sin que se reiterara en el tiempo (por varios días, meses etc.) o que pasase varias veces.

3. Dificil.

Dificultades importantes de adaptación en la escuela por diferentes causas y motivos entre cuales: mala relación con los profesores o problemas con los compañeros, dependencia y dificultades de separación de los padres. Lloraba, le costaban las separaciones y reencuentros traumáticos o emotivos (vd. Relación Adhesiva, niño enganchado).

“Tenía 21 meses, uy le costó mucho, sí. Los primeros días mucho, mucho. Luego ya entraba mejor, más contenta. También de su padre, de los dos. Cuando la íbamos a buscar parecía que la estuvieran matando. Porque cuando la dejábamos, lloraba pero aflojaba un poco pero cuando la íbamos a buscar... Yo desde la puerta ya la oía” (Entrevista 4, línea 136).

“Cuando se empezó a quedar al comedor, por ejemplo, se provocaba el vómito, en P4 que la empecé a dejar un par de días, y en p5 y en p4 se lo provocaba para que no la dejáramos” (Entrevista 4, línea 180).

Antecedentes familiares (F).

Presencia de antecedentes familiares de trastornos mentales y familiaridad con el trastorno. Los antecedentes familiares de trastornos mentales aumentan el riesgo de patología en los hijos (Caspi et al., 2002, 2005; Eley et al., 2004; Fañanas & Fatjó-Vilas, 2006; Jacobs et al., 2006; Kaufman et al., 2004; Keskinen, 2015; Kendler et al., 2005; Pedersen & Mortensen, 2001; Rasic et al., 2014; Rutter et al., 2001).

1. Ausentes.

No hay antecedentes familiares.

“No, sólo yo” (Entrevista 3, línea 186).

2. Presentes trastornos leves del área neurótica.

Familiaridad con trastornos leves del área neurótica como distimia o trastorno de ansiedad.

“El primo...decía que se quería morir... Luego ya se le fue pasando pero siempre ha tenido problemas... el sí que tiene déficit de atención. Le han hecho pruebas y todo y tiene un déficit del 37. Tiene 23 años y no parece que los tenga. No es retrasado pero parece más infantil Y eso es lo que me preocupa...aunque yo comparo a I. a su edad, y a la mía la veo más espabilada”.

3. Presentes trastornos del área borderline, psicótica o graves trastornos de personalidad.

Antecedentes familiares de 1ero y 2do grado; familiaridad con trastornos graves del área neurótica y psicótica y con progresivo deterioro.

“Mi hermano menor sufre de trastorno depresivo mayor. El también tiene depresión, creo por la muerte de mis padres” (Entrevista 1, línea 103).

5.3 Procedimiento

En el estudio realizado se complementan la metodología cualitativa y cuantitativa, combinando la lógica inductiva con la deductiva de forma mixta durante todo el proceso, abarcando el planteamiento del problema, la recogida y análisis de datos, la interpretación de los resultados y el informe final (Wolcott, 2009). Esto requiere objetivos con mayor amplitud que permitan abarcar toda su complejidad, utilizar de forma conjunta instrumentos de recopilación de datos, y conjuntar los resultados mediante procedimientos de análisis integrados (Venturella, 2016).

Se utiliza la observación indirecta a partir del material obtenido de las entrevistas, y se procede al análisis del texto producido por los participantes, que permite investigar los diferentes aspectos contenidos en los objetivos del presente proyecto. En este sentido, en la actualidad es posible hablar de cuantitivar el habla o el texto (Wardle, Cederbaum & de Wit, 2011) desarrollando medidas fiables de productividad verbal que resultan sumamente útiles (Morales-Sánchez, Pérez-López & Anguera, 2014).

La condición básica de este diseño es la necesidad de una exploración previa ya que no se dispone de instrumentos de mediadas y se desconocen las variables. Por ello se empieza con la obtención de datos cualitativos para explorar el fenómeno y se construye después una etapa cuantitativa, cuyos resultados se conectarán con la fase cualitativa.

Para esta investigación se ha optado por la realización de entrevistas semi-estructuradas, formuladas en entrevistas en profundidad, ya que “es una modalidad que permite ir entrelazando temas e ir construyendo un conocimiento holístico y comprensivo de la realidad. A la vez, obliga al investigador a estar muy atento a las respuestas para poder establecer dichas conexiones” (Sabariego, Dorio & Massotm, 2009, pág. 337).

La entrevista fue desarrollada a partir de estudios anteriores del equipo, de los datos disponibles acerca de las familias y los hijos de pacientes diagnosticados de TMS, y de unas pruebas previas que permitieron ajustar las preguntas de la entrevista, entrenar a la/s entrevistadora/s, y familiarizar a la familia con el instrumento y el contexto. La finalidad era poder explorar áreas importantes relacionadas con los objetivos de la investigación, dejando asociar libremente a los participantes, sin que se tradujera en respuestas cerrada o tipo test, y que pudieran en cambio introducir nuevos puntos de vista, enfoques o áreas de investigación, eligiendo libremente cómo proporcionar la información.

Esto es lo que nos ha llevado a plantear, como objetivo para este trabajo, un desarrollo metodológico de observación indirecta, con el fin de profundizar en la evaluación del estado de salud de los hijos de pacientes con TMS.

Forman parte de este tipo de observación (Anguera, 1999; Morales-Sánchez et al., 2014):

- Textos documentales obtenidos por la grabación de la conducta verbal de un participante o sujeto (y que pueden ser sometidos a análisis de contenido).
Esta conducta verbal puede ser individual (presencial o no presencial) o grupal. También puede ser excepcionalmente elicitada y podría ser útil con participantes infantiles (Baker & Hazan, 2011).
- Indicadores externos de un estado emocional o de una situación que requiera inferencia.
- Los datos verbales obtenidos oralmente mediante técnicas diversas, generalmente entrevistas.
- Textos escritos procedentes de participantes en investigaciones.
- Autoinformes, procedentes de la propia observación.

Como subrayan Anguera y col. (2014), el tratamiento del material tipo texto no es distinto del análisis del discurso (Calsamiglia & Tusón, 1999) aunque enriquecido, completado y diversificado, y puesto al servicio de la investigación. Se tratará de una entrevista, un discurso o una conversación (Sidnell & Stivers, 2013) dirigidos a un receptor específico o inespecífico, con o sin alternancias de turnos, con la mera palabra o con palabra-gesto-voz-postura-rostro-etc., pero en cualquier caso la primera decisión derivará del marco teórico (unido a la experiencia empírica de la que se disponga) para proponer los criterios o dimensiones del instrumento ad hoc que se construya.

Por lo tanto, en esta investigación, tal como hemos expuesto anteriormente, la recogida de datos se ha realizado a través de entrevistas semi-estructuradas entre el entrevistador y los informantes. Entrevistas en profundidad que contemplan la posibilidad de varios encuentros o uno único pero más largo, a elección del participante. En este sentido, se postuló de hecho la posibilidad de dividir la misma entrevista en varias sesiones o de dejar un único encuentro de duración abierta a elección del entrevistado, para adaptarse a sus necesidades. Al empezar se informaba a cada participante que podía detenerse en cualquier momento y si lo necesitaba suspender y/o programar otro encuentro. Finalmente todos los padres e hijos optaron por una entrevista más amplia, de duración media aproximada de dos horas y media, sin necesitar pausas o suspensiones, sino que, al contrario, con el avanzar de la conversación ellos mismo pedían más espacio y poder extenderse más en la entrevista. Esto nos hizo reflexionar sobre la necesidad emergente de los padres de tener un espacio en el cual poder hablar de los hijos, de sus preocupaciones y vivencias con ellos; y de los hijos de poder tener un espacio donde poder hablar de ellos mismos, de sus miedos y vivencias personales, también relacionados con los padres y su enfermedad.

Para la elaboración de la entrevista, en un primer momento se redactó una batería de preguntas sobre los aspectos de salud y desarrollo del menor, que, con referencia también a pruebas y entrevistas diagnósticas, exploraban diferentes áreas, entre ellas: la relación con los padres y los pares, las áreas de intereses y la esfera social y personal, la escuela, y las vivencias relacionadas con la enfermedad del progenitor. Posteriormente, a raíz de diferentes estudios y aspectos significativos emergentes, se decidió incluir preguntas dirigidas a la exploración de la existencia de voces e ideas autoreferenciales. Para los padres se incluyeron preguntas que permitieran recoger datos anamnésticos acerca de los primeros años de vida del niño y explorar su experiencia personal acerca de ellos. Antes de dar comienzo a la investigación se organizaron reuniones con el equipo del CSMA y CSMIJ de la fundación, para acabar de elaborar y perfilar las preguntas para las entrevistas en profundidad, además de consensuar el protocolo para la detección de los casos.

Para la obtención de los datos de las entrevistas se utilizó el análisis de contenido, que consiste en el establecimiento de criterios de segmentación de texto, la elaboración de un instrumento de observación indirecta (que en nuestro caso combina la estructura de formato de campo con un sistema de categoría, tal como se ha descrito anteriormente), y se procede después a una codificación (Krippendorff, 2004) que puede tener ciertas características de semi-sistematización si se lleva a cabo informáticamente.

Para la grabación de las sesiones de los menores se obtuvo una autorización firmada por parte de los padres, en la que daban su consentimiento a la participación en el estudio, propia y del hijo, y a la grabación de las entrevistas. A los hijos también se le explicaba al empezar la finalidad de la entrevista, el motivo de su presencia, y se le pedía su consentimiento verbal a participar en ellas.

Como anteriormente hemos comentado, la duración de cada entrevista se ajustó al tiempo y capacidad de concentración de cada persona, lo cual permitió obtener una descripción detallada por parte de cada participante acerca de su situación y vivencias, y obtener una riqueza de datos acerca de la evolución clínica del hijo y del padre diagnosticado de TMS, además de las vivencias de los hijos acerca de la enfermedad del padre.

No obstante, hay que tener en cuenta también que, aunque sea abierta y flexible, la sensación de que alguien interroga y de que otro contesta está implícita en la técnica de la entrevista, lo que coloca al entrevistado y al entrevistador en una posición escénica diferente de lo cotidiano, de tal modo que la relación no es realmente dialógica, en las mismas condiciones de diálogo (Romaní, 2013), y podría representar un posible sesgo en la obtención de la información (Costa, 2015).

5.3.1 Recogida de datos

Con el fin de optimizar los datos recogidos, las entrevistas fueron registradas con una grabadora. Esto permitió evitar posibles distorsiones producidas por ejemplo por la memoria y el posible desacuerdo entre observadores.

La estrategia seguida se planificó previamente mediante un diseño no estándar en función del objetivo que pretendíamos investigar, basándonos en los criterios de niveles de observabilidad y sistematización.

En lo que se refiere al nivel de observabilidad, en nuestro caso se trata de la observación indirecta ya que a muchos de los procesos psicológicos a menudo sólo se puede acceder indirectamente, a través de manifestaciones verbales y extraverbales, como los gestos o el llanto, o mediante la detección de otras alteraciones asociadas (Martínez Del Pozo, 1992).

Mientras que, en lo que se refiere a la sistematización, al comienzo de nuestra investigación realizamos un estudio semi-sistemático, en el cual, a partir de la observación clínica detectamos una serie de elementos característicos en los hijos de pacientes diagnosticados de TMS que influyen en

la labor terapéutica y de prevención, y nos conferirían una visión distinta en cuanto al proceso de detección y tratamiento de hijos con padres con TMS.

Posteriormente se inició el proceso de observación sistemática en la que se asimilaron todas las observaciones previas procedentes de investigaciones anteriores. La observación sistemática se realizó siguiendo criterios concretos, como: precisar el objetivo, establecer los criterios de selección de la información, el uso de medios técnicos de grabación para asegurar el registro, codificar los datos cualitativos de manera que puedan tratarse cuantitativamente, y la toma de decisión acerca de la formulación de hipótesis.

Por lo tanto se llevó a cabo un registro sistemático de la conducta verbal de los sujetos que fue recogida previamente mediante magnetófono. Esta conducta verbal se analizó mediante el análisis de contenido tal como hemos descrito previamente, y se efectuó el proceso de categorización para poder tratar cuantitativamente los datos obtenidos.

Trascripción

Se transcribieron todas las entrevistas en su totalidad, aproximando al máximo la transcripción del material a la manera espontánea y natural en que se expresaban los participantes. Con este fin, se ha producido una transcripción lo más fielmente posible del original, que incluye romper la barrera entre el castellano y el catalán, en una escritura que a veces cuenta con poca coherencia gramatical, expresiones coloquiales no normalizadas en ambos idiomas, frases hechas con el uso de una y otra lengua (Venturella, 2016), y sonidos y onomatopeyas (de sonido o figuras visuales). Para llegar a una adecuada comprensión y transcripción del material se ha requerido la reproducción y escucha de los registros en varias ocasiones.

El material se segmentó a partir del turno conversacional entre entrevistador y entrevistado, considerando de máxima importancia el contenido de las emisiones de los participantes (siendo éstas prevalentemente de naturaleza verbal, incluyendo también sonidos o manifestaciones extraverbales, y expresiones, por ejemplo, de malestar o preocupación; Martínez del Pozo, 1992). Se identificó que el turno del entrevistador no tenía gran significado a la hora de codificar y trabajar el material, pero que sí que era de fundamental importancia para situar al lector, y para una primera división de texto. Por este motivo se decidió que las referencias a él y sus turnos de intervención serían parte del texto pero destacados en color gris (tal como se puede visualizar en los ejemplos de

fragmentos de entrevistas, ver anexo 10.3) para saber que no sería parte del proceso de análisis posterior.

En cuanto a las unidades de codificación, se hizo a partir de unidades temáticas y de contenido, y siempre que fue posible se utilizó la frase como unidad, aunque cuando ésta no alcanzaba para expresar el contenido total de la comunicación se pasaba a utilizar el párrafo. Aun así, cuando esto era insuficiente, se utilizaba la idea como unidad de codificación. En los casos en que se expresaban dos ideas mediante frases compuestas, éstas se dividían en frases subordinadas para poder realizar una adecuada categorización.

Para la transcripción del material se han utilizado dos programas informáticos. Inicialmente las entrevistas fueron transcritas a documentos Microsoft Office Word, para poder tener flexibilidad a la hora de conocer y trabajar con el material, y posteriormente, para una mejor revisión y estructura del material, se ha pasado a un formato Excel, que nos ha permitido diferenciar la comunicación y las descripciones en líneas.

Registro y codificación

Registrar implica recoger datos de la realidad, en el contexto adecuado y, habiendo especificado el o los aspectos que nos interesan, volcarlos a un soporte determinado (en nuestro caso una grabadora). La transcripción de la realidad se realiza inicialmente, como antes hemos detallado, mediante un registro descriptivo que se irá descomponiendo en unidades de conducta para dar lugar a un registro semi-sistematizado. Este registro se deberá sistematizar progresivamente y la sistematización completa se logra mediante un sistema de códigos, de diverso orden (numéricos, literales, icónicos, mixtos, etc.) que pueden adoptar una estructura de cadena, modular, en cascada, etc. (Anguera, 2003; Fernández, Sánchez, Jiménez, Navarro & Anguera, 2012).

Entendemos, de hecho, por codificación: “el proceso de elaboración conceptual, mediante un mecanismo representacional, de los comportamientos específicos percibidos. Ello supone una transformación del registro narrativo propio de las primeras fases de la observación a un sistema de símbolos altamente estructurado y acorde con el problema de investigación previamente definido” (Anguera, Behar, Blanco, Carrera, Losada et al., 1993, pág.591).

El papel fundamental lo juega el proceso de categorización, ya que no se puede aspirar a una adecuada captación de la realidad si no se logra elaborar las categorías que la hacen explicable y dan coherencia al flujo de eventos o conductas contextualizados (Anguera, 2004).

A nivel genérico, las descripciones detalladas procedentes de registros directos y datos documentales constituyen el grueso de los datos cualitativos (Anguera, 2004) y es de su rigor y contenido que depende la posterior sistematización.

En efecto, por un lado, se puede captar toda la riqueza de la información mediante un adecuado registro, codificación y elaboración de un instrumento ad hoc, y por el otro, las técnicas analíticas permiten objetivar los resultados con el máximo rigor (Anguera & Hernández Mendo, 2013).

La elaboración de los códigos y el proceso de categorización son un proceso minucioso y muy importante que tiene que ser acompañado por mucha cautela y formación previa, debido a que las categorías representan el instrumento de medida de la metodología observacional y de ellas dependerán los resultados cualitativos y cuantitativos.

El procesamiento de la información, como hemos mencionado anteriormente, adviene a través del análisis de contenido, una técnica que permite reducir y sistematizar cualquier tipo de información acumulado (documentos escritos, grabaciones, filmaciones, etc.) en datos, respuestas o valores correspondientes a variables que investigan en función de un problema. Se puede definir como una técnica de codificación, donde se reducen grandes respuestas verbales a preguntas esenciales en categorías que se representan numéricamente (De Paz, 2008). Es una técnica de procesamiento de cualquier tipo de información acumulada en categorías codificadas, de variables que permitan el análisis del problema motivo de la investigación.

5.3.2 Control de calidad

Una de las fases más importante cuando se siguen las directrices de la metodología observacional es el control y la calidad de los datos, ya que éstos son los que nos van a permitir el posterior análisis cuantitativo, por lo que hay que garantizar que sean fiables (Anguera, 1999). En nuestro estudio hemos utilizado el coeficiente Kappa (de Cohen, 1960, 1968) para calcular el grado de acuerdo entre (dos) observadores, y el índice de concordancia entre tres observadores en

su forma canónica (Krippendorff, 1980), para discriminar la interrelación que pueda existir entre los (diferentes) observadores y sus errores estándar.

El coeficiente Kappa (de Cohen, 1960, 1968), utilizado para calcular la fiabilidad inter-observadores, tiene como ecuación (k):

$$K = \frac{P_o - P_e}{1 - P_e}$$

Donde Po es la proporción de acuerdos observados, y Pe es la proporción de acuerdos esperados en la hipótesis de independencia entre los observadores, es decir de acuerdos por azar.

El coeficiente Kappa de Cohen puede tener valores entre -1 y +1. Mientras más se acerca a +1 mayor será el grado de concordancia entre los observadores, mientras que por lo contrario, cuanto más tiende a -1 mayor será el grado de discordancia inter-observador, donde un valor de k = 0 refleja que no hay acuerdo entre los evaluadores distinto al que cabría esperar por azar.

El otro estadístico específico que hemos elegido para medir la concordancia inter-observadores es el coeficiente de Concordancia canónica (Cc), que se ha calculado creando una hoja de cálculo en Excel y aplicando posteriormente la fórmula, tal como se muestra en la Figura 2.5.:

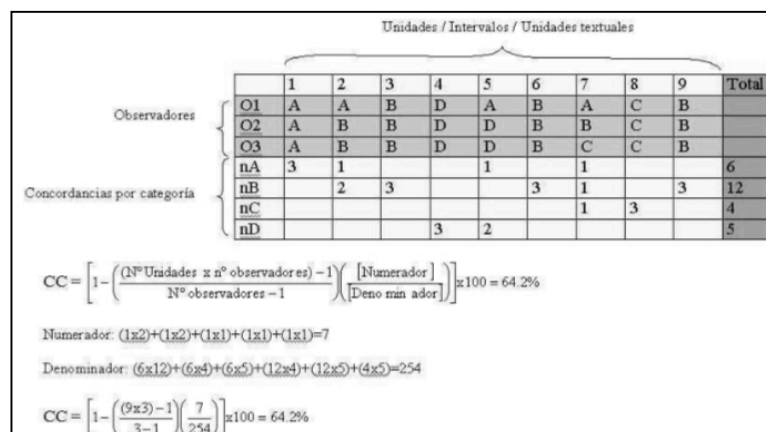


Figura 2.5. Calculo del coeficiente de concordancia canónica (Krippendorff 1980, en Anguera 1990).

El coeficiente canónico tiene un rango de 0 a 1, en el cual el 0 indica que no hay asociación, y el 1 indica la máxima asociación (Namakforoosh, 2005). Por ello, la regla general de interpretación del valor del coeficiente nos dice que cuando el valor se halla entre el 0% y el 60% es insuficiente,

entre el 61% y el 80% es tolerable, y entre el 81% y el 100% es satisfactorio, es decir lo deseable (Anguera, 1990).

Para resumir, una vez obtenidos los datos de nuestro estudio, se ha llevado a cabo un control de calidad para evaluar su fiabilidad. Este control de calidad se ha efectuado a través de la identificación de dos observadoras a las que se les entregó el instrumento creado para que codificaran dos entrevistas cada una. Las dos observadoras codificaron la entrevista 4 de las de los hijos y la entrevista 4 de las de los padres. Teniendo en cuenta que las variables fiables están por encima de un 80% (Krippendorff, 2004), estos son los resultados que hemos obtenido en nuestro estudio:

para el cálculo del coeficiente Kappa:

Observadora 1 – Entrevista 4 (Hijos) – K = 99%
Observadora 1 – Entrevista 4 (Padres) – K = 99%
Observadora 2 – Entrevista 4 (Hijos) – K = 98%
Observadora 2 – Entrevista 4 (Padres) – K = 99%

para el cálculo de la concordancia canónica:

Investigadora – Observadora 1 – Observadora 2 – Entrevista 4 (Hijos) – Cc = 97,27%
Investigadora – Observadora 1 – Observadora 2 – Entrevista 4 (Padres) – Cc = 97,55%

Los índices obtenidos nos permiten afirmar que los datos son muy satisfactorios y pueden ser analizados, garantizándonos así la fiabilidad del material codificado para su análisis posterior.

5.3.3 Análisis de datos

En este estudio se han utilizado diferentes análisis cuantitativos a partir de la matriz inicial de códigos, para objetivar los resultados con el máximo rigor (véase figura 2.6.).

Objetivos del análisis	Naturaleza de los datos/ Descripción del análisis	Análisis cuantitativo mediante prueba estadística
Información descriptiva	Variables dicotómicas	Frecuencia
Asociación	<i>Ratios</i> o cocientes	Comparación de proporciones
Secuencialidad	Detección de regularidad no aleatoria en datos categóricos ordenados	Análisis secuencial de retardos
		T-patterns

Figura 2.6 Propuesta de análisis cuantitativo de datos de naturaleza cualitativa (extracto de Anguera, Camerino, Castañer & Sanchez-Algarra, 2014, adaptado).

En el análisis descriptivo se investiga la distribución de las frecuencias en cada uno de los ejes de las dimensiones del instrumento. El tratamiento estadístico de comparación de proporciones se ha utilizado para el análisis de la información y la elaboración de los resultados, permitiendo realizar una prueba binomial a cada par de ratios, ponderadas en función del tamaño de las submuestras. La detección de patrones temporales (*T-patterns*), así como de la detección de patrones secuenciales de conducta (análisis secuencial de retardos, *LAG*), se ha utilizado como análisis combinado para la identificación de patrones estadísticamente significativos.

Patrones estadísticamente significativos



Análisis secuencial de retardos (LAG) = Patrones SECUENCIALES de conducta.

Detección de patrones TEMPORALES (T-patterns) = Patrones temporales estadísticamente significativos en la secuencia de comportamientos.

Análisis descriptivo

En el análisis descriptivo se hace una primera aproximación a la muestra. Se estudia la totalidad de los criterios de observación, obteniendo las frecuencias (absolutas) por cada uno de ellos, y se calcula el índice patológico correspondiente, tal como se detalla en la descripción de los resultados.

Comparación de proporciones

En la comparación de proporciones se necesita un solo volumen o dos volúmenes de datos, con la finalidad de poder averiguar si hay diferencias significativas respecto a dos características determinantes. Siempre se trata de una ratio respecto al total, y en nuestro caso nos permite averiguar la presencia significativa de determinados comportamientos o conductas en la muestra estudiada, y el grado de acuerdo entre los dos grupos de padres e hijos.

Puede tratarse de un único total y comparar dos características, o de varios totales, por ejemplo cuando de una determinada conducta se registran 50 ocurrencias de un total de 400, y así mismo 80 ocurrencias de un total de 200, preguntándose si hay o no hay una diferencia significativa entre ambas proporciones (Mateu Serra, 2010).

A partir del análisis descriptivo, enfocamos el análisis de la comparación de proporciones, teniendo en cuenta los códigos en los que hemos hallado una significación especial según su frecuencia, ya que son códigos que han registrado frecuencias elevadas, o por lo contrario, evidencian pocas apariciones respecto a otras. Estos criterios han sido escogidos en relación a las hipótesis establecidas al principio y reflejan las posibles diferencias entre padres e hijos, así como las conductas significativas de los hijos.

Con respecto a esto, en la figura 3.19 en el apartado 6.2 se muestran los resultados para el análisis de la comparación de proporciones entre pares de comportamientos o conductas significativos. En el anexo 10.3 se muestran las tablas de frecuencias previas al cálculo de la comparación de proporciones.

Análisis secuencial de retardos

Técnica analítica desarrollada por Bakeman (Bakeman & Gottman, 1989; Bakeman & Quera, 1992) y por Sackett (1979, 1980) con el fin de detectar patrones de conducta o regularidades en la sucesión del registro.

El término “secuencial” hace referencia a un conjunto de técnicas cuya finalidad es poner de manifiesto las relaciones, asociaciones o dependencias entre unidades de conducta.

Representa la forma más común de microanálisis, puesto que consiste en averiguar cómo cambian las probabilidades de ocurrencia de ciertas conductas en función de la ocurrencia previa de otras (Vaimberg, 2010), y encontrar patrones estadísticamente significativos de sus regularidades.

Esta forma de análisis no es la única posible en estudios observacionales (Blanco, Losada & Anguera, 2003) aunque sí la más relevante y representa una de las aproximaciones más flexibles.

El retardo se refiere a la transición entre dos categorías en una secuencia de conductas, y se compatibilizan desde una conducta criterio o antecedente hasta la ocurrencia de las conductas de apareamiento o subsiguientes. Los retardos pueden ser positivos (análisis prospectivo), negativos (análisis retrospectivo), o nulos.

Por lo tanto, a partir de una conducta criterio (CC) se pueden suceder otras conductas en los retardos siguientes, tal como se muestra, a título de ejemplo, en el siguiente gráfico (Figura 2.7.):

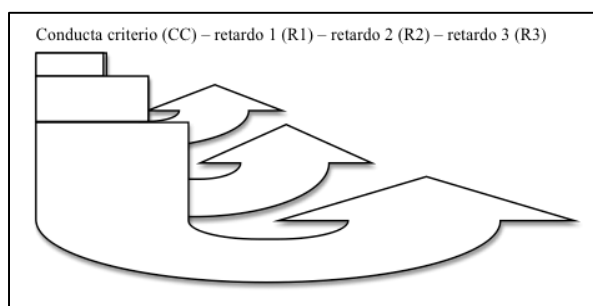


Figura 2.7. Representación del análisis de retardos (Castellano Paulis & Hernández Mendo, 2002, adaptado).

Donde: a. R1: significaría que la conducta a este nivel sucede inmediatamente posterior a la conducta criterio, CC, o de inicio.

b. R2: significaría que la conducta a este nivel sucede en un segundo nivel posterior a la conducta criterio o de inicio.

c. R3: significaría que la conducta a este nivel sucede en un tercer nivel posterior a la CC o de inicio.

Este tipo de análisis es realizado en una perspectiva prospectiva (se analizan retardos positivos: 1, 2, 3,...), es decir, desde la conducta criterio hacia delante (lo que ha sucedido a partir de la conducta criterio). El análisis de retardos puede realizarse también a través de una perspectiva retrospectiva (se analizan retardos negativos: -1, -2, -3,...) es decir, desde la conducta criterio hacia atrás (lo que ha sucedido hasta llegar a la CC).

En definitiva, a partir de una conducta considerada por hipótesis como posible inicializadora o desencadenante de las que siguen (denominada conducta criterio, CC) se elabora una tabla de frecuencia de retardos, pudiéndose así conocer en cada retardo cuáles son las conductas excitatorias y activadoras, y por lo tanto entender que existe entre sí una fuerza de cohesión mayor al mero encadenamiento por azar.

Los residuos ajustados se distribuyen de forma aproximadamente normal si se cumplen los criterios supuestos. Por ello se considera que los residuos ajustados > 1.96 en valor absoluto son significativos con un nivel menor o igual a alfa 0.05 (Bakeman & Quera, 1996).

Detección de T-patterns

Técnica analítica en el ámbito de la metodología observacional que permite la detección de patrones temporales o *T-patterns* mediante el software Theme (Magnusson 1996, 2000, 2006).

La capacidad de la metodología observacional de capturar conductas desplegadas, en un orden secuencial y temporal (Bakeman & Quera, 2011), ha llevado al desarrollo de técnicas analíticas que permiten identificar estructuras regulares de conducta (Jonsson, Bjarkadottir, Gislason, Borrie & Magnusson, 2003).

El análisis pretende la detección de estructuras ocultas en el registro, sea desde una perspectiva inter-individual como intra-individual (Anguera, 2005).

La técnica de patrones temporales se aplica así para detectar relaciones secuenciales entre las conductas, que se representan mediante gráficos en árbol o dendogramas, los cuales ilustran la sucesión de estos patrones comportamentales, denominados T-patterns, compuestos por grupos de categorías que ocurren según un orden cronológico y dentro del mismo intervalo temporal crítico (Jonsson et al., 2010). De hecho los datos no necesitan estar basados en un tiempo determinado, solamente necesitan estar concentrados alrededor de una variable (Vaimberg, 2010).

5.4 Programas informáticos

A continuación se indican los programas informáticos utilizados en las distintas etapas del diseño de la investigación y sus aplicaciones en el registro de los datos, la selección del material, la codificación, así como la transformación y reducción de los datos, la obtención de los resultados y

su interpretación: Word y Excel (Microsoft Office Professional Plus 2013). Además de utilizar estos programas, que son suficientemente conocidos por lo que se omite su descripción, para la recogida de datos, se ha utilizado el programa STATGRAPHICS (Centurion v.16) para el estudio de la comparación de proporciones, el programa SDIS- GSEQ para el análisis secuencial de retardos, y el programa THEME (v. 6) para la detección de los patrones temporales (*T-patterns*).

6. Resultados

A continuación se exponen los resultados de los distintos análisis realizados: 1. Análisis descriptivo, 2. Comparación de proporciones, 3. Análisis secuencial de retardos, y 4. Detección de T-patterns. En la discusión e interpretación de los resultados, éstos se comentan, se ponen en relación con las cuestiones planteadas inicialmente y se cotejan con las deducciones de posibles estudios similares.

6.1 Análisis descriptivo

Una vez recogidos los códigos, se procede al análisis de los resultados a través del estudio de la frecuencia de las categorías, tanto a nivel global para todas las entrevistas de los hijos y de los padres como por cada familia (padre e hijo). Comenzamos el análisis de datos contabilizando la frecuencia de las categorías, respetando el periodo de tiempo de las entrevistas estudiadas y la suma total de las mismas. A través de este primer análisis se investiga la distribución de las frecuencias absolutas en cada uno de los ejes de las dimensiones del instrumento.

Por “frecuencia absoluta” se entiende el número de veces que aparece un valor, se representa con f_i , donde el subíndice representa cada uno de los valores. La suma de las frecuencias absolutas es igual al número total de datos, representado por N .

$$f_1 + f_2 + f_3 + \dots + f_n = N$$

equivalente a:

$$\sum_{i=1}^{i=n} f_i = N$$

Los resultados obtenidos se representan en tablas y gráficos para una mejor visualización. En este primer estudio se han utilizado tablas de Excel para contabilizar los códigos de cada dimensión (y subdimensión) y analizar los resultados obtenidos, tanto a nivel global en el grupo de los hijos y de los padres, así como en el estudio individualizado de cada caso, tal como se muestra en las figuras 3.1., 3.2. y 3.3, por ejemplo. Los resultados completos son visualizables en el anexo 10.3 (también en referencia al sucesivo cálculo de la comparación de proporciones que procede de ellos).

Dimensión 1. RP				
	1	2	3	TOT.
RE	7	12	18	37
RAD	3	7	8	18
RC	0	9	19	28
CC	1	1	2	4
RND	2	2	3	7
Tot. Dim.	13	33	50	94

Figura 3.1. Frecuencias absolutas dimensión 1. Global hijos.

Dimensión 1. RP				
	1	2	3	TOT.
RE	15	16	50	81
RAD	6	22	19	47
RC	9	6	35	50
CC	2	2	2	6
RND	3	2	4	9
Tot. Dim.	35	48	110	193

Figura 3.2. Frecuencias absolutas dimensión 1. Global padres.

H1	1	2	3	Tot.	P1	1	2	3	Tot.	
Dimensión 1. RP	RE	2	4	0	6	RE	3	7	2	12
	RAD	0	1	2	3	RAD	4	3	1	8
	RC	0	3	0	3	RC	1	3	4	8
	CC	1	0	0	1	CC	1	0	0	1
	RND	0	0	1	1	RND	0	0	1	1
	tot.	3	8	3	14	tot.	9	13	8	30

Figura 3.3. Frecuencias absolutas dimensión 1. Estudio individualizado Caso1.

Una vez obtenidas las frecuencias, considerando que en la definición del instrumento se asignaron a cada categoría tres niveles con un valor de 1 a 3, donde 1 representa el nivel más sano y 3 el más patológico, se procede a transformar los datos obtenidos en valores relacionados con este intervalo (de 0 a 3), para poder identificar un índice para cada caso y definir el grado de afectación de cada hijo, donde se entiende que los valores críticos, en el intervalo considerado (0-3), sean todos los valores mayores de 1.5 (cut off), donde cuanto más se acerque a tres mayor será el grado de significatividad patológica.

Se procede así a la transformación de los valores para la detección de un índice de patología en un intervalo de 0 a 3, multiplicando los valores de cada categoría por el valor correspondiente a cada nivel (nivel 1 x 1, nivel 2 x 2 y nivel 3 x 3) y procediendo luego al cálculo de la media ponderada. De esta forma se obtiene un índice de referencia o grado de afectación por cada dimensión y subdimensión, y un índice global para el grupo de los padres y de los hijos, así como para cada caso estudiado individualmente. Tal como se pasa a detallar a continuación.

En el ejemplo que se expone a continuación (véase figuras 3.4., 3.5., 3.6.) se muestran los valores en frecuencia absoluta, la transformación a los valores correspondientes al valor asignado a cada categoría, y el cálculo del índice patológico (para el estudio completo ver anexo).

HIJOS					INDICE					
Dimensión 1. RP					indice tot hijos					
	1	2	3	TOT.	1	2	3	Tot resp.	RE	2,3
RE	7	12	18	37	7	24	54	37	RAD	2,28
RAD	3	7	8	18	3	14	24	18	RC	2,68
RC	0	9	19	28	0	18	57	28	CC	2,25
CC	1	1	2	4	1	2	6	4	RND	2,14
RND	2	2	3	7	2	4	9	7	tot. Dim.	2,44
tot. Dim.	13	33	50	94	13	66	150	94		

Figura 3.4. Cálculo índice dimensión 1. Global hijos.

PADRES					INDICE					
Dimensión 1. RP					indice tot padres					
	1	2	3	TOT.	1	2	3	Tot resp.	RE	2,43
RE	15	16	50	81	15	32	150	81	RAD	2,27
RAD	6	22	19	47	6	44	57	47	RC	2,52
RC	9	6	35	50	9	12	105	50	CC	2
CC	2	2	2	6	2	4	6	6	RND	2,11
RND	3	2	4	9	3	4	12	9	tot. Dim.	2,39
tot. Dim.	35	48	110	193	35	96	330	193		

Figura 3.5. Calculo índice dimensión 1. Global padres.

H1	respuestas	conv. Media	INDICE	P1	respuestas	conv. Media	INDICE
	1 2 3 TOT.	1 2 3 tot.resp.			1 2 3 TOT.	1 2 3 tot.resp.	
RE	2 4 0 6	2 8 0 6	1,67	RE	3 7 2 12	3 14 6 12	1,92
RAD	0 1 2 3	0 2 6 9	2,67	RAD	4 3 1 8	4 6 3 8	1,62
RC	0 3 0 3	0 6 0 3	2	RC	1 3 4 8	1 6 12 8	2,37
CC	1 0 0 1	1 0 0 1	1	CC	1 0 0 1	1 0 0 1	1
RND	0 0 1 1	0 0 3 1	3	RND	0 0 1 1	0 0 3 1	3
tot.	3 8 3 14	3 16 9 14	2	tot.	9 13 8 30	9 26 24 30	1,97
Dim.1 RP			2	Dim.1 RP			1,97

Figura 3.6. Calculo índice dimensión 1 Hijo 1. Estudio individualizado Caso 1.

A continuación se muestran también los índices calculados para cada dimensión, subdimensión y caso, y el resumen de estos índices calculados (véase figuras 3.7., 3.8. y 3.9.). En la figura 3.10. además se muestra la comparación y tendencia de los índices globales calculados para cada caso.

Caso	Dimension	Hijo	Padre
Caso 1	1	2	1,97
	2	3	1,86
	3	2,14	1,62
	4	1,4	1,57
	5	2,25	2
	6	1,81	1,67
	7	1,91	1,78
	8	3	3
	9	-	1,89
	Tot.	2,19	1,93
Caso 2	1	2,69	2,53
	2	2,53	2,85
	3	2,87	2,67
	4	2,92	2,58
	5	2,5	2,28
	6	2,33	2,18
	7	2,41	2,43
	8	2,78	2,94
	9	-	2,92
	Tot.	2,63	2,6
Caso 3	1	2,27	2,59
	2	3	3
	3	2,7	2,55
	4	2,11	2,44
	5	1	1,67
	6	2,33	2,74
	7	1,5	2,21
	8	2,83	2,85
	9	-	2,81
	Tot.	2,22	2,54
Caso 4	1	2,31	2,14
	2	3	1,75
	3	1,1	2
	4	1,4	1,36
	5	2	1,6
	6	2,44	2,04
	7	2,23	1,15
	8	1	2
	9	-	2,32
	Tot.	1,93	1,82
Caso 5	1	2,25	2,59
	2	2	2
	3	1	1,33
	4	1,5	1,67
	5	1,5	1,5
	6	1,5	1,79
	7	1,4	2,31
	8	3	3
	9	-	1,82
	Tot.	1,8	2,001

Figura 3.9. Índice global calculado por cada caso.

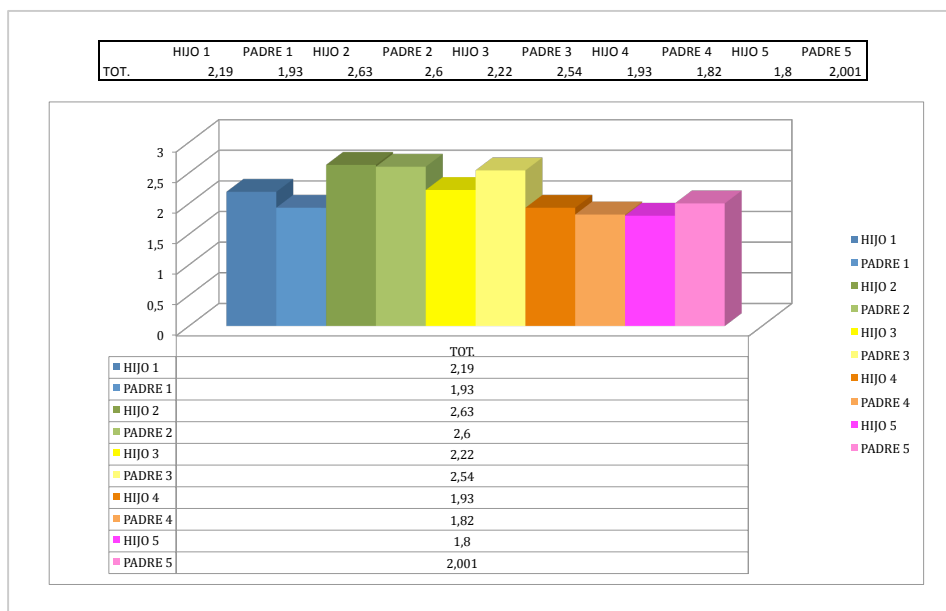


Figura 3.10. Comparación del índice global de cada caso, según padre e hijo.

El cálculo de este índice nos permite determinar a nivel descriptivo la situación de cada hijo, y comparar el perfil dibujado (según los padres y los hijos), para poder llegar a una primera aproximación (global) del estado de salud del hijo (sucesivamente corroborada y ampliada a través de los estudios estadísticos posteriormente propuestos).

En los siguientes gráficos (Figuras 3.11, 3.11a y 3.12) se muestran los índices calculados para el grupo de los hijos y de los padres, pudiendo comparar sus resultados y analizar coincidencias y desacuerdos en relación a la apreciación del estado de salud de los hijos.

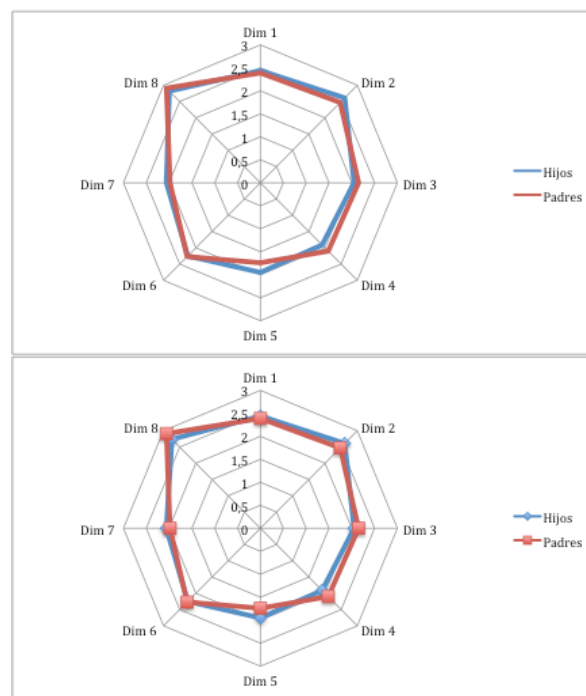


Figura 3.11. Comparación índices del grupo de los hijos y de los padres.

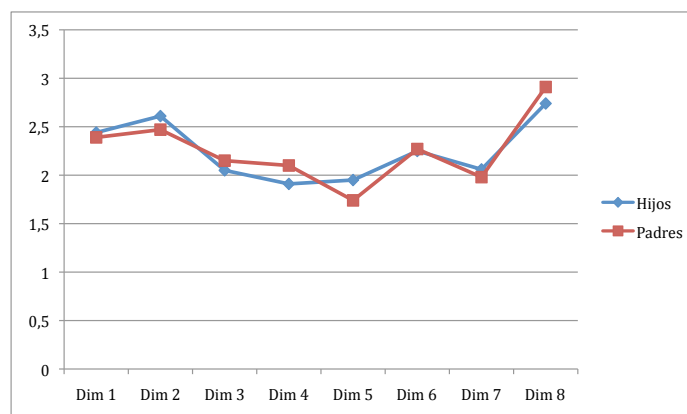


Figura 3.11a. Índices del grupo de los hijos y de los padres comparados.

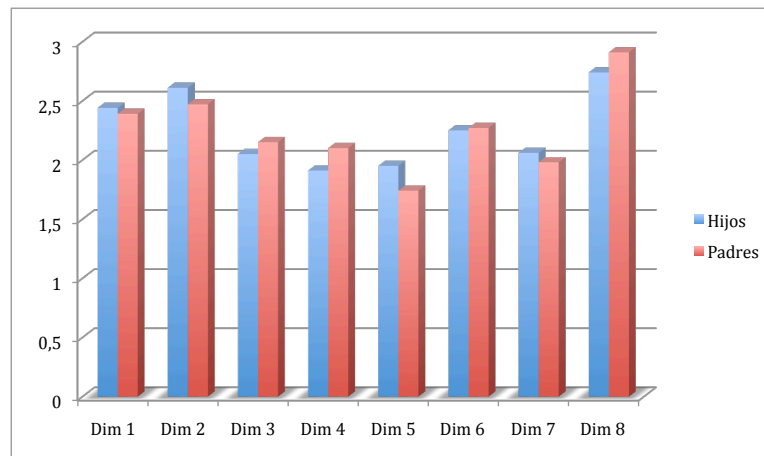


Figura 3.12. Índices del grupo de los hijos y de los padres comparados por cada dimensión.

A continuación también se expone la situación de cada hijo según los índices de patología calculados. Se compara el perfil observado por el hijo y por el padre, evidenciando los aspectos en que ambos coinciden y donde, en cambio, aparecen diferencias en la apreciación del estado de salud del hijo (véase figura 3.13 a figura 3.17.).

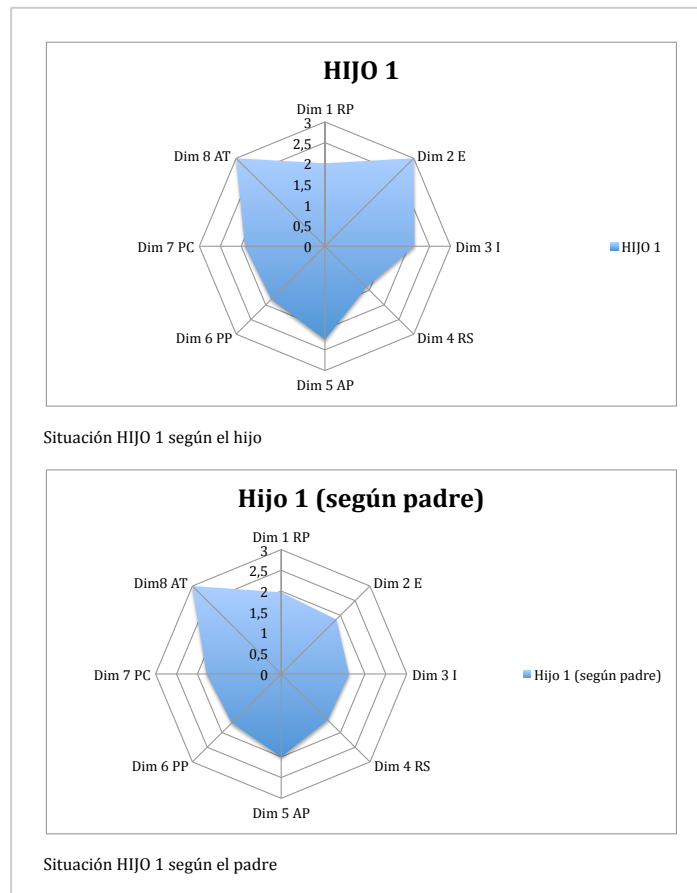


Figura 3.13. Estudio del caso 1 según los índices calculados.

Como se puede observar en el gráfico (figura 3.13.), en el hijo se destaca una mayor afectación en la dimensión 2, referente a la enfermedad del padre, que en cambio no se aprecia en el padre. Así mismo, en el hijo aparecen unos niveles más críticos en la escuela, mientras que según el padre esa área se mantiene preservada. Coinciden bastante, en cambio, en las áreas de salud o resiliencia de otras dimensiones (relaciones sociales, Dim. 4, y Autopercepción, Dim. 6), así como en la presencia de acontecimientos traumáticos significativos en la historia familiar (Dim.8) y en la presencia de episodios de dispercepciones auditivas o ideas autoreferenciales (alteraciones de la percepción y del contenido del pensamiento, Dim. 5), aunque éstas sean más marcadas en el hijo. Ambos destacan unas modalidades de comunicación y pensamiento muy parecidas.

El índice global calculado corrobora lo observado anteriormente, indicando una mayor afectación patológica en el hijo (índice global= 2,19) que en el padre (índice global=1,93). De ello se deduce una visión más optimista del padre acerca del estado actual del hijo, que en cambio relata una situación de mayor dificultad o afectación. Así mismo se destaca la utilidad de esta representación gráfica en el análisis del caso.

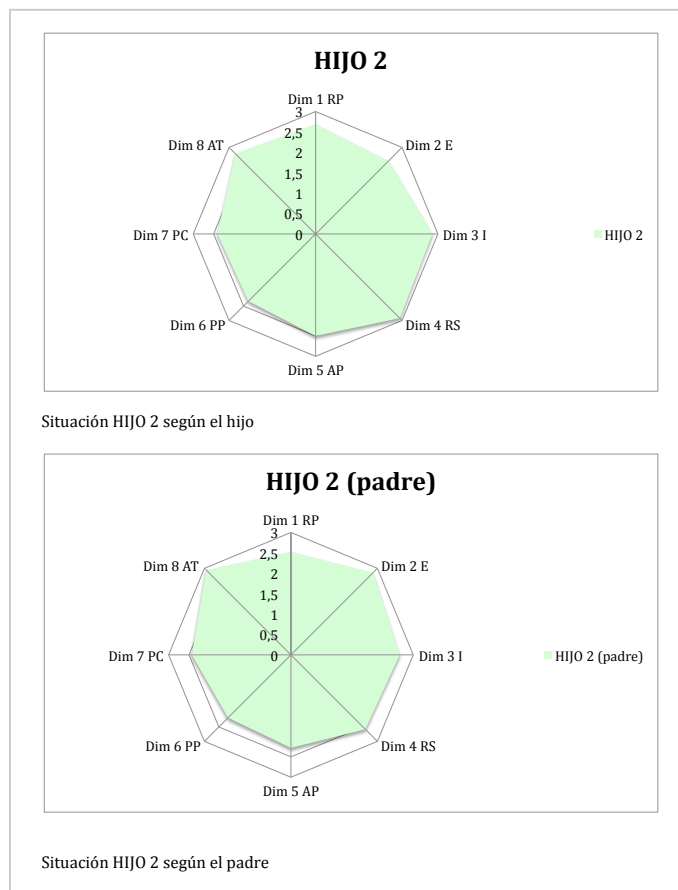


Figura 3.14. Estudio del caso 2 según los índices calculados.

En el gráfico (figura 3.14.) se aprecia una coincidencia entre padre e hijo acerca de la elevada afectación que caracteriza cada una de las dimensiones. Aunque en el hijo se observa una afectación mayor que en lo apreciado por parte del padre en las áreas de la escuela (Dim. 3) y de las relaciones sociales (Dim. 4). Padre e hijo muestran unas modalidades de comunicación y pensamiento muy parecidas. Este cuadro se confirma en la apreciación del índice global de patología, que nos indica unos valores coincidentes entre padre (índice global=2,6) e hijo (índice global=2,63). Ambos coinciden significativamente en la apreciación general de la situación del hijo, aunque en este último, algunos aspectos resultan ser más críticos, como por ejemplo en las relaciones sociales, en el instituto y en algunos aspectos de sí mismo.

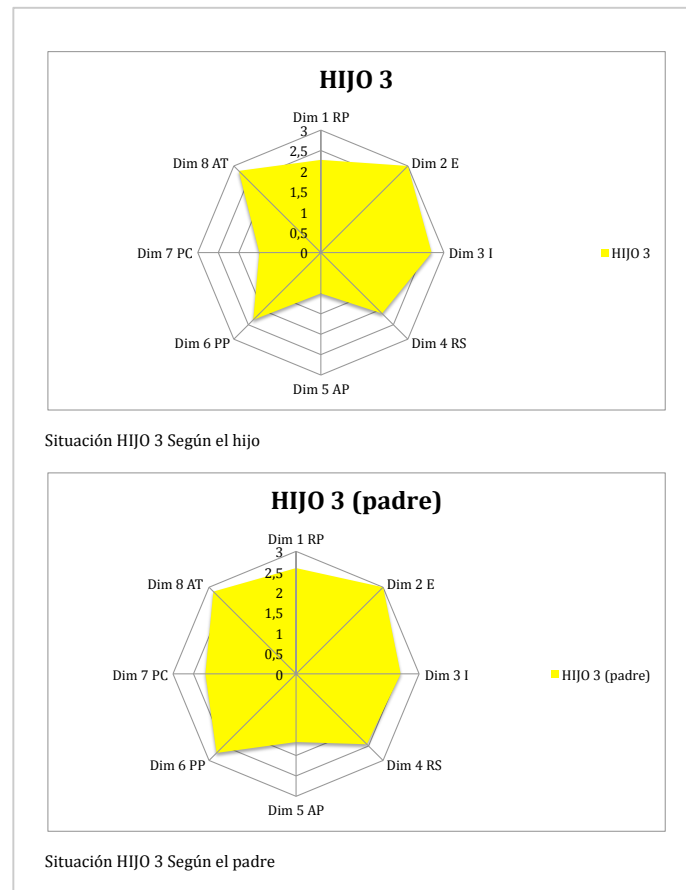


Figura 3.15. Estudio del caso 3 según los índices calculados.

En el caso 3 (véase figura 3.15) se puede observar cómo padre e hijo coinciden plenamente en la falta de conocimiento por parte del hijo de la enfermedad del padre y en la afectación en esta dimensión (2), así como en la presencia de acontecimientos adversos significativos en la historia familiar (Dim.8). Así mismo se observan unos índices patológicos críticos congruentes en cuanto se refiere a las dimensiones de las relaciones familiares (Dim.1), la escuela (Dim.3), las relaciones sociales (Dim. 4) y la esfera del yo y sus capacidades de interacción (Dim. 6). Discrepan en cambio en la valoración de las alteraciones del la percepción y del contenido del pensamiento (Dim. 5, voces e ideas autoreferenciales), presentes en alguna ocasión, según el padre, y ausentes según el hijo; y en las modalidades de comunicación y pensamiento (Dim. 7), más críticas en el padre. Ambos coinciden en la afectación del estado actual del hijo, aunque según el padre es más grave (índice global= 2,54) que según el hijo (índice global=2,22). De echo, tal como se observa también en el gráfico, el área de afectación detectada en los datos aportados por el padre es mayor que el área de afectación observada en el hijo.

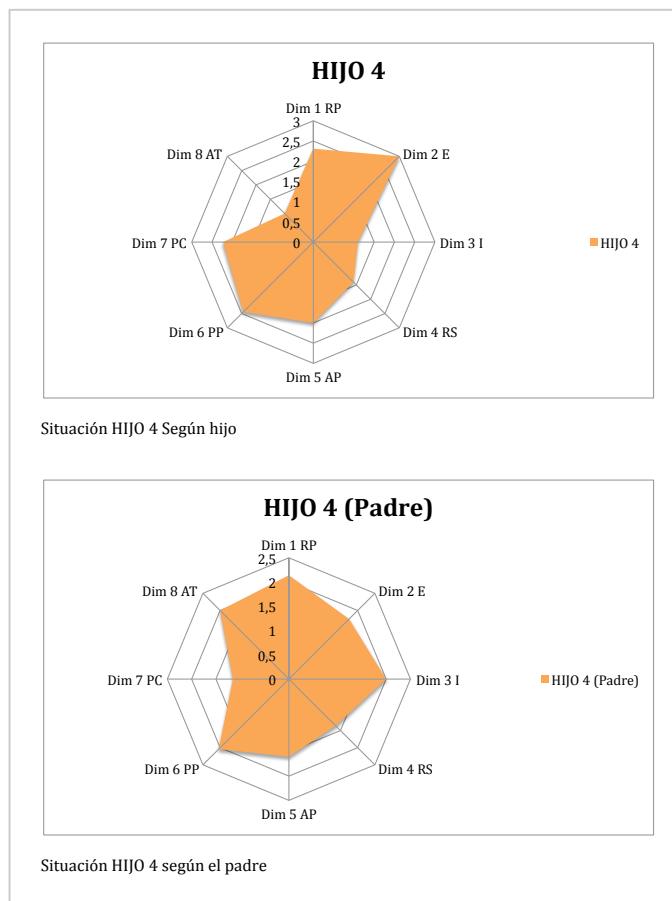


Figura 3.16. Estudio del caso 4 según los índices calculados.

En el gráfico (figura 3.16.) se observa la alta discrepancia entre padre e hijo en referencia a las dimensiones 2 (enfermedad) y 3 (escuela): según el hijo se aprecia una afectación importante en referencia a la enfermedad del padre, que en cambio éste no percibe como tan significativa; y por lo contrario el padre detecta unas dificultades importantes en la escuela, que en cambio el hijo define como ausentes. Lo mismo se observa en relación a la dimensión 5, las alteraciones de la percepción y del contenido del pensamiento, con mayor presencia según el hijo, así como en la dimensión 8, los acontecimientos adversos, no significativos según el hijo. Coinciden en cambio en la significatividad de las relaciones familiares (Dim.1) y en la afectación de la esfera del yo y sus modalidades de interacción en el hijo (Dim.6). Así mismo coinciden en la ausencia de dificultades significativas en las relaciones sociales (Dim.4), que para ambos se res cuenta como un área de resiliencia. Por lo que se refiere en cambio a las modalidades de comunicación y pensamiento (Dim.7), padre e hijo muestran un estilo de funcionamiento muy distinto, que en el hijo resulta altamente comprometido. Ambos coinciden bastante en el cuadro general, con un índice global de 1,93 en el hijo y de 1,82 en el padre. Esto indica una variación de la media significativa, aunque no particularmente elevada, tal como se aprecia en el gráfico, donde se observa cómo padre e hijo

coinciden significativamente en el grado de afectación general del hijo, aunque no en el grado de afectación específico de ciertos aspectos o variables.

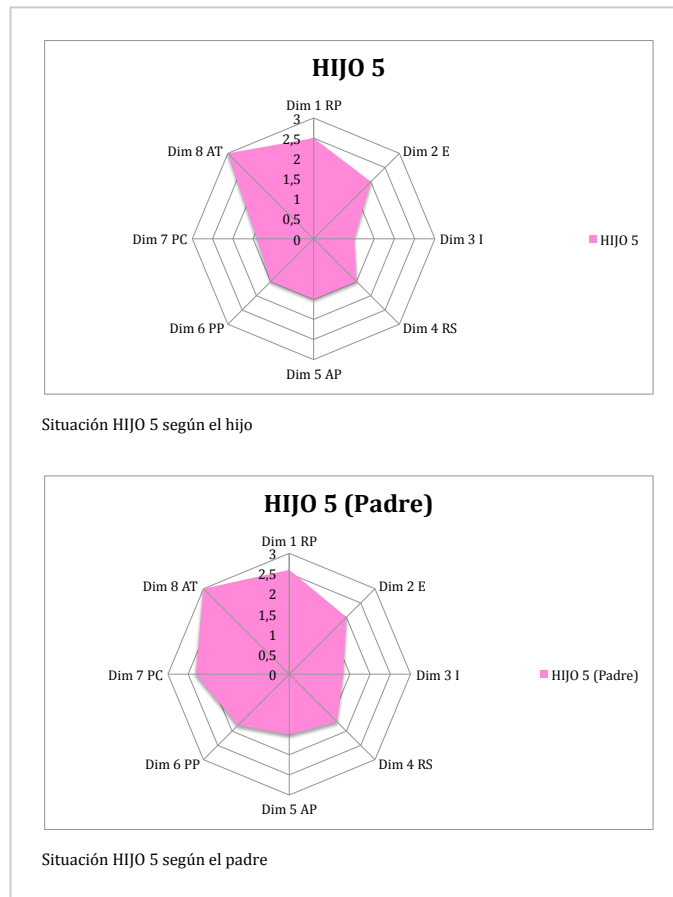


Figura 3.17. Estudio del caso 5 según los índices calculados.

Por lo que se refiere al caso 5 (véase figura 3.17.), se observa en el gráfico una mayor criticidad del cuadro según el padre en comparación al hijo, el cual presenta en cambio mayores áreas de resiliencia. No obstante, padre e hijo coinciden en la significatividad patológica de las dimensiones de las relaciones familiares (Dim.1) y de la enfermedad del padre (Dim.2), así como en la presencia de acontecimientos traumáticos altamente significativos en la historia familiar (Dim. 8). Por lo que se refiere a la dimensión de la escuela (3) y de las relaciones sociales (4), ambos destacan buenos niveles de funcionamiento, aunque según el padre en esta última aparecen algunos aspectos de dificultad, que en cambio no emergen en el hijo. Lo mismo pasa para la dimensión 6 (esfera del yo y sus capacidades de interacción). Hijo y padre enfermo coinciden acerca de la dimensión 5 (voces e ideas autoreferenciales) y en su baja significatividad (1,5 x ambos). Se observa también una diferencia en las modalidades de pensamiento y comunicación, más coherentes e integradas en el

hijo. Esto se refleja en el índice global, donde aparecen niveles de criticidad patológica más significativos según el padre (índice global= 2,001) que el hijo (índice global= 1,8). Tal como se aprecia también en el gráfico, en efecto el hijo parece tener mejores niveles de funcionamiento que los percibidos por el padre, aunque presenta diferentes aspectos o áreas de resiliencia en los que ambos coinciden.

Debido a que, tal como hemos comentado anteriormente, la dimensión 9 está presente solamente en el caso de las entrevistas de los padres, se procede al cálculo y comparación de los índices también con la inclusión de esta dimensión, que se muestra a continuación (véase figura 3.18.).

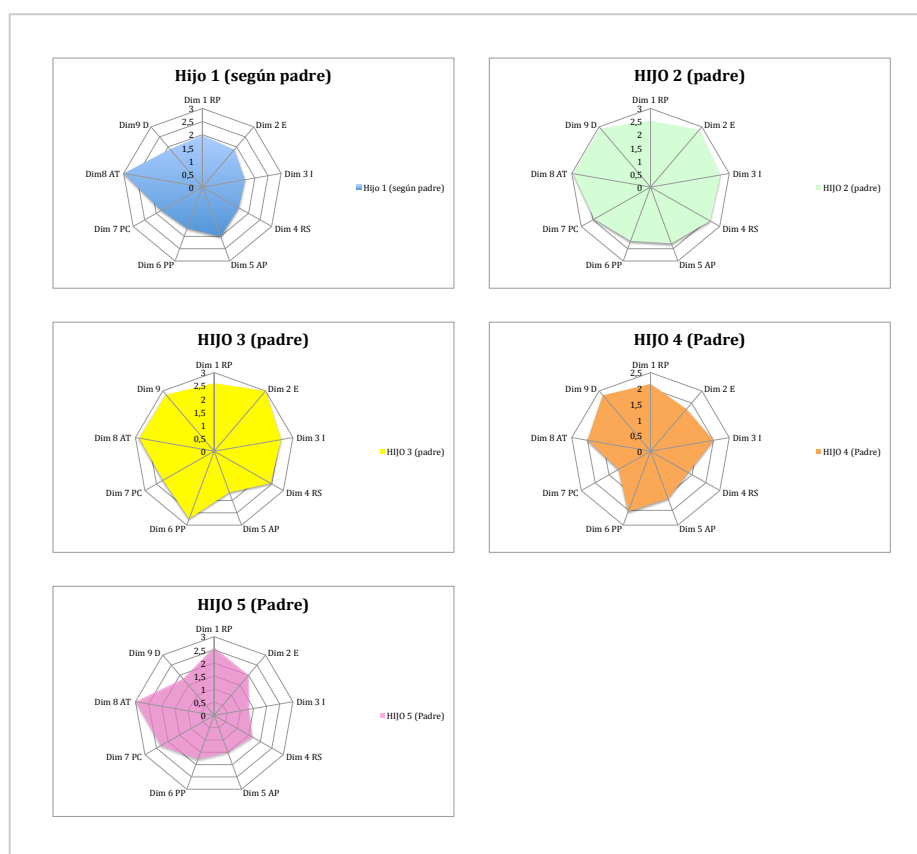


Figura 3.18. Resumen gráficos padres con la inclusión del índice de la dimensión 9.

Tal como resalta la exposición gráfica, en referencia a la dimensión 9 (datos del desarrollo), se detecta la presencia de dificultades significativas en los casos dos, tres y cuatro, en los cuales el índice correspondiente a esta dimensión es muy alto, sobretodo en el caso dos (2,92) y tres (2,81), seguidos por el caso cuatro (2,32). En cambio observamos la presencia de menos factores de riesgo en esta etapa en el caso uno (índice patológico = 1,89) y en el caso cinco (1,82), ambos de hecho, con mejor pronóstico.

6.2 Comparación de Proporciones

Se ha realizado la comparación de proporciones entre pares de conductas o estilos de comportamientos que emergen en las respuestas de las entrevistas a los hijos, y a los padres acerca de los hijos, para poder definir aspectos significativos y el grado de acuerdos entre padres e hijos en la detección y significatividad de las conductas que se observan.

En lo que se refiere a la valoración de los resultados, que se muestran en la Figura 3.19., se destaca la comparación de proporciones entre pares de conductas o estilos de comportamientos relevantes y se indican diferentes grados de significatividad:

*** $P < 0.001$ (.001)

** $P < 0.01$ (.01)

* $P < 0.05$ (.05)

Si la proporción de la muestra obtiene $P > 0.05$ ($>.05$) significa que no existen diferencias estadísticamente significativas.

Dimensiones	CODES	RATIO1	RATIO2	P	Sign.
1.	RP1H-RP3H	13/94 = 0.138	50/94 = 0.531	1.13014E-8	***
	RP1P-RP3P	35/193= 0.181	110/193= 0.569	3.55271E-15	***
	RP3H-RP3P	50/94 = 0.531	110/193 = 0.569	0.543085	
2.	E1H-E3H	1/33 = 0.03	21/33 = 0.636	1.76281E-7	***
	E1P-E3P	5/40 = 0.125	24/40 = 0.6	0.00000945198	***
	E3H-E3P	21/33 = 0.636	24/40 = 0.6	0.752912	
3.	I1H-I3H	14/40 = 0.35	16/40 = 0.4	0.644164	
	I2H-I3H	10/40 = 0.25	16/40 = 0.4	0.152078	
	I1P-I2P	12/54 = 0.222	22/54 = 0.407	0.0384212	*
	I3H-I3P	16/40 = 0.4	20/54 = 0.370	0.76733	
	I2H-I2P	10/40 = 0.25	22/54 = 0.407	0.112169	
4.	RS1H-RS3H	23/66 = 0.348	17/66 = 0.257	0.255096	
	RS1H-RS2H	23/66 = 0.348	26/66 = 0.393	0.592496	
	RS2H-RS3H	26/66 = 0.393	17/66 = 0.257	0.0063106	
	RS1P-RS3P	29/104 = 0.278	39/104 = 0.375	0.135794	
	RS3H-RS3P	17/66 = 0.257	39/104 = 0.375	0.110578	
	RS2H-RS2P	26/66 = 0.393	36/104 = 0.346	0.534853	
5.	AP1H-AP2,3H	7/19 = 0.368	12/19 = 0.631	0.0802238	
	AP1P-AP2,3P	8/19 = 0.421	13/19 = 0.684	0.0228256	*
	AP2,3H-AP2,3P	12/19 = 0.631	13/19 = 0.684	0.730663	
6.	PP1H-PP3H	14/95 = 0.147	38/95 = 0.4	0.0000916676	***
	PP1H-PP2H	14/95 = 0.147	43/95 = 0.452	0.00000445241	***
	PP1P-PP3P	29/145 = 0.2	68/145 = 0.468	0.00000131125	***
	PP1P-PP2P	29/145 = 0.2	48/145 = 0.331	0.011541	*
	PP3H-PP3P	38/95 = 0.4	68/145 = 0.468	0.299471	
	PP2H-PP2P	43/95 = 0.452	48/145 = 0.331	0.0588033	
7.	PC1H-PC3H	49/162 = 0.302	59/162 = 0.364	0.236415	
	PC1P-PC3P	42/130 = 0.323	40/130 = 0.307	0.781238	
	PC2P-PC3P	48/130 = 0.369	40/130 = 0.307	0.290637	
	PC3H-PC3P	59/162 = 0.364	40/130 = 0.307	0.36358	
	PC2H-PC2P	54/162 = 0.333	48/130 = 0.369	0.52126	
	PC1H-PC2,3H	49/162 = 0.302	113/162 = 0.697	1.1684E-12	***
	PC1P-PC2,3P	42/130 = 0.323	88/130 = 0.676	1.25952E-8	***
	PC2,3H-PC2,3P	113/162=0.697	88/130 = 0.676	0.70037	
8.	AT1H-AT3H	1/23 = 0.043	18/23 = 0.782	3.5736E-7	***
	AT1P-AT3P	0/35 = 0	32/35 = 0.914	1.66533E-14	***
	AT3H-AT3P	18/23 = 0.782	32/35 = 0.914	0.154351	
9. Solo Padres	D1P-D3P	24/126 = 0.190	78/126 = 0.619	4.00502E-12	***
SUBdimensiones					
RP.	RE1H-RE3H	7/37 = 0.189	18/37 = 0.486	0.00690186	***
	RE1P-RE3P	15/81 = 0.185	50/81 = 0.617	2.03435E-8	***
	RE3H-RE3P	18/37 = 0.486	50/81 = 0.617	0.181586	
	RC1H-RC3H	0/28 = 0	19/28 = 0.678	8.38136E-8	***
	RC1P-RC3P	9/50 = 0.18	35/50 = 0.7	1.62779E-7	***
	RC3H-RC3P	19/28 = 0.678	35/50 = 0.7	0.839985	
	RAD1H-RAD3H	3/18 = 0.166	8/18 = 0.444	0.0700726	
	RAD1P-RAD2P	6/47 = 0.127	22/47 = 0.468	0.000299327	***
	RAD1P-RAD3P	6/47 = 0.127	19/47 = 0.404	0.00235977	***
	RAD3H-RAD3P	8/18 = 0.444	19/47 = 0.404	0.769618	
	RAD2H-RAD2P	7/18 = 0.388	22/47 = 0.468	0.561477	
	RE1,RND1H-RE3,RND3H	9/44 = 0.204	21/44 = 0.477	0.00688953	***
	RE1,RND1P-RE3,RND3P	18/90 = 0.2	54/90 = 0.6	4.33092E-8	***
	RE3,RND3H-RE3,RND3P	21/44 = 0.477	54/90 = 0.6	0.178008	
	E.	VE1H-VE3H	0/22 = 0	16/22 = 0.727	5.37328E-7
VE1P-VE3P		0/13 = 0	8/13 = 0.615	0.000679373	***
VE3H-VE3P		16/22 = 0.727	8/13 = 0.615	0.490525	
	IE1H-IE3H	1/11 = 0.09	5/11 = 0.45	0.0572109	
	IE1P-IE3P	5/27 = 0.185	16/27 = 0.592	0.00215448	***
	IE3H-IE3P	5/11 = 0.454	16/27 = 0.592	0.437852	
I.	RI2H-RI3H	2/19 = 0.105	9/19 = 0.473	0.0123416	*
	RI1P-RI2P	7/31 = 0.225	14/31 = 0.451	0.0599727	
	RI1P-RI3P	7/31 = 0.225	10/31 = 0.322	0.391595	
	RI3H-RI3P	9/19 = 0.473	10/31 = 0.322	0.285488	
	RI2H-RI2P	2/19 = 0.105	14/31 = 0.451	0.0108721	*
RS.	OR1,2H-OR3H	17/23 = 0.739	6/23 = 0.260	0.0011593	**
	OR1H-OR2H	4/23 = 0.173	13/23 = 0.565	0.00587096	**
	OR1,2P-OR3P	29/32 = 0.906	3/32 = 0.093	7.85965E-11	***
	OR1P-OR2P	5/32 = 0.156	24/32 = 0.75	0.00000181608	***
	C1H-C3H	6/16 = 0.375	4/16 = 0.25	0.445598	
	C2H-C2H	6/16 = 0.375	4/16 = 0.25	0.445598	
	C1P-C3P	10/34 = 0.294	19/34 = 0.55	0.0325819	*
	C3H-C3P	4/16 = 0.25	19/34 = 0.55	0.0468645	*
	A1H-A3H	13/27 = 0.481	7/27 = 0.259	0.0911303	
	A1P-A3P	14/38 = 0.368	17/38 = 0.447	0.483424	
	A2P-A3P	7/38 = 0.184	17/38 = 0.447	0.01363	*
	A3H-A3P	7/27 = 0.25	17/38 = 0.447	0.10404	
	C1A1H-C3A3H	19/43 = 0.441	11/43 = 0.255	0.0702049	
	C1A1P-C3A3P	24/72 = 0.333	36/72 = 0.5	0.0420984	*
	C3A3H-C3A3P	11/43 = 0.255	36/72 = 0.5	0.0097041	**

Figura 3.19. Resultados de la comparación de proporciones.

Tabla completa consultable en Anexo10.3.

De la observación de los resultados de la comparación de proporciones, desde una perspectiva general se aprecia:

- La presencia de problemas o conflictos significativos durante el embarazo (uno o más conflictos emocionales y/u orgánicos). Incidencia de diversos factores relevantes en el primer

año de vida que indican un inicio de la relación entre madre e hijo en un contexto emocional complicado. Dificultades tempranas en la relación con el objeto, en los niños de la muestra. Y encuentros con madres deprimidas en los primeros momentos de vida. Depresión post parto y presencia significativa de angustias de muertes y fantasías aniquiladoras durante todo el periodo del embarazo (ej. pérdida de peso, miedo a morir, entre otros).

- Separaciones precoces de la madre debido al trabajo y/o a la enfermedad (ej. ingresos, imposibilidad de hacerse cargo del hijo) que implican la presencia significativa de otra persona adulta de la familia que asume el cuidado del niño. En la mayoría de los casos de nuestra muestra son los abuelos los adultos que se hacen cargo de la crianza de los hijos y a menudo también del progenitor enfermo. Esto implica, por un lado la presencia de un importante factor de resiliencia, como es la presencia de otro adulto significativo en la relación con el niño, y por otro lado, la presencia de duelos ligados con la pérdida de estas personas, de difícil elaboración tanto por el hijo (que muestran significativos duelos relacionados con la muerte de los abuelos) como por el progenitor. Un doble trauma para el hijo que tiene que hacerse cargo él solo del progenitor enfermo (en los niños de nuestra muestra son madres con TMS). Se revela, de hecho, una importante presencia del rol de cuidador (significatividad muy alta, $p < .001$) en el hijo. La necesidad de hacerse cargo de él es muy alta, aún cuando el padre no es consciente de ello. En los padres de nuestra muestra emerge la queja y las proyecciones de que el hijo “no se hace suficientemente cargo de los problemas que tiene el progenitor, no le ayuda lo suficiente y no se preocupa”, no obstante, en sus relatos emerge exactamente lo contrario, y se observa una significatividad elevada en ellos también de este índice (RC), que aumenta aún más en los hijos que expresan una elevada preocupación por el progenitor y su situación física y anímica. Los niños llegan incluso a hablar como si fueran ellos los padres y el progenitor el hijo, inversión de roles (RC3). Sin embargo en sus relatos, las madres en algún momento de insight pueden reconocer que la actitud “pasota” del hijo sea una forma de contrarrestar su extrema sensibilidad y de poder seguir adelante. Esto nos indica que en algún momento, a lo largo de las entrevistas, las madres pueden conectar con esta parte del hijo, y reconocer las posibles dificultades de éste a causa de la responsabilidad (en la mayoría de los casos, con la enfermedad de la madre, el abandono del padre y la muerte de otras personas significativas como los abuelos).

- Es significativa la presencia de una relación ausente o conflictiva con el padre sano o no diagnosticado (que en nuestra muestra son todos padres). En nuestros casos, se trata sobre todo de familias monoparentales (3 de las 5 familias estudiadas y 1 familia alargada también con

ausencia del padre) caracterizadas por la separación temprana del padre durante la época del embarazo o en los primeros años después del nacimiento del hijo, con lo cual no participa en los cuidados diarios de éste (RE3, RND3 $p < 0.001$). Se muestra así aún más significativa la presencia de otros familiares y/o familias alargadas (como en el caso de M., caso 5, la presencia de una familia alargada se revela como un importante factor de resiliencia. En el caso de I., caso 4, la presencia de ambos padres parece dar más estabilidad ya que es vivido por la hija de forma muy positiva, además de contar también con la presencia de otros adultos de referencia, los abuelos, que ayudan a la madre en el cuidado de la hija desde los primeros años de vida. La madre de I. de hecho describe al abuelo como un importante aliado en la crianza de la niña y en las diferentes etapas significativas de su desarrollo).

- Otro aspecto significativo que emerge es la falta de conocimiento de la enfermedad del padre por parte del hijo, el cual queda inmerso en fantasías y confusión acerca de lo que le pasa al padre enfermo, y pasa a identificarse con aspectos de la enfermedad. Este hecho está estimulado también por la tendencia que emerge por parte de los padres (con TMS en nuestra muestra) a confundir los límites y fronteras entre ellos y los hijos, entre su situación personal y la del hijo, proyectando así aspectos propios sobre el hijo: modalidad autorreferencial de los padres centrados en sí mismos y su situación, probablemente también por la falta de recursos personales; ya les cuesta hacerse cargo de sí mismos y de su situación personal, como para poder contener, elaborar y gestionar también las necesidades de los hijos; confusión entre uno mismo y el otro (el self y el otro). De hecho, el progenitor piensa que el hijo conoce su enfermedad mientras que en los hijos emerge una significativa negación, confusión o desconocimiento de ésta. Padres e hijos nunca han hablado abiertamente de la enfermedad del padre, llevando así al hijo a significativos estados de confusiones y fantasías acerca de la misma.

- En la relación entre el hijo y el padre enfermo, la significatividad de una relación adhesiva ($< .001$) parece indicar que ésta está caracterizada por intentos de separación (RAD2) por parte del hijo, que se encuentra atrapado en una relación fusional con el padre, y la dificultad por parte del padre enfermo a facilitar la autonomía e independencia del hijo (RAD3). Al padre le cuesta diferenciarse del hijo y distinguir entre él y el otro, aunque luego aparezca la queja de que el hijo no pueda valerse por sí mismo (y diferenciarse de él). Emerge así una dificultad significativa por parte de los padres a hacerse cargo de los hijos, lo que Artigue (2013) llama relaciones empobrecidas, tal como se destaca también en los relatos de los padres, que muestran importantes angustias relacionadas con estados de dependencia de los hijos y sus actos de

rebeliones (AG3). Los padres ven a los hijos más dependientes de lo que son realmente y consideran que los niños no pueden contener los actos de rebelión (agresividad normal de la edad, AG1), que ven como actos de extrema agresividad y angustia (a los que no pueden dar explicación y palabra).

Pasamos ahora a analizar en detalle los resultados que emergen de la comparación de proporciones (véase de figura 3.20 a figura 3.34.).

	CODES	RATIO1	RATIO2	P	Sign.
Dimensiones					
1.	RP1H- RP3H	13/94 = 0.138	50/94 = 0.531	1,13014E-8	***
	RP1P- RP3P	35/193= 0.181	110/193= 0.569	3,55271E-15	***
	RP3H - RP3P	50/94 = 0.531	110/193 = 0.569	0,543085	

Figura 3.20. Comparación de proporciones estadísticamente significativas Dimensión 1. RP

En la comparación entre unas relaciones familiares estables y equilibradas y unas relaciones difíciles o conflictivas, emerge la significativa presencia de relaciones parentales comprometidas o difíciles, empobrecidas (Artigue et al., 2004), tanto en los hijos como en los padres ($p < .001$). Los hijos muestran una presencia significativas de relaciones familiares conflictivas o empobrecidas (RP3H), en comparación con la presencia de relaciones más equilibradas que se observa de forma significativa también en los padres (RP3P), los cuales se muestran de acuerdo con los hijos (RP3H-RP3P, $p > .05$) en la presencia de relaciones difíciles, caracterizadas por conflictos o ausencias.

2.	E1H-E3H	1/33 = 0.03	21/33 = 0.636	1,76281E-7	***
	E1P-E3P	5/40 = 0.125	24/40 = 0.6	0,00000945198	***
	E3H-E3P	21/33 = 0.636	24/40 = 0.6	0,752912	

Figura 3.21. Comparación de proporciones estadísticamente significativas Dimensión 2. E

A nivel del análisis de la comparación de proporciones, es también significativa la falta de conocimiento de la enfermedad del padre por parte de los hijos ($p < .001$), hecho en el que coinciden tanto los padres como los hijos en sus relatos (E1H-E3H y E1P-E3P $p < .001$, E3H-E3P $p > .05$). Los padres no han hablado abiertamente de la enfermedad con el hijo, en el cual se genera confusión y fantasías acerca de ello, sin posibilidad de ser contenidos y elaborados. Padres e hijos coinciden en las respuestas ($p > .05$).

6.	PP1H-PP3H	14/95 = 0.147	38/95 = 0.4	0,0000916676	***
	PP1P-PP3P	29/145 = 0.2	68/145 = 0.468	0,00000131125	***
	PP1H-PP2H	14/95 = 0.147	43/95 = 0.452	0,00000445241	***
	PP1P-PP2P	29/145 = 0.2	48/145 = 0.331	0,011541	*
	PP3H-PP3P	38/95 = 0.4	68/145 = 0.468	0,299471	
	PP2H-PP2P	43/95 = 0.452	48/145 = 0.331	0,0588033	

Figura 3.22. Comparación de proporciones estadísticamente significativas Dimensión 6. PP

También es significativa en los hijos, según el relato de ellos mismos, la presencia de bajos niveles de motivación y altos niveles de nerviosismo o ansiedad y de dificultades a nivel interno/personal y de interacción ($p < 0.001$), tal como también confirman y destacan los padres ($p < 0.001$) coincidiendo bastante con ellos en sus apreciaciones y respuestas ($p > 0.05$).

Cuando se refieren a la apreciación de dificultades de nivel 3 (PP3H, PP3P), en comparación a niveles estables y “más sanos o equilibrados”, padres e hijos coinciden en la significatividad de estos aspectos. Mientras que en lo que se refiere a niveles de activación y conductas de nivel 2, es decir, algunos índices “sensibles” que pueden señalar o hacer pensar en la aparición de un problema si se convierten en una conducta estable o continuada, pero que aún no son “patológicos”, en los hijos se muestran como altamente significativos ($p < 0.001$) mientras que en los padres son de menor importancia o significatividad ($p < 0.05$), a pesar que ambos lleguen a apreciar estos índices o conductas (PP2H-PP2P $p > 0.05$), coincidiendo en su existencia, aunque no en su nivel de importancia. Esto hace pensar también en la tendencia por parte de los padres a minimizar los aspectos de dificultad de los hijos (PC2,3 $p < 0.001$), así como su propia dificultad en las capacidades de insight y cura de los hijos, mostrando problemas para contener y darse cuenta de lo que les está pasando a los hijos (hasta que el problema se hace importante, por ej. llegan a CSMIJ o CSMA cuando ya es de orden mayor, sin poder captar los indicadores tempranos o anteriores que lo anticipan). Les cuesta contener los aspectos de dificultad de los hijos ya que para ellos ya es difícil contener sus propias angustias y preocupaciones debido a su propia enfermedad. Pero al mismo tiempo, este aspecto hace pensar también en lo que puede pasar en todas las familias, con o sin enfermedad, es decir que en los hijos emerja antes lo que les está pasando porque es vivido en primera persona, mientras los padres tardan más en darse cuenta de ello.

7.	PC1H-PC3H	49/162 = 0.302	59/162 = 0.364	0,236415	
	PC1P-PC3P	42/130 = 0.323	40/130 = 0.307	0,781238	
	PC2P-PC3P	48/130 = 0.369	40/130 = 0.307	0,290637	
	PC3H-PC3P	59/162= 0.364	40/130 = 0.307	0,306358	
	PC2H-PC2P	54/162= 0.333	48/130 = 0.369	0,52126	
	PC1H-PC2,3H	49/162 = 0.302	113/162 = 0.697	1,1684E-12	***
	PC1P-PC2,3P	42/130 = 0.323	88/ 130= 0.676	1,25952E-8	***
	PC2,3H-PC2,3P	113/162=0.697	88/130 = 0.676	0,70037	

Figura 3.23. Comparación de proporciones estadísticamente significativas Dimensión 7. PC

En lo que hace referencia a las modalidades de pensamiento y comunicación desde el análisis de la comparación de proporciones, se detecta una tendencia significativa de los hijos a minimizar o negar los aspectos de dificultad propios y de los padres y enfatizar los positivos y de salud, mostrando una preferencia a utilizar un pensamiento más concreto ($p < 0.001$), tal como también se muestra en los padres ($p < 0.001$). Esta similitud entre estilos de comunicación parecidos entre padres e hijos, en los cuales no existen diferencias significativas ($p > 0.05$), tal como emerge y confirma también el análisis de la comparación de proporciones, hace pensar que los hijos tienden a utilizar los mismos modelos de respuestas y mecanismos de defensas que los padres, aunque no tan polarizados. Estos resultados se confirman también en el análisis de la comparación de proporciones de las subdimensiones de esta área:

PC.	R1H-R2H	28/93 = 0.301	45/93 = 0.483	0,011017	*
	R1P-R2P	29/92 = 0.315	46/92= 0.5	0,0106634	*
	R2H-R2P	45/93 = 0.483	46/92=0.5	0,817112	
	P1H- P3H	21/69 = 0.304	39/69 = 0.565	0,00198353	**
	P1P- P3P	13/38 = 0.342	23/38 = 0.605	0,0216753	*
	P3H-P3P	39/69 = 0.565	23/38 = 0.605	0,688356	

Figura 3.24. Comparación de proporciones estadísticamente significativas Subdimensiones de la Dimensión 7. R y P

8.	AT1H-AT3H	1/23 = 0.043	18/23 = 0.782	3,5736E-7	***
	AT1P-AT3P	0/35 = 0	32/35 = 0.914	1,66533E-14	***
	AT3H-AT3P	18/23 = 0.782	32/35 = 0.914	0,154351	

Figura 3.25. Comparación de proporciones estadísticamente significativas Dimensión 8. AT

Detectamos también una diferencia significativa en el análisis de la comparación de proporciones entre la existencia en mayor o menor grado de acontecimientos adversos importantes en la vida de estas familias ($p < .001$), que demuestra la presencia (significativa) de acontecimientos

traumáticos, o vividos como tales, en épocas tempranas de la historia del niño ($p < .001$), tal como emerge tanto en los relatos de los hijos como de los padres. Ambos coinciden ($p > 0.05$) en la identificación de diferentes acontecimientos adversos durante la infancia del niño que se acumulan (vd. trauma cumulativo; pérdida de referentes significativos, como por ej. los abuelos; condiciones económicas adversas; etc.) y suman a la enfermedad del padre, con la que ambos, progenitor enfermo e hijo, tienen que convivir.

9. Solo Padres	D1P-D3P	24/126 = 0.190	78/126 = 0.619	4,00502E-12	***
----------------	---------	----------------	----------------	-------------	-----

Figura 3.26. Comparación de proporciones estadísticamente significativas Dimensión 9 (padres). D

En este sentido, estadísticamente es significativa también la presencia de eventos adversos en la época del embarazo y del puerperio ($p < 0.001$), tal como emerge del relato de los padres en el análisis de la comparación de proporciones acerca de la historia evolutiva del niño. Los resultados se confirman y replican en el análisis de las subdimensiones, tal como se indica a continuación.

Hasta ahora nos hemos detenido principalmente en la lectura y análisis de las dimensiones de nuestro estudio para poder tener una lectura global de nuestra muestra. Pasamos ahora al análisis específico de las subdimensiones que componen cada dimensión, deteniéndonos en la lectura de las mismas según su grado de significatividad.

Subdimensiones					
RP.	RE1H-RE3H	7/37 = 0.189	18/37 = 0.486	0,00690186	***
	RE1P-RE3P	15/81 = 0.185	50/81 = 0.617	2,03435E-8	***
	RE3H-RE3P	18/37 = 0.486	50/81 = 0.617	0,181586	
	RC1H-RC3H	0/28 = 0	19/28 = 0.678	8,38136E-8	***
	RC1P-RC3P	9/50 = 0.18	35/50 = 0.7	1,62779E-7	***
	RC3H-RC3P	19/28 = 0.678	35/50 = 0.7	0,839985	
	RAD1H-RAD3H	3/18 = 0.166	8/18 = 0.444	0,0700726	
	RAD1P-RAD2P	6/47 = 0.127	22/47 = 0.468	0,000299327	***
	RAD1P-RAD3P	6/47 = 0.127	19/47 = 0.404	0,00235977	***
	RAD3H-RAD3P	8/18 = 0.444	19/47 = 0.404	0,769618	
	RAD2H-RAD2P	7/18 = 0.388	22/47 = 0.468	0,561477	
RE1,RND1H-RE3,RND3H	9/44 = 0.204	21/44 = 0.477	0,00688953	***	
RE1,RND1P-RE3,RND3P	18/90 = 0.2	54/90 = 0.6	4,33092E-8	***	
RE3,RND3H-RE3,RND3P	21/44 = 0.477	54/90 = 0.6	0,178008		
E.	VE1H-VE3H	0/22 = 0	16/22 = 0.727	5,37328E-7	***
	VE1P-VE3P	0/13 = 0	8/13 = 0.615	0,000679373	***
	VE3H-VE3P	16/22 = 0.727	8/13 = 0.615	0,490525	
	IE1H-IE3H	1/11 = 0.09	5/11 = 0.45	0,0572109	
	IE1P-IE3P	5/27 = 0.185	16/27 = 0.592	0,00215448	***
	IE3H-IE3P	5/11 = 0.454	16/27 = 0.592	0,437852	

Figura 3.27. Comparación de proporciones estadísticamente significativas Subdimensiones Dimensión 1 y 2.

Se destaca la presencia de relaciones conflictivas o empobrecidas con el padre enfermo, muy significativas tanto según los padres como los hijos, tal como indica el análisis de la comparación de proporciones ($p < 0.001$). Ambos coinciden en definir las relaciones entre hijo y padre enfermo como difíciles, conflictivas o distantes, y caracterizadas por un empeoramiento progresivo en las que al padre le cuesta hacerse cargo de las necesidades y el cuidado del niño.

Se observa también una alta significatividad a nivel estadístico del rol de cuidador que desempeñan los hijos hacia el padre enfermo y/u otros miembros de la familia ($p < 0.001$). Padres e hijos coinciden en sus respuestas, tal como demuestra la ausencia de significatividad en la comparación de proporciones entre las respuesta de los padres y de los hijos ($p > 0.05$) acerca del papel que desempeña el hijo como cuidador del padre enfermo, o la vivencia de tener que cuidar de él, y su alta significatividad (del dato, RC3).

Es significativa la presencia de relaciones empobrecidas (Artigue et al., 2004) no solamente con el padre enfermo sino, tal como emerge de sus relatos, con ambos padres. Los hijos de nuestra muestra, de hecho, presentan relaciones caracterizadas por la ausencia o distancia del padre “sano” o no diagnosticado, con el que no tienen relación o ésta es muy escasa y no participa en el cuidado cotidiano de los hijos ($p < .001$). Ambos, progenitor enfermo e hijo, coinciden ($p > 0.05$) en este aspecto.

También es significativa la ausencia de conocimiento de la enfermedad parental por parte de los hijos ($p < .001$) en la que ambos coinciden ($p > .05$).

Los padres detectan además una presencia significativa de identificaciones con la enfermedad o aspectos de ella por parte de los hijos ($p < .001$), que en cambio no resulta significativa en los hijos ($p > .05$) Quizás esto pase por la tendencia proyectiva de los padres sobre los hijos, aunque luego éstos coinciden con los padres sobre la presencia de estos aspectos (IE3H-IE3P, $p > 0.05$), y la diferencia en las respuesta de padres e hijos en el nivel 3 de la identificación con la enfermedad no resulta significativa.

RS.	OR1,2H-OR3H	17/23 = 0.739	6/23 = 0.260	0,0011593	**
	OR1H-OR2H	4/23 = 0.173	13/23 = 0.565	0,00587096	**
	OR1,2P-OR3P	29/32 = 0.906	3/32 = 0.093	7,85965E-11	***
	OR1P-OR2P	5/32 = 0.156	24/32 = 0.75	0,00000181608	***

Figura 3.28. Comparación de proporciones estadísticamente significativas Subdimensiones Dimensión 4. OR.

Es relevante la importancia como factor de resiliencia, la presencia, significativa en los hijos de nuestra muestra, de otros adultos externos al núcleo familiar estricto (padre, madre), entre los cuales están: maestros, profesores instructores, o tíos y abuelos (OR1,2H-OR3H $p < .01$; OR1,2P-OR3P $p < .001$), con mayor significatividad de los familiares, sobre todo los abuelos, pero también los tíos (OR1H-OR2H $p < .01$; OR1P-OR2P $p < .001$).

Los estudios sobre resiliencia ponen de manifiesto que una buena relación investida fuera del núcleo familiar estricto ayuda a los niños de padres con enfermedad mental a encontrar figuras de identificación más sanas, y éste es un importante factor de protección (Luthar 2006). En nuestro estudio cuentan sobre todo con otras figuras adultas de referencia dentro del marco familiar (familia extensa) y algunos han podido también desarrollar relaciones con otros adultos, como tutores y/o

profesores. Este aspecto es importante para la salud y la estabilidad de los hijos y está relacionado también con el rendimiento escolar y la motivación.

PP.	AF1H-AF3H	6/24 = 0.25	12/24 = 0.5	0,0736379	
	AF1P-AF3P	2/11 = 0.181	8/11 = 0.727	0,010115	*
	AF3H-AF3P	12/24 = 0.5	8/11 = 0.727	0,207753	
	IN1AF1H-IN3AF3H	8/37 = 0.216	18/37 = 0.486	0,0149669	*
	IN1AF1P-IN3AF3P	8/53 = 0.150	29/53 = 0.547	0,0000179615	***
	IN3AF3H-IN3AF3P	18/37 = 0.486	29/53 = 0.547	0,568657	
	M1,PH1,AG1H-M2,PH2,AG2H	4/43 = 0.093	31/43 = 0.72	3,25061E-9	***
	M1,PH1,AG1P-M3,PH3,AG3P	19/59 = 0.322	21/59 = 0.355	0,704852	
	M2,PH2,AG2H-M2,PH2,AG2P	31/43 = 0.720	19/59 = 0.322	0,0000717024	***
	NI1H-NI3H	2/15 = 0.133	12/15 = 0.8	0,000250772	***
	NI1P-NI3P	2/33 = 0.06	18/33 = 0.545	0,0000179663	***
NI3H-NI3P	12/15 = 0.8	18/33 = 0.545	0,0907988		

Figura 3.29. Comparación de proporciones estadísticamente significativas Subdimensiones Dimensión 6.

Se muestra una tendencia significativa de los hijos a aislarse de las relaciones sociales, tal como se puede observar en la comparación de proporciones entre actividades y capacidades de interacción más integradas o más patológicas y aisladas. Ambos, padres e hijos, coinciden en este aspecto de dificultad ($p > .05$), aunque con diferentes niveles de significatividad y por tanto de gravedad (IN1AF1H-IN3AF3H, $p < .05$; IN1AF1P-IN3AF3P, $p < .001$).

En la comparación de los niveles de integración del hijo, padres e hijos coinciden (NI3H-NI3P $p > .05$) el la presencia de aspectos de dificultad y desequilibrio entre las diferentes áreas del desarrollo del hijo ($p < .001$), tal como demuestra la significativa diferencia detectada en el análisis de comparación de proporciones entre niveles de mayor y menor integración de las distintas áreas y funciones del yo en el hijo (cognitivo, afectivo, conductual e imagen corporal), tanto según los hijos (NI1H-NI3H $p < .001$) como según los padres (NI1P-NI3P $p < .001$).

D. (solo padres)	G1,Pa1-G3Pa3	4/28 = 0.142	22/28 = 0.785	0,00000140439	***
	AL1-AL3	2/19 = 0.105	17/19 = 0.894	0,00000115356	***
	S1,AE1-S3AE3	7/33 = 0.212	15/33 = 0.454	0,0369967	*

Figura 3.30. Comparación de proporciones estadísticamente significativas Subdimensiones Dimensión 9 (Padres).

En lo que se refiere a la dimensión del desarrollo y sus subdimensiones, según los relatos de los padres, se aprecia una presencia altamente significativa de problemas durante el embarazo ($p < .001$). Una o más complicaciones durante el embarazo o el parto, entre las cuales están: angustias psicóticas, depresiones pre y post parto, problemas orgánicos, etc., han hecho que estas etapas hayan sido particularmente difíciles o sensibles. Por lo tanto podemos quizás afirmar que en el periodo intrauterino, cuando existe más de un conflicto emocional u orgánico en los padres, se podría considerar como un indicador de riesgo que después puede repercutir (significativamente) en el desarrollo del niño y en la posible patología de éste (como en los casos de nuestro estudio) (Van den Bergh, 2004; Hay, 2003). Confirma este hecho la significativa presencia de dificultades en la lactancia y en los posteriores cambios de alimentación y hábitos alimentarios ($p < .001$), y, aunque con menor significatividad ($p < .05$), las sucesivas dificultades de separación y adaptación a diferentes etapas y contextos (por ejemplo escolar).

3.	I1H-I3H	14/40 = 0.35	16/40 = 0.4	0,644164	
	I2H-I3H	10/40 = 0.25	16/40 = 0.4	0,152078	
	I1P – I2P	12/54 = 0.222	22/54 = 0.407	0,0384212	*
	I3H-I3P	16/40 = 0.4	20/54 = 0.370	0,76733	
	I2H-I2P	10/40 = 0.25	22/54 = 0.407	0,112169	

Figura 3.31. Comparación de proporciones estadísticamente significativas Dimensión 3. I

Aunque el indicador del rendimiento y la satisfacción escolar representa una aproximación a posibles dificultades psicológicas y un dato suficientemente objetivo a tener presente en el desarrollo del niño, y que en nuestro estudio ha resultado relacionado directamente con el grado de psicopatología, la comparación entre niveles más sanos y más patológicos en los hijos ($p > 0.05$) no ha resultado significativa, lo que hace pensar también en un mejor funcionamiento o resistencia de este aspecto (los resultados aparecen más equilibrados y estables), y que representa un importante factor de resiliencia.

No obstante, según los padres, los hijos presentan alguna dificultad o empeoramiento en esta área con cierto grado de significatividad ($p < .05$), lo cual nos hace pensar que a lo mejor empiezan a aparecer aspectos de fragilidad o dificultad en los hijos (que ellos no verbalizan) que valdría la pena supervisar y valorar, relacionado también con el avanzar de la edad, ya que en los niños más jóvenes aparecen mejores niveles, los cuales se van agravando con el paso de los años y el curso escolar, llegando en dos casos hasta el abandono escolar. (Aspecto más heterogéneo, menos polarizado).

I.	RI2H-RI3H	2/19 = 0.105	9/19 = 0.473	0,0123416	*
	RI1P-RI2P	7/31 = 0.225	14/31 = 0.451	0,0599727	
	RI1P-RI3P	7/31 = 0.225	10/31 = 0.322	0,391595	
	RI3H-RI3P	9/19 = 0.473	10/31 = 0.322	0,285488	
	RI2H-RI2P	2/19 = 0.105	14/31 = 0.451	0,0108721	*

Figura 3.32. Comparación de proporciones estadísticamente significativas Subdimensiones Dimensión 3. RI

De hecho, en el análisis de las subdimensiones de esta área (Escuela) se detecta la presencia de un bajo rendimiento escolar, significativo según los hijos, en comparación a niveles más altos ($p < .05$), donde el fracaso escolar y la desmoralización infantil representan un importante factor de riesgo y una aproximación a posibles dificultades psicológicas a tener en cuenta en el estudio del desarrollo de los niños, además de como posible indicador en la detección de patologías en hijos de pacientes con enfermedades mentales graves (OMS, 2005; Singer et al., 2000).

5.	AP1H- AP2,3H	7/19 = 0.368	12/19 = 0.631	0,0802238	
	AP1P-AP2,3P	6/19 = 0.315	13/19 = 0.684	0,0229256	*
	AP2,3H-AP2,3P	12/19 = 0.631	13/19 = 0.684	0,730663	

Figura 3.33. Comparación de proporciones estadísticamente significativas Dimensión 5. AP

En lo que se refiere a la comparación de proporciones entre la presencia en mayor o menor grado de alteraciones del contenido y de las percepciones en los hijos, según el relato de los padres emerge la presencia de alteraciones estadísticamente significativa ($p < .05$) relacionadas con dispercepciones auditivas (voces) e ideas autoreferenciales.

RS.	C1H-C3H	6/16 = 0.375	4/16 = 0.25	0,445598	
	C1H-C2H	6/16 = 0.375	4/16 = 0.25	0,445598	
	C1P-C3P	10/34 = 0.294	19/34 = 0.55	0,0325819	*
	C3H-C3P	4/16 = 0.25	19/34 = 0.55	0,0468645	*
	A1H-A3H	13/27 = 0.481	7/27 = 0.259	0,0911303	
	A1P-A3P	14/38 = 0.368	17/38 = 0.447	0,483424	
	A2P-A3P	7/38 = 0.184	17/38 = 0.447	0,01363	*
	A3H-A3P	7/27 = 0.25	17/38 = 0.447	0,10404	
	C1,A1H-C3,A3H	19/43 = 0.441	11/43 = 0.255	0,0702049	
	C1,A1P-C3,A3P	24/72 = 0.333	36/72 = 0.5	0,0420984	*
	C3,A3H-C3,A3P	11/43 = 0.255	36/72 = 0.5	0,0097041	**

Figura 3.34. Comparación de proporciones estadísticamente significativas Subdimensiones Dimensión 4.

También se ha hallado en el relato de los padres la presencia, estadísticamente significativa ($p < .05$), en los hijos de relaciones difíciles o ausentes con los compañeros y con los amigos,

mostrando así una tendencia al aislamiento y dificultad para establecer y mantener relaciones, aunque los hijos no coinciden en esta apreciación ($p > .05$; C3H-C3 $p < .05$).

6.3 Análisis secuencial de retardos (lag).

El análisis secuencial de retardos permite detectar patrones de conducta o regularidades en la sucesión del registro, permitiendo establecer relaciones de dependencias (secuenciales) en el flujo de las conductas emitidas por uno o más individuos al mismo tiempo. Con este tipo de análisis se busca identificar la probabilidad de transición entre conductas, por encima de lo determinado por el azar. Se nos permite estudiar así, cómo cambian las probabilidades de ocurrencia de ciertas conductas en función de la ocurrencia previa de otras. Esta probabilidad no implica relaciones lineales directas entre dos eventos seguidos en el tiempo. Es decir, que la relación debe entenderse desde un punto de vista probabilístico, donde el primer evento es el antecedente y el segundo el consecuente, con un determinado grado de probabilidad de transición de carácter asociativo.

La finalidad de nuestro estudio es la detección de patrones de ocurrencia entre conductas en los hijos, por lo que se ha considerado y desarrollado un análisis detallado de cada sesión y sujeto por separado. Se han utilizado los retardos de -1 a 3.

Por ello se han considerado diferentes conductas criterio según las diferentes dimensiones interpersonales (familiares y sociales), intrapersonales y de comunicación (ver figura 3.35 a 3.133).

HIJO 1

A. Dimensión interpersonal familiar (Relación parental, **RP**).

El estudio de la secuencialidad de las categorías que componen la dimensión de las relaciones parentales ha sido abordado tanto desde la perspectiva prospectiva como desde la perspectiva retrospectiva, siguiendo una direccionalidad aferente o eferente lógica dentro el flujo conductual. Contempladas las conductas estratégicas de relación con los padres, dentro de los diferentes contextos de interacción, éstos han sido los patrones de conducta obtenidos en el hijo 1:

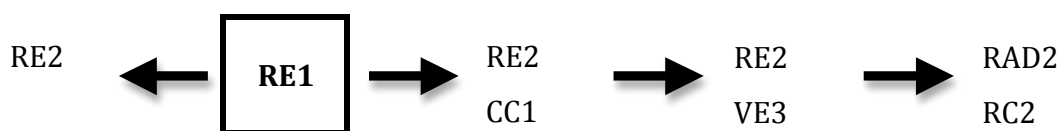


Figura 3.35. Patrón de conducta 1, H1. Dimensión RP.

1. Para la determinación de este patrón de conducta, las transiciones excitatorias de retardos son analizadas desde una perspectiva retrospectiva y prospectiva con la finalidad de conocer las

conductas que proceden de la conducta RE1 (relación integrada con el padre enfermo) así como las que activan y preceden tal conducta, adoptada ésta como categoría focal.

Se ha obtenido un patrón de estructura arborescente compuesto de bifurcaciones diádicas en los retardos uno, dos y tres. Patrón de conducta en el que el *max-lag* se sitúa en el retardo número tres, correspondiendo con la categorías RAD2 (relación adhesiva) y RC2 (rol de cuidador).

En este patrón identificamos que lo que activa y precede una relación integrada y estable con el padre enfermo es una relación positiva, en la que éste representa una figura de referencia que el hijo necesita preservar e idealizar. Como transición excitatoria positiva inmediata (retardo +1) se estima un doble itinerario categorial, donde se reafirma y produce o una relación idealizada con el padre enfermo, o la necesidad de un contacto físico y de contención por parte éste, importantes para el hijo/a y su desarrollo. Para el retardo dos comprobamos un doble itinerario categorial, en el que se reafirma o una relación idealizada con el padre enfermo (RE2), o el desconocimiento de la enfermedad por parte del hijo (VE3), que al producirse inducen a que se instaure una relación adhesiva de nivel dos entre padre e hijo (RAD2), o la asunción del rol de cuidador del padre enfermo por parte del hijo (RC2).

Este patrón nos muestra la dificultad de integrar los aspectos positivos y los de dificultad en la relación con el padre enfermo y cómo, cuando esto se produce es difícil de mantener, debido a las dificultades relacionales y a la enfermedad del padre, lo que lleva a una distorsión de la relación (discontinuidad de la relación).



Figura 3.36. Patrón de conducta 2, H1. Dimensión RP.

2. En este caso observamos que, al contrario de lo que pasa en el anterior patrón, lo que activa una relación idealizada con el padre enfermo (RE2) es una relación integrada (RE1), o la presencia de aspectos de contención y el contacto adecuado y cálido por parte del progenitor hacia el hijo.

Lo que procede de esta relación, es la posibilidad de reconocer y que se instaure una relación más integrada con el padre enfermo, en la que el hijo puede reconocer aspectos positivos y negativos de esta relación y que ésta se establezca de forma más equilibrada (RE1), o, al contrario, que se instaure una relación adhesivas con él, aunque haya intentos de separación o diferenciación

(RAD2), tal como se muestra en el retardo uno. Esto conlleva un doble itinerario categorial, tal como se observa en el retardo dos, donde la presencia de una relación equilibrada con el padre enfermo puede llevar a aspectos de contención y contacto físico adecuados a las necesidades del hijo, CC1 (signos de cariño y afecto importantes para el hijo y su desarrollo, y para una relación cálida con el padre enfermo), o al aislamiento de las relaciones sociales, a raíz de una relación adhesiva con el padre que lleva al hijo a pasar muchas horas con él en casa, retrayéndose de situaciones y contextos sociales y desarrollando actividades más sedentarias dentro del hogar (AF3). Esto produce la reafirmación de una relación idealizada con el padre enfermo (RE2), o una relación positiva con otro adulto significativo de referencia, tal como muestra, en el retardo tres del segundo itinerario, la categoría OR2.

Este patrón muestra cómo la presencia de otro adulto de referencia, aunque sea dentro del mismo contexto familiar, permite un desarrollo más equilibrado y que se instauren relaciones más estables y cálidas, que en su ausencia en cambio se volverían (quizás) más dominantes e invalidantes.

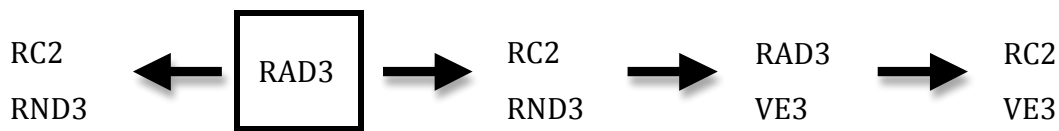


Figura 3.37. Patrón de conducta 3, H1. Dimensión RP.

3. Para la determinación de este patrón de conducta, las transiciones excitatorias de retardos son analizadas desde una perspectiva retrospectiva y prospectiva con la finalidad de conocer las conductas que activan y preceden la conducta (estratégica) RAD3 (relación adhesiva con el padre enfermo), así como las que proceden de esta misma conducta, adoptada ésta como categoría focal.

Se ha obtenido un patrón de estructura arborescente compuesto de bifurcaciones diádicas en los retardos uno, dos y tres. Consideramos que se trata de un patrón de conducta en el que el *max-lag* se sitúa en el retardo número tres, y corresponde a las categorías RC2 y VE3. El patrón es interpretable y lógico, y consta de dos itinerarios categoriales. Este patrón nos indica cómo la ausencia del otro progenitor “sano” o no diagnosticado en la relación con el hijo (RND3), o la presencia de una preocupación por parte del hijo por el padre enfermo del que se siente en cierta manera responsable, debido también a la ausencia de otro familiar que se haga cargo (RC2), activan una relación adhesiva (de tipo3) entre padre e hijo (RAD3), considerada ésta como categoría focal.

Al instaurarse esta relación adhesiva, son dos las situaciones motrices que se describen. A medida que la relación con el padre enfermo se hace más exclusiva, aumenta la preocupación por él

por parte del hijo (RC2), y al mismo tiempo aumentan las probabilidades que se reafirme la ausencia de una relación con el otro progenitor (RND3), tal como queda reflejado en el retardo uno. Esto conlleva, en el retardo segundo, una reafirmación e intensificación de la relación exclusiva y fusional con el padre enfermo (RAD3), o a la negación de la enfermedad del padre (VE3), que se reafirma e intensifica sucesivamente, tal como se observa en el retardo tercero. En ello comprobamos la existencia de una intensificación de la negación y desconocimiento de la enfermedad, así como de la preocupación por lo que le pasa al padre enfermo por parte del hijo.

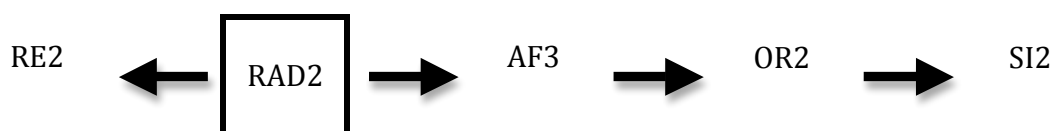


Figura 3.38. Patrón de conducta 4, H1. Dimensión RP.

4. Para la determinación de este patrón de conducta, las transiciones excitatorias de retardos son analizadas desde una perspectiva retrospectiva y prospectiva con respecto a la conducta estratégica de relación adhesiva de tipo dos entre padre enfermo e hijo, caracterizada por aspectos de adhesividad con intentos de separación y diferenciación por parte del hijo (RAD2), y considerada ésta como categoría focal.

Se ha obtenido un patrón de estructura lineal. Consideramos que se trata de un patrón de conducta en el que el *max-lag* se sitúa en el retardo número tres, correspondiendo a la categoría SI2 (satisfacción escolar de nivel 2, que contempla la presencia de dificultades escolares y la baja motivación).

Una relación idealizada con el padre enfermo (RE2) activa una relación adhesiva entre los dos miembros de la familia, que pasan muchas horas juntos y sólo se tienen el uno al otro (RAD2). En este caso observamos que la transición excitatoria positiva inmediata es la conducta AF3 (actividades solitarias, que se desarrollan principalmente en casa, y tendencia al aislamiento), que demuestra cómo una relación adhesiva y de apego con el padre enfermo lleva al hijo a pasar más tiempo en casa con él y aislarse de las relaciones sociales (externas). Aun así en el retardo dos comprobamos la existencia de un referente adulto externo, en este caso perteneciente al ámbito familiar (OR2), que ayuda al hijo a encontrar otras figuras de identificación y soporte (y que ayuda al padre enfermo en la crianza para que no se quede del todo aislado). No obstante, observamos que la transición que sigue, en el retardo tres, conlleva una baja satisfacción escolar ya que el hijo muestra dificultades para ir al instituto y baja motivación.

Este patrón parece indicar cómo una relación adhesiva y muy estrecha con el padre enfermo conlleva la pérdida de intereses externos, y en consecuencia influye también en la escuela y en el rendimiento escolar, aspecto importante de resiliencia y para el desarrollo de relaciones sociales. A pesar de la presencia de otros referentes adultos en la familia, y dado que esta presencia es puntual, el hijo se preocupa por el padre enfermo, tiende a aislarse y pasar muchas horas con él, aunque también busca sus propios espacios y actividades, intentando crecer y des-identificarse del padre enfermo.

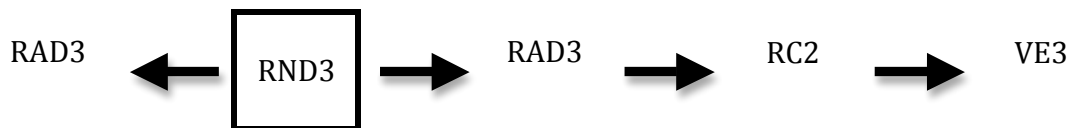


Figura 3.39. Patrón de conducta 5, H1. Dimensión RP.

5. Para la determinación de este patrón de conducta, las transiciones excitatorias de retardos son analizadas desde una perspectiva retrospectiva y prospectiva con respecto a la conducta estratégica de ausencia o dificultades en la relación con el padre no diagnosticado (RND3), tomada ésta como categoría focal.

Se ha obtenido un patrón de estructura lineal. Consideramos que se trata de un patrón de conducta en el que el *max-lag* se sitúa en el retardo número tres, correspondiendo a la conducta VE3 (desconocimiento, escisión, negación o minimización de la enfermedad del padre).

Este patrón muestra cómo una relación fusional con el padre enfermo precede (RAD3) y activa la apreciación de una relación ausente o difícil con el otro progenitor (sano o no diagnosticado). La transición excitatoria positiva inmediata es la reafirmación de una relación fusional con el padre enfermo, que conlleva una preocupación por él y su estado por parte del hijo (RC2), el cual asume aspectos de su cuidado (retardo segundo). Esto lleva a la afirmación de un desconocimiento o negación de la enfermedad del padre por parte del hijo (VE3), que se alimenta y retroalimenta de la relación (fusional, adhesiva) con el padre enfermo y la preocupación por su estado de salud.

Además el patrón muestra cómo la falta de conocimiento de la enfermedad impide una correcta elaboración por parte del hijo, y influye en su relación con el padre enfermo y en su desarrollo. La falta de conocimiento de la enfermedad, así como la negación a nivel familiar de la misma, generan fantasías y sentimientos de culpas que no pueden ser elaborados, y esto se refleja en la distorsión de la relación entre padre e hijo, donde el hijo se siente responsable del padre enfermo y ambos niegan aspectos difíciles de contener.

B. Vivencias y conductas relacionadas con la enfermedad del padre (Dimensión de la enfermedad E).

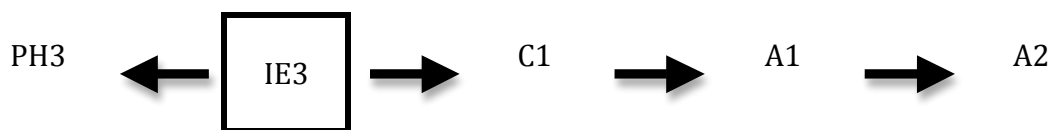


Figura 3.40. Patrón de conducta 1, H1. Dimesión E.

1. Patrón de estructura lineal, en el que el *max-lag* se sitúa en el retardo número tres, y corresponde a la categoría A2 (algunas dificultades en al relaciones sociales y de amistad).

Este patrón nos indica cómo unos altos niveles de activación y nerviosismo (PH3) pueden anticipar y activar identificaciones con el padre enfermo y aspectos de su enfermedad por parte del hijo (IE3). La conducta excitatoria positiva inmediata es el establecimiento de buenas relaciones con los compañeros (C1), lo que conlleva, en el retado segundo, que se instauren unas buenas relaciones de amistad (A1) aunque en última instancia, como podemos apreciar en el retardo tercero, revelan tener algunos aspectos de dificultad (A2).

La observación de este patrón revela cómo los aspectos de dificultad en la relación con el padre enfermo, que lleva al hijo a identificarse con aspectos de la enfermedad, puede repercutir en la esfera social del joven, que aunque presente aspectos de resiliencia que le permiten tejer relaciones sociales con los pares, acaba perjudicándole, y empiezan a aparecer índices de dificultades en la relaciones sociales, importante indicador éste a tener en cuenta.

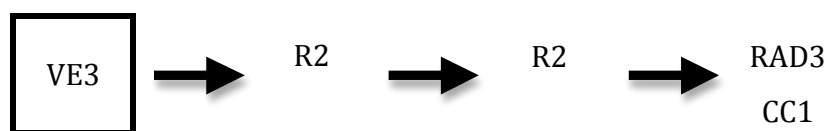


Figura 3.41. Patrón de conducta 2, H1. Dimesión E.

2. Para la determinación de este patrón de conducta, las transiciones excitatorias de retardos son analizadas desde una perspectiva prospectiva con respecto a la conducta estratégica VE3 (desconocimiento de la enfermedad del progenitor), tomada ésta como categoría focal.

La negación y el desconocimiento de la enfermedad activa unas respuestas defensivas por parte del hijo, que tiende a minimizar los aspectos de dificultad y a enfatizar lo saludable, desviando el tema (conflictivo). Cuando esto se produce se hace más probable que se instaure una relación

adhesiva con el padre enfermo, o la necesidad por parte del hijo del contacto y contención del padre.

C. Dimensión de la Escuela (rendimiento escolar, I).

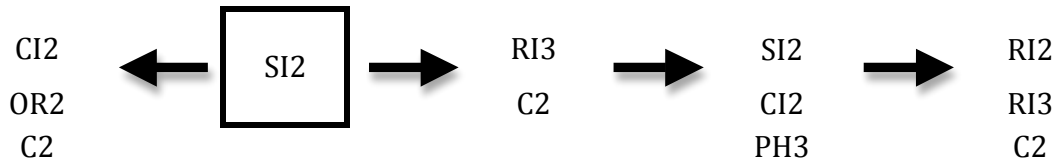


Figura 3.42. Patrón de conducta 1, H1. Dimensión I.

1. Para la determinación de este patrón de conducta, las transiciones excitatorias de retardos son analizadas desde una perspectiva retrospectiva y prospectiva con la finalidad de conocer las conductas que activan y preceden la conducta SI2 (baja satisfacción escolar y motivación para los estudios), así como las que proceden de la misma, adoptada ésta como categoría focal.

Patrón de estructura arborescente compuesto de bifurcaciones diádicas en el retardo uno y trifurcaciones en los retardos menos uno, dos y tres. Patrón de conducta en el que el *max-lag* se sitúa en el retardo número tres, (con diferentes itinerarios categoriales), correspondiendo a las categorías RI2, RI3 y C2.

En este patrón identificamos que lo que puede activar una baja satisfacción y motivación escolar (SI2) puede ser un cambio de instituto (CI2), la presencia de otro adulto de referencia en la familia (OR2), o dificultades en la relación con los compañeros (C2). La transición positiva inmediata, consta de un doble itinerario categorial: puede ser un rendimiento escolar bajo (RI3), o algunas dificultades en las relaciones con los compañeros (C2), lo que conlleva la reafirmación de un bajo nivel de satisfacción escolar con la consecuente pérdida de interés para ir a la escuela y estudiar, o unos altos niveles de activación y ansiedad (PH3), o la reafirmación de un cambio de instituto como causa de este malestar (CI2). La transacción excitatoria sucesiva estimamos que consta de tres itinerarios categoriales: altibajos en el rendimiento escolar (RI2), o un rendimiento escolar bajo que puede llevar incluso a suspender o repetir curso (RI3), o la reafirmación de algunos aspectos de dificultad en la relación con los compañeros (que repercuten también a su vez en el rendimiento y la satisfacción escolar).

Este patrón nos muestra cómo la relación con los pares puede influir en el rendimiento y la motivación del menor, y a su vez cómo experiencias satisfactorias en la escuela y un buen

rendimiento escolar pueden reforzar una conducta prosocial, influyendo también en la autoestima y otras competencias sociales y personales del menor. Observamos cómo en su defecto, esto acaba perjudicando al menor en su esfera personal (PH3) y social (C2) y puede representar una aproximación a dificultades psicológicas, y es un aspecto a tener en cuenta en el estudio y valoración de su desarrollo.



Figura 3.43. Patrón de conducta 2, H1. Dimensión I.

2. La observación de este patrón de estructura lineal, parece reafirmar lo comentado y estimado en el anterior patrón, ya que nos indica cómo los altos niveles de activación y ansiedad por parte del menor (PH3) pueden ser las conductas que lleven a altibajos en el rendimiento escolar (RI2), tomada ésta como categoría focal.

Lo que esto conlleva en su transición positiva inmediata, es la reafirmación de altos niveles de activación y ansiedad, que llevan al hijo a identificarse con el padre enfermo y con aspectos de la enfermedad (IE3), tal como observamos en el retardo segundo, lo que conlleva, en el retardo tercero, el aumento de los niveles de ansiedad y activación del menor.



Figura 3.44. Patrón de conducta 3, H1. Dimensión I.

3. En la línea de lo observado en los últimos dos patrones, este patrón, en el que se toma la categoría RI3 (bajo rendimiento escolar) como categoría focal, parece indicar cómo la falta de experiencias satisfactorias en el instituto o escuela (SI2) son lo que preceden y activan esta conducta (RI3, bajo rendimiento escolar), y cómo esto conlleva, en primera instancia (retardo primero, +1), altos niveles de activación (PH3) que a su vez llevan a que se perpetúen los altibajos en los estudios (RI2), que al mismo tiempo estimulan altos niveles de activación y ansiedad.

D. Dimensión de las relaciones interpersonales y sociales (Relaciones sociales, **RS**).

Los patrones detectados pertenecientes al ámbito de las relaciones sociales externas al contexto familiar estricto, en el hijo 1 son los siguientes:

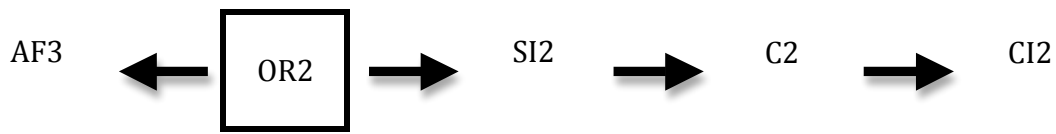


Figura 3.45. Patrón de conducta 1, H1. Dimensión RS.

1. Lo que observamos en este patrón es que la presencia de actividades y aficiones predominantemente desarrolladas dentro del hogar familiar (AF3), que indican cierta tendencia al aislamiento en las relaciones sociales, activan y preceden la identificación por parte del hijo con otro adulto de referencia dentro del contexto familiar (ej. tía), tomada la categoría OR2 (experimentación de una buena relación con otra persona adulta dentro del ámbito familiar extenso) como categoría focal.

Esto, como transición excitatoria positiva inmediata, influye en la satisfacción escolar (SI2), que baja y esto comporta la aparición de algunas dificultades en la relación con los compañeros en la escuela (C2), que a su vez comporta o activa un cambio de instituto que se puede producir por dificultades escolares o de relación (e influir a su vez en estos dos aspectos).

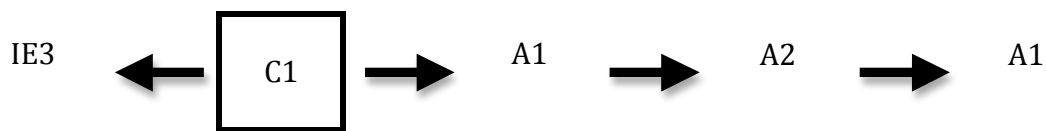


Figura 3.46. Patrón de conducta 2, H1. Dimensión RS.

2. Una identificación con el padre enfermo precede y activa (reactivamente) una buena relación con los compañeros de clase e instituto (C1), tomada ésta como categoría focal. Esto conlleva la posibilidad de establecer buenas relaciones de amistad (retardo uno) que, aunque a veces tengan algunas dificultades (retardo dos), pueden mantenerse como tales (retardo tres; A1, buenas relaciones de amistad).

Este patrón muestra los aspectos de resiliencia de J. (Hijo1) que, a pesar de la enfermedad del padre enfermo y su relación con él (e identificación), puede desarrollar buenas relaciones sociales con los pares. Y aunque a veces aparezcan algunas dificultades, tiene recursos para intentar revertir la situación y mantener o alimentar las relaciones con sus pares (aspecto de resiliencia).

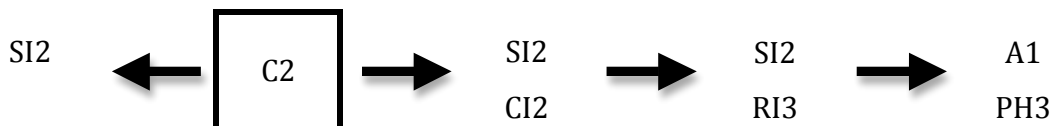


Figura 3.47. Patrón de conducta 3, H1. Dimensión RS.

3. La aparición de algunas dificultades en la relación con los compañeros parece dictada por algunas dificultades en la escuela (SI2) que activan y preceden la categoría C2, tomada ésta como categoría focal. A su vez las dificultades con los compañeros repercuten en la satisfacción escolar o pueden llevar a un cambio de instituto, que a su vez activa una falta de satisfacción en la escuela o un bajo rendimiento escolar. Esto puede llevar a la búsqueda y establecimiento de buenas relaciones de amistad (quizás para contrarrestar estos aspectos de dificultad) o a altos niveles de activación y ansiedad (que esconden aspectos de dificultad y preocupación).

La lectura de estos dos patrones demuestra como J. intenta salir adelante y posee ciertos recursos para seguir y revertir la situación, aunque a veces aparezcan indicadores y aspectos de dificultad a tener en cuenta.

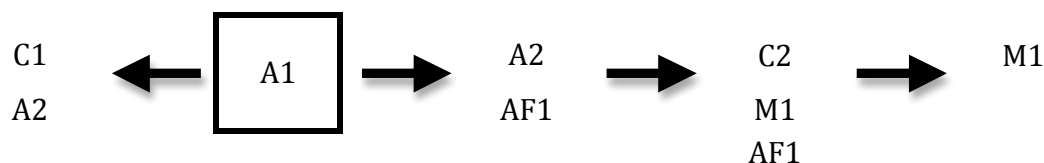


Figura 3.48. Patrón de conducta 4, H1. Dimensión RS.

4. Todo lo expuesto antes, queda reafirmado también en la lectura del siguiente patrón, en el que se toma la presencia de unas relaciones de amistad positivas y la facilidad en entablar relaciones con los pares fuera del contexto escolar (A1) como conducta focal. En ello se observa que la conducta que activa tal categoría puede ser la presencia de unas relaciones positivas con los compañeros (C1), que ayuda a desarrollar relaciones de amistades fuera del contexto escolar, o la presencia de algunas dificultades en entablar relaciones (como por ejemplo la timidez) pero que no le impide luego desarrollar o conseguir relaciones positivas (A2).

Como transición excitatoria positiva inmediata observamos la representación de algunos aspectos de dificultad (puntual) en la relación con los pares (A2), o el desarrollo de aficiones y actividades que facilitan otras relaciones externas al ámbito familiar (AF1) y conllevan una buena implicación social (importante aspecto de resiliencia).

Observamos así como en el retraso segundo, son tres los caminos categoriales que se presentan: la presencia de dificultades puntuales también con los compañeros (C2), o la continuación de actividades sociales y aficiones que ayudan al menor a interactuar y alimentar sus relaciones con los pares (AF1), y la consecuente presencia de (un aumento de) motivación y aspiraciones por parte del menor (M1), aumento al cual luego, los tres itinerarios parecen llegar. Observando así un último eslabón significativamente excitatorio para el retardo tres, que vuelve a resultar común para los tres itinerarios (M1; presencia de motivación y aspiraciones).

Este patrón muestra la importancia de la relación con los pares para el menor, ya que alimenta su implicación fuera del contexto familiar y el desarrollo de actividades que proporcionan la posibilidad de desarrollar buenas redes sociales y conductas prosociales, elementos que representan para el hijo un importante factor de protección. Contextos favorables aumentan la motivación y las aspiraciones en los hijos facilitando su desarrollo y la des-identificación de relaciones familiares complejas (factor de resiliencia).

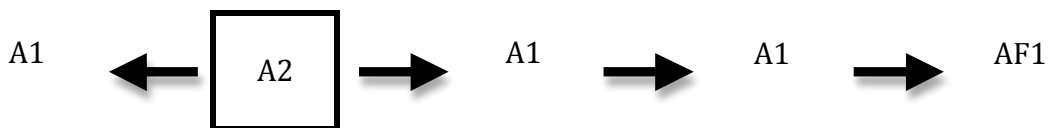


Figura 3.49. Patrón de conducta 5, H1. Dimensión RS.

5. Patrón de estructura lineal, en el que el *max-lag* se sitúa en el retardo número tres, y corresponde a la categoría AF1 (presencia y desarrollo de actividades de relación social).

Este patrón muestra una relación directa entre relaciones sociales satisfactorias, aunque haya algunas dificultades puntuales en la relación (A2), tomada ésta como conducta criterio, y el desarrollo de actividades que fomenten la implicación social del menor. La presencia de aficiones y actividades recreativas ayuda al bienestar y al desarrollo personal del hijo, además de influir en su motivación (como queda reflejado en el anterior patrón). Y, a su vez, la experimentación de relaciones sociales positivas (externas; A1), fomenta la motivación y la búsqueda de contextos sociales y relacionales favorables por parte del hijo (AF1).

E. Dimensión de las alteraciones de la percepción y del contenido del pensamiento (área intrapersonal, voces e ideas autoreferenciales **AP**).



Figura 3.50. Patrón de conducta 1, H1. Dimesión AP.

1. Al preguntarle al hijo sobre la existencia de episodios de alucinaciones auditivas, lo que activa la afirmación de algún episodio de alucinación o dispercepción auditiva por parte del menor (V2) es una apreciación positiva sobre si mismo, sus aspiraciones y proyectos (M1), o una respuesta evitativa (desvía; R2) o de negación (R3). Lo que sigue después, como transición excitatoria positiva inmediata, es una respuesta evitativa o defensiva, seguido (en el siguiente eslabón, retardo segundo) por la reafirmación de algún episodio de tal índole (V2; alucinación auditiva), o una respuesta adecuada y pertinente, que conlleva en última instancia (retardo número tres) la identificación por parte del hijo con el padre enfermo y aspectos de su enfermedad, o la intensificación de respuestas evitativas o de negación (defensivas).

Es importante poder preguntar a los hijos de padres con TMS sobre estos episodios ya que (a menudo tampoco los padres saben de ellos y) es algo que si no se les pregunta no se comunica de forma espontánea o hasta pasado un largo tiempo. Si se presentan estos episodios, pueden ser difíciles de elaborar e integrar, ya que quizás hasta ahora no hayan sido comunicados, y es importante poder ayudarles a elaborarlos y entenderlos (para que no se queden como núcleos no elaborados o integrados que despiertan miedos y defensas, debido también a la enfermedad del padre vd.IE3).

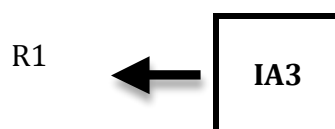


Figura 3.51. Patrón de conducta 2, H1. Dimesión AP.

2. Una respuesta apropiada y coherente al contexto conversacional (R1) precede y activa la afirmación de episodios e ideas autoreferenciales a las que el hijo no sabe dar una respuesta o explicación (IA3), tomada ésta como categoría focal.

Éste tipo de respuesta, pertinente y contextualizada (R1), aumenta la credibilidad y probabilidad de la presencia de estos índices.

F. Dimensión intrapersonal (Esfera del yo y sus capacidades de interacción, **PP**).

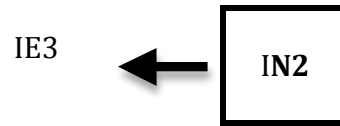


Figura 3.52. Patrón de conducta 1, H1. Dimensión PP.

1. Para la determinación de este patrón de conducta, las transiciones excitatorias de retardos son analizadas desde una perspectiva retrospectiva con respecto a la conducta estratégica IN2 (alguna dificultad en la capacidad de interacción del hijo que tiende a la introversión y tiene dificultad en la comunicación o expresión de sus sentimientos y emociones).

Se trata de un patrón de estructura lineal, en el que el *max-lag* se sitúa en el retado menos uno, es decir que está precedido por la categoría IA3 (identificación con el padre enfermo).

La lectura de este patrón nos indica que lo que precede y lleva a unas dificultades de interacción social y personal por parte del hijo es muy probable que sea una identificación con el padre enfermo y los aspectos de su enfermedad. Esto nos parece indicar la importancia de figuras alternativas de identificación como aspectos de resiliencia y cómo la relación con el padre enfermo si no es apoyada puede llegar a influir en aspectos del desarrollo del hijo y activar en éste ciertos aspectos de dificultad (considerando la enfermedad del padre como un importante factor de riesgo a tener en cuenta).

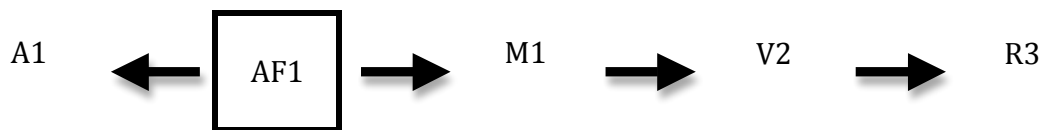


Figura 3.53. Patrón de conducta 2, H1. Dimensión PP.

2. No obstante, tal como muestra este patrón, J. es una chica con intereses y predisposición para actividades que estimulen la relación social, y si se toma esto (AF1) como conducta focal, podemos observar cómo está sea precedida y activada por la experimentación de buenas relaciones sociales de amistad (A1), y cómo así mismo conlleva (como transición excitatoria positiva inmediata) buenos niveles de motivación, con aspiraciones y planes para el futuro (M1). A pesar de que, lo que observamos a continuación, en el retardo segundo, es la aparición de episodios de alucinaciones o dispercepciones auditivas (V2), que conllevan en el último eslabón el uso de estrategias de comunicación y respuestas evitativas y defensivas (R3).

Esto nos hace pensar que aunque es una chica que hasta ahora haya contado con buenos recursos y de hecho no está diagnosticada, empiezan a aparecer importantes indicadores a tener en cuenta para su desarrollo, tales como algunos aspectos de dificultad y síntomas que es importante considerar para favorecer su crecimiento (sano) y que vale la pena indagar y profundizar.

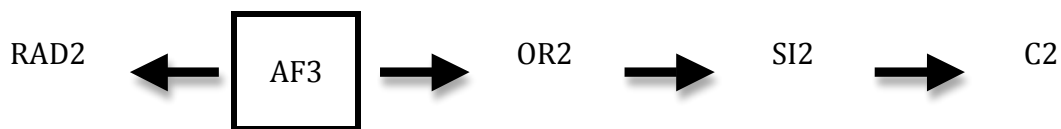


Figura 3.54. Patrón de conducta 3, H1. Dimensión PP.

3. De hecho J. muestra una doble tendencia, por una parte a actividades más sociales, y por otra parte a una tendencia a aficiones más sedentaria y aisladas dentro del hogar.

En efecto, si tomamos AF3 (presencia de juegos o actividades más solitarias desarrolladas dentro del hogar familiar con tendencia al aislamiento) como conducta focal, observamos cómo una relación adhesiva con el padre enfermo, aunque haya intentos de separación y individuación, es lo que precede y activa tal conducta y actividades. La relación con el padre enfermo (RAD2) parece estimular la tendencia de J. a quedarse más en casa y buscar actividades que no le impliquen dejar el hogar y pasar así más horas con el progenitor. Lo que procede de esta conducta (AF3; conducta criterio) es la búsqueda e identificación con otro adulto de referencia (OR2), como transición excitatoria positiva inmediata (retardo uno).

Lo que observamos en el retardo número dos es la implicación y repercusión de estos aspectos en la motivación y satisfacción a nivel escolar (SI2), que conlleva, tal como observamos en el retardo número tres, la consecuente aparición de algunas dificultades en las relaciones con los compañeros de clase o instituto (C2).

G. Dimensión de la comunicación (Modalidades de comunicación y pensamiento **PC**).

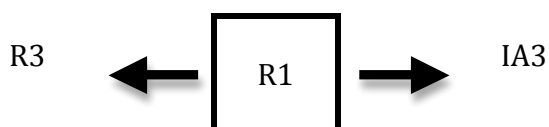


Figura 3.55. Patrón de conducta 1, H1. Dimensión PC.

1. Patrón de estructura lineal, en el que el *max-lag* se sitúa en el retardo uno, y corresponde a la categoría IA3 (presencia de ideas autoreferenciales, desligadas).

Respuestas adecuadas y pertinentes por parte del hijo a las preguntas que se le formulan (R1), tomada ésta como categoría focal, son precedidas y activadas por respuestas de tipo defensivo y de evitación que hacen pensar en núcleos de dificultad y la presencia de aspectos no elaborados. La transición excitatoria positiva inmediata que procede de tal conducta (adecuación al contexto por parte del hijo con respuestas pertinentes; R1) es el reconocimiento y afirmación de la presencia de ideas autoreferenciales por parte del hijo (que le pueden generar inseguridad y sufrimiento).

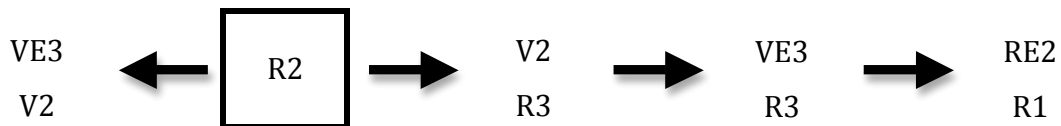


Figura 3.56. Patrón de conducta 2, H1. Dimensión PC.

2. El desconocimiento de la enfermedad del progenitor (VE3), así como la presencia de episodios de alucinaciones auditivas (V2) preceden y activan respuestas defensivas por parte del hijo, que tiende a desviar el tema o minimizar los problemas y enfatizar los aspectos positivos y de salud (R2), tomada ésta como categoría focal.

Los itinerarios categoriales que proceden de este patrón (así como los que lo preceden) son dos y representan respectivamente dos situaciones motrices que genera esta categoría (aunque con mayor excitatoriedad para una de las vertientes).

Una de las dos transiciones probables es que la categoría sea seguida por la afirmación de episodios de alucinaciones auditivas. Puede ocurrir también, como se puede apreciar en el primer retardo, que exista una transición hacia la categoría R3, es decir la intensificación de respuestas defensivas (de olvido o negación), que continuarían en el retardo dos, en el cual puede producirse también, como otro itinerario posible, la transición a la categoría VE3, esto es el desconocimiento de la enfermedad del padre (el hijo afirma no conocer lo que le pasa al padre enfermo), lo que seguiría estando dentro del contexto defensivo, y que culminaría en el tercer retardo en la transición hacia la categoría RE2: idealización (reactiva y/o defensiva quizás) de la relación con el padre enfermo, o hacia la categoría R1: respuestas más adecuadas y pertinentes y menos defensivas.

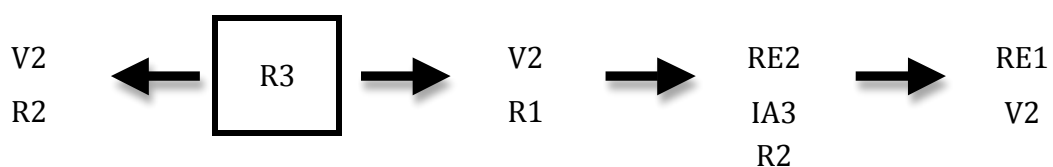


Figura 3.57. Patrón de conducta 3, H1. Dimensión PC.

3. La exposición de episodios de alucinaciones auditivas, así como respuestas de minimización de aspectos de dificultad o problemas (y énfasis en los aspectos de salud) preceden y activan respuestas evitativas y de defensa (RE3; negación u olvido), tomada ésta como categoría focal. Lo que procede de ella es la reafirmación de estos episodios auditivos (V2) y respuestas más integradas y adecuadas al contexto en el retardo número uno.

Esto conlleva, en la transición al retardo segundo, la afirmación de una relación idealizada con el padre enfermo (RE2), o el reconocimiento de ideas autoreferenciales persistentes (IA3), o la necesidad de recurrir a respuestas defensiva de minimización de los problemas y dificultades y enfatizar aspectos de salud (R2). En el tercer retardo se observa la transición a la categoría RE1, que muestra la posibilidad en última instancia del hijo de poder integrar aspectos de dificultad y positivos en su relación con el padre enfermo (relación más integrada y equilibrada), o a la más probable reafirmación de episodios de dispercepción auditiva (V2).

HIJO 2

A. Dimensión interpersonal familiar (relación parental **RP**).

Contempladas las conductas estratégicas de relación con los padres, dentro de los diferentes contextos de interacción, éstos han sido los patrones de conducta obtenidos en el hijo 2:



Figura 3.58. Patrón de conducta 1, H2. Dimensión RP.

1. Para la determinación de este patrón de conducta, las transiciones excitatorias de retardos son analizadas desde una perspectiva retrospectiva y prospectiva con la finalidad de conocer las conductas que proceden de la RE1 (relación integrada con el padre enfermo), así como las que la activan y preceden, adoptada ésta como categoría focal.

Se ha obtenido un patrón de estructura lineal, en el que le *max-lag* se sitúa en el retardo tres y corresponde a la categoría RE3 (relación negativa o difícil con el padre enfermo). Cuando el hijo se aproxima a aspectos de la enfermedad del padre enfermo (VE2), esto precede y activa una relación más equilibrada con este último, en la que el hijo puede integrar aspectos positivos y de dificultad (RE1). La transición excitatoria positiva inmediata es una relación adhesiva con el padre enfermo

aunque haya intentos de separación-individuación (RAD2), que lleva, en el retardo dos, a la identificación con este último (IE3), lo que aumenta las probabilidades que se produzca, en última instancia (retardo tres), una relación difícil o conflictiva con él (quizás en la búsqueda de una manera de poder diferenciarse y distanciarse).

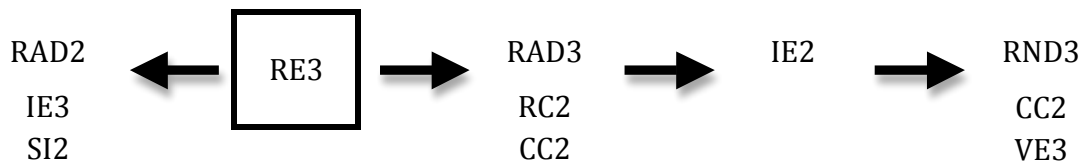


Figura 3.59. Patrón de conducta 2, H2. Dimensión RP.

2. El análisis de este patrón nos viene a demostrar lo observado en el patrón anterior acerca de una relación difícil con el padre enfermo (RE3), tomada ésta como conducta criterio.

Una relación adhesiva de nivel dos con el padre enfermo (RAD2), una identificación con éste y su enfermedad (IE3), o una baja satisfacción escolar (SI2), pueden activar una relación difícil (conflictiva o carente) con dicho progenitor (RE3). Esto conlleva, en la transición excitatoria positiva inmediata, una relación fusional con el padre enfermo (RAD3), la preocupación por él y su situación (RC2), y la percepción de un padre demasiado invasivo, intrusivo y con dificultades para contener las proyecciones y dificultades del hijo (CC2).

Este triple itinerario categorial colapsa en el retardo dos, altamente excitatorio en la categoría IE2, en la que el hijo se identifica con algún aspecto de la enfermedad del padre, aunque pueda encontrar también algún punto o aspecto de separación y diferenciación. La transición excitatoria positiva posterior que observamos en el retardo tres se da por la mala relación con el otro padre, no diagnosticado (RND3), la falta de un contacto adecuado y contención por parte del padre enfermo (CC2), y la negación, escisión o minimización de la enfermedad (VE3).

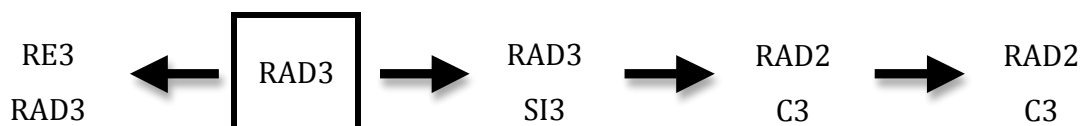


Figura 3.60. Patrón de conducta 3, H2. Dimensión RP.

3. Una relación difícil con el padre enfermo (RE3), o una relación altamente adhesiva y fusional con él (RAD3), activan e intensifican este estilo relacional (RAD3), tomada ésta como categoría focal.

Esto puede activar y llevar a la intensificación de esta situación (RAD3) y muy probablemente también repercutir en otros ámbitos, tal como observamos, en este caso en el retado uno, en la escuela con el abandono de los estudios (SI3). En el retardo dos vemos cómo esto activa un intento de separación por parte del hijo de la relación (fusional) con el padre enfermo (RAD2), o la experimentación de unas malas relaciones con los compañeros (C3), factor que tiene muchas probabilidades de intensificarse, tal como se evidencia en el retardo tres.



Figura 3.61. Patrón de conducta 4, H2. Dimesión RP.

4. En este patrón observamos cómo una relación conflictiva o difícil con el padre enfermo activa cierta preocupación en el hijo por el progenitor y su situación (RC2), tomada ésta como categoría criterio. Esto lleva a establecer una relación adhesiva entre los dos, aunque haya intentos de separación (RAD2), que con mucha probabilidad activa en el hijo la necesidad de encargarse del padre y cuidar de él, produciéndose una inversión de roles (RC3), tal como evidencian los retardos dos y tres.

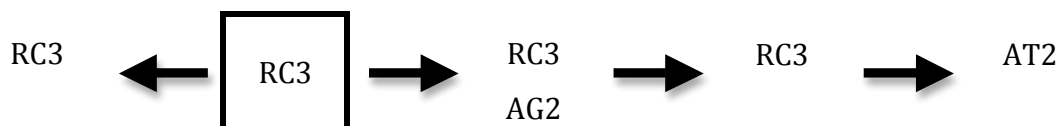


Figura 3.62. Patrón de conducta 5, H2. Dimesión RP.

5. Este patrón evidencia la alta probabilidad que tiene el hijo de convertirse en el cuidador del padre enfermo (RC3) y mantener este rol en varios de los retardos significativos detectados, lo que puede activar finalmente (retardo tres) la experimentación de algunos acontecimientos traumáticos (familiares), y puede generar también (retardo uno) una agresividad que, no pudiendo ser contenida ni elaborada, se expresa a nivel de fantasía o pensamiento, sin ser actuada (AG2).

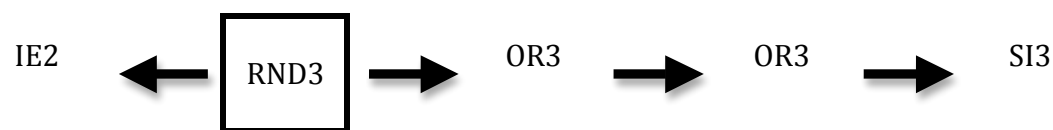


Figura 3.63. Patrón de conducta 6, H2. Dimesión RP.

6. Una relación difícil o ausente con el padre no diagnosticado (RND3), tomada ésta como categoría focal, es precedida por la identificación por parte del hijo con algunos aspectos del padre enfermo y de su enfermedad (IE2). La apreciación de tal ausencia (RND3) produce en el hijo la

valoración de una ausencia de relación o mala relación también con los demás miembros de la familia, y la falta de otros referentes externos (OR3). Esta falta del otro referente adulto parental y de otros referentes, tanto a nivel familiar como externo, por ejemplo escolar, conlleva, con más probabilidad, al abandono de los estudios por parte del menor (SI3). Este patrón nos recuerda la importancia de otros referentes adultos significativos para el desarrollo (sano) del hijo.

B. Vivencias y conductas relacionadas con la enfermedad del padre (Dimensión de la enfermedad E)

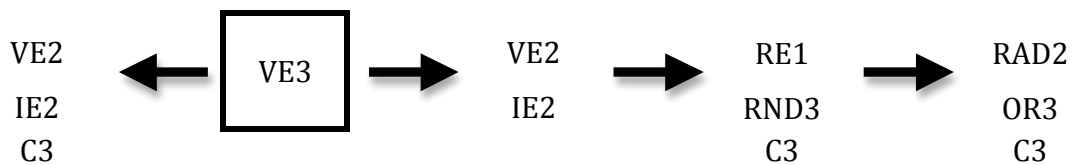


Figura 3.64. Patrón de conducta 1, H2. Dimensión E.

1. La apreciación de algunos aspectos de la enfermedad y la aproximación a ella (VE2), así como la identificación con algunos aspectos de la misma por parte del hijo (IE2), o una mala relación con los pares, como los compañeros de clase (C3), activan en el hijo la negación, escisión o minimización de la enfermedad del progenitor (VE3), tomada ésta como categoría focal.

Esto produce, en el retardo uno, la posibilidad de reconocer y aproximarse a algunos aspectos de la enfermedad (VE2), o la correlación de aspectos de la enfermedad del progenitor con aspectos personales, por parte del hijo (IE2), lo que activa (retardo dos) la posibilidad de reconocer e integrar aspectos positivos y negativos del progenitor enfermo y de la relación con él (RE1), o la apreciación de una mala relación (o ausente) con el otro progenitor (RND3) o con los compañeros (C3).

Así mismo, en el retardo tres observamos cómo a esto le sigue una intensificación de la relación con el padre enfermo (RAD2; relación adhesiva de nivel dos), único referente y otro miembro de la relación, debido a una mala relación con los demás miembros de la familia (OR3) y compañeros o grupo de pares (C3). El hijo se encuentra asilado y solo tiene al padre enfermo, con el que desarrolla una relación muy intensa que le lleva también a identificarse con él y con aspectos de la enfermedad, y a aislarse.



Figura 3.65. Patrón de conducta 2, H2. Dimensión E.

2. Es un patrón de estructura lineal, en el que el *max-lag* se sitúa en el retraso número tres, y corresponde a la categoría RAD2 (relación adhesiva con el padre enfermo con intentos de separación-individuación). En él observamos cómo las probabilidades de que una relación adhesiva de este tipo (RAD2) active y lleve a una identificación con el padre enfermo, son elevadas. Esto produce una relación conflictiva o difícil (RE3), que activa en el hijo cierta preocupación por el estado de salud y situación del padre enfermo (RC2), lo que aumenta e intensifica la relación adhesiva con él (RAD2), tal como se evidencia en los retardos significativos detectados.

C. Dimensión de la Escuela (Rendimiento escolar, I).



Figura 3.66. Patrón de conducta 1, H2. Dimensión I.

1. Consideramos que se trata de un patrón fácilmente interpretable y lógico ya que una baja motivación (M2) influye directamente en la satisfacción escolar (baja; SI2), tomada ésta como categoría focal. A esto le sigue una mala relación con el padre enfermo (RE3) caracterizada por peleas y discusiones, en la base de la cual existe una relación adhesiva con el dicho progenitor, con el cual el hijo pasa muchas horas (RAD3), lo que con mucha probabilidad repercute en los estudios con el consecuente abandono escolar y la falta de motivación para seguir (SI3).

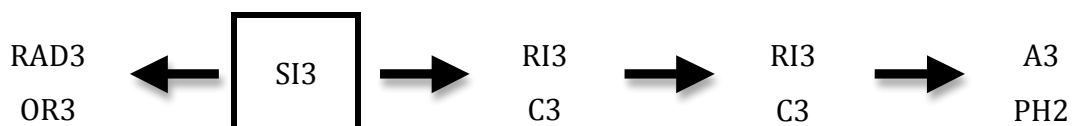


Figura 3.67. Patrón de conducta 2, H2. Dimensión I.

2. La relación adhesiva con el padre enfermo (RAD3) o la falta de otros referentes adultos (OR3) pueden preceder y activar el abandono de los estudios (SI3) por parte del hijo. De ello procede un bajo rendimiento escolar (RI3) y una mala relación con los compañeros de clase e instituto (RI3), que si se prolongan tienen mayor posibilidades de llevar a dificultades o ausencia de relaciones

también fuera del ámbito escolar (A3; dificultad o ausencia de relaciones de amistad) y a bajos niveles de activación (PH2; bloqueo a nivel motriz y emocional).

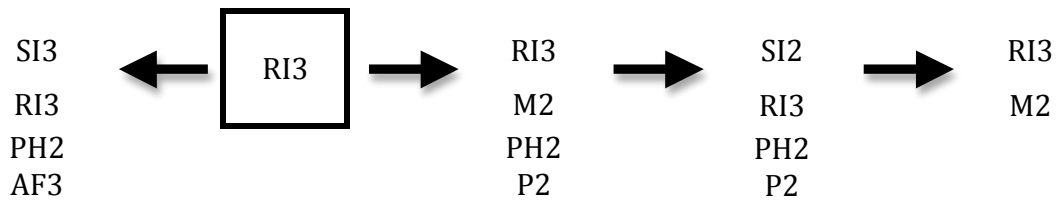


Figura 3.68. Patrón de conducta 3, H2. Dimensión I.

3. La ausencia de experiencias satisfactorias en la escuela (SI3), un bajo rendimiento escolar (RI3), así como bajos niveles de activación (PH2), o la falta de aficiones o actividades que fomenten las relaciones sociales, con una tendencia al aislamiento (AF3), preceden y activan el bajo rendimiento escolar (RI3), tomada ésta como conducta focal. Esto puede ser difícil de revertir, tal como podemos observar en los siguientes retardos significativos (RI3), y además provocar una bajada de motivación y dificultad para llevar a cabo los proyectos que emprende (M2), así como bajos niveles de activación (PH2), y que se instale un pensamiento mágico, arraigado en la fantasía (P2), quizás defensivo (de los aspectos de dificultad que no pueden ser contenidos y elaborados).

D. Dimensión de las relaciones interpersonales y sociales (Relaciones sociales, **RS**).

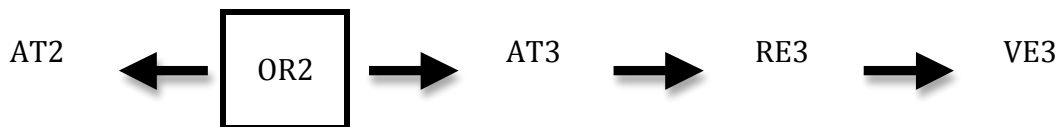


Figura 3.69. Patrón de conducta 1, H2. Dimensión RS.

1. La activación de recuerdos traumáticos, aunque de por sí elaborados (AT2), precede y activa el recuerdo de figuras adultas significativas dentro del núcleo familiar (OR2) (en el caso de A. los abuelos, sobre todo la abuela materna), que implican para el hijo una grave pérdida, que a su vez activa recuerdos de acontecimientos traumáticos importantes en la historia familiar, no elaborados (AT3) y que no han podido ser contenidos o sostenidos por el padre enfermo (RE3), del que el hijo desconoce o niega la enfermedad (VE3).

Eventos que han abrumado al padre y al hijo y que el padre no ha podido contener y elaborar, sin poder asimismo, ayudar al hijo a elaborarlos e integrarlos, y que se reflejan en su relación con él. Relaciones empobrecidas o difíciles que conllevan la escisión o negación de otros aspectos de dificultad, como la enfermedad del padre.

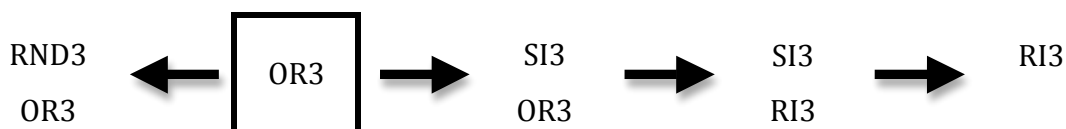


Figura 3.70. Patrón de conducta 2, H2. Dimensión RS.

2. La ausencia de otros referentes adultos, tanto dentro del núcleo familiar estricto (RND3) como los extenso o externos (OR3), lleva a una alta probabilidad de experimentar dificultades en otras áreas, como el abandono de los estudios (SI3) y un bajo rendimiento escolar (RI3), que son importantes indicadores de riesgo y aproximación a posibles dificultades psicológicas.

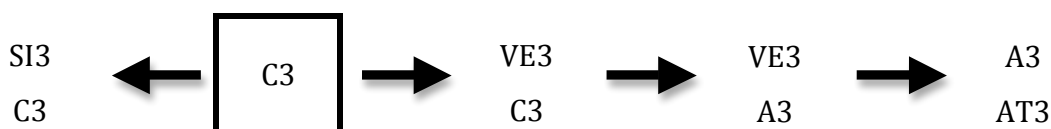


Figura 3.71. Patrón de conducta 3, H2. Dimensión RS.

3. La categoría C3 (relación con los compañeros de clase o instituto mala o ausente) es precedida y activada por las mismas dificultades de relación con los compañeros y el abandono escolar. Esto conlleva la negación también de la enfermedad del padre (VE3) y una dificultad para interactuar y tejer relaciones de amistad, tanto dentro al ámbito escolar (C3) como fuera de éste (A3), lo cual es muy traumático para el menor (AT3).

El trauma de unas relaciones difíciles con los pares (con episodios de bullying por ejemplo en la escuela, entre otros) se suma a otros acontecimiento de su historia familiar que el hijo vive como traumáticos y de difícil elaboración y contención. Experiencias traumáticas en las relaciones primarias se reproducen dentro de la historia del menor y en los siguientes estilos de relación, creando núcleos no elaborados de difícil integración dentro de la vivencia personal, que pueden causar vulnerabilidad y ser predictivos de alto riesgo. En la historia de A. predominan estos eventos adversos y núcleos no elaborados.

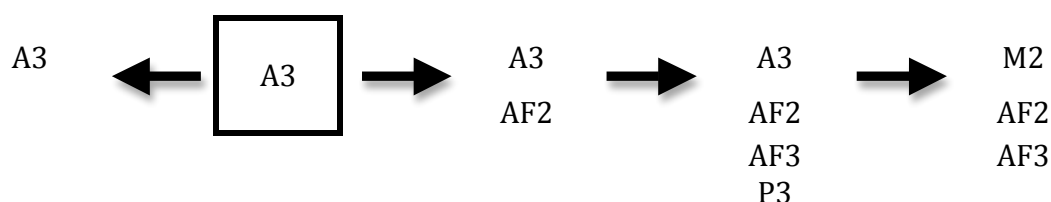


Figura 3.72. Patrón de conducta 4, H2. Dimensión RS.

4. Este patrón viene a evidenciar las dificultades de interacción y relacionales de A. (A3), que desvelan la presencia de un pensamiento concreto, que evidencia la confusión y pérdida de los

confines entre si mismo y el otro (P3), y que activan comportamientos defensivos en el hijo hacia los aspectos de dificultad (M2; baja motivación, laxitud defensiva) y el retraimiento (gradual) de las relaciones (AF2; AF3).

E. Dimensión de las alteraciones del pensamiento (área intrapersonal, voces e ideas autoreferenciales **AP**).

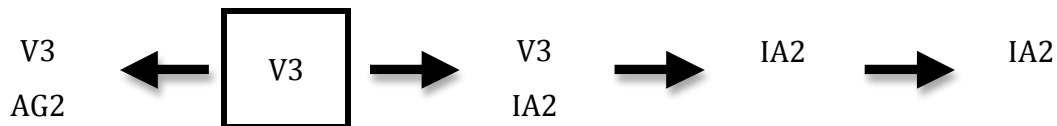


Figura 3.73. Patrón de conducta 1, H2. Dimensión AP.

1. Tomada la categoría V3 (presencia de voces y alteraciones auditivas en el hijo) como conducta criterio, observamos como ésta es precedida y activada por la apreciación de estas mismas percepciones (V3; voces) o la incapacidad de gestionar de manera constructiva la agresividad (AG2; agresividad destructiva manejada en la fantasía). Esto, además de llevar al hijo a reafirmar la presencia y experimentación de estas voces (dispercepciones auditivas), le lleva a comunicar la experimentación de ideas autoreferenciales que, teniendo en cuenta lo que el hijo puede contextualizar (IA2), son recurrentes.

F. Dimensión intrapersonal (Esfera del yo y sus capacidades de interacción, **PP**).

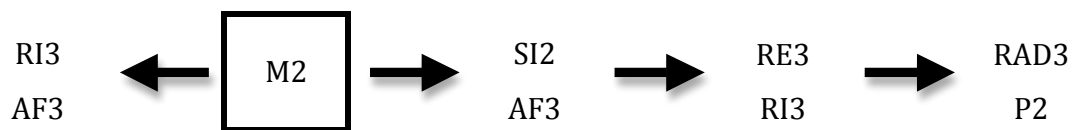


Figura 3.74. Patrón de conducta 1, H2. Dimensión PP.

1. Para la determinación de este patrón de conducta, las transiciones excitatorias de retardos son analizadas desde una perspectiva retrospectiva y prospectiva con respecto a la conducta M2 (Baja motivación e inconstancia), considerada ésta como categoría focal.

Se ha obtenido un patrón de estructura arbórea con bifurcación diádica en los diferentes retardos significativos evidenciados. Consideramos que se trata de un patrón de conducta en el que el *max-lag* se sitúa en el retardo tres, y corresponde a la conducta RAD3, o la P2. Tal como podemos ver, un bajo rendimiento escolar (RI3) y la ausencia de actividades que estimulen las relaciones sociales (AF3) activan y conllevan frustración, inconstancia y baja motivación en el hijo, que le impiden

llevar a término los proyectos que empieza (M2), tomada ésta como conducta criterio. La transición positiva inmediata es una baja satisfacción escolar (SI2) o la tendencia al aislamiento de las relaciones (AF3), lo que puede llevar a un bajo rendimiento escolar con el consecuente abandono de los estudios (RI3), así como a la apreciación de una relación difícil con el padre enfermo (RE3), que a su vez produce y activa una relación altamente adhesiva con éste (RAD3) y un pensamiento defensivo (P2).



Figura 3.75. Patrón de conducta 2, H2. Dimesión PP.

2. Para la determinación de este patrón de conducta, las transiciones excitatorias de retardos son analizadas desde una perspectiva retrospectiva y prospectiva con respecto a la conducta estratégica PH2 (Bajos niveles de activación), tomada ésta como categoría criterio.

Se ha obtenido un patrón de conducta lineal, en el que el *max-lag* se sitúa en el retardo número tres, y corresponde a la categoría SI2 (dificultades a nivel escolar y baja motivación escolar). En este patrón identificamos que un bajo rendimiento escolar puede llevar (activa y precede) a unos bajos niveles de activación en el hijo (PH2), lo que a su vez activa y refuerza un bajo rendimiento escolar que conlleva una bajada de motivación y dificultad para acabar los proyectos que empieza, reflejando así dificultades a nivel escolar.

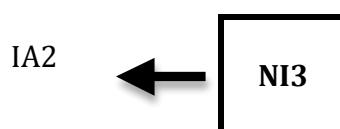


Figura 3.76. Patrón de conducta 3, H2. Dimesión PP.

3. Para la determinación de este patrón de conducta, las transiciones excitatorias de retardos son analizadas desde una perspectiva retrospectiva con respecto a la categoría estratégica NI3 (incoherencia y desequilibrio entre las diversas áreas de desarrollo).

Observamos que la presencia de ideas autoreferenciales recurrentes, aunque ligadas (por parte del hijo) a algún aspecto o significado (IA2), indica y precede un desequilibrio en las diferentes áreas de crecimiento, que interfiere en un desarrollo sano y en la gestión de aspectos de realidad.



Figura 3.77. Patrón de conducta 4, H2. Dimensión PP.

4. La dificultad o ausencia de relaciones (A3) activa y precede el desarrollo de actividades que no necesariamente implican o fomentan las relaciones sociales (AF2), tomada ésta como conducta focal. Esto lleva al progresivo aislamiento y retraimiento del hijo, que tiende cada vez más a aislarse en casa, tal como muestra la presencia de la categoría AF3 en diferentes retardos significativos detectados. El empobrecimiento de las relaciones y el retraimiento conllevan una importante bajada de motivación que le dificulta en la realización de actividades o proyectos por parte del hijo (M2).

G. Dimensión de la comunicación (Modalidades de comunicación y pensamiento **PC**)

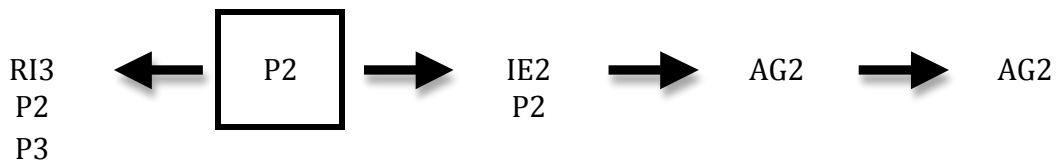


Figura 3.78. Patrón de conducta 1, H2. Dimensión PC.

1. Patrón de conducta en el que el *max-lag* se sitúa en el retardo tres, correspondiendo a la categoría AG2 (agresividad destructiva manejada en la fantasía).

El bajo rendimiento escolar (RI3) o la presencia de alteraciones del pensamiento (P2; P3) preceden el predominio de un pensamiento fantástico, en el cual a veces el hijo corre el riesgo de perder los confines de la realidad (P2). Esto conlleva, en el retardo uno, la identificación del hijo con algún aspecto de la enfermedad del padre enfermo (IE2), o la condensación de este tipo de pensamiento que parece así instalarse en la dimensión de la ficción, lo cual a su vez lleva al hijo a expresar en la fantasía su agresividad (AG2; agresividad destructiva matizada en la fantasía), que ante la falta de contención no tiene otra vía de expresión.

Este patrón sugiere una dificultad en la elaboración de los aspectos personales como la agresividad. Ante la dificultad de contener y gestionar constructivamente aspectos como la agresividad y el enfado, el hijo los sublima y expresa en la fantasía, en relatos y historias fantásticas que permiten descargar estas energías, aunque a veces lo hace de forma masiva y parece instalarse en la dimensión de la ficción, perdiendo así en ciertas ocasiones la frontera con la realidad (P2).

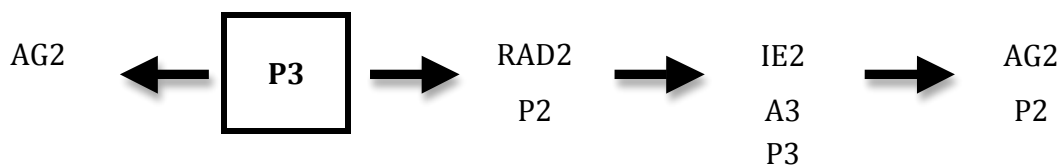


Figura 3.79. Patrón de conducta 2, H2. Dimensión PC.

2. Así mismo, un uso masivo de historias de fantasía (en la que expresar la agresividad) llevan a la pérdida de los confines entre fantasía y realidad, entre uno mismo y el otro (P3), tomada ésta como conducta estratégica. La transición excitatoria positiva inmediata es una relación adhesiva con el padre enfermo (RAD2), o el predominio de un pensamiento fantástico (P2), que a su vez activan una identificación con aspectos de la enfermedad del padre, el deterioro de las relaciones de amistad, así como la falta de confines entre uno mismo y el otro, la realidad y la fantasía, instalándose así un pensamiento concreto (P3), que conlleva la dificultad de poder elaborar y expresar la propia agresividad, la cual encuentra su única vía de descarga en la fantasía.

HIJO 3

A. Dimensión interpersonal familiar (Relación parental **RP**).

Los patrones detectados pertenecientes a la relación interpersonal con los padres en el hijo 3, se detallan a continuación:

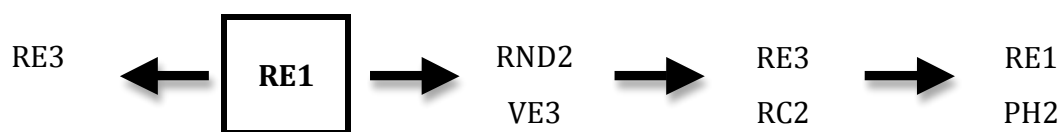


Figura 3.80. Patrón de conducta 1, H3. Dimensión RP.

1. Para la determinación de este patrón de conducta, las transiciones excitatorias de retardos son analizadas desde una perspectiva retrospectiva y prospectiva con respecto a la conducta RE1 (relación integrada con el padre enfermo), considerada ésta como categoría focal.

Se ha obtenido un patrón de estructura arborescente con dos bifurcaciones diádicas en los retardos uno, dos y tres. Consideramos que se trata de un patrón de conducta en el que el *max-lag* se sitúa en el retardo tres, y corresponde a las categorías RE1 y PH2.

Una relación difícil con el padre enfermo (RE3) puede llevar al hijo a ser capaz de integrar aspectos positivo y negativos de esta relación (RE1) con el proceder y avanzar de su relato. Esto conlleva, en el retardo uno, la apreciación de una relación distante con el padre no diagnosticado

(RND2), o una negación de la enfermedad del padre enfermo (VE3), lo que activa, en el retardo dos, una relación conflictiva con éste (RE3), así como una preocupación por su situación y enfermedad (RC2). La apreciación de estos aspectos y características relacionales llevan al hijo a poder reconocer e integrar aspectos positivos y negativos de la relación con el progenitor enfermo (RE1), o por lo contrario, al desarrollo de mecanismo defensivos frente a las situaciones que le preocupan (como inferencia y laxitud; PH2), tal como observamos en el retardo tres.

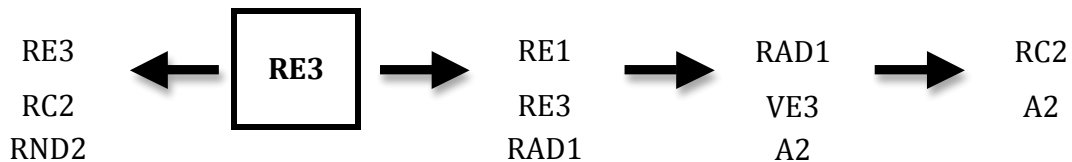


Figura 3.81. Patrón de conducta 2, H3. Dimensión RP.

2. De hecho, la relación conflictiva con el padre enfermo (RE3), tomada ésta como categoría focal, es activada y precedida por la apreciación de estas mismas dificultades relacionales, así como por la preocupación del hijo por la situación del padre enfermo (RC2), o una relación distante con el padre no diagnosticado (RND2).

Como transición excitatoria positiva inmediata se estima la posibilidad de integrar aspectos positivos y negativos de la relación con el padre enfermo, o por lo contrario la reafirmación de una situación difícil o carente. Esto nos hace pensar que la posibilidad de integrar aspectos positivos y negativos del padre enfermo y de la relación con él, puede llevar al establecimiento de una relación adecuada (y equidistante) con el progenitor (RAD1; relación adhesiva baja, separación-individuación, presencia de un tercero), o por lo contrario, cuando el hijo no puede integrar estos aspectos y prevalen los índices negativos y de conflicto (RE3), se activa una preocupación por la enfermedad del padre (VE3) que repercute también en la relación con los amigos (A2), además de en la relación con él (RC2; rol de cuidador de nivel dos).

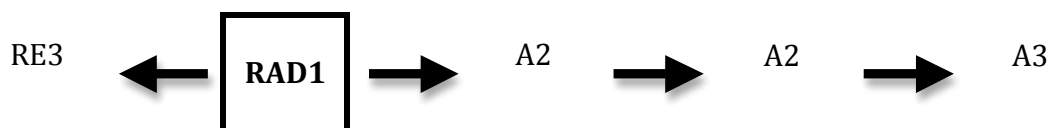


Figura 3.82. Patrón de conducta 3, H3. Dimensión RP.

3. A pesar de la presencia de una relación difícil (conflictiva o empobrecida) con el padre enfermo (RE3), el hijo puede separarse y diferenciarse de él, contemplando también dentro de la relación la presencia de un tercero (RAD1). No obstante, lo que se observa en las transiciones

positivas es que unas dificultades recurrentes en las relaciones con los pares (A2) puede llevar al deterioro de las relaciones sociales (A3).

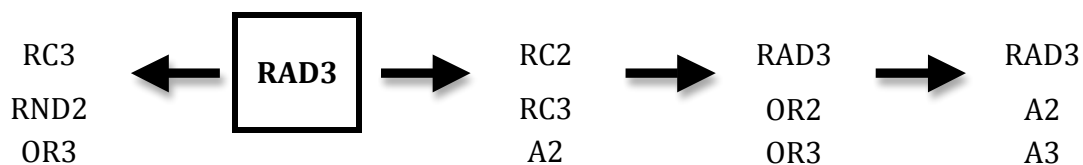


Figura 3.83. Patrón de conducta 4, H3. Dimensión RP.

4. En línea con lo observado en los anteriores patrones, una relación difícil con el padre enfermo, así como una relación distante con el padre no diagnosticado o la ausencia de otros referentes adultos significativos, pueden activar y preceder una relación adhesiva con el primero (RAD3), tomada ésta como categoría criterio.

Esto comporta una preocupación más (RC3) o menos (RC2) persistente por el padre enfermo por parte del hijo, así como el deterioro de las relaciones sociales (A2; inestabilidad en las relaciones con los amigos). Lo que observamos en este caso en el retardo segundo, es la posibilidad que se reafirme una relación adhesiva con el padre enfermo, así como la ausencia de otros referentes adultos (OR3), lo que intensifica aún más la relación con el padre enfermo y dificulta las relaciones sociales (A2), hasta llegar al punto de una probable pérdida de las mismas (A3). Lo que estimamos en cuanto al retardo dos y tres para las categorías OR2, OR3 y A2, A3 es que la presencia de un referente adulto dentro del contexto familiar ayuda a minimizar las dificultades en las relaciones con los pares (A2), que aunque están presentes son menores comparadas con las que se presentan (A3) si hay total ausencia de algún referente adulto, a parte del progenitor enfermo (OR3).

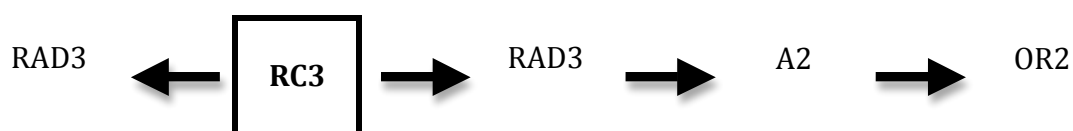


Figura 3.84. Patrón de conducta 5, H3. Dimensión RP.

5. Este patrón de conducta, de estructura lineal, con *max-lag* en el retardo tres y que corresponde a la categoría OR2 (otro referente adulto interno al ámbito familiar), indica cómo una relación adhesiva con el padre enfermo (RAD3) activa una inversión de roles, en la que el hijo se preocupa y se hace cargo del progenitor (RC3), lo cual intensifica la relación fusional con él, echo que repercute también en la esfera social del hijo (A2) y la búsqueda de otro referente adulto dentro el ámbito familiar extenso (OR2).

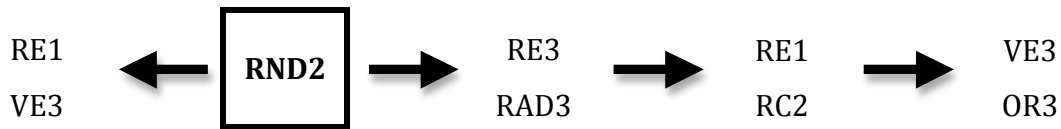


Figura 3.85. Patrón de conducta 6, H3. Dimesión RP.

6. Una relación integrada con el padre enfermo, así como la negación y desconocimiento de la enfermedad del progenitor, pueden preceder y activar (la apreciación de) una relación distante con el padre no diagnosticado (RND2), tomada ésta como categoría focal.

Una relación distante con el padre no diagnosticado lleva a una relación difícil o empobrecida con el progenitor enfermo, que se queda solo al cuidado del hijo, aumentando así las probabilidades de una relación adhesiva-fusional entre padre enfermo e hijo. Aún así, en el retardo dos comprobamos la posibilidad de integrar los aspectos negativos y positivos de la relación con el padre enfermo por parte del hijo, pudiendo establecer una relación más integrada, o la activación de una preocupación por parte de éste por la situación del padre enfermo que le lleva a poner en acto comportamientos de cuidado (RC2). Esto activa, en el siguiente eslabón (retardo tres), una negación o minimización de la enfermedad del padre, que demuestra que el hijo desconoce lo que le pasa realmente al progenitor (VE3), así como la ausencia de otros referentes adultos, a parte del progenitor enfermo, en los que poder encontrar figuras (alternativas) de identificación y apoyo (OR3).

B. Vivencias y conductas relacionadas con la enfermedad del padre (Dimensión de la enfermedad, E).

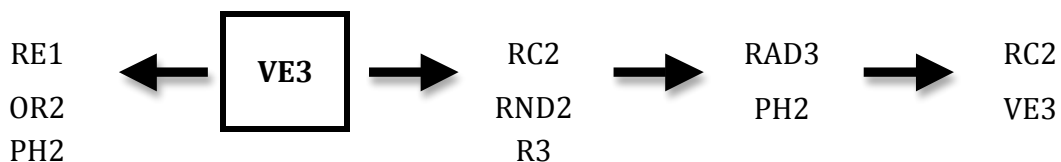


Figura 3.86. Patrón de conducta 1, H3. Dimesión E.

1. Para la determinación de este patrón de conducta se han analizado las transiciones excitatorias de retardo desde una perspectiva retrospectiva y prospectiva, con la finalidad de conocer las conductas que preceden y activan la categoría VE3 (desconocimiento, negación o minimización de la enfermedad del padre enfermo), así como las que proceden de ella, tomada ésta como categoría focal.

Se ha obtenido un patrón de estructura arborescente, en el que el *max-lag* se sitúa en el retardo tres, correspondiéndose con las categorías RC2 (preocupación moderada por el padre enfermo) y VE3 (desconocimiento, negación o minimización de la enfermedad del padre enfermo).

Lo que observamos en este patrón es que las categorías RE1 (relación integrada con el padre enfermo), OR2 (presencia de otro referente adulto interno al ámbito familiar extenso), y PH2 (bajos niveles de activación, laxitud e indiferencia) pueden activar la negación o minimización de la enfermedad del progenitor por parte del hijo (VE3). La transición excitatoria positiva inmediata puede ser la activación de un estado de preocupación moderada por parte del hijo por la situación del padre enfermo (RC2), así como la apreciación de una carencia en la relación con el otro progenitor (RND2; relación distante), o la puesta en acto de respuestas evitativas y de defensa (R3). Así mismo, en el retardo dos estimamos la presencia de una relación predominante y adhesiva con el progenitor enfermo (único referente adulto en el ámbito familiar), o la adopción por parte del hijo de comportamientos de indiferencia y laxitud (baja activación) ante estímulos quizás negativos y de carencia (de los que se defiende), que le llevan a activar comportamientos de cuidado y moderada preocupación por la situación del progenitor a causa de la enfermedad y el desconocimiento o negación de la misma (que aumenta en el hijo miedos y sentimientos de culpabilidad por algo no elaborado e integrado, que quizás asusta y por esto evita).

C. Dimensión de la Escuela (Rendimiento escolar, I)

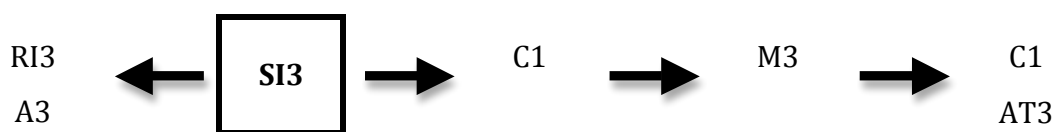


Figura 3.87. Patrón de conducta 1, H3. Dimensión I.

1. Un rendimiento escolar bajo, así como las dificultades o ausencia de relaciones sociales de amistad, preceden y activan la ausencia de experiencias satisfactorias a nivel escolar con el consecuente abandono de los estudios (SI3), tomada ésta como categoría focal.

Esto no evita al hijo poder tener un buen recuerdo de las relaciones con los compañeros (C1), aunque conlleva una pérdida de la motivación y aspiraciones para emprender nuevos proyectos (M3), que activa la presencia de eventos traumáticos no elaborados por parte del hijo (AT3), los cuales representan núcleos de importante afectación y impacto emocional.

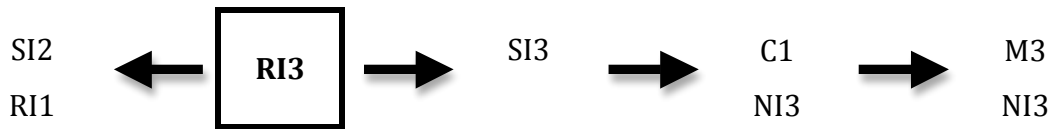


Figura 3.88. Patrón de conducta 2, H3. Dimensión I.

2. La falta de experiencias satisfactorias a nivel escolar (SI2; al hijo le cuesta o no le gusta ir a la escuela) llevan a un bajo rendimiento escolar (RI3), tomada ésta como conducta focal. Esto lleva al abandono de los estudios (SI3), que, a pesar de la presencia de buenas relaciones con los compañeros (o el recuerdo por parte del hijo como tales), indica un desequilibrio en las diferentes áreas del desarrollo (NI3) que impiden al hijo poder avanzar y emprender nuevos retos y proyectos (M3).

El fracaso escolar, así como la desmoralización (infantil) son importantes factores de riesgo a tener en cuenta. Un bajo rendimiento escolar representa una aproximación a posibles dificultades psicológicas (NI3) y es un dato significativo a tener presente en el estudio del desarrollo de los niños (y un indicador en la detección de posibles patologías en hijos de pacientes graves), tal como vemos en el caso de C.

D. Dimensión de las relaciones interpersonales y sociales (Relaciones sociales, **RS**).

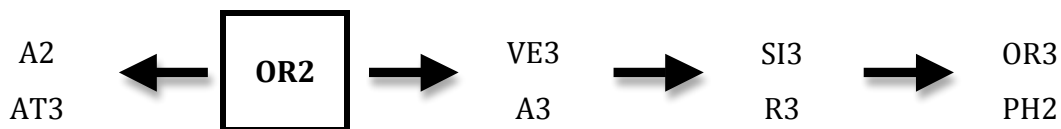


Figura 3.89. Patrón de conducta 1, H3. Dimensión RS.

1. Dificultades en las relaciones con los amigos, así como acontecimientos traumáticos significativos en la historia del menor (no elaborados), preceden y activan la búsqueda e identificación con otro referente adulto dentro del contexto familiar alargado/extenso (OR2), tomada ésta como categoría focal. Los seguimientos posteriores se dan por la negación o desconocimiento de la enfermedad del progenitor (VE3), o la pérdida de las relaciones de amistad (A3), que llevan a un abandono de los estudios y a respuestas evitativas y de defensa. Así mismo, en el retardo tres (*max-lag*) observamos la ausencia o pérdida de otros referentes adultos, así como conductas defensivas e inhibitorias (PH2; bajos niveles de activación).

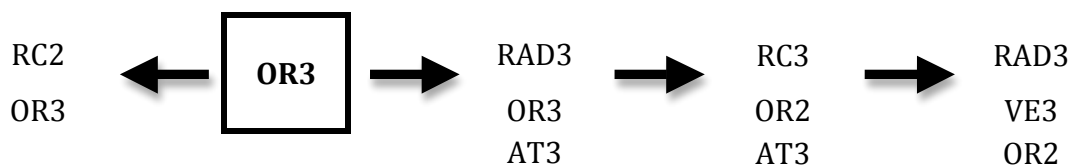


Figura 3.90. Patrón de conducta 2, H3. Dimensión RS.

2. La falta de otro referente adulto significativo es precedida por una cierta preocupación del hijo por la situación del padre enfermo (RC2), así como la ausencia de otros referentes adultos en momentos anteriores. Esto activa una relación adhesiva con el padre enfermo, que se queda como único referente adulto para el hijo (OR3; ausencia de otro referente adulto), así como la experimentación de diferentes acontecimientos adversos, aún no elaborados e integrados en la narración del hijo. Observamos así en el retardo segundo la puesta en acto de comportamientos de cuidado hacia el padre enfermo, en los que el hijo asume la responsabilidad de su situación y se ocupa de él (RC3; rol de cuidador, inversión de roles), así como la experimentación de acontecimientos adversos que se suman a la situación precaria del menor y su familia, lo que le lleva a una intensificación de la relación con el padre enfermo (RAD3), y a la negación o minimización de su enfermedad (VE3), sumado a la pérdida de algún referente adulto interno al ámbito familiar (OR2,AT3).

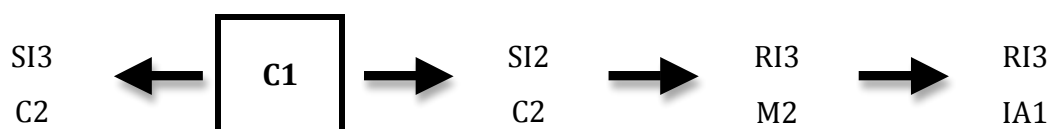


Figura 3.91. Patrón de conducta 3, H3. Dimensión RS.

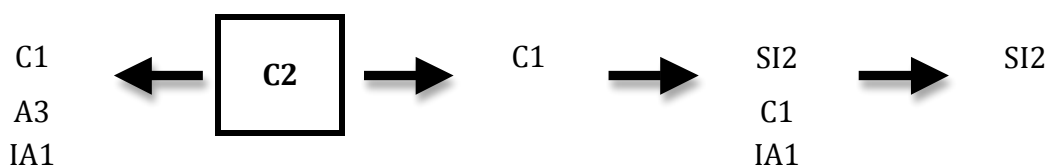


Figura 3.92. Patrón de conducta 4, H3. Dimensión RS.

3. y 4. Estos dos patrones representan la oscilación de C. entre la experimentación de buenas relaciones con los compañeros (C1) y la inestabilidad de estas relaciones con una disminución de la conducta prosocial (C2). Tomada éstas como conductas criterios, se identifica que las experiencias y nivel de satisfacción escolar, así como la relación con los pares, influyen en las relaciones con los compañeros, que a su vez es muy probable que repercutan en el rendimiento escolar (RI), la motivación (M) y el autoconcepto (IA) del menor.

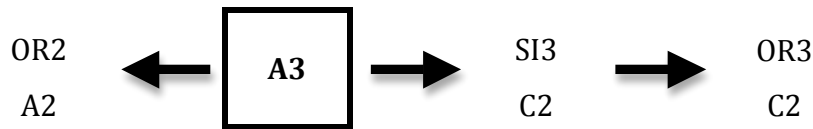


Figura 3.93. Patrón de conducta 5, H3. Dimensión RS.

5. Patrón de conducta en el que el *max-lag* se sitúa en el retardo dos. La presencia de un referente adulto, así como dificultades puntuales en las relaciones con los padres, preceden y activan la intensificación (de estas dificultades) y la pérdida de las relaciones de amistad (A3). Esto conlleva el abandono de los estudios (SI3), así como altibajos en las relaciones a nivel escolar (C2), que llevan a la pérdida de otros referentes adultos, OR3 (proporcionados por ejemplo por el contexto escolar, como la relación con los profesores) y a la experimentación de dificultades de relación a nivel escolar (C2).

E. Dimensión de las alteraciones de la percepción y del contenido del pensamiento (área intrapersonal, voces e ideas autoreferenciales, **AP**).



Figura 3.94. Patrón de conducta 1, H3. Dimensión AP.

1. Patrón de conducta en el que el *max-lag* se sitúa en el retardo uno, y corresponde a la categoría C2. Una motivación fragmentada (M2) activa y precede una respuesta negativa acerca de la presencia de ideas autorferenciales en el hijo (IA1), tomada ésta como categoría criterio. La cual a su vez es seguida por la apreciación de un distanciamiento en las relaciones con los compañeros (C2).

F. Dimensión intrapersonal (Esfera del yo y sus capacidades de interacción, **PP**)



Figura 3.95. Patrón de conducta 1, H3. Dimensión PP.

1. Un desequilibrio entre las áreas del desarrollo (NI3) precede y activa una falta de motivación en el hijo, que no se ve capaz de emprender ningún proyecto o estudio (M3), tomada ésta como conducta criterio. La transición excitatoria positiva inmediata es el retraimiento en casa y la

tendencia al aislamiento (AF3), que influyen en la motivación (M2) y activan respuestas y conductas defensivas (R3).

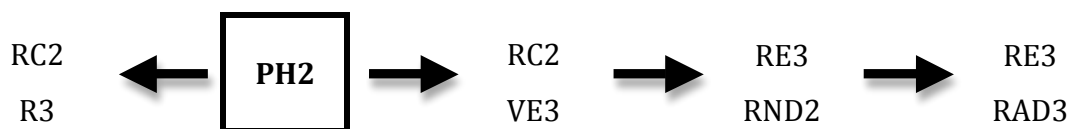


Figura 3.96. Patrón de conducta 2, H3. Dimensión PP.

2. Una preocupación por el padre enfermo (RC2), así como respuestas defensivas (R3), preceden y activan en el hijos bajos niveles de activación, con actitudes defensivas como la indiferencia y la laxitud (PH2), tomada ésta como categoría focal. Esto lleva a alimentar la preocupación del hijo hacia el padre enfermo, así como a la negación o minimización de su enfermedad (VE3). Tal como observamos en el eslabón sucesivo (retardo dos) esto a su vez lleva a una relación difícil con el padre enfermo (RE3) o una relación distante con el padre no diagnosticado (RND2), que alimenta y activa una relación adhesiva con el progenitor enfermo (RAD3) o muy probablemente tensa aún más la relación con él (relación conflictiva o empobrecida; RE3).



Figura 3.97. Patrón de conducta 3, H3. Dimensión PP.

3. El abandono escolar precede y activa la presencia de dificultades en las distintas áreas del desarrollo (NI3), tomada ésta como categoría criterio. Esto activa una falta o pérdida de motivación importante en el hijo, que expresa serias dificultades para poder emprender nuevos proyectos (M3), y le lleva a retraerse más en casa, aislándose de las relaciones sociales (AF3) y perdiendo así la motivación para seguir adelante con sus propósitos (estudios, trabajo, actividades, M2).

Este patrón nos indica cómo el rendimiento y el abandono escolar son importantes indicadores en la valoración del desarrollo del menor, y que pueden representar una aproximación a dificultades psicológicas y cognitivas, así como ser significativos en la detección de posibles patologías (en hijos de pacientes TMS).

G. Dimensión de la comunicación (Modalidades de comunicación y pensamiento PC).

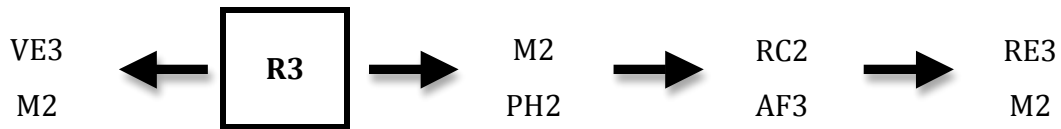


Figura 3.98. Patrón de conducta 1, H3. Dimensión PC.

1. El desconocimiento de la enfermedad del padre (VE3) o aspectos de dificultad personal (M2; motivación fragmentada, dificultad para llevar a cabo proyectos personales) activan respuestas defensivas en el hijo (R3), tomada ésta como conducta criterio. La transición excitatoria positiva inmediata es la presencia de bajos niveles de activación (PH2) o motivación (M2) que le llevan a preocuparse por ciertos aspectos de la situación del padre enfermo (RC2) y a retraerse en casa (AF3; tendencia al aislamiento). El hijo pasa así muchas horas en casa con el padre enfermo, lo que conlleva conflictos y dificultades en la relación con él (RE3), así como a una bajada en la motivación para poder acabar los proyectos que tiene en marcha y emprender nuevos retos (M2).

H. Acontecimientos adversos (AT).

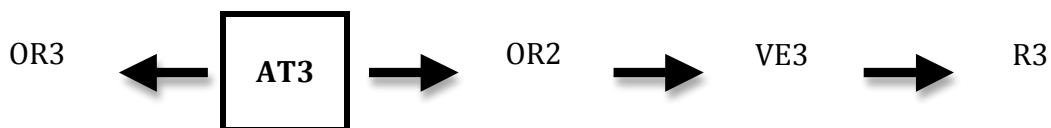


Figura 3.99. Patrón de conducta 1, H3. Dimensión AT.

1. La falta de otros referentes adultos significativos (OR3), activa la presencia de acontecimientos traumáticos no elaborados, destacados en la historia y narración del menor (AT3), tomada ésta como conducta criterio. La transición excitatoria positiva inmediata es el recuerdo de la pérdida de otro adulto significativo para el hijo (en el caso de C. por ejemplo, la abuela) que le lleva a la negación o minimización de aspectos de dificultad del padre enfermo (VE3) y a la consecuente puesta en acto de respuestas defensivas.

Se identifican así diferentes núcleos no elaborados y de gran impacto para el hijo, como la pérdida de la abuela (referente adulto significativo para C.; OR2) o la enfermedad del padre (VE3), de los que intenta defenderse y no recordar (negar o escindir; R3) quizás por la dificultad de poder ser contenidos e integrados.

HIJO 4

A. Dimensión interpersonal familiar (Relación parental RP).

Los patrones detectados pertenecientes a la relación interpersonal con los padres en el caso del hijo 4, son los siguientes:

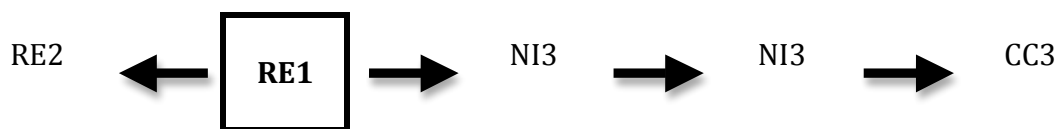


Figura 3.100. Patrón de conducta 1, H4. Dimensión RP.

1. Una oscilación entre una relación idealizada con el padre enfermo (RE2) y la posibilidad de integrar los diferentes aspectos de la relación (RE1), tomada ésta como categoría focal, (donde la primera activa la segunda), pueden indicar un desequilibrio entre las diferentes áreas del desarrollo (cognitivo, afectivo, corporal; NI3) que lleva al hijo a adoptar conductas o actitudes no adecuadas para su edad y sus necesidades emocionales y afectivas (NI3; sujetos regresivos o con rasgos extremadamente regresivos. Falta de integración entre las diversas áreas y funciones del yo), lo que a su vez activa la necesidad y falta de contacto y contención de estos aspectos (de dificultad) por parte de los padre (CC3).

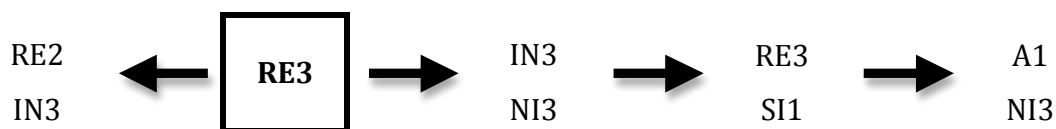


Figura 3.101. Patrón de conducta 2, H4. Dimensión RP.

2. Así mismo una relación idealizada con el progenitor enfermo (RE2), así como unas capacidades de interacción social y personal altamente comprometidas (IN3), pueden activar una relación difícil con el padre enfermo (conflictiva o empobrecida; RE3), tomada ésta como conducta criterio.

La transición excitatoria positiva inmediata es la reiteración de dificultades interactivas y de comunicación (IN3), o una falta de integración entre las diversas áreas y funciones del yo (NI3). Aunque aparecen dificultades de interacción y relacionales a nivel familiar (RE3), I. puede mantener un buen nivel de interés a nivel escolar (SI1) que también activa y fomenta relaciones positivas y de amistad con los pares (A1), a pesar de la presencia de un desequilibrio a nivel del desarrollo (niña regresiva, con dificultades de integración entre las diferentes áreas del desarrollo, emotivo y cognitivo, entre otros; NI3), tal como observamos en los retardos posteriores.

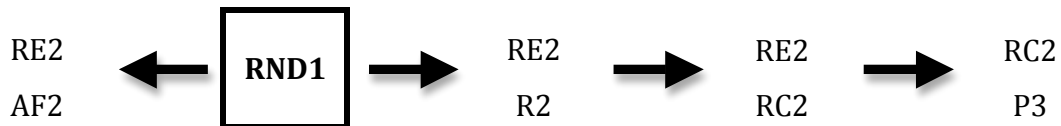


Figura 3.102. Patrón de conducta 3, H4. Dimesión RP.

3. Una relación idealizada con el padre enfermo (RE2) o el desarrollo de actividades fuera del hogar (AF2), activan una buena relación con el padre no diagnosticado (RND1), que está presente en la relación y es un buen referente para el hijo, con el que comparte tiempo y actividades, tomada ésta como categoría criterio.

La transición positiva inmediata es una relación idealizada con el padre enfermo (RE2), así como respuestas que tienden precisamente a minimizar los aspectos negativos y de dificultad y a enfatizar los aspectos positivos y de salud (R2). De hecho, la idealización que observamos en dos de los retardos significativos (primero y segundo) es fuerte y activa, igual que lo es cierta preocupación del hijo por el estado de salud del progenitor (RC2), que le lleva a asumir comportamientos de cuidado del padre enfermo y de los demás miembros de la familia, llegando a confundir a veces los límites entre sí mismo y el otro (P3).

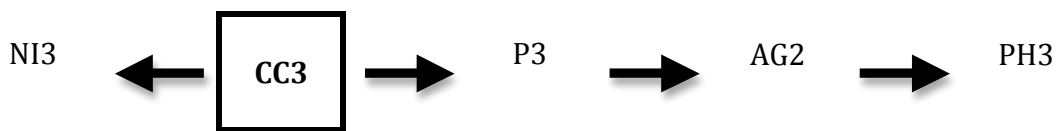


Figura 3.103. Patrón de conducta 4, H4. Dimesión RP.

4. Éste es un patrón de estructura lineal, en el que el *max-lag* se sitúa en el retardo tres, correspondiendo a la categoría PH3 (altos niveles de activación). En ello observamos que la falta de integración entre las diferentes áreas del desarrollo (NI3) precede y activa en el hijo la necesidad y la falta de un contacto adecuado con los padres, incapaces de contener sus dificultades y proyecciones (CC3), tomada ésta como conducta focal.

Se trata de un vínculo directo entre la categoría criterio (CC3) y la instalación de un pensamiento concreto (de tipo psicótico), en la que el hijo confunde los confines entre realidad y fantasías, interno y externo, sí mismo y el otro (P3), que comporta dificultades para la expresión de la agresividad de manera coherente y constructiva (AG2), con la presencia masiva de ecuaciones simbólicas y metáforas (a través de las cuales evacua su agresividad, difícil quizás de reconocer y gestionar). Esto lleva en última instancia (retardo tercero) a unos altos niveles de activación y

comportamientos hiperactivos, PH3 (que reflejan la dificultad de atención y cognitiva, por ejemplo de I.).

B. Vivencias y conductas relacionadas con la enfermedad del padre (Dimensión de la enfermedad, E).



Figura 3.104. Patrón de conducta 1, H4. Dimensión E.

1. Para la determinación de este patrón de conducta, las transiciones excitatorias de retardos son analizadas desde una perspectiva retrospectiva y prospectiva con respecto a la conducta estratégica IE3 (identificación con el padre enfermo y los aspectos de su enfermedad), tomada ésta como categoría criterio.

Se ha obtenido un patrón de estructura lineal: SI1-IE3-RE2-NI3-NI3; en el que el *max-lag* se sitúa en el retardo número tres, correspondiendo a la categoría NI3. Experiencias satisfactorias a nivel escolar (SI1) activan la identificación por parte del hijo con el progenitor y los aspectos de su enfermedad (IE3). Como conducta excitatoria positiva inmediata, estimamos una relación idealizada con el padre enfermo (RE2), que revela en los seguimientos posteriores unas serias dificultades a nivel personal del hijo, en el que se revela un desequilibrio en las diferentes áreas del desarrollo (NI3), índice de regresión e inmadurez (evolutiva).

Este patrón hace pensar que el hijo puede utilizar el contexto escolar de manera defensiva y de protección hacia aspectos de dificultad experimentados dentro del contexto familiar y personal (dificultades en la relación con los padres, y que en épocas tempranas se reflejan también en su desarrollo; NI3), y al mismo tiempo cuando habla de situaciones positivas (como la escuela) es cuando puede aproximarse a dificultades más personales, aunque necesite mantener y proteger la imagen positiva de la figura parental (R2).

C. Dimensión de la escuela (Rendimiento escolar, I)

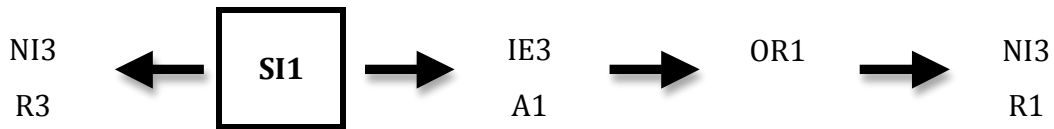


Figura 3.105. Patrón de conducta 1, H4. Dimensión I.

1. A pesar de un desequilibrio en las áreas del desarrollo y el uso masivo de respuestas defensivas, I. puede mantener un buen nivel de satisfacción escolar (SI1), tomada ésta como categoría focal.

Esto lleva a la experimentación de relaciones positivas con los pares (A1), aunque, al mismo tiempo pueda activar una identificación con el padre enfermo y su situación (IE3), que en el segundo eslabón, retardo dos, conlleva la posibilidad de poder identificar otros adultos de referencia y apoyo dentro, por ejemplo, del contexto escolar (OR1), importante factor de resiliencia. Aún así, en el retardo tres encontramos dificultades importantes a nivel del desarrollo (NI3; desequilibrio en las diferentes áreas), pero al mismo tiempo vemos la posibilidad de I. de adecuarse al contexto interactivo, por ejemplo de la entrevista, con respuestas pertinentes y adecuadas al contexto y contenido de la interacción.

A pesar de las importantes dificultades que presenta I. (NI3) puede contar con buenas relaciones investidas fuera del ámbito familiar, por ejemplo con la maestra/profesora (OR1), lo que le ha permitido mejorar también su situación escolar (SI1), así como su capacidad de interacción (R1), pudiendo en algún momento conectar con su interlocutor y dar respuestas adecuadas y pertinentes.



Figura 3.106. Patrón de conducta 2, H4. Dimensión I.

2. El rendimiento escolar de I. se caracteriza por altibajos, tal como se puede observar en el siguiente patrón, donde una inicial apreciación positiva de su nivel escolar puede abrir el camino al reconocimiento y contextualización de algunas dificultades que aparecen en la narración. Observamos una oscilación sucesiva entre respuestas defensivas y respuestas pertinentes que derivan en la apreciación de una relación significativa con otros adultos de referencia dentro del contexto familiar.

D. Dimensión de las relaciones interpersonales y sociales (Relaciones sociales, **RS**)

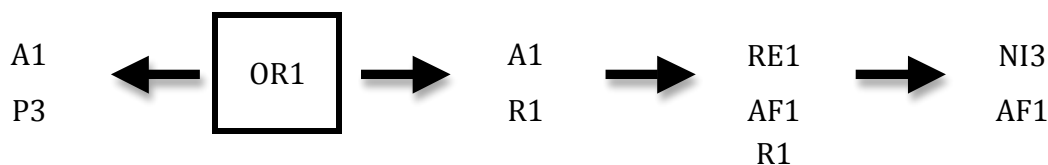


Figura 3.107. Patrón de conducta 1, H4. Dimensión RS.

1. Tal como observamos en este patrón, la presencia de otros adultos de referencia fuera del contexto familiar (OR1) puede ser precedido y activado por la presencia de relaciones positivas de amistad y la posibilidad de jugar y relacionarse con sus pares (A1), así como por un pensamiento concreto en el que a veces pierde los confines entre sí mismo y el otro, entre fantasía y realidad (P3).

Tomada la categoría OR1 (presencia de otro referente adulto externo al ámbito familiar) como conducta focal, observamos cómo esto alimenta con toda probabilidad la posibilidad de interactuar con los pares, estableciendo buenas relaciones de amistad (A1), así como de poder dar respuestas adecuadas al contexto (R1). Esto lleva a la apreciación de una relación más integrada y equilibrada con el padre enfermo (RE1), y también a la práctica de actividades que fomenten las relaciones sociales (AF1), a pesar de la presencia, tal como detectamos en el tercer retardo, de importantes dificultades en las diferentes áreas del desarrollo (NI3).

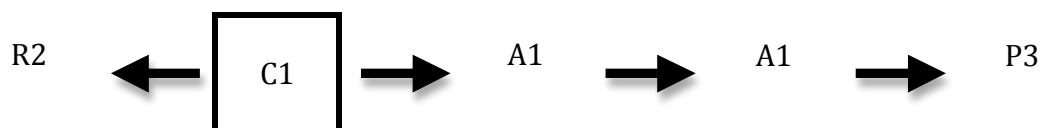


Figura 3.108. Patrón de conducta 2, H4. Dimensión RS.

2. La tendencia a desviar la atención de algún aspecto de dificultad o minimizarlos, enfatizando los aspectos positivos (R2), activa y precede la categoría C1 (percepción de una buena relación con los compañeros de clase o instituto), tomada ésta como categoría focal. Así mismo esto activa en los sucesivos retardos (primero y segundo) la percepción de una relación positiva con los pares, que se extiende fuera del ámbito escolar (A1), a pesar que observamos en el retardo tres la presencia de un pensamiento concreto (de tipo psicótico) en el que el hijo llega a confundir los límites entre realidad y fantasías, entre sí mismo y el otro (P3).

E. Dimensión de las alteraciones de la percepción y del contenido del pensamiento (área intrapersonal, voces e ideas autoreferenciales **AP**).

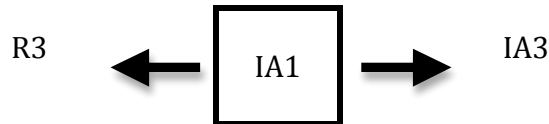


Figura 3.109. Patrón de conducta 1, H4. Dimesión AP.

1. Para la determinación de este patrón de conducta, las transiciones excitatorias de retardos son analizadas desde una perspectiva retrospectiva y prospectiva con respecto a la conducta estratégica IA1 (ausencia de ideas autoreferenciales), tomada ésta como categoría criterio.

Se ha obtenido un patrón de estructura lineal, en el que el *max-lag* se sitúa en el retardo uno, correspondiendo a la categoría IA3 (presencia de ideas autoreferenciales desligadas). Este patrón muestra como respuestas evitativas o de defensa (R3) preceden y activan la negación por parte del hijo de ideas autoreferenciales puntuales o recurrentes (IA1), tomada ésta como conducta focal. No obstante, con el avanzar del relato el hijo desvela la presencia de tales episodios, sin tener la capacidad de poder relacionarlos con algún aspecto o situación y de contextualizarlos (resultando quizás más persecutorios y que provocan una mayor necesidad de defenderse de ellos), tal como se observa en transición excitatoria positiva inmediata (retardo uno).

Este patrón muestra la importancia de indagar en estos aspectos y episodios en el hijo, que en caso contrario no emergerían o no se comunicarían hasta pasado un largo tiempo, y que en cambio representan importantes indicadores además de fuente de sufrimiento y fragilidad (en el hijo).

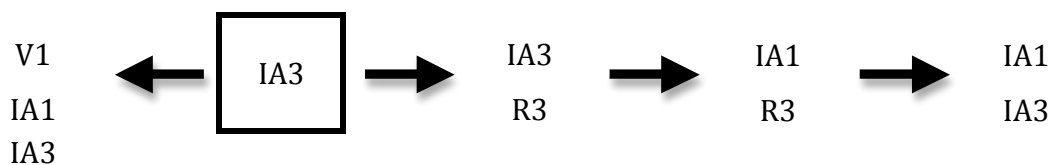


Figura 3.110. Patrón de conducta 2, H4. Dimesión AP.

2. En línea con lo afirmado en el anterior patrón, tomada la existencia de ideas autoreferenciales desligadas (IA3) como categoría focal, observamos cómo estos episodios aparecen en la mayoría de los casos relacionados con la existencia o no de alucinaciones auditivas (V1), o a través de una negación inicial de episodios autoreferenciales (IA1), aunque a veces pueden ser comunicados directamente (IA3).

En los seguimientos posteriores se observa la voluntad de comunicar la experimentación de estos episodios, aunque aparecen ciertas resistencias o defensas (R3, IA1), que se pueden comprender a la luz de la dificultad de poder hablar de temas delicados y personales, y más en una entrevista, y que

a veces no pudiendo ser entendidos por el menor mismo, generan vergüenza o miedo, aunque finalmente prevalega con más probabilidad la necesidad de hablar de ellos, quizás también en la búsqueda de una contención externa que internamente no puede ser efectuada.

F. Dimensión intrapersonal (Esfera del yo y sus capacidades de interacción, **PP**).



Figura 3.111. Patrón de conducta 1, H4. Dimensión PP.

1. La expresión de conductas agresivas (destructivas) en la fantasía o el pensamiento (AG2) activa y precede altos niveles de activación y comportamientos hiperactivos (PH3), tomada ésta como categoría criterio. La transición excitatoria positiva inmediata es la activación de una preocupación elevada por el padre enfermo y la puesta en acto de comportamientos de cuidado hacia él (RC3). Los seguimientos posteriores se dan por la presencia de otros adultos de referencia dentro del contexto familiar (OR2), importantes para el hijo y que quizás contrarrestan su preocupación por el padre enfermo .



Figura 3.112. Patrón de conducta 2, H4. Dimensión PP.

2. En línea con lo observado en el anterior patrón, el itinerario categorial obtenido en este patrón: P3-**AG2**-PH3-RC3-OR2, parece indicar cómo dificultades a nivel cognitivo y un pensamiento concreto, en el que se confunde las dimensiones reales y ficticias y entre uno mismo y el otro (P3), activan la dificultad del hijo de expresar su agresividad y enfado (AG2), lo que produce altos niveles de activación e inquietud (PH3). Esto a su vez precede y activa la preocupación por el padre enfermo por parte del hijo, que siente que tiene que cuidar de él (RC3), aumentando así las probabilidades que en este caso el hijo busque e identifique otros adultos de referencia dentro del hogar familiar como apoyo y soporte (OR2).



Figura 3.113. Patrón de conducta 3, H4. Dimensión PP.

3. Respuestas evitativas preceden y delatan dificultades importantes de interacción (NI3), tomada ésta como conducta criterio. Esto activa una relación difícil con el padre enfermo (RE3), que hace pensar en una carencia de interacción y falta de sintonización, que delata y precede unas dificultades importante a nivel del desarrollo en cuanto a la integración de las diferentes áreas (ej. cognitiva y afectiva; NI3), aunque pueda actuar positivamente en otras áreas, como en la escuela (SI1), importante aspecto de protección y mejora del desarrollo.

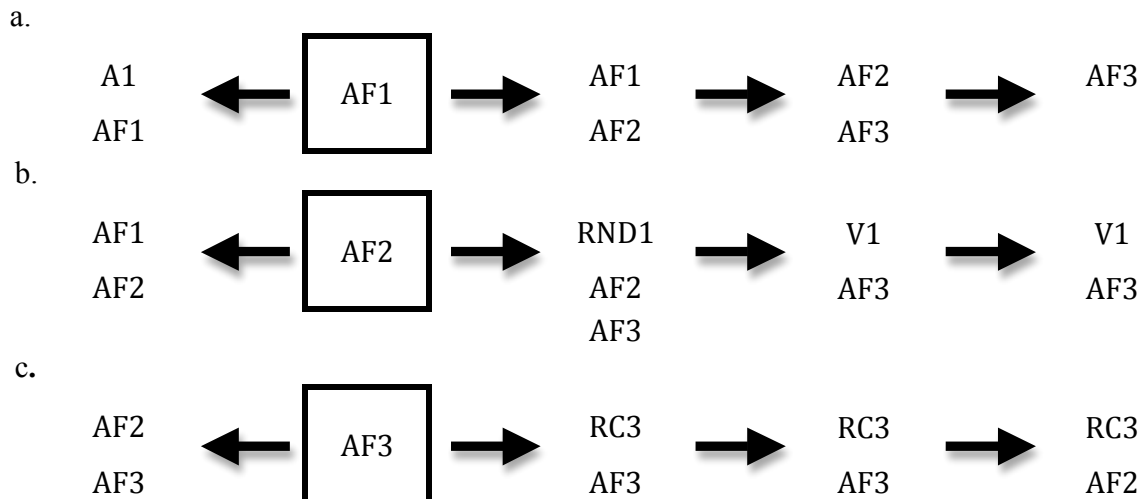


Figura 3.114 (a,b,c). Patrón de conducta 4 (a,b,c), H4. Dimesión RP.

4. a,b,c. En estos tres patrones podemos observar la alternancia de actividades desarrolladas fuera del hogar familiar (AF2) y que promueven la interacción social (AF1), con actividades más sedentarias y dentro de casa, donde estas últimas están íntimamente relacionadas y estimuladas por aspectos de la relación con el padre enfermo y de la necesidad del hijo, preocupado por su situación, de ocuparse de él (aspectos depresivos evidentes del padre) (RC3).

Mientras que actividades externas y de socialización, como deportes (AF1) o juegos al aire libre (AF2), son más bien promovidas y estimuladas por una experimentación positiva de la relación con los pares (A1) y con familiares (RND1), con los que el hijo comparte espacios de juego y actividades. Importancia de la relación con el otro progenitor y con los pares, en ausencia de otros indicadores patológicos, como alucinaciones o disrpercepciones auditivas (V1).

G. Dimensión de la comunicación (Modalidades de comunicación y pensamiento **PC**).

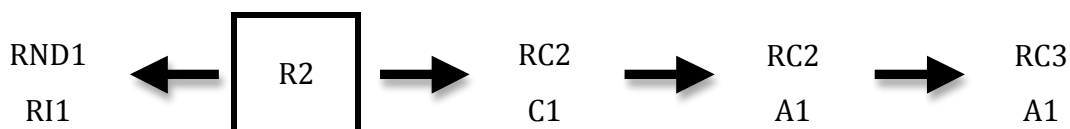


Figura 3.115. Patrón de conducta 1, H4. Dimesión PC.

1. Una buena relación con el padre no diagnosticado, presente y activo en las relaciones paterno-filial y familiar (RND1), así como un buen rendimiento escolar (R11), pueden preceder y activar la tendencia del hijo a minimizar aspectos de dificultad y a enfatizar aspectos positivos y de salud en sus respuestas (R2), tomada ésta como conducta criterio.

Esto puede llevar a dos itinerario categoriales que suponen, por un lado la afirmación y aparición de una preocupación cada vez más intrusiva por la situación del padre enfermo, y por otro lado la tendencia a destacar una relación positiva con los compañero de clase, que lleva a relaciones también satisfactorias externas al ámbito escolar, de amistad (A1), quizás en línea con esta tendencia de respuestas (R2), considerada ésta como categoría focal, donde uno defiende al otro (puede reconocer dificultades y aspectos de preocupación, o por lo contrario exaltar aspectos positivos y deseables que contrarrestan estos “conflictos” o fragilidades).

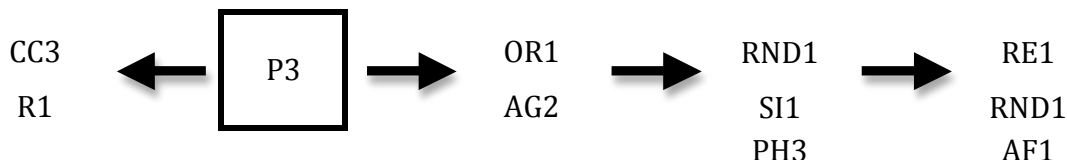


Figura 3.116. Patrón de conducta 2, H4. Dimesión PC.

2. La predominancia de un pensamiento concreto (de tipo psicótico) P3, tomada ésta como conducta focal, es precedida y activada por la falta de contención y contacto a nivel parental (CC3), que en su presencia ayuda en cambio al hijo a integrar los diferentes aspectos y estímulos, promoviendo un desarrollo sano y más integrado. Esto conlleva la búsqueda e identificación de otros referentes adultos (OR1) que junto a la presencia de ambos padres (RND1) ayudan a desarrollar aspectos positivos y de protección, como demuestran las categorías SI1 y AF1 en los retardos dos y tres respectivamente, a pesar de las altas probabilidades de dificultad a nivel de gestión de las emociones (AG2) y a nivel cognitivo y comportamental (PH3).

HIJO 5

A. Dimensión interpersonal familiar (Relación parental **RP**).

Los patrones detectados pertenecientes a la relación interpersonal con los padres en el caso del hijo 5 se especifican a continuación:

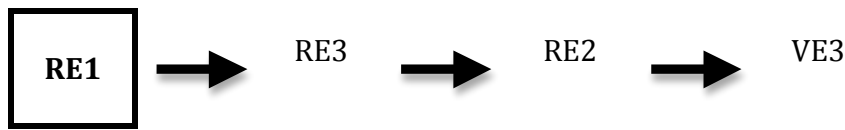


Figura 3.117. Patrón de conducta 1, H5. Dimesión RP.

1. Para la determinación de este patrón de conducta, las transiciones excitatorias de retardos son analizadas desde una perspectiva prospectiva con respecto a la conducta estratégica RE1 (relación equilibrada con el padre enfermo), tomada ésta como categoría criterio (ya que no hay un patrón de activación).

Se ha obtenido un patrón de conducta lineal: **RE1-RE3-RE2-VE3**, en el que el *max-lag* se sitúa en el retardo número tres, y corresponde a la categoría VE3 (desconocimiento de la enfermedad del padre enfermo). El patrón es fácilmente interpretable y lógico ya que parece sugerir que, al preguntarle al hijo sobre su relación con el padre enfermo, en primera estancia éste puede identificar aspectos positivos y negativos de dicha relación (CC), aunque esto active (en el retardo uno) con más probabilidad la definición de aspectos de dificultad y carencia en la relación con el progenitor (RE3). El hijo pasa luego (en el retardo dos) por la necesidad matizar estos aspectos, idealizando su relación con el padre (RE2), lo que lleva finalmente (en el retardo tres) a desvelar el desconocimiento o la negación de la enfermedad del padre enfermo por parte del hijo.

Detrás de la relación distorsionada con el progenitor enfermo se esconde también el desconocimiento o negación de la enfermedad por parte del hijo, lo que conlleva miedos y fantasías no elaboradas que pueden llegar a dificultar su desarrollo y su relación con el padre, y consecuentemente con los demás (sus esquemas, modalidades relacionales y de interacción).



Figura 3.118. Patrón de conducta 2, H5. Dimesión RP.

2. Para la determinación de este patrón de conducta, las transiciones excitatorias de retardos son analizadas desde una perspectiva retrospectiva y prospectiva con respecto a la conducta RE2 (relación idealizada con el padre enfermo), considerada ésta como categoría focal.

Se ha obtenido un patrón de estructura lineal, en el que el *max-lag* se sitúa en el retardo tres, y corresponde a la conducta RC3 (asunción por parte del hijo del rol de cuidador del padre enfermo). En este patrón identificamos que lo que activa una relación idealizada con el padre enfermo es una relación carente o difícil con él (RE3), en la que al padre le cuesta hacerse cargo del hijo y responder a sus necesidades (vd. Relaciones empobrecidas). La transición excitatoria positiva inmediata es la conducta VE3 por parte del hijo (desconocimiento o negación de la enfermedad del progenitor enfermo), el cual pasa en un segundo momento (retardo dos) a poder percibir lo que le sucede al padre enfermo, pudiendo sobre todo darse cuenta de los aspectos depresivos del progenitor y de este modo aproximarse a la enfermedad (VE2), lo que lleva con más probabilidad, tal como observamos en el retardo tres, a la necesidad de asumir el rol de cuidador del padre enfermo por parte del hijo, que se preocupa por él (RC3).

El desconocimiento de la enfermedad lleva a confusiones y miedos en el hijo que no pueden ser expresados, contenidos o elaborados, y conllevan una distorsión de la realidad y de la relación, despertando en él una gran preocupación por lo que pasa, y terminando muy probablemente en una inversión de roles, en la cual pasa a hacerse cargo (a su manera) del cuidado del padre (como por ejemplo en el caso de M.: le controla la medicación, se preocupa porque salga, etc).

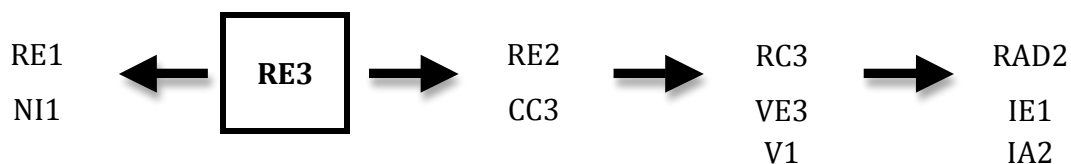


Figura 3.119. Patrón de conducta 3, H5. Dimensión RP.

3. En la línea del anterior patrón, una relación equilibrada con el padre enfermo en la que el hijo puede reconocer e integrar aspectos positivos y negativos del progenitor (RE1), o niveles de integración equilibrados (en los que hay una coherencia y equilibrio entre las diferentes áreas del desarrollo; NI1) pueden preceder y activar el reconocimiento de una relación difícil o carente con el padre enfermo (RE3), tomada ésta como categoría focal.

Los seguimientos posteriores se dan, en el retardo uno, por la necesidad de idealizar la relación con el padre enfermo (RE2), o la constatación de la falta de contacto (fisco) y de gestos de cariño y de contención por parte del progenitor (CC3), dibujando así un doble itinerario categorial que representa las dos situaciones motrices que genera esta categoría (aunque con mayor excitatoriedad para una de las dos vertientes). En los siguientes eslabones observamos una trifurcación triádica en el retardo dos y tres, que pasan respectivamente por la necesidad por parte del hijo de hacerse cargo

del padre enfermo y cuidar de él (RC3), el desconocimiento de la enfermedad y de lo que le sucede realmente al padre enfermo (VE3), o la afirmación de no haber tenido episodios de alucinaciones auditivas (V1), para el retardo dos; y el establecimiento de una relación adhesiva con el padre enfermo, aunque haya intentos de separación por parte del hijo (RAD2), o una diferenciación entre sí mismo y el padre enfermo (IE1; el hijo se diferencia de la imagen del padre enfermo y de su situación), o la declaración y el reconocimiento de ideas autoreferenciales, que a veces le incomodan aunque intenta o consigue dar una explicación a estos pensamientos (IA2), en el retardo tres.

A medida que el hijo se diferencia del padre enfermo puede reconocer sus propias dificultades dentro de un espacio personal privado. La observación de este patrón nos sugiere la idea del itinerario por el que puede pasar este proceso de desidentificación y diferenciación y la dificultad del mismo (por el miedo quizás también de comprometer la relación con el padre y de la pérdida de los afectos).

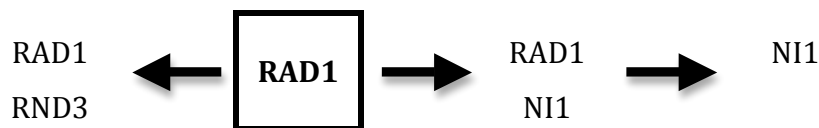


Figura 3.120. Patrón de conducta 4, H5. Dimensión RP.

4. La ausencia de una relación adhesiva con el padre enfermo (RAD1) o una relación ausente con el progenitor no diagnosticado (RND3), activan y preceden la posibilidad de establecer o reforzar una relación equilibrada y no fusional con el primero, en la que el hijo muestra capacidades de diferenciarse y separarse sin quedarse atrapado en una relación adhesiva o muy enganchada con él (RAD1).

La probabilidad que esta relación se mantenga y consolide es más alta, tal como se observa en el retardo uno, y cuando el hijo puede diferenciarse del padre enfermo pasando por un proceso de separación e individuación esto estimula su desarrollo, y las probabilidades de que éste sea sano son también más altas (NI1, coherencia y equilibrio en las diferentes áreas del desarrollo), tal como se observa para la categoría NI1 en los retardos uno y dos. El hecho que el último eslabón, significativamente excitatorio para el retardo tres, vuelve a ser común para ambos itinerarios (NI1), muestra la consolidación y mantenimiento de este equilibrio.

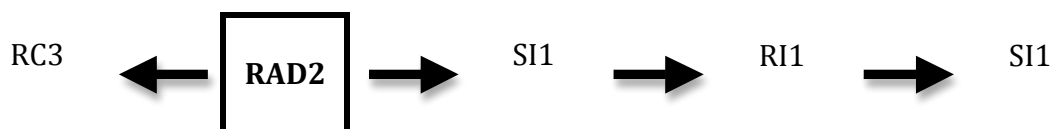


Figura 3.121. Patrón de conducta 5, H5. Dimesión RP.

5. Se ha obtenido un patrón de estructura lineal en el que el *max-lag* se sitúa en el retardo tres y corresponde a la categoría SI1 (satisfacción escolar, el hijo esta motivado y le gusta ir a la escuela).

En este patrón identificamos cómo una fuerte preocupación por lo que le pasa al padre enfermo (RC3) es lo que puede activar muy probablemente una relación adhesiva con éste, aunque en ella haya intentos de separación y diferenciación por parte del hijo (RAD2), tomada ésta como conducta focal. No obstante esto, la transición excitatoria positiva inmediata es la conducta SI1 (satisfacción escolar y alta motivación) lo que da muestra de los recursos y fuertes factores de resiliencia (factores de protección) de M., que se confirman en los retardos dos, RI1 (alto rendimiento escolar) y tres, SI1 (satisfacción escolar y alta motivación).

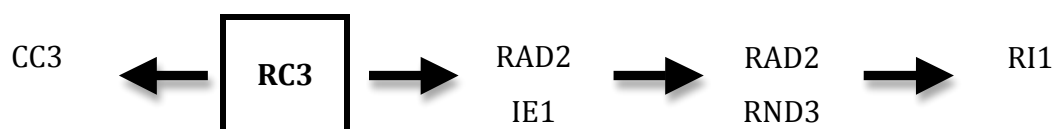


Figura 3.122. Patrón de conducta 6, H5. Dimesión RP.

6. La falta de contacto y de contención por parte del padre enfermo (CC3) activa la necesidad del hijo de ocuparse de él, RC3 (rol de cuidador), tomada ésta como categoría focal. La transición excitatoria inmediata es la afirmación de una relación adhesiva de nivel dos con el padre enfermo (RAD2) o la desidentificación de él y de los aspectos de su enfermedad (IE1), lo que lleva, en el retardo segundo, a la consolidación de este estilo relacional con el progenitor enfermo (RAD2), en ausencia del otro progenitor no diagnosticado (RND3). Aun así para el retardo tres comprobamos, en línea con lo comentado en el anterior patrón, un buen rendimiento escolar (RI1), común a ambos itinerarios, que nos hace pensar que, a pesar de las dificultades familiares, M. consigue mantener y preservar sus áreas de interés (y funcionamiento), y que un buen rendimiento escolar es un buen factor de protección.



Figura 3.123. Patrón de conducta 7, H5. Dimesión RP.

7. Lo anteriormente comentado se demuestra en el siguiente patrón que evidencia la importancia de los factores de resiliencia, como en el caso de M. donde el núcleo familiar alargado suple a la ausencia del otro progenitor no diagnosticado, RND3. De hecho, tomada la ausencia del otro progenitor (RND3) como conducta criterio, observamos que lo que la activa es la diferenciación, por parte del hijo, del padre enfermo y de su situación (lo que nos hace pensar en otros adultos de referencia dentro del contexto familiar alargado).

Así mismo, la transición excitatoria positiva inmediata es el establecimiento de una relación equilibrada con el padre enfermo, en la que el hijo no se queda enganchado a él, sino que puede diferenciarse y separarse (RAD1), relacionándose de forma más equilibrada con éste. Una vez establecida esta relación, las probabilidades que se mantenga (RAD2; retardo dos) y que esto favorezca un desarrollo equilibrado e integrado (NI1) son más altas.

B. Vivencias y conductas relacionadas con la enfermedad del padre (Dimensión de la enfermedad, E).



Figura 3.124. Patrón de conducta 1, H5. Dimensión E.

1. Para la determinación de este patrón de conducta, las transiciones excitatorias de retardos son analizadas de una perspectiva retrospectiva y prospectiva con respecto a la conducta estratégica VE3 (negación, escisión o minimización de la enfermedad), tomada ésta como categoría focal.

Se ha obtenido un patrón de estructura lineal, en el que el *max-lag* se sitúa en el retardo número tres, correspondiendo a la categoría VE2 (el hijo percibe, intuye, lo que le pasa al padre enfermo aunque no conoce la enfermedad). Se ha encontrado un único itinerario categorial para este patrón, en el que la relación idealizada con el padre enfermo (RE2) es la que precede y activa la negación, escisión o minimización de la enfermedad (VE3), tal como observamos en el retardo menos uno. La transición excitatoria positiva inmediata (que procede de la conducta criterio VE3) es una aproximación del hijo a la enfermedad (VE2), que conlleva en el segundo eslabón (retardo dos) la asunción del rol de cuidador del padre enfermo (RC3). El hijo se preocupa por la situación del padre enfermo, intuyendo lo que le pasa, y rescatando sobre todo los aspectos depresivos de dicho progenitor, aunque desconozca su enfermedad real (VE2).



Figura 3.125. Patrón de conducta 2, H5. Dimensión E.

2. Para la determinación de este patrón de conducta, las transiciones excitatorias de retardos son analizadas de una perspectiva retrospectiva y prospectiva con respecto a la conducta estratégica IE1 (el hijo se diferencia y distancia de la imagen del padre enfermo y de los aspectos de su enfermedad), tomada ésta como categoría criterio.

Se ha obtenido un patrón de estructura lineal, en el que el *max-lag* se sitúa en el retardo tres correspondiendo a la categoría RAD1. La preocupación por el padre enfermo (RC3) activa la necesidad en el hijo de diferenciarse de él y de su situación y enfermedad (IE1). Así mismo, la ausencia del otro progenitor no diagnosticado (retardo uno) no influye en la probabilidad de que el hijo pueda entablar y mantener una relación adecuada con el padre enfermo (RAD1), la cual se mantenga en el tiempo y en la que se contempla la presencia de un tercero (aspecto de resiliencia).

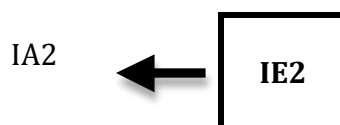


Figura 3.126. Patrón de conducta 3, H5. Dimensión E.

3. La identificación de ideas autoreferenciales a las cuales el hijo puede dar alguna explicación y contextualización (IA2) activan y preceden, en cambio, la identificación de éste con algunos aspectos de la enfermedad del progenitor (IE2). Se trata de un patrón corto en el que, comparado con el patrón anterior (en el que la conducta criterio es la IE1), las probabilidades son menores y contextualizadas a la aparición de ideas autoreferenciales.

Este patrón parece sugerir que delante de la apreciación de algún aspecto de dificultad, a pesar de estar contextualizadas, el hijo tiene la tendencia a pensar e identificarse con aspectos puntuales de la enfermedad del progenitor (IE2).

C. Dimensión de la escuela (Rendimiento escolar, I).

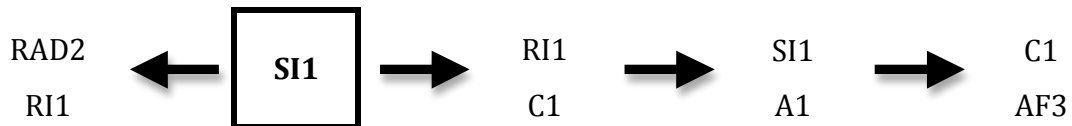


Figura 3.127. Patrón de conducta 1, H5. Dimensión I.

1. Una relación de nivel dos con el padre enfermo, RAD2 (relación adhesiva caracterizada por intentos de separación e individuación), o un rendimiento escolar alto (RI1), preceden y activan altos niveles de satisfacción escolar y motivación (SI1), tomada ésta como categoría criterio.

Experiencias satisfactorias en la escuela pueden llevar (y activar) a un buen rendimiento escolar (RI1) y una buena relación con los compañeros (C1), tal como observamos en el retardo uno, que a su vez alimentan una alta satisfacción y motivación a nivel escolar (SI1), y una mayor facilidad a entablar buenas relaciones de amistad fuera del ámbito escolar (A1). Aun así, esto puede activar, tal como observamos en el retardo número tres, la reafirmación de experiencias satisfactorias con los compañeros de clase, o, por el contrario una tendencia a desarrollar actividades principalmente dentro del hogar familiar, AF3 (comprensible a la luz de un relación adhesiva RAD2 con el padre enfermo y de los aspectos de sobreprotección o miedo de la familia).

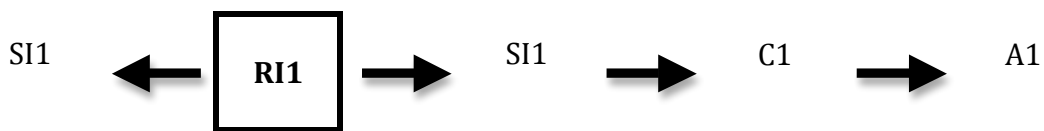


Figura 3.128. Patrón de conducta 2, H5. Dimensión I.

2. Experiencias satisfactorias en la escuela preceden y llevan a un buen rendimiento escolar (RI1), tomada ésta como categoría focal, que a su vez activa experiencias satisfactorias en la misma escuela (SI1), tal como observamos en el retardo uno, las cuales llevan a una buena relación con los compañeros (C1), que, al mismo tiempo, alimenta la capacidad y probabilidades del hijo de tejer relaciones de amistad, también fuera del ámbito escolar (A1), tal como se indica en los sucesivos retardos (resiliencia y buen funcionamiento o desarrollo, en el caso de M.).

D. Dimensión de las relaciones interpersonales y sociales (Relaciones sociales, **RS**).

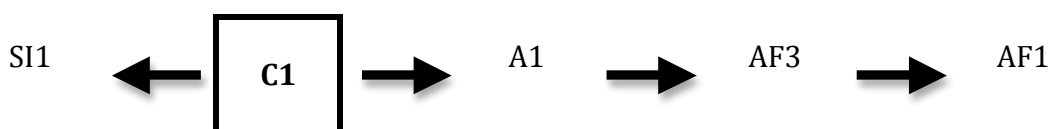


Figura 3.129. Patrón de conducta 1, H5. Dimensión RS.

1. Se ha obtenido un patrón de conducta lineal, en el que el *max-lag* se sitúa en el retado tres y corresponde a la categoría AF1 (actividades que facilitan la relación social).

Este patrón muestra una relación directa entre experiencias escolares satisfactorias (SI1) y el desarrollo de relaciones positivas con lo compañeros (C1), tomada ésta como categoría focal. Esto conlleva y fomenta una facilidad para tejer buenas relaciones de amistad también fuera del ámbito escolar (A1), tal como se observa en el retardo uno. A pesar de que en el retado segundo observamos cierta tendencia al desarrollo de actividades más sedentarias (AF3), pero en última estancia activa la búsqueda de actividades más sociales y de relaciones fuera del ámbito familiar (AF1). Búsqueda de contextos más saludables y presencia de factores de protección.

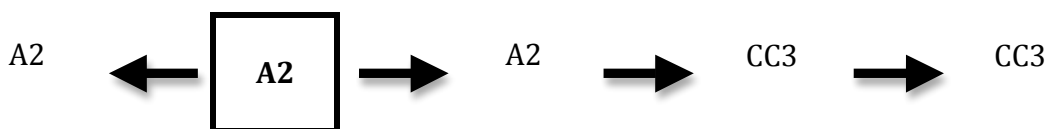


Figura 3.130. Patrón de conducta 2, H5. Dimesión RS.

2. Patrón de estructura lineal, en el que el *max-lag* se sitúa en el retardo número tres, y corresponde a la categoría CC3 (falta de contacto y contención por parte de los padres). El itinerario categorial encontrado para este patrón evidencia cómo la presencia recurrente de episodios de dificultad e inestabilidad en la relaciones con los pares (A2), que emerge en varios de los retardos significativos encontrados, tomada ésta también como categoría criterio, activa en el menor la necesidad de contacto y contención por parte del padre, y que en cambio no lo encuentra (CC3; falta de contacto y contención por parte de los padres o del padre enfermo).

E. Dimensión de las alteraciones de la percepción y del contenido del pensamiento (área intrapersonal, voces e ideas autoreferenciales, **AP**).

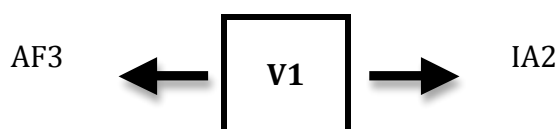


Figura 3.131. Patrón de conducta 1, H5. Dimesión AP.

1. Patrón de estructura lineal, en el que el *max-lag* se sitúa en el retardo número uno, correspondiendo con la categoría IA2 (presencia de ideas autoreferenciales a las que el hijo intenta dar una explicación).

La categoría AF3 (actividades sedentarias dentro del hogar con tendencia al aislamiento) activa la categoría V1 (ausencia de alucinaciones o dispercepciones auditivas), tomada ésta como conducta criterio, que a su vez activa, en el retado dos, la consideración de ideas autroreferenciales persistentes a las que el hijo intenta dar una explicación (IA2).

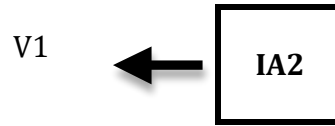


Figura 3.132. Patrón de conducta 2, H5. Dimesión AP.

2. Se ha obtenido un patrón de estructura lineal. Consideramos que se trata de un patrón de conducta muy corto, en el que el *max-lag* se sitúa en el retardo menos uno, es decir, está precedido por la categoría V1 (ausencia de alucinaciones o dispercepciones auditivas). Este patrón viene a demostrar lo observado en el anterior patrón, es decir que la apreciación y reconocimiento de ideas autroreferenciales, en tanto que son contextualizadas (IA2) están activadas por la apreciación de la falta de episodios alucinatorios auditivos por parte del menor (V1). Mostrando así la importancia de poder preguntar al hijo sobre estos aspectos.

F. Dimensión intrapersonal (Esfera del yo y sus capacidades de interacción, **PP**).

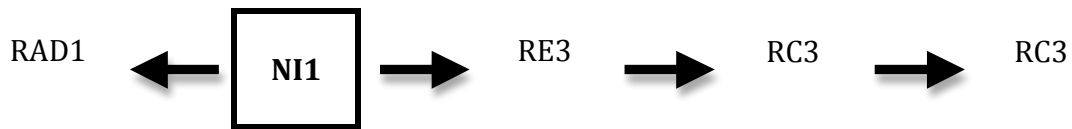


Figura 3.133. Patrón de conducta 1, H5. Dimesión RP.

1. Una relación equilibrada y no fusional con el padre enfermo (RAD1) activa y precede niveles equilibrados de desarrollo personal en el menor (NI1; equilibrio entre las diferentes áreas del desarrollo), tomada ésta como categoría focal. Lo que procede de esta categoría es el reconocimiento de una relación empobrecida con el padre enfermo (retardo uno), en la que éste no puede hacerse cargo de las necesidades del hijo (RE3) y que lleva a la asunción de este rol por parte del hijo, que se preocupa y hace cargo del progenitor enfermo (RC3), tal como emerge en los siguientes retardos significativos encontrados.

6.4 Detección de patrones temporales (*T-patterns*).

Tras el análisis estadístico de los datos y después de comprobar relaciones significativas entre las díadas padres- hijos y sus conductas registradas durante la observación de la técnica, se utiliza el programa *Theme* (Magusson, 1996, 2006) con el fin de detectar estructuras regulares de conducta e interpretar con mayor exactitud las cadenas de conducta y los estilos de comportamiento de estas familias (padres e hijos).

A continuación mostramos una impresión de pantalla como ejemplo de visualización de los resultados obtenidos al aplicar el programa *Theme* (véase figuras 3.134 y 3.135), y pasamos a la lectura e interpretación de los datos.

En los cuadrantes mostramos los *T-patterns* significativos estudiados (véase figuras 3.136 a 3.142). En ellos se representa la relación establecida entre las diferentes categorías, y su lectura se efectúa como un diagrama de árbol, de arriba hacia abajo.

Para el análisis de los *T-patterns* se ha considerado singularmente cada díada padre - hijo (5 casos, ver figuras 3.136 a 3.140), el conjunto de los hijos (Global Hijos, ver figura 3.141) y el de los padres (Global Padres, ver figura 3.142) de la muestra.

En el estudio de los casos singulares, se observa que en el caso 1 (EH1-P1) se ha detectado 3 *T-patterns*, en el caso 2 (EH2-P2) 4 *T-patterns*, en el caso 3 (EH3-P3) 7 *T-patterns*, 3 *T-patterns* en el caso 4 (EH4-P4), y finalmente 1 *T-patterns* en el caso 5 (EH5-P5).

En el estudio del conjunto de las díadas padre-hijo, se observa que se han detectado 101 *T-patterns* en lo que se refiere al conjunto de los hijos y 253 *T-patterns* en lo que se refiere al conjunto de los padres.

De todos ellos se pasa a detallar y describir los más significativos en relación a los objetivos de este trabajo.

En los sucesivos *T-patterns* se detecta una progresiva degradación desde el primero al último (por ejemplo el 253 en el caso del Global de los padres). La selección se realiza básicamente a nivel del marco conceptual y de los objetivos planteados y podemos también ayudarnos a través de filtros

cualitativos y cuantitativos para establecer un filtro previo (Anguera, 2013).

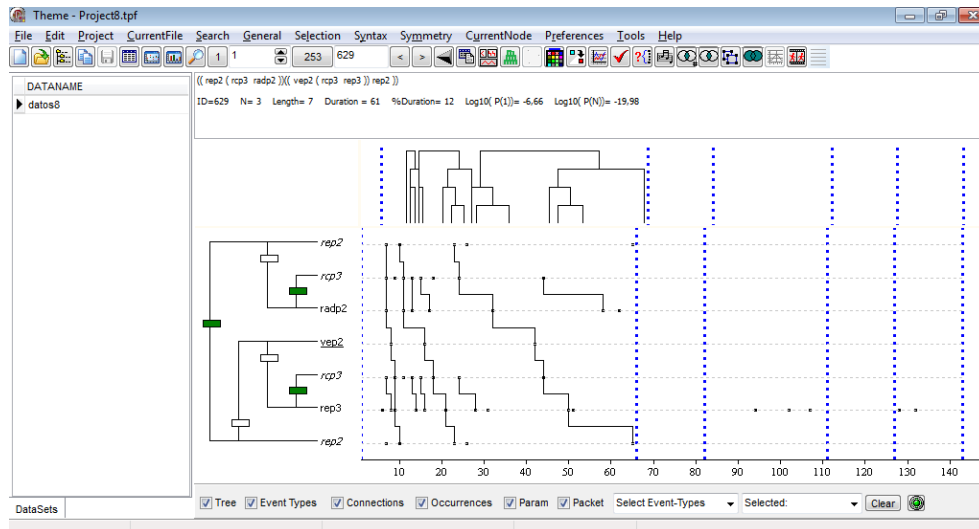


Figura 3.134. Ejemplo Dendogramas Global Padres, programa Theme.

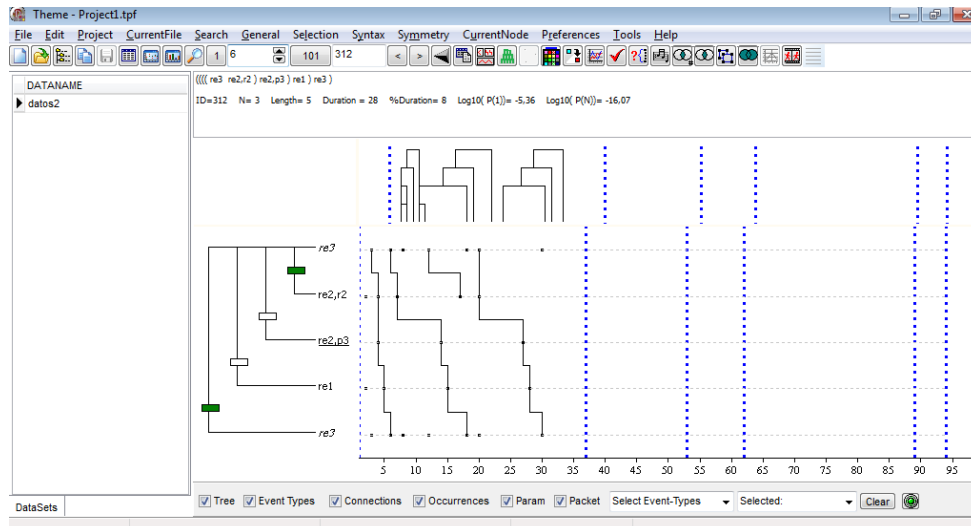


Figura 3.135. Ejemplo Dendogramas Global Hijos, programa Theme.

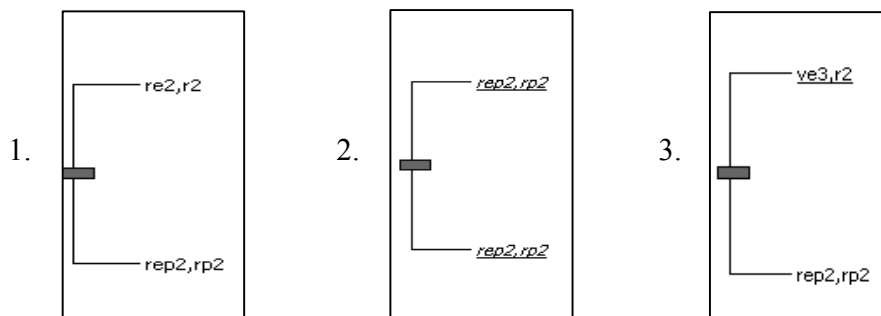
Caso 1. EH1-P1 (Hijo 1).

Figura 3.136. T-patterns día 1 Padre-Hijo (Caso 1): EH1-P1

1. Se observa la necesidad de preservar una relación positiva e idealizada con el padre enfermo (RE2), reforzada por el uso de estrategias comunicativas defensivas, por parte del hijo, que tiende a minimizar los problemas y a enfatizar los aspectos positivos de la relación y del otro (R2). A su vez, podemos ver, como consecuencia, la misma necesidad y estilo de conducta por parte del padre enfermo (RE2, R2 - REp2, Rp2).

La presencia de este patrón que asocia un estilo de comportamiento similar entre padre e hijo, en el cual la figura del padre es el modelo de identificación en el desarrollo del hijo, hace pensar en la adquisición por parte de este último de estilos de “comportamiento” y aspectos del padre, con los cuales se identifica y que se reflejan después en su funcionamiento. Adquiriría así más importancia la necesidad de apoyar al padre enfermo en la crianza de los hijos y la presencia de otros referentes adultos (familiares o externos) como aspectos de resiliencia.

2. De hecho, observamos en el padre enfermo una frecuencia significativa de este estilo de funcionamiento, en el cual se reproduce reiteradamente la necesidad de preservar una relación positiva e idealizada con el hijo y su percepción hacia él, con una tendencia a minimizar las dificultades y a exaltar los aspectos positivos y de salud (2. REp2, Rp2-REp2, Rp2).

3. Se muestra en el hijo la tendencia a desconocer la enfermedad del padre, verbalizada mediante estrategias de comunicación dirigidas a minimizar, escindir o negar el problema (VE3, R2). Lo que observamos cuando se produce esta situación en el hijo es la idealización por parte del padre de la relación a través de las mismas estrategias defensivas de comunicación (REp2, Rp2). Este patrón (VE2, R2-REp2, Rp2) hace pensar en la dificultad de gestionar y tratar la enfermedad dentro de la familia y cómo esto influye también en el desarrollo del hijo en todos los aspectos de su vida, además de en la relación con el padre.

A menudo, tal como expresan las familias también en las entrevistas, los padres no hablan abiertamente con el hijo de la enfermedad, y este último desconoce lo que le pasa al padre enfermo (véase también 1. Global padres e 2. y 3. Global hijos). Esto lleva a fantasías persecutorias, culpas, relaciones distorsionadas, aumento de defensas o falta de recursos para poder entender la enfermedad, elaborarla e integrarla mejor. Por ello numerosos estudios han demostrado la importancia de poder hablar con los hijos de la enfermedad como aspecto de resiliencia (Cicchetti, 2001; Podoreffsky, 2001).

Caso 2– EH2-P2 (Hijo2).

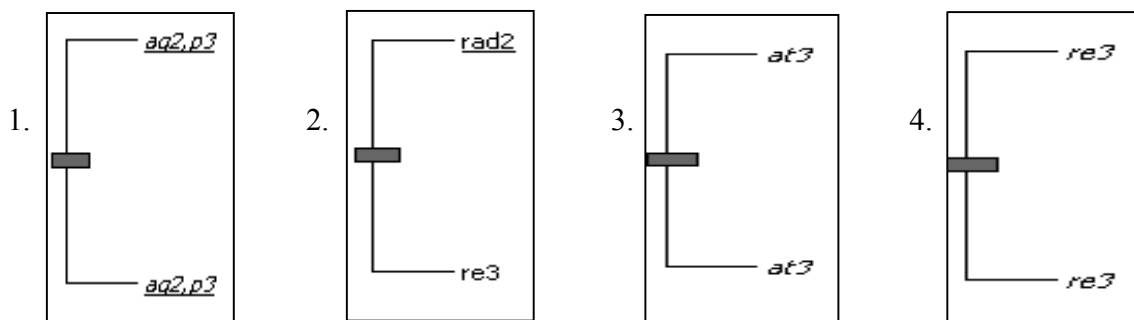


Figura 3.137. T-patterns día 2 Padre-Hijo (Caso 2): EH2-P2

1. En el hijo se muestra la tendencia a expresar pensamientos agresivos a nivel de la fantasía, asociados a pensamientos de tipo psicótico (AG2, P3). Observamos una reiteración de este modelo de funcionamiento (AG2, P3-AG2, P3). Este patrón permite reflexionar sobre la dificultad de gestión e integración de la agresividad, a veces reprimida o que despierta sentimientos de culpa, sin la posibilidad de poder expresarla de forma constructiva.

2. Se observa en el hijo la presencia de una relación adhesiva con el padre enfermo, caracterizada por intentos de diferenciación y “separación-individuación” (RAD2), que conlleva una relación difícil entre ambos (RE3). Estos conflictos entre el padre enfermo y el hijo derivados de una relación adhesiva (RAD2-RE3) hacen pensar en intentos por parte del hijo de diferenciarse del padre, y que al no poder tener un desarrollo lineal e integrado y un vínculo estable, busca estrategias para no quedarse enganchado a él, con el cual pasa muchas horas y en muchos casos es su único referente y miembro exclusivo del núcleo familiar.

A la luz de este patrón toma más fuerza también la presencia en el hijo de comportamientos agresivos, expresados a nivel verbal o de fantasía con un estilo de pensamiento de tipo psicótico,

observados en el primer patrón, lo que avala la dificultad de integración del pensamiento y la pérdida de los límites entre uno mismo y el otro (1. AG2, P3- AG2-P3).

3. En la narración familiar se observa la presencia de acontecimientos traumáticos o adversos que se suceden en el tiempo (AT3-AT3). La presencia recurrente de estos acontecimientos hace pensar en la importancia que tienen en la historia familiar y en el desarrollo del infante. Una serie de situaciones adversas que se acumulan, que pueden ir desde la pérdida de un familiar a situaciones económicas desfavorables o numerosos cambios (de domicilio, familiares e institutos) pueden ser causa de vulnerabilidad y predictores de alto riesgo en el desarrollo del hijo, así como de desamparo y falta de recursos en la crianza de este último por parte del padre, tal como subrayan numerosos estudios.

En esta familia, como en muchas, los abuelos han sido una ayuda importante en el desarrollo y crianza del hijo, y el fallecimiento de éstos ha constituido un importante trauma tanto en el hijo como en el padre enfermo. Al sufrimiento por la pérdida de un ser querido se ha sumado la condición de desamparo del padre enfermo que se queda así solo en la crianza del hijo (a veces más difícil debido a la enfermedad), y la pérdida por parte del hijo de otro referente adulto significativo. A esto se suman las difíciles condiciones económicas, los cambios constantes de colegio y los actos sufridos de bulling, entre otros núcleos de dificultad y desamparo a los cuales se han tenido que enfrentar, además de la enfermedad del padre.

Caso 3. EH3-P3 (Hijo 3).

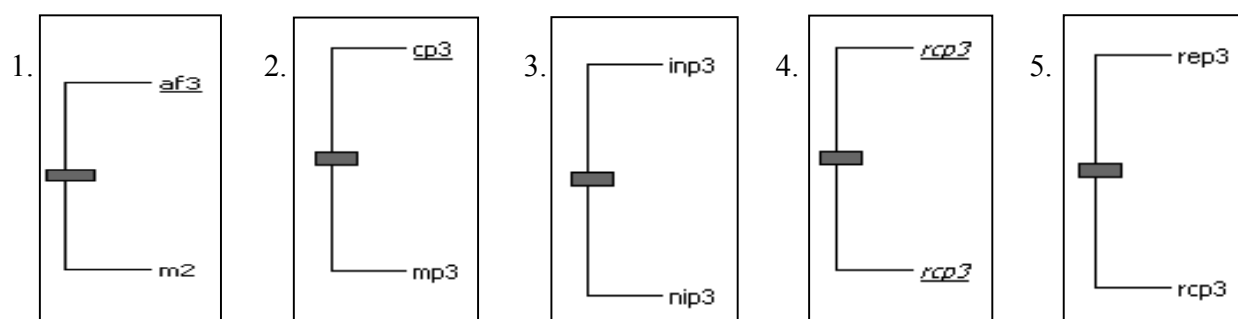


Figura 3.138. T-patterns día 3 Padre-Hijo (Caso 3): EH3-P3

1. El hijo muestra tendencia a pasar muchas horas en casa y a aislarse de las relaciones sociales (AF3), con la consecuente bajada o pérdida de motivación para llevar a cabo los proyectos que

empieza (M2), lo que provoca también frustración y baja autoestima. La falta de aficiones y el desarrollo de actividades sedentarias dentro casa (AF3) ayudan a que se aisle de las relaciones sociales (como se observa también en el patrón 3. en la relación con los compañeros) y provocan una pérdida de motivación para emprender actividades que ayuden a reforzar estos aspectos, que en cambio se revelan importantes fuentes de resiliencia (deportes, escuela, actividades extraescolares).

2. Se observa en el hijo una relación difícil o ausente con los compañeros (Cp3) que, como afirma el padre, con frecuencia conlleva una falta de motivación y de aspiraciones en el hijo (Mp3) que le impide emprender nuevos proyectos o estudios. “Se apunta así” cómo la relación con los compañeros y una buenas experiencias a nivel escolar (tanto con iguales como con maestros y profesores) son un importante factor de resiliencia que ayuda al hijo a desarrollar habilidades sociales (como la superación del egocentrismo, el control de la agresividad, la adaptación a las normas y el rendimiento escolar) y adquirir nuevos modelos relacionales y de identificación, que contrarrestan las situaciones familiares difíciles o aspectos de fragilidad y contribuyen al desarrollo sano del “infante”.

En este caso la relación deficiente o ausente con los compañeros parece influir significativamente en la consecuente falta de motivación o aspiraciones que se observan en el hijo. Muchas veces, como también demuestra la literatura al respecto, estos chicos se quedan aislados y cerrados en sí mismos, no salen de casa y no se relacionan con los pares o han experimentado experiencias negativas en la relación con éstos, mostrando altas dificultades para emprender nuevos proyectos y quedándose estancados en la relación con el padre enfermo y el núcleo familiar estricto, aspecto que se ha revelado como un importante factor de riesgo. Los niños buscan la aceptación por parte de sus iguales y el rechazo sistemático puede generar aislamiento social con consecuencias muy negativas en el desarrollo social y emocional del sujeto (Criss et al., 2002; Hay et al., 2004; Ladd et al., 2003; Woodward & Fergusson, 2000; Cfr. Ortega & Del Rey, 2003).

Tal como se destaca de la lectura de estos dos patrones, el hijo asocia frecuentemente la falta de aficiones (AF3) con una baja motivación (M2) [2. AF3-M2], y en cambio el padre considera la falta o dificultad de relaciones con los compañeros (Cp3) como la causa de la falta de aspiraciones en el hijo (Mp3) [3. Cp3-Mp3].

Detrás del cierre en sí mismo y el aislamiento de las interacciones sociales, a menudo se esconden también aspectos de preocupación y cuidados de los padres. Con frecuencia de echo, son

hijos los que asumen el rol de cuidadores de sus propios padres (ver *T-pattern* 4. y 5.), lo que se convierte en su función principal, quedándose enganchados a la relación parental y “atrapados” en casa sin poder evolucionar o con muchas dificultades para hacerlo (Blanqué et al., 2000).

3. Emergen capacidades de interacción personales y sociales altamente comprometidas (IN3), según se observa del relato de los padres, que precederían o delatarían importantes desajustes en el las diferentes áreas del desarrollo del hijo (NI3), el cual adopta conductas o aptitudes no adecuadas para su edad y necesidades, con importantes áreas de fragilidad que dificultan su evolución y desarrollo (INp3-NIp3).

En este sentido se puede observar en el texto la preocupación de la madre por el futuro de su hijo. Durante el relato, ésta al inicio se queja de la ineptitud y condición del hijo que en un principio atribuye a su pasotismo o vaguez para poder, en cambio, con el proceder del relato y el avanzar de la entrevista, reconoce aspectos de fragilidad y extrema sensibilidad del hijo que le dificultan la gestión de la realidad. Este mismo patrón (3. INp3–NIp3), según el cual a la percepción de dificultades comunicativas le sigue el reconocimiento de dificultades personales y de integración en la esfera cognitiva y/o afectiva en el hijo, se observa en el padre. [“No es pasota, es muy sensible y se preocupa por mí y seguramente adopta esta modalidad para defenderse de estos sentimientos que sino le abrumarían” *Entrevista padre enfermo EPH3*].

4. El análisis de los *T-patterns* revela también la tendencia recurrente del hijo a asumir el cuidado del padre enfermo y sentirse responsable por ello (RCp3), y al mismo tiempo la necesidad del padre de apoyarse en el hijo, produciéndose una inversión de roles (RCp3).

5. Además se observa una relación difícil o conflictiva con el padre enfermo (REp3), como se destaca del relato de este último, que conlleva la asunción del rol de cuidador del padre enfermo por parte del hijo (RCp3), el cual asume funciones de un adulto, sintiéndose responsable del bienestar físico y mental del padre, y expresando la necesidad de hacerse cargo de él y una fuerte preocupación por su situación.

El análisis de este patrón hace pensar que en relaciones difíciles o empobrecidas (Artigue et al., 2004; Artigue, 2013) en las que los padres tienen pocos recursos debido también a la enfermedad, es el hijo el que asume el rol del padre y se siente responsable de su bienestar, haciéndose cargo de él y supliendo sus carencias.

Caso 4. H4-P4 (Hijo 4)

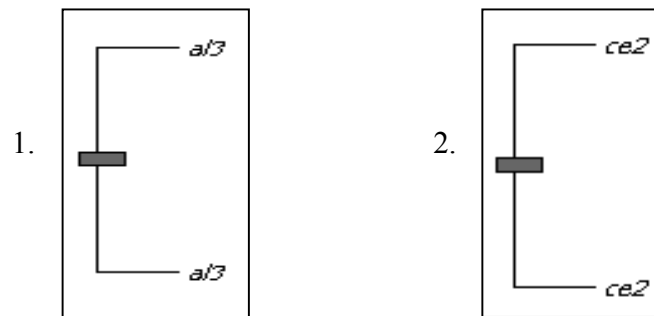


Figura 3.139. T-patterns diada 4 Padre-Hijo (Caso 4): EH4-P4

Muchos autores coinciden en la importancia de los primeros años de vida en el desarrollo y evolución posteriores del infante.

El análisis de los *T-patterns* del caso 4. revela dificultades recurrentes en la historia evolutiva del niño, tanto a nivel de lactancia y alimentación como en el control de esfínteres, aunque en esto último de menor intensidad. Aspectos éstos a tener en cuenta en la evaluación general del desarrollo y de las dificultades de relación con los padres, y que en muchos casos son considerados como importantes indicadores de riesgo.

1. Se destacan así importantes dificultades en la lactancia del hijo (corta o inexistente) y en los posteriores cambios de alimentación, que despiertan también importantes angustias y vivencias emotivas en la madre (1. AL3-AL3).

2. Así mismo se observan algunas dificultades en el control de esfínteres puntuales y recurrentes, aunque de menor intensidad y gravedad (2. CE2-CE2).

Las dificultades que expresan los padres enfermos en la crianza de los hijos (que se suma a la enfermedad personal) nos hacen reflexionar sobre la importancia de poderlos apoyar y dotar de más recursos durante estas nuevas y delicadas etapas a las que se enfrentan.

En el pattern 2. (CE2-CE2) de hecho, el problema parece más controlado y reconducible gracias, probablemente, al apoyo de la escuela, con la que se acuerda, por ejemplo, la gradual eliminación del pañal y se trabaja conjuntamente para el control de esfínteres (colaboración escuela/maestros y padres).

Caso 5. EH5-P5 (Hijo 5)

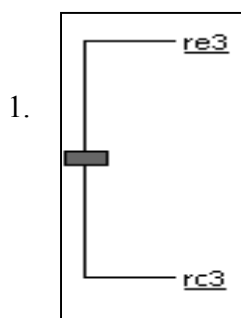


Figura 3.140. T-patterns día 5 Padre-Hijo (Caso 5): EH5-P5

1. Se observa la tendencia por parte del hijo a asumir el rol de cuidador del padre enfermo (RC3) ante una relación difícil o ausente con el progenitor (RE3), el cual muestra dificultades para hacerse cargo de su cuidado y necesidades. El hijo, como se destaca de su relato, asume así funciones de un adulto, sintiéndose responsable del bienestar del padre y expresando una fuerte preocupación por su situación.

La presencia de este T-pattern en dos casos diferentes (hijo3. y hijo5.) hace pensar en un patrón recurrente en estos hijos, que delante de una relación carente o difícil con los padres asumen el rol del adulto. A menudo la falta de un tercero dentro del núcleo familiar conlleva una relación distorsionada entre padre e hijo y a la inversión de roles. El hijo se siente responsable del padre y que es el único que puede ayudarlo. Así mismo el padre, teniendo sólo al hijo (relación dual), reclama su atención y apoyo usando como causa la enfermedad. El hijo asume el rol al cual el padre no llega y el padre reclama al hijo su atención y cuidado.

Global hijos (EH1-5)

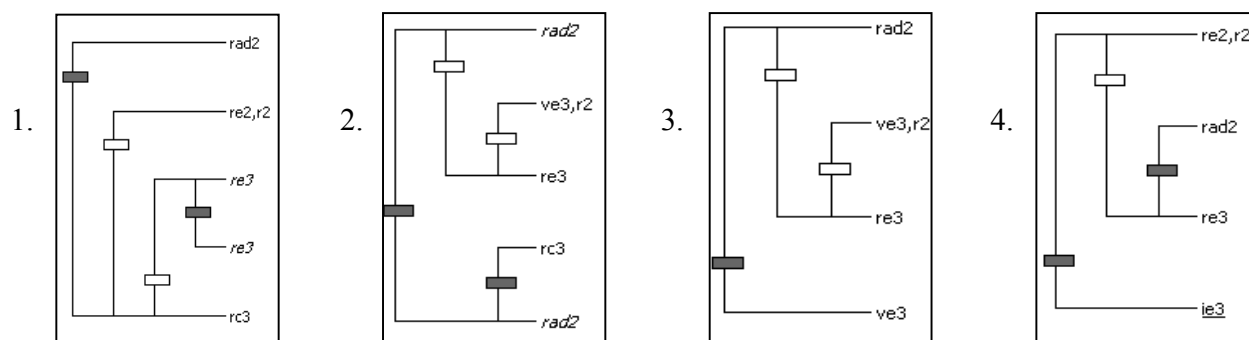


Figura 3.141. T-patterns Global Hijos: EH1-EH5

1. Se observa que una relación adhesiva inicial entre padre enfermo e hijo, caracterizada por intentos de separación por parte de este último (RAD2), lleva al niño a necesitar establecer una relación idealizada y positiva con el padre enfermo, asociada a estrategias comunicativas que refuercen este estilo de conducta (RE2,R2). La necesidad defensiva de preservar una relación positiva e idealizada con el padre enfermo parecería encubrir el hecho de que ésta es conflictiva o carente (RE3) y que cuando se produce, lo hace de forma reiterada y conlleva la asunción, por parte del hijo, del rol de cuidador del padre enfermo (RAD2-RE2, R2-RE3-RE3-RC3).

El análisis de este patrón común a los hijos de nuestro estudio parece sugerir el intento por parte del hijo de encontrar recursos y defensas dentro de la relación con el padre enfermo, del cual intenta diferenciarse y separarse, para no quedarse “enganchado/estancado” en la relación paterno-filial y evolucionar. Este intento parece pasar por la consecuente necesidad de preservar una relación positiva e idealizada con el padre enfermo, que esconde en cambio una relación difícil (distante o conflictiva) que se perpetúa en el tiempo y delante de la cual el hijo acaba asumiendo el rol del adulto y el cuidado del progenitor enfermo. Esta evolución negativa de aspectos “más sanos” a más patológicos hace pensar que una intervención temprana en este sentido ayudaría en el desarrollo sano del hijo y en su evolución.

2. Desde el relato de los hijos se destaca también cómo una relación muy unida con el padre enfermo, con el cual el hijo pasa muchas horas aunque haya intentos de separación (RAD2), podría ocultar el desconocimiento por parte del hijo de la enfermedad que padece el padre, utilizando también estrategias de comunicación que ayuden a minimizar o desviar los aspectos de dificultad, y cómo esto pueda llevar a una relación distorsionada con el padre enfermo. Finalmente el desconocimiento de la enfermedad (VE3, R2) y una relación difícil con el padre enfermo (RE3) llevarían a la asunción, por parte del hijo, del cuidado del padre (rol de cuidador, RC3) y a la reafirmación de una relación de dependencia entre el hijo y el padre enfermo (RAD2).

La observación de este patrón nos lleva a reflexionar sobre la importancia de la enfermedad en la relación: la falta de comunicación y el desconocimiento de la enfermedad no permite la correcta elaboración e integración de ésta, generando mayores fragilidades y aspectos de dependencia entre la diada (padre enfermo e hijo), como también demuestra el patrón 3. (RAD2-VE3, R2-RE3-VE3).

Es interesante observar cómo según los padres (T-pattern 1. EP1-P5), los hijos saben lo que le pasa al progenitor aunque no conozcan exactamente la enfermedad, mientras que del relato de los

hijos (T-pattern 2. EH1-H5) emerge el total desconocimiento de la enfermedad, lo cual genera dificultades y distorsiones en la relación y en el desarrollo.

4. Una relación idealizada con el padre enfermo (RE2, R2), que revela la presencia de aspectos de dependencia (RAD2) y dificultad (RE3) en esta relación, conllevaría a la identificación, por parte del hijo, con aspectos de la enfermedad del progenitor enfermo (IE3).

La observación de este patrón reafirma la importancia de la presencia de otros referentes adultos (significativos) en la vida de los hijos, con los cuales poder identificarse. Este aspecto es reconocido como un importante factor de protección para hijos de padres con trastorno mental.

Global Padres (EP1-EP5)

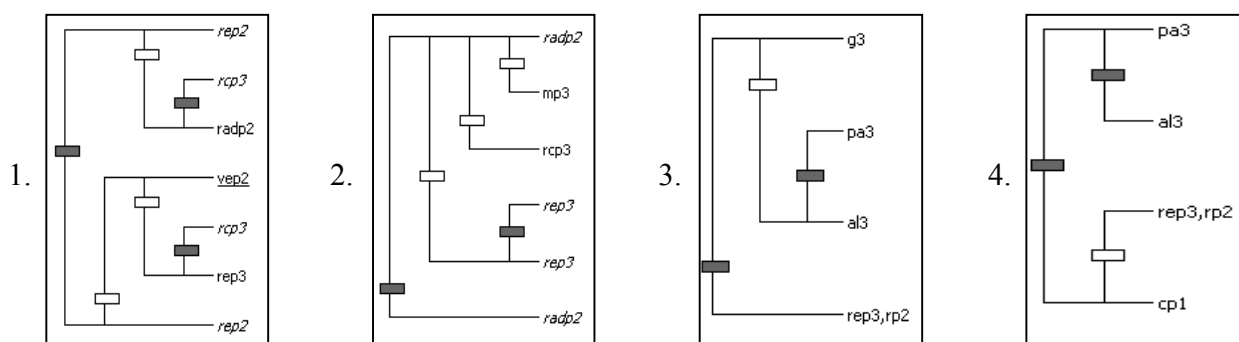


Figura 3.142. T-patterns Global Padres: EP1-EP5

1. Desde el relato de los padres emerge en cambio que una inicial relación idealizada entre padre enfermo e hijo (REp2) lleva a la asunción del rol de cuidador por parte del hijo, que se hace cargo y preocupa por el bienestar físico y mental del padre, el cual a su vez reclama su atención y cuidado (RCp3), y que derivaría en una relación adhesiva entre los dos, en la que el padre se apoya en el hijo y el hijo se siente responsable del padre, lo que les lleva a una relación dual que impide al hijo evolucionar, aunque en alguna ocasión haya intentos de diferenciación-individuación (RADp2) por parte de ambos. Como consecuencia de esta situación se produciría una aproximación disfuncional a la enfermedad, en la que el padre no habla abiertamente de ésta con el hijo. Alguna vez le ha explicado algo pero no exactamente la enfermedad o los motivos de sus ingresos o visitas al CSMA (VEp2), lo que refuerza la necesidad de que el hijo cuide del padre debido a su situación (RCp3), y lleva a una relación conflictiva o difícil entre los dos (REp3), caracterizada por peleas o dificultades

por parte del padre para poder hacerse cargo de las necesidades o cuidado del hijo, al cual reclama su atención y ayuda.

El reconocimiento o apreciación de estas dificultades relacionales conllevaría la consecuente necesidad defensiva por parte del padre de idealizar la relación y exaltar los aspectos positivo de ella y del hijo (REp2), mostrando una dificultad de integración y la necesidad de preservar el objeto, quizás como medida defensiva a la falta o escasez de recursos de los que dispone para hacer frente a la gestión de la relación y el cuidado del hijo y su (escasa) capacidad contentiva (REp2-RCp3-RADp2-VEp2-RCp3-REp3-REp2).

2. La existencia de una relación adhesiva con el padre enfermo (RADp2) conllevaría la consecuente pérdida o falta de motivación por parte del hijo para emprender nuevos proyectos (Mp3) y la asunción del rol de cuidador del padre enfermo (RCp3) como papel o función principal y exclusiva. Esto provocaría la reiterada presencia de conflictos o dificultades en la relación (entre padre e hijo, REp3-REp3), caracterizada por intentos de separación, a veces fallidos (RADp2), que hace pensar, por un lado, que estos conflictos (REp3) se generan precisamente en varias ocasiones como intentos por parte del hijo de diferenciarse y desengancharse del padre, y que si no los hubiera estaríamos hablando de una relación totalmente fusional y simbiótica con el padre enfermo; y por otro lado, que las dificultades o carencias de los padres en la relación llevan a la constitución o reafirmación de una dependencia entre ambos, en la cual el padre se apoya en el hijo y éste se siente responsable del primero (RADp2-Mp3-RCp3-REp3-REp3-RADp2).

3. Un embarazo difícil (G3), caracterizado por importantes dificultades emocionales y/u orgánicas, y posteriores dificultades en el parto (Pa3) y sucesivamente en la lactancia y alimentación del hijo (AL3), influiría directamente en la posterior relación con éste y en que se instaure una relación difícil o empobrecida (Artigue et al., 2004) en la cual al progenitor le cuesta hacerse cargo de la crianza y necesidades del hijo (G3-Pa3-AL3-Rep3,R2). La presencia de conflictivas emocionales y orgánicas en estas etapas son importantes indicadores de riesgo que pueden influir posteriormente en la relación y en la patología de los hijos.

La observación de este patrón nos permite reflexionar sobre la importancia de un apoyo y acompañamiento a lo largo de todas estas etapas y de poder profundizar y dirigir las investigaciones en épocas más tempranas. En las entrevistas, los padres nos traen muchas dificultades que se suceden en las diferentes etapas del desarrollo de los hijos y la falta de recursos para hacerles frente.

Estos eventos (ej. embarazo, parto, lactancia) despiertan en el padre enfermo, en este caso en las madres, vivencias y sentimientos de malestar y ansiedades psicóticas, como miedos y pensamientos amenazantes, sin posibilidad de ser contenidos, integrados o restaurados (ej. miedo de muerte, angustias persecutorias y dispercepciones).

4. De echo, como demuestra la observación del patrón 4., hay otros factores que pueden intervenir a lo largo de la vida de los hijos y que permiten desarrollar aspectos sanos y de resiliencia, como por ejemplo, establecer relaciones positivas y sanas con los pares tales como los compañeros de clase, aunque existan dificultades tempranas en el desarrollo y en la relación con el padre enfermo (Pa3-AL3-REp3, R2-Cp1).

Al mismo tiempo, también es verdad que en la observación de este patrón, el relato de los padres acerca de los hijos nos hace pensar que muchas veces los progenitores están concentrados en la relación directa entre ellos y los hijos, y en los acontecimientos que les implican más directamente, subestimando o idealizando las relaciones y los aspectos más externos y ajenos a ellos (debido a la falta de integración y capacidad de contención en los diferentes aspectos de los hijos, a causa también de la enfermedad).

7. Discusión

El objetivo principal ha sido estudiar en profundidad el estado de salud de los hijos de los pacientes que se visitaban en la unidad de salud mental, para encontrar un modelo eficaz de detección temprana de signos de alarma y de protección en los menores, además de investigar las necesidades al respecto de los padres. Precisamente el hecho de querer realizar un estudio en profundidad ha dictado la decisión final de centrarnos en un grupo reducido de pacientes, con el fin de diseñar un instrumento aplicable a futuras entrevistas de evaluación y diagnóstico de hijos de padres con TSM.

Por ello, nuestro trabajo se ha centrado en algunas de las características que enmarcan el concepto de alto riesgo, ya que el objetivo básico ha sido el estudio de un grupo de niños que considerábamos pertenecientes a un ambiente altamente patológico. Somos conscientes que este riesgo está definido por múltiples factores y que por lo tanto hemos investigado sólo una pequeña parte. No obstante, los resultados obtenidos pueden dar una idea bastante aproximada del estado de salud mental en el que se encuentran los hijos de los pacientes que se visitan en el centro.

Hay que tener en cuenta la baja fertilidad de estos padres y las limitaciones que el marco metodológico elegido implica, tales como el vivir con el padre enfermo que es uno de los requisitos de selección básico de nuestro grupo de estudio.

A pesar de todo, creemos importante destacar la plena colaboración que nos brindaron las familias en la realización de esta investigación. Esta realidad nos ha hecho reflexionar sobre la gran sensibilización que tienen estos padres, a pesar de la enfermedad, sobre todo lo que está relacionado con la salud mental de los hijos.

Como afirma Blanqué (1993) probablemente en el padre sano predomine la idea de detectar 'indicios' de trastorno en el hijo, mientras que en el padre enfermo tal sensibilización es dictada predominantemente por la presión a la que se ve sometido. Todo esto nos reafirma en lo útil y beneficioso que sería trabajar desde el punto de vista preventivo con estas familias. Por otro lado, no hay que olvidar que hay otras familias que por lo contrario ni siquiera han recurrido a los centros sanitarios, quizás también por un menor grado de afectación de la enfermedad, y hay que recordar que los pacientes psicóticos (o con TMS) no acostumbran a tratarse hasta la eclosión del trastorno y

que la personalidad previa ya puede dar unas formas de conducta que alteren el desarrollo armónico del hijo.

Nuestro análisis ha versado alrededor de diferentes áreas de implicación del hijo, con el objetivo de evaluar el grado de preservación o afectación de cada una de ellas: la familia, la escuela, el ámbito social, la esfera personal, además de su desarrollo y la patología familiar.

Por ello, para una mayor comprensión de los datos obtenidos, estructuramos la discusión de los resultados alrededor de estas áreas en relación a las dimensiones estudiadas, dividiéndola en los siguientes puntos:

- Observaciones generales
- Las relaciones familiares
- La patología parental
- Las relaciones sociales
- La escuela
- El desarrollo
- La situación individual: grado de afectación de cada hijo
- Otras reflexiones

Observaciones generales

Han acudido a las entrevistas las madres solas, excepto en un caso en que la madre ha sido acompañada por otro familiar de primer grado. Hay que tener en cuenta que la mayoría de las familias de nuestro estudio son madres solteras que no tienen contacto desde hace mucho tiempo con el padre del menor, y que cuando éste sí que está presente, en un caso vive lejos, y en otro viaja largas temporadas por trabajo.

En nuestro estudio, las madres afectadas de patología son la que se han quedado principalmente al cuidado de los hijos, pudiendo contar en algún caso con el apoyo de la familia materna, abuelos y tíos, aunque algunos de ellos han fallecido, y en consecuencia hay que tener en cuenta también el duelo que esto ha supuesto. Sólo en un caso se trata de una familia extensa que, a pesar de la falta del padre, cuenta con abuelos y tías que ayudan diariamente en el cuidado del menor.

Debido a todo ello no ha sido fácil contactar con los padres para esta investigación y contar con ellos, aunque todos han sido informados del estudio y han dado su consentimiento para que su hijo participara.

Este tipo de investigación e instrumento nos han permitido contrastar mayormente los datos aportados por el progenitor a pesar de la patología, gracias a la modalidad cualitativa y análisis del texto, unida a la vertiente cuantitativa de los *mixed methods*, que proporciona validez a los datos (Anguera et. al., 2014).

Las relaciones familiares

La existencia de una relación conflictiva o ausente con el padre enfermo y con el otro progenitor resulta altamente significativa en los hijos de la muestra. Este hallazgo coincide con las constataciones de Artigue y cols. (Artigue et al., 2004; Artigue, 2013) que definen como funciones maternas y/o paternas empobrecidas el déficit en las relaciones con los hijos, que representa un importante factor de riesgo.

La calidad de la relación con ambos padres, en efecto, se presenta en nuestro estudio significativamente vinculada con el desarrollo de los hijos y representa un importante factor de riesgo en el desarrollo de la psicopatología, tal como demuestran también numerosos estudios consultados (Johnson et al., 2001; Luthar, 2006; Marmorstein & Iacono, 2004; Montoya et al. 2016; Ungar, 2004). Es decir, los niños que tienen peores relaciones con los padres presentan mayor grado de gravedad patológica que aquellos que las tienen mejores, como indican también otros autores (Blanqué et al. 2000; Tienari et al., 2004).

En la mayoría de los casos de nuestro estudio, las madres afirman que la crianza de los niños no ha estado compartida por la pareja y que ellas son las que se han hecho básicamente cargo de los hijos. Tal como hemos comentado, en nuestro caso, 4 de las 5 parejas de padres están separadas y la mayoría lo ha hecho antes de que el hijo cumpliera los tres años de edad.

El hecho de no compartir la crianza de los hijos, y posteriormente los casos de separación o conflicto importante entre los padres, puede sugerir una tendencia a tener dificultades para realizar funciones de pareja parental (Artigue, 2013), tal como se puede ver en nuestra muestra de pacientes. Esto añadido a otros indicadores puede representar un importante factor de riesgo para el desarrollo

de posteriores trastornos psicopatológicos, tal como hemos observado en nuestro estudio, coincidiendo con hallazgos anteriores (Goldstein et al., 2010; Jones et al., 1994; Shevlin et al., 2008; Zabala & Manzano, 1993).

La mayoría de los hijos de nuestro estudio tienen una relación muy estrecha con el progenitor enfermo, y ausente o distante con el otro progenitor. Sólo en un caso el hijo muestra una buena vinculación con el padre no diagnosticado, el cual está presente en la relación familiar y de pareja. En dos casos los hijos no saben nada del otro progenitor, y en los otros dos, uno tiene una relación muy conflictiva con él y en el otro, aunque preserva una buena imagen, la relación es distante.

La bibliografía consultada al respecto avala la ausencia de uno de los padres como un importante factor de riesgo en el posterior desarrollo de la patología (Jiménez Pascual, 2002; Montoya et al., 2016; Stastny et al. 1984), sobre todo cuando es el padre sano o no diagnosticado el que tiende a alejarse del núcleo familiar y el cuidado de los hijos recae en el progenitor enfermo (Hearly & McGrath, 2000; Ramos et al., 2016; Sánchez del Hoyo & Sanz Rodríguez, 2005; Vilorio & González, 2016; Winnicott, 1960).

En nuestro estudio es estadísticamente significativo el rol de cuidadores que asumen los hijos con los padres enfermos y a veces con toda la familia. Se preocupan por el estado del padre enfermo, son muy colaboradores y llegan a cuidar de él, en algunos casos incluso se produce una inversión de roles, donde el hijo ejerce de padre y el padre de hijo. Aunque los padres reconozcan este aspecto de los hijos, en muchas ocasiones les recriminan y reclaman más comprensión y ayuda. Por otra parte, reconocen que son niños muy sensibles y tienen miedo de que no se puedan valer por sí mismos.

Son hijos que se preocupan por encontrar actividades con el padre, por la medicación, porque salgan y hagan cosas, incluso llegando a ser los padres de sus propios padres, tal como demuestra la elevada frecuencia con que aparecen estos comportamientos. Muestran una preocupación estadísticamente significativa por el padre enfermo y su situación, poniendo en acto comportamientos de cuidado y atención, que pueden llegar hasta una inversión de roles entre cuidado y cuidador. La bibliografía consultada al respecto de este tema respalda estos resultados (Ainsworth, 1989; Dunn, 1993; Main & Solomon, 1986; Marrone, 2001; Sameroff, 2006; Vivanco & Grandón, 2016), y estudios recientes sobre hijos de padres con trastornos del estado de ánimo, analizando el impacto del trastorno sobretodo de las madres sobre sus hijas, subrayan la importancia

de la inversión de roles en el condicionamiento de su desarrollo (Simko, 2011. En Montani, 2012). En esta misma dirección, Anthony ya en 1975 subraya como puede surgir en los hijos la tendencia a asumir el rol de “*magic helper*”.

Muchos autores coinciden en que la relación existente entre cuidador e hijo es crucial en el desarrollo del menor (Ainsworth, 1989; Bakermans-Kranenburg et al., 2003; Bowlby, 1969; Pereira, 2016; van Ijzendoorn, 2005; Vilorio & González, 2016). En este sentido, cuando entre ellos se entabla una relación funcional, el adulto es capaz de entender las necesidades del niño y responder a ellas, intentado satisfacerlas (Howes & Cicchetti, 1993), además de poder atender sus propias necesidades físicas y emocionales. Pero, cuando la relación no es funcional, tal como hemos detectado en los hijos de nuestro estudio, el progenitor no es capaz de atender las necesidades del hijo y antepone las propias, esperando que sea el niño el que las satisfaga (Bavoleck, 1989; Mayseless et al., 2004). En este caso es el niño el que asume el rol de cuidador, renunciando a sus propias necesidades de atención y apoyo, para satisfacer las del progenitor. Chase (1999) denomina este proceso ‘Parentificación’ o inversión de roles. Las dinámicas de este proceso pueden ser diferentes y van desde la asunción del rol de cuidador (del progenitor) por parte del hijo, al mediador entre los dos padres, llegando incluso a asumir el rol de pareja, en la que el hijo actúa como si fuera el *partner* de uno de los padres (Sroufe & Ward, 1980).

En ese mismo sentido varios autores subrayan los efectos negativos de la inversión de roles sobre el desarrollo, social y emotivo, del hijo (Byng-Hall, 2008; Katz et al., 2009) y en la aparición de aspectos patológicos (Jacobvitz & Bush, 1996; Wells & Jones, 2000). Según los estudios de Mayseless y colaboradores (2004) el niño cuando se haga mayor podría llegar a asumir un rol de cuidador excesivo en las relaciones adultas y desarrollar problemas de autonomía. Tendencia que ya aparece en algunos de los hijos estudiados en nuestra investigación, como por ejemplo: asumir el rol de cuidador de toda la familia, las dificultades de separación y las relaciones de dependencia con el padre enfermo. Respecto a esto, Bowlby (1977) describe un modelo de comportamiento cuidador compulsivo que, según el autor, el adulto desarrollaría a raíz de una infancia caracterizada por una inversión de roles, que lo llevarían a reforzar los comportamientos de cuidado, inhibiendo en cambio los relacionados con la búsqueda de atención.

Los hijos de nuestro estudio, de hecho, muestran una relación muy estrecha con el padre enfermo, llegando a instaurar relaciones de dependencia estadísticamente significativas, según los padres, que dificultan su diferenciación y evolución. La mayor parte de los autores coinciden en

resaltar la influencia de esta relación en el desarrollo del hijo (Simko, 2003), alertando de cómo una relación muy fusional o simbiótica con el progenitor puede suponer unas alteraciones importantes y ser precursora de manifestaciones patológicas en el hijo (Anthony, 1969,1980; Beardslee et al., 1998, 2005; Del Hoyo & Rodríguez, 2004; Downey & Coyne, 1990; Van Loon et al., 2014; Viloría & González, 2016).

La patología parental

La detección precoz de trastornos en los niños es importante para hacer una labor preventiva. En nuestro caso, uno de los hijos ya ha consultado los servicios de psicología infantil y ha recibido tratamiento, pero hay tres que necesitarían haber sido atendidos en épocas más tempranas porque, según nuestra valoración, presentan signos de psicopatología.

Un factor de riesgo en todos los casos del estudio es tener un progenitor afecto de TMS. El objetivo de actuar precozmente para la prevención de futuros trastornos en los niños, hijos de padres con patología mental grave, ha sido precisamente lo que nos ha motivado a hacer este estudio.

La literatura actual concuerda en evaluar cómo el trastorno mental de los padres puede influir en el desarrollo de los hijos (Dean et al., 2010; Ellersgaard et al., 2018; Hosman et al., 2009; Johnson et al., 2001, 2008; Keskinen, 2015; Nordhal et al., 2007; Rutter & Quinton, 1984; Viloría & González, 2016), coincidiendo en que la patología mental de los padres puede tener un impacto negativo sobre el mismo.

La edad media de las madres es de 40 años, en un intervalo que va desde los 33 a los 52 años. Y es la madre la que es atendida en la Unidad de Salud Mental. Estudios anteriores también han mostrado una predominancia de madres entre los sujetos de la muestra y no se han encontrado diferencias significativas entre si es el padre o la madre quien está diagnosticado de TMS, por lo cual el sexo del padre afecto de patología no ha resultado significativo en relación al grado de psicopatología en los hijos (Blanqué et al., 2000).

Uno de los aspectos estadísticamente significativo en nuestro estudio ha resultado ser la falta de conocimiento de la enfermedad del progenitor, tanto por parte del hijo como del padre mismo, y la

influencia de este aspecto en el desarrollo del menor. Por ello se ha investigado la conciencia de la enfermedad tanto en los padres como en los hijos.

La mayoría de los sujetos de la muestra no tienen una conciencia ajustada de la enfermedad ya que comentan generalmente que sufren depresiones, cuando todos ellos sufren un trastorno mental severo. Debido a esto también se puede entender la dificultad de hablar con los hijos de la enfermedad, dato altamente significativo en nuestra investigación, detectando las mismas respuestas y situación en los hijos que, igual que los padres, niegan, escinden o minimizan la enfermedad.

Los datos obtenidos indican una alta significatividad del desconocimiento de la enfermedad familiar por parte del hijo, coincidiendo con diferentes autores en la bibliografía consultada (Cassel & Coleman, 1998; Dunn, 1993; Fonagy & Target, 1996; Keskinen, 2015; Oyserman et al., 2000; Procaccia, 2005; Reder et al., 2003) que destacan su repercusión en el desarrollo madurativo del menor. Prácticamente la totalidad de las familias de nuestro estudio no hablan ni han hablado de la enfermedad del padre con los hijos, y éstos desconocen lo que le pasa al padre enfermo. No les han explicado nada de las crisis, ni cuál es la enfermedad del progenitor, y ahora tampoco hablan de ello, lo que genera fantasías y miedos al respecto y una dificultad en la gestión de la situación, que conlleva también a identificaciones patológicas y defensas muy rígidas.

En estudios anteriores al respecto, se ha demostrado que la relación entre la explicación de la enfermedad y la posterior afectación, es estadísticamente significativa y representa un importante factor de riesgo (Reedtz et al., 2018; White et al., 1995). Demostrando que aquellos casos en que los padres no hablan ni explican qué le pasa al progenitor enfermo, presentan mayor grado de afectación en los hijos (Blanqué et al., 2000; Huntsman, 2008).

Este hecho es muy común en los padres de nuestro estudio, que no les explican nada a los hijos, ni acerca de la enfermedad ni de los ingresos, y éste queda como un tema ‘tabú’. Se hace una negación o disociación de la enfermedad que no permite su elaboración dentro del contexto familiar. Este funcionamiento de las familias de nuestro estudio delante de la enfermedad conlleva un dispendio de energía muy alto, defensas y fantasías persecutorias, angustias, y sentimiento de culpabilidad, difíciles de ser contenidos e integrados.

Los estudios sobre resiliencia demuestran que hablar y explicar en el contexto familiar la enfermedad de los padres afectos de patología mental ayuda a los hijos a integrar mejor estos

aspectos y representa un importante factor de protección (Beardslee et al., 1998; Cárdenas et al., 2015; Catón & Cournos, 1999; Devlin, 1999; Foch-Birkerts 2000; Grizenko & Pawliuck, 1994; Tannenbaum & Forehand, 1994; Yamamoto & Keogh, 2018).

Una de las propuestas de ayuda en el seguimiento y prevención de estos niños, según estudios longitudinales y a largo plazos, es precisamente hablar abiertamente a los hijos de la enfermedad, expresar las fantasías de los niños al respecto y poderlas entender, contener y elaborar. También hay que tener en cuenta que cuando los padres enfermos están solos al cuidado de los hijos, como algunas de las familias estudiadas, o ambos padres sufren trastornos mentales, esta tarea se hace difícil si no imposible de hacer, y la ayuda de los profesionales es indispensable para atender a la familia. En muchos países se destacan modelos de intervención en las familias de padres psicóticos que tienen hijos (Caiozzo et al., 2018; Cicchetti et al., 2000; Harrington & Clarck, 1998; Martel et al., 2017; Patrick et al., 2019; Podoreffsky, 2001) y también se han publicado importantes Estudios de Alto Riesgo (Müller et al., 2019; Peh et al., 2019; Rasic et al., 2014; Salinger et al., 2018; Yung et al. 2003, 2004).

Respecto a la información que tienen los menores de la enfermedad del progenitor, prácticamente la totalidad de los hijos no saben lo que le pasa al padre enfermo, tal como destaca el estudio de la frecuencia y la comparación de proporciones. La falta de conocimiento por parte de los hijo de la enfermedad del progenitor se relaciona estadísticamente con la gravedad de la afectación de los niños, y se ha demostrado que es un importante factor de riesgo (Bourdier, 1972; Levobici & Rabain-Levobici, 1989; White, 1995; Reedtz et al., 2018).

A todo ello se suma la condición del otro progenitor, ya que si éste también tuviera una patología mental, a pesar de no haber sido diagnosticado o tratado, esto representaría un mayor riesgo de patología para el hijo. Este hecho es importante ya que cuando ambos padres presentan patología mental las posibilidades de patología en los hijos aumentan (Ajuriaguerra, 1996; American Academy of Child and Adolscent Psychiatry, 2004; Cárdenas et al., 2015; Gutiez Cueva et al., 2011; Ramos et al., 2016), y aún más cuando uno de los padres no es reconocido ni tratado (Blanqué, 1993, 2000).

Las relaciones sociales

En los hijos de nuestro estudio sobresale un predominio significativo de las actividades sedentarias y desarrolladas dentro de casa, a solas, sin otros amigos o familiares. Mostrando una tendencia al aislamiento de las relaciones sociales.

Esto junto con la dificultad en las relaciones familiares, teniendo presente que todos los casos estudiados son menores de 18 años, parece indicar la dificultad de integrar el grupo familiar para compartir experiencias satisfactorias de ocio, tal como destacan también investigaciones anteriores al respecto (Blanqué et al., 2000). Esto mismo nos hacen pensar que aún menos lo hagan para enfrentar ansiedades depresivas o aspectos ansiógenos de algunos de sus miembros, como pasa por ejemplo con la enfermedad del padre, y elemento importante para el desarrollo del menor según explican también diferentes autores, entre ellos Meltzer (1984), según el cual la fragmentación psicótica podría tener una expresión en este elemento concreto de funcionamiento familiar.

La mayoría de los hijos de la muestra relatan tener, o haber tenido, una relación significativa con otros adultos fuera del núcleo familiar estricto. Los abuelos resultan ser las figuras adultas más cercanas para muchos de ellos, y después constan también los tíos.

Numerosas investigaciones sobre resiliencia ponen de manifiesto cómo una buena relación investida fuera del núcleo familiar ayuda a los hijos de padres con enfermedades mentales graves a encontrar figuras de identificación más sanas, y que éste es un factor de protección muy importante (Bourdier, 1972; Dunn, 1993; Harder et al., 2015; Jonson, 2001; Luthar, 2006; Masten, 2001). En consecuencia, figuras como profesores, tutores, o entrenadores adquieren un rol muy importante.

Los niños de nuestro estudio cuentan con otras figuras de referencia adultas, aunque la mayoría dentro de la familia extensa. Muchos autores estudiando el tema de la resiliencia, coinciden en la importancia de este factor en el desarrollo del menor (Kim-Cohen, 2007; Riches et al., 2018; Ungar, 2004; Vivanco & Grandón, 2016; Wyman, 1999).

La escuela

En los niños de nuestro estudio, la adaptación a la escuela, tanto en la guardería como en la escuela primaria, ha resultado ser significativa, con problemas para adaptarse más allá de los corrientes. Destaca una tendencia a aislarse y a tener dificultades de relación tempranas con otros niños o con las maestras, tal como muestra la frecuencia de estas conductas y su significatividad estadística. La variable “dificultades en las relaciones interpersonales, en la escuela o con los

padres” es muy significativa respecto al posterior desarrollo de signos de psicopatología, por lo tanto representa un buen indicador de signos de alarma en los screenings preventivos. Varios autores han estudiado los hijos de madres con trastornos depresivos y los problemas de relación entre ellos, coincidiendo con estos resultados (Glynn & Baram, 2019; Hammen & Brennan, 2003; Kurstjens & Wolke, 2001; Marmorstein et al., 2004; Weissman et al., 2016).

Los hijos estudiados presentan cambios de escuelas superiores a los habituales, fuera del normal cambio de primaria a secundaria. La mayoría han cursado los estudios primarios en dos escuelas, un niño ha llegado incluso a cambiar cinco veces, y otro ha estado en tres. Cambios traumáticos para el hijo también cuando se han presentado en secundaria o bachiller. En un caso ha sido por cambio de domicilio, dos porque suspendía o tenía problemas de relación, y uno porque no le gustaba la escuela. Cuando los padres cambian de escuela al hijo por razones como suspender, tener problemas de relación o que no le guste la escuela, puede hacer pensar en la dificultad de razonar y elaborar estos conflictos internamente y por lo tanto llegar a actuar con cambios externos, proyectando las dificultades propias y de los hijos en actuaciones, por ejemplo en el ámbito escolar, tal como indican también otros autores (Blanqué et al., 2000). Esto además influye negativamente en las ya precarias relaciones interpersonales y la autoconcepción de los hijos.

También resultan significativos los datos respecto a las actividades extraescolares, ya que sabemos que este es un elemento facilitador de otras relaciones externas al contexto familiar y por ello un importante factor de resiliencia estudiado. La tendencia que se rescuentra en los hijos de nuestro estudio es a desarrollar actividades en casa y solitarias, no compartidas, con una alta frecuencia y significatividad de estos comportamientos.

El desarrollo

La mayoría de las madres relatan importantes problemas y dificultades en el embarazo y en el parto, así como en los primeros años de vida (lactancia, sueño, habla, etc.), y en la sucesiva separación y adaptación a la escuela. A pesar de que relatan haber sido un embarazo deseado, refieren diferentes problemas de tipo orgánico y sobre todo psicológicos, como angustia, depresión o crisis, en los que coinciden también otros autores (Jablensky et al., 2005).

Es común a las madres de nuestro estudio además el haber sufrido una crisis de pareja durante el embarazo. Dato que cuadra con la aparición de problemas emocionales significativos durante este

periodo, caracterizado por situaciones de conflicto psicológico, personal y/o de pareja. Las madres, en la mayoría de los casos, relatan el periodo del embarazo como muy complicado en el que lamentan la falta de apoyo y ayuda por parte de la pareja, situación que empeora después con el nacimiento del hijo, que sucesivamente conlleva el distanciamiento o la ruptura de la relación (y la madre se queda sola a cargo del hijo). Sólo en un caso se presenta una situación diferente, donde aunque la pareja no esté presente físicamente por cuestiones profesionales, lo está emotivamente. No obstante esto, la madre expresa miedos y angustias no contenidos, en un embarazo difícil caracterizado por diferentes complicaciones orgánicas.

Se destaca además la coincidencia del embarazo con otros problemas de origen económico o laboral de alguno de los padres (sobre todo por parte del progenitor enfermo). Las madres relatan dificultades comunes acumulativas en la época del embarazo, en el cual a problemas psicológicos u orgánicos se suman dificultades económicas y problemas laborales que agravan esta situación y el nivel de estrés en este periodo. La mayoría de las madres de nuestro estudio recuerda el embarazo como un momento muy complicado y difícil de gestionar, en el que aparecen muchas angustias y altos niveles de estrés. Debido a la alta significatividad y recurrencia de estos aspectos en las madres entrevistadas, reflexionamos sobre la dificultad que emerge de poder integrar y ligar todavía algunas experiencias tenidas en esta época, que se quedan como núcleos aún no resueltos y elaborados, tal como demuestra la elevada frecuencia de aparición de estos aspectos.

Numerosos autores coinciden en la importancia del periodo intrauterino en el posterior desarrollo de psicopatología por parte de los hijos, afirmando cómo este periodo puede representar un indicador de riesgo cuando existen en él más de una conflictiva emocional u orgánica (Artigue, 2013; Blanqué et al., 2000; Hay, 2003; Isohanni et al., 2005; Jones et al. 1998; Khashan et al., 2008; Lydholm et al., 2019; van dem Bergh & Marcoen, 2004; Vilorio & González, 2016).

En los casos estudiados aparece también una alta incidencia de dificultades posteriores al embarazo, como la depresión post parto, además de vivencias complicadas durante el parto. Emergen así unas dificultades emotivas y psicológicas durante el parto y en las épocas posteriores a éste, y otras conflictivas o dificultades también de tipo económicas y de organización. Es común en el relato de las madres una dificultad en la gestión y organización de la nueva etapa con el hijo. Un reajuste y una reorganización familiar, que en tres casos lleva también, en los primeros años de vida del hijo, al empeoramiento de la relación con la pareja, al aumento de los conflictos y a la consecuente separación de los conyugues.

Entre los trabajos que hacen referencia a factores de riesgos para el parto y puerperio, en relación al trastorno mental severo, destacan los de Zabala y Manzano (1993), Jones y colaboradores (1998), así como los de Pedersen y Mortensen (2001).

En línea con estos estudios, se observa la incidencia significativa en la muestra estudiada de vivencias de malestar respecto al nacimiento del hijo, por diferentes motivos, acompañado, no obstante, por sentimientos de ilusión, que muestran la existencia de emociones contradictorias que caracterizan esta etapa.

Todo lo observado anteriormente nos lleva a constatar que la mayoría de los hijos estudiados han iniciado su relación con la madre en un contexto emocional complicado, reconocido como un importante factor de riesgo, que quizás podría haber favorecido dificultades tempranas de relación con el objeto en los niños de la muestra. Más de la mitad de los niños tuvieron una madre deprimida en los primeros años de vida, dato que en literatura es reconocido como un importante factor de riesgo (Andrews, 1990; Beardslee, 1989; Johnson, 2000, 2001; Jones et al., 1998; Mattejat, 2000; Read et al., 2005; Solantaus, 2002, 2009; Weissman & Jensen; 2002; Weissman et al., 2016).

Acerca de la lactancia, por diferentes motivos la mayoría de los hijos de nuestro estudio no han sido amamantados con pecho, o lo han sido muy poco y destetados muy pronto. Es importante destacar que una respuesta bastante común entre las madres en referencia a los motivos por los que no lo hicieron o lo dejaron muy pronto, es el hecho de tener la fantasía de no ser suficientemente alimenticias para sus niños, superior a la situación de tener que interrumpir la lactancia por la medicación. Resultados recurrentes ya en investigaciones precedentes (Blanqué et al. 2000).

Se rescuentran además índices de dificultades de alimentación temprana y con ello indicadores de bebés pasivos o regresivos. Estas variables, son consideradas en numerosas investigaciones psicológicas como un posible indicador de dificultades arcaicas en la relación, y en nuestro estudio también han resultado ser significativas en relación a las dificultades patológicas de los hijos.

Así mismo, aparecen como significativas las separaciones prolongadas de los padres en los primeros años de vida de los hijos (por enfermedad, ingresos o trabajo). Bowlby, por ejemplo, considera la separación precoz de la madre como un factor de vulnerabilidad para sufrir posteriores cuadros depresivos (Agid & Shapira, 1999). La separación temprana en el primer año de vida podría representar un indicador de posibles dificultades posteriores y por tanto, a tener en cuenta en

los planes preventivos de psicopatología en hijos de padres con TMS, tal como indican también otros autores en estudios anteriores (Blanqué, 1993; Vilorio & González, 2016).

Autores como Essex (2002) además, han observado variaciones importantes en niños sometidos a situaciones estresantes, y numerosas investigaciones relacionan la aparición de un trastorno mental grave con la existencia de traumas previos o acontecimientos vitales estresantes (Bendall et al., 2008; Cross et al., 2018; Ehrensaft et al., 2017; Peh et al., 2019; Read, Perry, Mosokowitz & Connolly, 2001). En línea con estos hallazgos, en nuestro estudio emergen hechos significativos en la infancia y durante los primeros años de vida, entre ellos, enfermedades o problemas orgánicos (alergias, problemas respiratorios, cardíacos o gástricos, infecciones no comunes), así como hechos psicológicos relevantes (como la muerte de un familiar cercano, situaciones de agresividad con la pareja, conflictos relacionales con los familiares, o crisis o ingreso del progenitor enfermo).

En estudios anteriores ha resultado demostrando cómo esta agrupación se relaciona significativamente con el posterior grado de psicopatología (Blanqué et al., 2000), donde a mayor incidencia de factores relevantes en los primeros años de vida corresponde un mayor grado de trastorno, y la importancia de las variables contextuales y ambientales en las estrategias de prevención (Artigue, 2013).

Esto significa que la mayoría de los niños de la muestra han sufrido algún hecho significativo a nivel orgánico y/o psicológico en épocas tempranas, que han podido interferir en su desarrollo.

Siguiendo a Blanqué y cols. (2000), en efecto, una enfermedad orgánica importante, por ejemplo, en el primer año de vida, que comporte incluso ingresos, puede ser vivida por el bebé, cuando aún no posee la capacidad de diferenciación entre self y objetos, como un ataque que proviene de la madre, y generar ansiedades catastróficas. La introyección de una mala experiencia con los objetos tempranos puede influir en el establecimiento de sus vínculos posteriores, y la presencia de acontecimientos adversos en los primeros meses de vida puede alterar los procesos de estructuración del self, dificultando la elaboración de las emociones y afectando a las relaciones básicas de apego y vinculación (Seligman, 1999. En Artigue, 2013).

Esto explicaría una relación significativa entre los primeros años de vida y el grado de afectación patológica observado en los hijos de nuestro estudio. Si a esto añadimos que más de la mitad de las madres estaban deprimidas después del parto, parece indicar que las circunstancias emocionales

tempranas de los sujetos de nuestro estudio no han sido muy favorables para el desarrollo psicológico de los hijos. Sin embargo, como destacan los autores (Blanqué et al., 2000) sabemos que los aspectos innatos de carácter, como la tolerancia a la frustración y los impulsos destructivos y amorosos, matizan todas las experiencias vividas y pueden dar lugar a configuraciones de personalidad con más resiliencia que otras, a pesar de las circunstancias externas.

Numerosos estudios al respecto han observado, de hecho, una resistencia considerable en los niños pequeños, basada en la fuerza que les da la experiencia de crecer con un progenitor que presenta TMS (Abraham & Stain, 2010; Charles et al., 2008; Harstone et al., 2010), y a partir de esto siempre más se implementa el concepto de resiliencia para explicar esta situación, haciendo referencia a la capacidad del sujeto para desarrollarse adecuadamente y articular un proyecto de vida, a pesar de adversidades y acontecimientos traumáticos (Barudy & Dantagnan, 2005; Kotliaraneco et al., 1996). En esta línea se ha observado que a pesar de la presencia de emociones negativas y de haber vivido en familias caóticas e imprevisibles, los hijos, en algunos casos, logran darle sentido a sus experiencias y elaborarlas, y esto les permite crecer personalmente (Mordoch & Hall, 2002). Por todo ello, actualmente, algunos autores indican que el surgimiento de un trastorno mental en la descendencia se debe a la interacción de múltiples factores, tanto de riesgo como de resiliencia, en las distintas etapas del desarrollo de los hijos (Davidsen et al., 2015; Harder et al., 2015), y que por esto, riesgo y resiliencia deberían ser considerados en el contexto psicosocial de la descendencia e incluir la experiencia de los propios afectados, que habitualmente queda fuera de las investigaciones (Vivanco & Grandón, 2016; Patrick et al., 2019).

Debido a que la madre trabajaba y que por circunstancias económicas y familiares ha tenido que reincorporarse al trabajo muy rápidamente después del embarazo, o debido a la enfermedad y a las dificultades en la gestión de la crianza, las madres de nuestro estudio relatan, en la mayoría de los casos, la necesidad de dejar tempranamente los niños en la guardería, o temporalmente a cargo de otros, como por ejemplo de los abuelos maternos, por largos periodos de tiempo, llegando en dos casos a significar largas temporadas de distanciamiento entre la madre y el hijo.

Los datos recogido en este estudio parecen señalar la dificultad de los padres para hacerse cargo de la crianza de los hijos, con el consecuente posible sentimiento de abandono por parte de estos últimos, añadido a los sentimientos de culpabilidad e inaptitud que relatan luego las madres y que caracterizan la relación posterior con el hijo, tal como señalan también otros autores (Blanqué et al., 2000; Vilorio & González, 2016).

Aparecen datos significativos alrededor del sueño y la reacción frente a la separación de los padres, en relación a cambios de habitación y la adaptación escolar. Terrores nocturnos, la dificultad de separación, tanto en la escuela como a la hora de dormir, y en los hábitos de autonomía, son indicadores importantes de dificultades de separación y adaptación a los cambios, que pueden influir significativamente en su desarrollo (Artigue, 2013; Blanqué et al., 2000; Tizón et al., 2008), tal como se observa en los casos de nuestro estudio.

Parece, en cambio, que la percepción de la mayoría de los progenitores de nuestro estudio es que no ha habido retrasos importantes en el desarrollo psicomotor de sus hijos, aunque sabemos que éste es un factor importante que se resiente cuando hay dificultades de crecimiento y maduración emocional (Cánovas et al., 2010; Podestá et al., 2013), y por ello es considerado como un importante indicador de riesgo (Sorensen et al., 2010). El control de esfínteres, tal como ésta demostrado, representa también un indicador del crecimiento evolutivo de los hijos y es un signo a tener presente para evaluar las posibles dificultades de relación con los padres, aunque aislado no se muestra relevante en nuestro estudio. Así mismo, los antecedentes familiares no resultan estadísticamente significativos en la muestra de nuestro estudio. No obstante, diferentes estudios confirman la importancia de los antecedentes familiares en el posterior desarrollo de psicopatología, mostrando cómo este aspecto incide significativamente en la presentación de trastornos en los hijos (Caspi et al., 2005; Eley et al., 2004; Fañanas & Fatjó-Vilas, 2006; Jacobs et al., 2006; Kaufman, 2004; Keskinen, 2015; Kendler, 2005; Rasic et al., 2014; Rutter et al., 2001).

La situación individual: grado de afectación de cada hijo

En nuestra valoración acerca de los hijos evaluados: 3 mostraron importantes signos de patología detectados durante el estudio, uno de ellos con trastorno del espectro psicótico diagnosticado y ya en tratamiento, y dos han comenzado el tratamiento al finalizar el estudio; 2 sin patología evidente, en 1 caso durante la evaluación se detectaron signos de dificultad importantes emergentes y se derivó al Csmij al término del estudio, y otro básicamente sano no presenta índices significativos de dificultad, con un buen nivel general de funcionamiento preservado, aunque no obstante se pacta con él y la familia un seguimiento bianual.

En los datos y valoraciones obtenidas se hace referencia, entre otros, a diferentes investigadores que han estudiado la psicopatología de los hijos de padres con psicosis (Erlenmeyer-Kimling, 1997, 2000; Henriksson & McNeil, 2004; Ross & Compagnon, 2001; Salinger et al., 2018;

Schubert & McNeil, 2003; Wynne et al., 2006) y de los hijos de padres con depresión mayor o trastorno afectivo (Nomura et al., 2002; Pilowsky et al., 2006; Weissman et al., 2005, 2016).

Una reflexión a partir de los datos obtenidos es el valor de la detección precoz para la orientación, el diagnóstico y el tratamiento precoz o el seguimiento de estos jóvenes.

Otras reflexiones

Tal como hemos mencionado anteriormente, la inconsistencia de datos que se pudieran haber presentado en respuestas tipo test o cuestionarios no aparece en este estudio, ya que, a pesar de que al principio los padres puedan contestar de forma contradictoria, la posibilidad de explicarse y “ampliar” sus respuestas y valoraciones da lugar a narraciones más completas y coherentes. Se decide utilizar esta modalidad a raíz también de experiencias e investigaciones previas del equipo (Blanqué et al., 2000), que llevaban precisamente a cuestionar la utilidad de test o cuestionarios en enfermos graves (TMS) por la pequeña consistencia interna que pueden tener, debido a la dificultad de los participantes a sintetizar y contestar de manera consistente respuestas breves (de sí o no), sobre todo cuando se trataba de impresiones subjetivas y situadas en momentos temporales concretos o determinados. Precisamente por ello (y para poder tener en cuenta este dato), se ha construido, entre otras finalidades, la dimensión de las modalidades de comunicación y pensamiento, además de los diferentes niveles de categorías (de uno a tres), pudiendo captar así las variaciones en las descripciones y llegar a un entendimiento más completo de la situación.

Así mismo, teniendo en cuenta la enfermedad del padre y lo que supone en la cualidad de la información proporcionada, para tener un menor grado de distorsión y un cuadro más completo de la evolución del hijo, es fundamental poder contrastar la información con el hijo mismo. Por ello, parte fundamental del trabajo se ha centrado en entrevistar a los menores, aspecto éste también bastante innovador en las investigaciones al respecto, de las cuales también se citan otros autores (Bonanno et al., 2002; Dunn, 1993; Foster et al., 2014; Kavanaugh et al. 2015; Murphy et al., 2016; Papa et al., 2014; Schulz & Sherwood, 2008), aunque la mayoría de ellos investiga las vivencias de los hijos ya en edad adulta. Lo que se ha hecho en nuestro estudio es entrevistar directamente a los hijos, pudiendo contrastar y comparar así la información proporcionada por ellos y por los padres, lo que nos ha proporcionado un cuadro más amplio de su situación y de las vivencias familiares y personales. Consideramos además éste como un aspecto diferencial de esta investigación, ya que consta en pocos de los estudios realizados en hijos de padres con patología mental grave, en el que

coinciden también otros autores (Patrick et al., 2019), valorando como necesaria la inclusión de la experiencia de los propios afectados (Vivanco & Grandón, 2016).

Esta realidad nos ha hecho conectar con un mundo de marginación emocional en la que viven y se desarrollan los hijos. La posibilidad de salir de ella dependerá de su potencial biológico y del desarrollo de contextos sociales sanos, a los que se suma una intervención rápida y eficaz en la familia. La patología del progenitor influye en el desarrollo de los hijos, aunque no implica necesariamente el desarrollo de la enfermedad en éstos, y por esto hay que diferenciarla de la evolución de los hijos, ya que no existe una transmisión directa. Es importante contener y apoyar a estas familias, brindando ayuda y soporte a los hijos y a los otros familiares presentes, junto con el tratamiento que se realiza con el progenitor enfermo, ya que siempre más la investigación demuestra que una intervención precoz dirigida al entero núcleo familiar (Müller et al., 2019) ayuda a potenciar los aspectos de resiliencia y reducir el riesgo en los hijos de pacientes con TMS .

8. Conclusiones

*“El miedo que tenemos no viene de afuera, como tú dices
(un joven dirigiéndose al padre de otro que no estaba presente),
viene de dentro nuestro, sino pregúntale a tu hijo...
Seguro que alguna vez te lo ha dicho y tú no lo has escuchado o lo has olvidado...
Muchas veces, en casa, no hablamos, pues tememos la reacción de nuestros padres,
tememos que le duela mucho lo que digamos...”
(Familias anónimas GMF, en Blanqué et al., 2012, p.66)*

Los resultados obtenidos en este caso no son generalizables a otros grupos de hijos y dan respuesta a los objetivos planteados para este estudio. Tal como se ha descrito, el objetivo principal es estudiar el estado actual de los hijos que conviven con padres diagnosticados de TMS (Trastorno Mental Severo), que se visitan en el *Centre de Salut Mental per a Adults Montjuïc* y *Centre de Salut Mental per a Adults Sants de Sant Pere Claver-Fundació Sanitaria*, y analizar su riesgo de desarrollar psicopatología.

Por esta razón, a continuación se exponen las ideas concluyentes de esta investigación según los objetivos específicos descritos.

a. Identificar las características de las relaciones entre padres con TMS y sus hijos, y con la enfermedad. Nos interesa explorar las condiciones propias de tener un padre diagnosticado de TMS, e identificar cómo es la relación entre padre e hijo; si se habla de ésta de forma adaptativa o conflictiva, y qué actitudes mantiene el hijo en relación al padre enfermo y en relación a la enfermedad.

A lo largo de las entrevistas, lo que se ha dicho sobre la relación está representado principalmente por la categoría RE3, que expresa conflictos o déficit en la relación con el progenitor enfermo, en la cual el padre no consigue hacerse cargo de las necesidades del hijo, y éste, a su vez, no ve reconocidas las propias, y que representa un importante factor de riesgo en el desarrollo de la psicopatología por parte del menor.

A nivel cualitativo estas expresiones ponen palabras a situaciones delicadas por las cuales pasan padre e hijo, y que se transmiten a través de la descripción de muchas discusiones, falta de contención y ausencias, que influyen en relaciones ya de por sí precarias debido a la enfermedad.

No obstante, se habla, tanto del padre como del hijo, también de manera positiva (RE2), aunque a veces estas descripciones parecen rozar los rasgos de estrategias defensivas más rígidas, que permitan preservar la imagen del otro y, en ciertas situaciones, indican la necesidad de pasar por ellas para llegar a una descripción más equilibrada de la relación (RE1), en la cual se puedan reconocer aspectos de fragilidad y de salud, así como virtudes y defectos. Parece, de hecho, que se puede llegar a una descripción más integrada con el progreso de la conversación, con la superación de estas defensas y el acercamiento a aspectos más empáticos, que permitan apreciar más sinceramente la condición de cada uno y que la relación “se haga” más cálida. La falta de contención es un aspecto recurrente en estas familias. El padre se fatiga en el proceso de contención de su situación y aún más de la del hijo, buscando en este último los recursos que le faltan a él mismo. El hijo, por su parte, acusa la falta de contención familiar desarrollando relaciones disfuncionales y estrategias defensivas que afectan en su posterior desarrollo.

Otro aspecto importante es la emergencia del papel que asume el hijo con el progenitor enfermo, que parece responder a estas carencias asumiendo el rol de cuidador, tal como representa la significativa recurrencia de la categoría RC3, donde el hijo, preocupado por la situación del progenitor, asume su cuidado, mostrando niveles de madurez superiores a los de su edad. El hijo se identifica con la demanda y las necesidades del progenitor, el cual reclama constantemente la atención y ayuda del primero, aunque éste intenta encontrar su camino para no quedarse atrapado en la relación fusional con él (representado por la categoría RAD2).

En la base de esta disfuncionalidad adquiere un “rol” importante la enfermedad del progenitor y la falta de un proceso de elaboración de la misma a nivel familiar (VE3). Los padres no hablan con el hijo de su enfermedad, y los hijos desconocen lo que le pasa al padre enfermo, lo que aumenta la preocupación por él y los estados de confusión al respecto, activando fantasías persecutorias y de culpabilidad por parte del hijo, además de defensas rígidas que no permiten ni la contención ni la elaboración de estos aspectos.

La dimensión de las relaciones familiares, así como sus subdimensiones relativas a la relación con el padre enfermo (y el otro progenitor “no diagnosticado”), y la dimensión de la enfermedad, representan un volumen cuantitativamente expresivo, confirmando el peso de estos aspectos en la situación y desarrollo del hijo, así como su influencia en su situación actual y en el riesgo de padecer patología.

La experiencia de crecer con un progenitor que presenta TMS tiene consecuencias adversas para los hijos, que incluyen la falta de apoyo (RE3, CC2) e información (V3), preocupación constante, mayor responsabilidad, emociones negativas o perturbadoras, cambios en las relaciones paterno-filiales (RC3) y dificultades en la separación (RAD2, RAD3) de sus familias de origen por los sentimientos de obligación hacia sus padres.

No obstante, también se han encontrado consecuencias positivas derivadas de esta experiencia, tal como demuestran algunos de los índices observados en los hijos (C1, A1, M1) y la capacidad de poder conformar su identidad de manera exitosa (IE1, RAD1, NI1, P1).

Estas observaciones nos llevan a concluir que, en los hijos hay factores de riesgo y resiliencia, y el equilibrio entre estos factores será fundamental en el desarrollo positivo o riesgo de patología. En ello seguramente influirá la capacidad de estos hijos de poder dar un sentido a estas experiencias y elaborarlas, adquiriendo así una importancia indiscutible el contexto psicosocial y la inclusión de las experiencias personales en las investigaciones (Vivanco & González, 2016).

b. Analizar la interacción y las características comunicativas de los padres y de los hijos. Nos interesa poder identificar si hay patrones comunes en las modalidades de interacción, estilos comunicativos o de funcionamiento entre padres e hijos.

En el análisis de las entrevistas encontramos una elevada tendencia a minimizar (R2) o negar (R3) los aspectos de dificultad, y a enfatizar los aspectos de salud, tanto por parte de los hijos (R2, R3) como de los padres (Rp2, Rp3); quizás, por una parte por la dificultad de contener estas necesidades y aspectos de fragilidad del hijo, debido también a la enfermedad, y por otra parte por la necesidad de preservar la imagen del progenitor (figura de identificación, y vínculo). Padres e hijos muestran así unos estilos comunicativos parecidos, derivados probablemente del funcionamiento familiar (en el cual se observa una tendencia a escindir los aspectos de fragilidad, como la enfermedad, y minimizar los aspectos de dificultad), que conllevan la identificación por parte del hijo con aspectos del progenitor enfermo (IE2, IE3), y que, según el grado, se reflejan también en las modalidades de funcionamiento y pensamiento del menor (P3): a mayor afectación del hijo, mayor identificación y similitud con el funcionamiento y modalidades de pensamiento del padre enfermo (Pp3).

La estrecha relación entre ambos que se observa en las entrevistas, unido a que en muchas ocasiones el padre enfermo declara ser el único presente en el cuidado diario del hijo, hace pensar en la adquisición de sus estilos de funcionamiento y comunicación por parte de este último, que ve en el primero su referente adulto significativo con el cual se identifica. Esto subraya la necesidad y la importancia de otros referentes adultos con los cuales el hijo pueda identificarse. En este sentido, en las entrevistas emerge la figura de los abuelos (OR2), y cuanto mayor es la presencia de éstos u otros referentes externos (OR1), mejor es el estado del hijo y menor su identificación con aspectos del padre ligados a la patología. Cuando se dan estas circunstancias los hijos muestran una comunicación más coherente y un pensamiento más integrado, con un estilo de funcionamiento más preservado comparado al del progenitor.

La estrecha relación y significatividad de estas características de comunicación indica cómo la patología influye a nivel familiar, y los hijos adquieren las mismas pautas del padre enfermo, sobre todo cuando no existen otras figuras significativas de referencia y la patología es mayor.

Podemos así afirmar que, sin duda entre los factores ambientales que aumentan la vulnerabilidad de los descendientes a padecer un cuadro psicopatológico, adquieren una significatividad relevante las interacciones disfuncionales entre padres e hijos, y un aumento de la comunicación desviada (Ferreira et al., 2013; De Sousa et al., 2014) que estas suponen.

c. Estudiar y comparar las vivencias de los padres y de los hijos en relación a los diferentes aspectos investigados y las dimensiones psicológicas estudiadas. Nos interesa descubrir la situación de los hijos en relación a las diferentes áreas de funcionamiento estudiadas, así como la percepción de los padres acerca de esta situación.

En el análisis de los hijos aparecen recurrentes dificultades y áreas de fragilidad en relación a aspectos tempranos del desarrollo.

Una área de mayor resiliencia demuestra ser la escuela, en relación con la cual los padres también se muestran más receptivos en la detección de dificultades o problemas por parte de los hijos, aunque los repentinos y “frecuentes” cambios de escuela indican una dificultad de contener y gestionar, luego, estos aspectos.

En la narración de los hijos aparecen aspectos de fragilidad en la interacción familiar que se refleja sucesivamente en el área personal y social. A mayor patología, mayor grado de afectación en las capacidades de interacción personales e inhibición social, que les lleva a aislarse progresivamente. Los hijos traen vivencias significativas de malestar y muestran aspectos de fragilidad interna que los padres no detectan y a menudo interpretan como signos de la edad. Desbordados por su situación personal no pueden hacerse cargo de los problemas del hijo, aunque aumenta su preocupación, y a veces esto se traduce en reacciones defensivas frente a la falta de recursos. Aparece una extrema sensibilidad de estos hijos, que a menudo los padres interpretan como falta de recursos o de madurez, y que en cambio lleva a los hijos a intentar buscar salidas a la situación familiar en las relaciones que establecen en la escuela y en el contexto social. Cuando consiguen establecer estos vínculos, esto representa una importante base y aspecto de protección por ellos, pero cuando aparecen dificultades en estos contextos aumenta ulteriormente su fragilidad interna.

La aparición de episodios disperceptivos o ideas autoreferenciales al menos una vez en la historia del hijo en la mayoría de los casos entrevistados, que aparecen sólo si se pregunta sobre ello, son un indicador de síntomas o aspectos de fragilidad disociados y no suelen llevar a la familia a pedir atención o ayuda a los profesionales. En cuatro de los cinco casos entrevistados aparecen episodios disperceptivos puntuales en épocas tempranas del hijo, que los padres relatan y de los cuales los hijos a veces no tienen recuerdo, aunque en dos de los casos, los hijos sí que refieren estos episodios en épocas más recientes, y en cambio los padres los desconocen. Así mismo la mayoría de los hijos habla de ideas autoreferenciales, puntuales o recurrentes, que influyen en la imagen y funcionamiento personal, y en las gestiones de las relaciones interpersonales, fuente de dificultad en los menores, y que en la mayoría de los casos los padres desconocen.

Esto nos hace reflexionar sobre la dificultad de estos padres para conectar con estos aspectos y gestionarlos. Así mismo, tal como hemos comentado antes, los hijos no informan de forma espontánea, por miedo o precaución, y a veces porque desempeñan un rol de mayor responsabilidad de la que deberían tener, con un alto nivel de tolerancia a la frustración.

Lo comentado nos hace pensar en la necesidad de exploraciones tempranas ya que las familias no acuden a consulta hasta que no se presente un brote o una sintomatología evidente. En esta misma línea, los aspectos de fragilidad recurrentes y cuantitativamente significativos antes

expuestos nos reafirman en la importancia de un seguimiento periódico incluso en los casos con mejor pronóstico.

El hecho de que las subdimensiones de las voces y de las ideas autoreferenciales no representen un volumen cuantitativamente expresivo, confirma que se trata de hijos con riesgo de desarrollo de enfermedad, es decir en la mayoría de los casos sin una patología en curso y con buenas posibilidades de diagnóstico favorable, sobre todo si se actúa tempranamente.

La presencia de otros familiares que viven con los padres e hijos y participan en su crianza muestra el aumento de resiliencia en el grupo familiar, frente a la presencia de la familia ampliada. Por lo contrario, la pérdida o ausencia de otro familiar adulto aumenta el grado de fragilidad del hijo y deja al progenitor solo y desbordado, además de aumentar la necesidad en el hijo de hacerse cargo del progenitor enfermo y que se produzca una inversión de roles.

Teniendo en cuenta todo lo observado, podemos afirmar que a mayor gravedad patológica del padre, en concomitancia con el aislamiento del núcleo familiar estricto, mayor es el grado de fragilidad observado en el hijo.

Los aspectos de resiliencia detectados en los hijos, como por ejemplo en las áreas personales y sociales, nos muestran que éstos disponen de recursos, y nos recuerdan la importancia de su potenciación para una evolución favorable. Si no realizamos este trabajo preventivo en cambio, muchas de las áreas preservadas pueden verse afectadas, tal como lo demuestra el análisis general de la tendencia a una mayor afectación al avanzar la edad de los hijos estudiados.

Esto nos sugiere que la vivencia de tener un progenitor con TMS afecta a los hijos de manera diferente según la etapa del desarrollo en la que se encuentran. No obstante, la experimentación de emociones negativas, como tristeza, rabia y culpa, es común y transversal a todas las edades (Mordoch et al., 2002, 2008). En efecto, a pesar de que la niñez sea una etapa clave en la configuración de los aspectos psicopatológicos, en este estudio se observa un alto impacto emocional y cognitivo en la adolescencia. Quizás porque los hijos al tener un pensamiento más abstracto comienzan a conocer y evaluar en profundidad lo que sucede con el progenitor. Además que en esta etapa se adquiere una mayor independencia, que se ve restringida por la carga que implica el cuidado del progenitor enfermo. A este propósito, citando a Vivanco y Grandón (2016) es interesante notar que cuando los hijos son pequeños pueden contar con el apoyo de otros

familiares, que va progresivamente disminuyendo con la edad, ya que, según se observa, al llegar a la adolescencia, las expectativas sociales colocan al niño más cerca del adulto y aumentan las expectativas acerca de su madurez y autonomía.

d. Detectar patrones y estructuras regulares de conductas en el estudio del comportamiento de los hijos de pacientes con trastorno mental severo. Nos interesa analizar los procesos y microprocesos observados en los distintos participantes y en las diversas dimensiones estudiadas. Determinar qué conductas proceden y/o activan conductas específicas de los hijos ayuda a identificar aspectos y momentos claves de intervención para modificar el flujo de conducta, y con ello el pronóstico de los hijos.

En el estudio secuencial de retardos, se ha observado una presencia significativa de categorías de la misma dimensión, en cuanto a las relaciones familiares, en los sucesivos retardos retrospectivos y prospectivos, con una alta ocurrencia de las categorías de nivel 2 y 3. Esto nos indica la existencia de unas relaciones familiares distorsionadas, y su importancia en el estado de salud y desarrollo del hijo. Cuanto más exclusiva es la relación con el padre enfermo, en ausencia de otros referentes, mayor es su mutua dependencia. Esto conlleva la pérdida de intereses por parte del hijo que se retrae en casa, sintiendo la obligación de hacerse cargo del padre. La preocupación por éste y la falta de otros adultos activan altos niveles de responsabilidad en el hijo, produciéndose, en algunos casos, una inversión de roles, en la base de la cual se descubre una falta de integración y elaboración de la enfermedad familiar. Esta falta de elaboración queda como un núcleo no resuelto, que activa de hecho unas distorsiones en las relaciones, que perjudican al hijo también en su esfera personal y social. La falta de contención e integración de estos aspectos producen unos altos niveles de ansiedad y activación de la conducta en el hijo, el cual acaba identificándose con aspectos de la patología familiar, y desvelan una alteración en su maduración y capacidad de desarrollo social.

La aparición en cambio de niveles de funcionamiento más integrados, junto con un mayor conocimiento de la enfermedad, así como la presencia de otros referentes, permiten la aparición de nuevos estados mentales y ámbitos de actuación en el hijo. En lugar de quedarse centrado en el “bucle” familiar, una aproximación más realista permite la introducción de esferas más personales y sociales del hijo, que busca así en la escuela y en la relación con los pares otras formas de evolución a pesar de la patología, que incrementan el nivel de autoestima y motivación.

Por lo contrario, la experimentación de dificultades en la escuela y en las relaciones sociales aumentan los niveles de fragilidad del hijo, incrementando sus identificaciones con la patología parental y evidenciando problemas de maduración significativos, que repercuten en las interacciones sociales y en los niveles de activación, llevando al hijo a retraerse en sus relaciones y volviendo a cerrarse en una relación fusional y regresiva con el padre enfermo. Los fracasos escolares y con los pares activan de hecho en el hijo una bajada y pérdida de motivación que le llevan a aislarse de las relaciones y que repercute significativamente en su desarrollo.

Por otra parte se observa cómo, la activación de respuestas defensivas y su intensificación delante de núcleos no resueltos, conlleva la negación de dificultades personales que representan una fuente de sufrimiento para el hijo.

A medida que las respuestas son más coherentes y adecuadas al contexto, quizás también por la adquisición de mayor familiaridad con el contexto de la entrevista, y el pensamiento se hace más integrado, aparece por parte de los hijos la identificación de aspectos o dificultades más personales, no tan concentradas en el padre como antes, y que hasta ahora han representado otro tema tabú en la familia. La importancia de poder expresar estos episodios para poder elaborarlos e integrarlos en la historia del hijo, mejorando su evolución, es fundamental. Lo que se observa en el estudio secuencial de retardos es que, a medida que el hijo puede diferenciarse del padre enfermo, puede traer aspectos más personales que interfieren en su desarrollo, sin activar elevadas medidas defensivas y abriendo una vía así al intercambio y elaboración por parte de los profesionales.

Por lo contrario, la existencias de tabús a nivel familiar conlleva la implementación de altas medidas defensivas que no permiten acceder a la elaboración de núcleos no resueltos, y que activan fantasías y sentimientos de culpa, que aumentan los estados de confusión (del hijo) y agravan aún más la situación, además de interferir negativamente en su desarrollo.

El estudio de patrones ha detectado microprocesos característicos en las relaciones parentales entre padre e hijo, evidenciando la dificultad a nivel familiar de tratar la patología mental a través de estrategias defensivas comunes, que pueden llegar a influir significativamente en el desarrollo del hijo, además de en la relación.

La falta de conocimiento de la enfermedad y la presencia de relaciones parentales distorsionadas activan unos estatus de confusión mental en el hijo, que confunde entre realidad y fantasía, entre sí mismo y el otro, que le llevan a identificarse con el padre enfermo.

El estudio de patrones con el programa *Theme*, ha evidenciado esta asociación de estilos de comportamiento similares entre padre e hijo y la adquisición por parte del hijo de aspectos del padre enfermo que se reflejan en su funcionamiento. Este análisis pone el acento sobre la importancia y necesidad de dar soporte al padre afecto de patología, aún más cuando se encuentra solo, en la crianza de los hijos, para revertir el estado e incidir en el desarrollo de estos últimos, des-identificándose de las figuras parentales, y encontrando modelos de identificación “más sanos” que permitan un mejor pronóstico.

Respuestas integradas y estados más coherentes y realistas, de hecho, conllevan el reconocimiento y exposición de aspectos más delicados por parte del hijo, que a su vez influyen en las relaciones y establecimientos de interacciones sociales, además de a nivel de funcionamiento personal y en su desarrollo.

Delante de la búsqueda de contención por parte de los hijos se evidencia la importancia de otro referente adulto aunque sea dentro del mismo ámbito familiar, que activa un desarrollo más equilibrado y que se instauren relaciones más estables y cálidas que permiten al hijo abrirse a la experimentación de interacciones sociales más favorables y la búsqueda de contextos de resiliencia (como la escuela, actividades extraescolares o deportes). Esto aumenta la probabilidad que en el hijo se estimule la voluntad de buscar espacios y actividades que favorezcan su crecimiento, y contextos sociales que activen mayores niveles de autoestima, aumentando su motivación y aspiraciones, y facilitando su desarrollo y la des-identificación de relaciones familiares complejas.

A pesar de la presencia de aspectos de resiliencia, el análisis secuencial (en línea con los resultados observados en el estudio de comparación de proporciones) parece evidenciar cómo la presencia de dificultades en épocas tempranas es un importante factor a tener en cuenta en el seguimiento del hijo. La falta de una base segura, de la cual se despliegan luego las demás relaciones sociales, parece influir a largo plazo en el desarrollo del hijo y en su interacción social, tal como muestra la progresión ascendente de categorías extremas (de nivel 2 y 3) a medida que aumentan los retardos. Esto nos hace pensar que aunque el hijo haya contado con buenos recursos a nivel social, cuando éstos son “activados” a partir de contextos familiares complejos y dificultades

en épocas tempranas del desarrollo, hay una alta probabilidad de que empiecen a aparecer algunos síntomas o indicadores de dificultad social y personal, hecho que es importante tener en cuenta para favorecer un crecimiento sano y obtener mejores niveles de integración, así como un mejor pronóstico.

En la narración familiar se observa la presencia de acontecimientos adversos que se suceden en el tiempo. La recurrencia de eventos traumáticos es un aspecto que se ha demostrado significativo y recurrente en estas familias y representa un importante factor de riesgo, poniendo el acento sobre la importancia de un espacio terapéutico en el cual poder elaborar diferentes duelos y conflictos, tal como emerge del análisis textual. Las carencias económicas, que dan lugar a la marginación y exclusión de (algunas) familias, complican aún más la dolorosa realidad que representa el estigma de la enfermedad mental (Blanqué et al., 2012). A esto se suma la pérdida de familiares importantes en épocas tempranas, que además de representar un reconocido factor de riesgo, aumenta el aislamiento y exclusividad de la relación entre padre enfermo e hijo.

El análisis secuencial de retardos, de hecho, revela cómo la falta de otro referente adulto en la relación con el padre enfermo activa el recuerdo de acontecimientos traumáticos significativos no elaborados, que lleva a la consecuente puesta en acto de medidas defensivas rígidas, en un intento de protegerse de ellos. Se evidencia así la importancia de poder reflexionar acerca de estos aspectos y de que exista un espacio de contención, debido a que la presencia de duelos y traumas acumulativos no elaborados aumenta la fragilidad y riesgo en el hijo.

El análisis de patrones temporales de conducta evidencia, de hecho, cómo capacidades de interacción personales y sociales altamente comprometidas revelan importantes desajustes en las diferentes áreas del desarrollo del hijo, el cual adopta conductas o aptitudes no adecuadas para su edad (regresivos o hípermaduros), que evidencian áreas de fragilidad que dificultan su evolución.

Así mismo, se observa una tendencia global de los hijos a buscar recursos para salir adelante y diferenciarse de la condición patológica del padre.

Por último, en lo que se refiere a la dimensión del desarrollo, el análisis secuencial evidencia cómo la presencia de conflictivas emocionales u orgánicas en etapas tempranas son importantes indicadores de riesgo, que pueden condicionar la posterior relación con el hijo y incidir en la patología. No obstante, tal como evidencia el análisis de patrones, hay otros factores que pueden

intervenir a lo largo de la vida de los hijos que permiten desarrollar aspectos sanos y de resiliencia, a pesar de las dificultades tempranas en el desarrollo y en la relación con el padre enfermo.

Esta apreciación nos reafirma en la importancia de una intervención y seguimiento tempranos de estos hijos para favorecer un pronóstico positivo, y de la contemplación de espacios individuales y de grupo que permitan a las familia salir de su aislamiento y compartir experiencias, facilitando también a los hijos la elaboración de núcleos “ocultos”, lo que se traduce en un apoyo para las familias y un pronóstico más favorable para el niño. La integración de aspectos de la historia familiar y personales del niño, de hecho, favorecen el desarrollo de una personalidad más integrada.

La observación de los datos que emergen de este estudio sugieren que son hijos a los que les cuesta hablar de lo que les pasa y padres a los que les cuesta escuchar y elaborar que los hijos puedan tener problemas por todo lo que esto significa y despierta. Por esto es importante dar a las familias la posibilidad de poder expresar sus conflictos en un espacio en el que estén presentes otras personas que tienen inquietudes afines, pudiendo así contener los aspectos más regresivos de la enfermedad mental y compartir este sufrimiento, además de aprender diferentes maneras de afrontar la vida familiar, teniendo en cuenta también el sentimiento de culpa que llevan consigo estas familias.

Los hijos, como hemos observado a lo largo de esta investigación, muestran dificultades para hablar por miedo a la reacción de los padres y para no herirlos o preocuparlos. Badracco (2004-2010) a este propósito habla de los jóvenes con enfermedad mental como personas que han enfermado en relación a un específico contexto familiar, definiendo la enfermedad mental como una detención del desarrollo evolutivo de la persona en relación a dinámicas familiares patológicas: relaciones simbióticas con el progenitor que no le han permitido al joven desarrollar su verdadero Self y con el cual entabla unas identificaciones patológicas. A la luz de todo esto recobra más importancia la existencia de un espacio en el cual, teniendo en cuenta las *identificaciones patológicas y alienantes* (Faimberg, 2006), volver a pensar la enfermedad y el vínculo y poder favorecer un desarrollo más integrado, además de contener aspectos de dificultad que sino son negados o no elaborados. Esto permite desbloquear recursos yoicos inhibidos y potenciar los aspectos sanos que el joven posee y que la familia al mismo tiempo también le proporciona. La marginación y la exclusión que provoca el trastorno mental interiorizado por la persona que lo sufre y la familia es difícil de modificar a nivel individual, y siempre necesita de una relación con los demás (Blanqué & Sozzi, 2014).

Para concluir confiamos en que estos hallazgos puedan proporcionar información que contribuya a la definición y especificación de las características del trabajo psicológico y clínico a desarrollarse con los hijos de personas con TMS. En esta labor es importante el rol que puede asumir el sistema sanitario, que debería mirar hacia los hijos de personas con patología mental severa, para favorecer un adecuado desarrollo en su ciclo de vida. Precisamente en este sentido en los últimos quince años se han desarrollado los programas de atención a la psicosis incipiente dirigidas a personas que hayan sufrido un primer brote psicótico, o los llamados EMARS que son jóvenes con estado mental de alto riesgo, y es concretamente en este segundo subgrupo en el que se incluye la característica de tener un familiar de primer grado con un trastorno mental severo como indicador de inclusión en el programa de prevención y cura. En este sentido nace este trabajo, que se planteó en el marco del programa de atención a la psicosis incipiente desarrollado en la Fundació Sant Pere Claver y que nos reafirma en el importancia de elaborar un programa de detección dirigido a los hijos de pacientes con TMS y identificar la intervención asistencial más adecuada.

8.1 Limitaciones y desarrollos futuros

Un posible punto débil de la presente investigación sería el número de sujetos que compone la muestra, aunque el objetivo principal de esta tesis ha dictado la decisión de estudiar en profundidad un grupo reducido de pacientes, con el fin de desarrollar un instrumento aplicable a futuras entrevistas de evaluación (y diagnóstico) de hijos de pacientes con TMS, y encontrar un modelo eficaz de detección temprana de signos de alarma y protección en los menores. Además, al considerar el grupo de hijos y de padres como un caso único hemos podido analizar en profundidad los procesos individuales, las tendencias globales, y los procesos relacionales (entre padres e hijos y en el contexto social).

Una de las líneas futuras de investigación sería la replicabilidad de los estudios realizados en una muestra más amplia de sujetos. Los resultados obtenidos, de hecho, ofrecen una aproximación fiel al estado de salud mental en la que se encuentran los hijos de estos pacientes y deberían “abrir” posibilidades de futuras investigaciones, profundizando en algunos de los aspectos tratados. La significatividad de los resultados obtenidos, por ejemplo, en algunas de las áreas investigadas, como el área desarrollo, nos plantea la importancia de nuevas investigaciones al respecto, a partir de nuevas preguntas de investigación y de nuevas orientaciones.

Otra de las posibles limitaciones podría ser la escasa bibliografía que existe respecto a este tema, (hijos de pacientes con TMS). A pesar de que en los últimos años ha despertado un interés creciente, son escasos los estudios relacionados con los temas principales de este trabajo, sobre todo desde la vertiente de los hijos, y en esto confiamos en la contribución de nuestro estudio.

Otro aspecto fundamental a tener en cuenta, que influye en el tamaño de la muestra, es la baja fertilidad de los padres con TMS, tal como se ha analizado en el primer capítulo. A esto se suma la fiabilidad de los padres, la coherencia de sus respuestas debido a la enfermedad. No obstante, la metodología utilizada y la inclusión de los hijos y su vertiente en el estudio, ha permitido reducir este sesgo, tal como se ha analizado en la discusión de los resultados.

La recogida de la muestra en un tiempo limitado, deja abierta la posibilidad e importancia de poder repetir el estudio en otros grupos y/o en tiempos diferentes, donde la consideración de las limitaciones de éste puedan ser las bases para futuras líneas de investigación y retos clínicos.

Este trabajo presenta un punto de partida en la investigación sobre la calidad de vida y detección temprana (de signos de alarma y resiliencia) en hijos de pacientes con TMS, y confiamos que sus resultados representen la base para el desarrollo de un programa de prevención que permita:

- Disminuir la incidencia de psicopatología en los hijos de pacientes con trastorno mental severo y mejorar la evolución de los que ya la presenten.
- Disminuir la psicopatología en la edad adulta y mejorar la calidad de vida de estas familias.
- Conseguir un ahorro de recursos sanitarios al disminuir la prevalencia de enfermedades mentales en la población.
- Facilitar la homogeneización de los criterios de búsqueda de las señales de alerta psicopatológicas en las diferentes edades del desarrollo de niños y adolescentes.
- Una prevención primaria dirigida a padres e hijos.

La relevancia de la detección precoz de estos signos de alarma ha permitido la prevención e intervención temprana en los casos de las familias implicadas. Una diagnosis precoz de la patología o signos de patología en la descendencia permite un abordaje en las fases iniciales (de la patología), lo que supone un mejor pronóstico.

El tamaño de la muestra, como decíamos, impide saturar las categorías y generar un modelo explicativo exhaustivo sobre lo que ocurre con los hijos al crecer con un progenitor con TMS, por eso uno de los objetivos principales ha sido el de crear una experiencia piloto que se pueda reproducir en otros contextos.

Terminamos este trabajo con la esperanza que estos hallazgos puedan contribuir e impulsar nuevas preguntas de investigación y orientaciones en el trabajo clínico y de atención dirigido a los hijos de pacientes con TMS, y que las ideas aquí volcadas puedan evolucionar con el objetivo de mejorar la calidad de vida de estos pacientes y de su descendencia.

9. Referencias

- Abraham, K. & Stain, C. (2010). Staying connected: Young adults' felt obligation toward parents with and without mental illness. *Journal of Family Psychology*, 24, 125-134.
- Ackerman, M.J. & Ackerman, M.C. (1996). Child custody evaluation practices: A 1996 Survey of Psychologists. *Family Law Quarterly*, 30, 565-586.
- Agerbo, E., Mortensen, P.B., Wiuf, C., Pedersen M.S., McGrath, J., Hollegaard, M.V., ... Pedersen, CB (2012). Modelling the contribution of family history and variation in single nucleotide polymorphisms to risk of schizophrenia: A Danish national Barth cohort-based study. *Schizophrenia Research*, 134(2-3), 246-252.
- Agid, O. & Shapira, B. (1999). Environment and vulnerability to major psychiatric illness: a case control study of early parental loss in major depression, bipolar disorder and schizophrenia. *Molecular Psychiatry*, 4(2), 163-172.
- Ainsworth, M.D.S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Ajuriaguerra, J. (1976). *Manual de Psiquiatría Infantil*. Barcelona: Ed. Toray Masson.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2004). *Los hijos de enfermos mentales*. Recuperado de www.aacap.org/Families_and_Youth/Los_hijos_de_enfermos_mentales_39.
- Andrews, B., Brown, GW & Creasey, L. (1990). Intergenerational links between psychiatric disorder in mother and daughters: The role of parenting experiences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31(7), 1115-29.
- Anguera, M.T. (1988). *Observación en el aula*. Barcelona: Graó.
- Anguera, M.T. (1990). Metodología observacional. En J. Arnau, M.T. Anguera y J. Gómez, *Metodología de la investigación en ciencias del comportamiento*. Murcia: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Anguera, M.T. (1999). *Observación en la escuela: aplicaciones*. Barcelona: Edicions Universitat de Barcelona.
- Anguera, M.T. (2003). La observación. En C. Moreno Rosset (Ed.), *Evaluación psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia* (pp.271-308). Madrid: Sanz & Torres.
- Anguera, M.T. (2004). Posición de la metodología observacional en el debate entre las oposiciones metodológicas cualitativa y cuantitativa. ¿Enfrentamiento, complementariedad, integración? *Psicologia em Revista* (Belo Horizonte, Brasil), 10 (15), 13-27.

- Anguera, M.T. (2005). Microanalysis of T-patterns. Analysis of symmetry/asymmetry in social interaction. In L. Anolli, S. Duncan, M. Magnusson & G. Riva (Eds.), *The hidden structure of social interaction. From Genomics to Culture Patterns* (pp.51-70). Amsterdam: IOS Press.
- Anguera, M.T. (2008). Evaluación de programas desde la metodología cualitativa. *Acción Psicológica*, 5(2) 87-101.
- Anguera, M. T. (2010). Investigar en psicología de la comunicación. Nuevas perspectivas conceptuales y metodológicas. En C. Izquierdo y A. Perinat (Coods), *Metodología cualitativa y cuantitativa*, (pp. 211-232). Barcelona: Amentia.
- Anguera, MT (2013). *Detección de T-Patterns (2): Software THEME, v6* [diapositivas de PowerPoint]. Recuperado de XIII Congreso de Metodología de las Ciencias Sociales y de la Salud. Universidad de la Laguna.
- Anguera, M.T., Behar, J., Blanco, A., Carrera, V., Losada, J.L., Quera, V. et al. (1993). Glosario. En M.T. (Ed.), *Metodología observacional en la investigación psicológica* (pp. 587-617). Barcelona: P.P.U., vol.2.
- Anguera, M.T., Blanco, A. y Losada, J.L. (2001). Diseños observacionales, cuestión clave en el proceso de la Metodología Observacional. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento*, 3 (2), 135-161.
- Anguera, M.T., Blanco, A., Hénandez, A. y Losada, J.L. (2011). Diseños observacionales: Ajuste y aplicación en psicología del deporte. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 11(2), 63-76.
- Anguera, Camerino, Castañer y Sanchez-Algarra (2014). Mixed methods en la investigación de la actividad física y el deporte. *Revista de Psicología del Deporte*, 23(1), 123-130.
- Anguera, M. T. y Hernández-Mendo, A. (2013). La metodología observacional en el ámbito del deporte. *E-Balonmano.com: Revista de Ciencias del Deporte*, 9 (3), 135-161.
- Anguera, M.T. & Izquierdo, C. (2006). Methodological approaches in human communication. From complexity of situation to data analysis. In G. Riva, M.T. Anguera, B.K. Wiederhold & F. Mantovani (coord.), *From Communication to Presence. Cognition, Emotions and Culture towards the Ultimate Communicative Experience* (pp. 203-222). Amsterdam: IOS Press.
- Anguera, M.T., Magnusson, M.S. y Jonsson, G.K. (2007). Instrumentos no estándar: planteamiento, desarrollo y posibilidades. *Avances en Medición*, 5 (1), 63-82.
- Anthony, E.J. (1969). *A clinical evaluation of children with psychotic parents*. *Am. J. Psychiatry* 126(2), 177-184.
- Anthony, EJ (1975). *L'enfant Dans la famille*. Paris: Ed. Masson et Cie.

- Anthony (1980). Modèle d'intervention du niveau du risque et de la vulnérabilité pour des enfants des parents psychotiques. En E.J. Anthony, C. Chiland, C. Koupernik (comps.), *L'enfant à haut risqué psychiatrique*, (pp.121-145). Paris: PUF.
- Arias, E. (2004). *Estudi observacional de la interacció en un grup de psicoteràpia d'orientació psicoanalítica, a partir de l'anàlisi de la conversa*. Tesis Doctoral no publicada. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Artigue, J. (2013). El Lismen. Un cuestionario para explorar los factores de riesgo en salud mental. *Temas de Psicoanálisis*, 5, 1-21.
- Artigue, J., Tizón, J., Parra, B., Gomá, M., Ferrando, J., Sorribes, M., ... Pareja, F. (2004). Una aproximación a la detección precoz de los trastornos mentales graves. *Revista de Psicopatología del Niño y del Adolescente*, 4, 51-67.
- Artigue, J. y Tizón, J. (2014). Una revisión sobre los factores de riesgo en la infancia para la esquizofrenia y los trastornos mentales graves del adulto. *Aten. Primaria*, 46(7), 336-356.
- Badaracco, JE Garcia (2004). *Psicoanalisi Familiare. Gli altri in noi e la scoperta di noi stessi*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Badaracco, JE Garcias & Naracci, A. (2010). *La psicoanalisi familiare in Italia (Le relazioni)*. Torino: Antigone.
- Bagby, R.M., Nicholson, R.A., Buis, T., Radovanovic, H. & Fidler, B.J. (1999). Defensive responding on the MMPI-2 in family custody and access evaluations. *Psychological Assessment*, 11(1), 24-28.
- Bakeman, R. y Gottman, J.M. (1989). *Observación de la interacción: introducción al análisis secuencial*. Madrid: Ediciones Morata.
- Bakeman, R. & Quera, V. (1992). SDIS: A sequential data interchange standard. *Behavior research Methods, Instruments, and Computers*, 24, 554-559.
- Bakeman, R. y Quera, V. (1996). *Análisis de interacción. Análisis secuencial con SDIS y GSEQ*. Madrid: RA-MA.
- Bakeman, R. & Quera, V. (2011). *Sequential Analysis and Observational Methods or the Behavioral Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baker, R. & Hazan, V. (2011). DiapixUk: Task materials for the elicitation of multiple spontaneous speech dialogs. *Behavior Research*, 43, 761-770.
- Bakermans-Kranenburg, M., van IJzendoorn MH & Juffre, F. (2003). Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129, 195-215.

- Balint, M. (1935). Critical notes on the theory of the pregenital organisation of the libido. In M. Balint, *Primary Love and Psychoanalytic Technique*, pp. 49-72. London: Karnac, 1994.
- Baranger, W., Golstein, N. y Zak, R. (1989). Acerca de la desidentificación. *Revista de Psicoanálisis*, XLVI, 6, 895-903.
- Barnow, S., Lucht, M. & Freyberger, H.J. (2005). Correlates of Aggressive and Delinquent Conduct Problems in Adolescence. *Aggressive Behavior*, 31(1), 24-39.
- Barnow, S., Spitzer, C., Grade, H., Kessler, C. & Freyberger, HJ (2006). Individual characteristics, familial experience and psychopathology in children of mothers with borderline personality disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(8),965-72.
- Baron, M., Risch, N. & Mendlewicz, J.(1982). Differential fertility in bipolar affective illness. *Journal of Affective Disorders*, 4(2), 103-12. –vedi BL
- Bartels-Velthuis , A.A., Jenner, J.A., van de Willige, G., van Os, J. & Wiersma, D. (2010). Prevalence and correlatos of auditory vocal hallucinations in middle childhood. *British Journal os Psychiatry*, 196, 41-46.
- Barudy, J. & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos en la infancia*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Bassett, H., Lampe, J. & Lloyd, C. (1999). Parenting: Experiences and feelings of parents with mental illness. *Journal of Mental Health*, 6, 597-604.
- Bassett y colaboradores (1999) controlla se stesso de arriba
- Bavoleck, SJ (1989). Assessing and treating high-risk parenting attitude. In J.T. Pardeck (Ed.), *Child abuse and neglect: Theory, research, and practice* (pp. 97-110). New York: Gordon and Breach Science Publishers.
- Beardslee, WR. (1989). Children of parents with affective disorder. *Pediatry Rev.*, 10(10): 313-319.
- Beardslee, WR. & Podorefsky, D. (1988). Resilient adolescent whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: Importance of self-understanding and relationships. *American Journal of Psychiatry*, 145.
- Beardslee, W., Solantaus, T. & van Doesum, K. (2005). Enfrentando la enfermedad mental de los padres. En C. Hosman, E. Jané-Llopins, S. Saxena (Eds.) *Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones políticas*. Oxford: Oxford University Press.
- Beardslee, WR, Versage, EM & Gladstone, TR (1998). Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1134-1141.
- Bendall, S., Jackson, H.J., Hullbert, C. & McGorry, P.D. (2008). Childhood trauma and psychotic disorders: a systematic, critical review of evidence. *Schizophrenia Bulletin*, 34 (3), 568-579.

- Bentley, E., Millman, Z.B., Thompson, E., Demro, C., Kline, E., Pitts, S., ... Schiffman, J. (2016). High-risk diagnosis, social stress, and parent-child relationships: A moderation model. *Schizophrenia Research*, 174 (1-3), 65-70. <https://doi.org/101016/j.schres2016.04.014>.
- Bergman, M.M. (2010). On concepts and paradigms in mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 4(3), 171-175.
- Berthelot, N., Paccalet, T., Gilbert, E., Moreau, I., Mérette, C., Gingras, N., ... Maziade, M. (2015). Childhood abuse and neglect may induce deficits in cognitive precursors of psychosis in high-risk children. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 40(5) 336-343.
- Bevan, J.R., Mars, B., Collishaw, S., Potter, R., Thapar, A., Craddock, N., ... Zammit, S. (2016). Prevalence and correlatos of psychotic experiences amongst children of depressed parents. *Psychiatry Research*, 243, 81-86.
- Bion, W.R. (1955). *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Hormé, 1990.
- Bion, W.R. (1959). Attacchi al legame. Trad. it. in *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma: Armando, 1970.
- Bion, W.R. (1962). *Learning from Experience*. London: Maresfield, 1984.
- Bion, W.R. (1967). *Analisis degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma: Armando, 1970.
- Blanco, A. (1997). *Metodologies qualitatives en la investigació psicològica*. Barcelona: Edicions de la Universitat Oberta de Catalunya.
- Blanco, A., Losada, J.L. y Anguera, M.T. (2003). Analytic techniques in observational designs in environment-behavior relation. *Medio Ambiente y Comportamiento Humano*, 2, 111-126.
- Blanqué, JM (1993). *Riesgo de psicopatología en hijos de padres psicóticos*. Tesis Doctoral. Barcelona: Univerisdad de Barcelona.
- Blanque, JM, Briansó, A., García, N., Hurtado, R., Nicolás, M., Nicolás, I. y Spano, F. (2012). El grupo multifamiliar como observatorio privilegiado de las familias con vivencias psicóticas. *Teoría y práctica grupoanalítica*, 2(1):65-79.
- Blanqué, JM, Picanyol, M. y Costa, A. (2000). Proposta de recerca i programa de prevenció de trastorns psiquiàtrics en fills de pacients de la Unitat de Salut Mental de l' Hospitalet de Llobregat. *Revista de Psicoteràpia de l'ACPP*, 3, 135-187.
- Blanqué, JM & Sozzi (2014). Il Gruppo Multifamiliare nei programmi di prevenzione e cura dell'esordio psicotico. In *Seminario di Teoria e Tecnica del Gruppo Psicoanalitico e del Gruppo Multifamiliare nell'intervento Istituzionale*. Savona: CRPG.
- Bleichmar, S. (1999). *Clínica psicoanalítica y neogénesis*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Bofill Moscardó, I., Fernandez Corchero, A., Villegas Britz, M.A., García del Moral, A. y Hijano Bandera, F. (2010). Psiquiatría infantil: patología prevalente en Atención Primaria, abordaje y tratamiento. *Rev. Pediatr. Aten. Primaria*, 12(19), 93-106.
- Bolívar Perálvarez, M., Vivas Guisado, J. y Sanz de la Garza, C. (2000). Hijos de padres con trastorno psiquiátrico. En: JR. Gutiérrez Casares y F. Rey Sánchez (Eds.), *Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente*. Madrid: SmithKline Beecham.
- Bonanno, G.A., Papa, A. & O'Neil, K. (2002). Loss and human resilience. *Applied & Preventive Psychology*, 10, 193-206.
- Bourdier, P. (1972). L'hypermaduration des enfants de parents de malades mentaux. *Rev. Franc. Psychan*, 1, 19-42.
- Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. Geneva: World Health Organization.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1976). *La separación afectiva*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Bowlby (1977). The making and breaking of affectional bonds. *British Journal of Psychiatry*, 130, 201-210.
- Brent, DA, Oquendo, M, Birmaher, B, Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., ... Mann, JJ (2002). Familial pathways to early-onset suicide attempt: risk for suicidal behaviour in offspring of mood-disordered suicide attempters. *Arch Gen Psychiatry*, 59 (9), 801-7.
- Brent, DA, Oquendo, M., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., ... Mann JJ (2003). Peripubertal suicide attempts in offspring of suicide attempters with siblings concordant for suicidal behaviour. *The American Journal of Psychiatry*, 160 (8), 1486-93.
- Brown, H. & Sturgeon, S. (2005). Promoviendo un inicio saludable en la vida y reduciendo riesgos tempranos. En C. Hosman, E. Jané-Llopis y S. Saxena eds. *Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de política*. Oxford: Oxford University Press.
- Brown, AS (2011). The environment and susceptibility to schizophrenia. *Progress in Neurobiology*, 93 (1), 23-58.
- Brunette, M.F. & Dean, W. (2002). Community mental health care for women with severe mental illness who are parents. *Community Mental Health Journal*, 38 (2), 153-165 .
- Buisán, E. (2011). *La herencia en la esquizofrenia I-III*. Recuperado de <http://www.forumclinic.org/esquizofrenia/noticias/la-herencia-en-la-esquizofrenia-III>
- Bundy, H., Stahl, D. & MacCabe, JH (2011). A systematic review and meta-analysis of the fertility of patients with schizophrenia and their unaffected relatives. *Acta Psychiatr Scand.*, 123(2), 98-106.

- Byng-Hall, J. (2008). The significance of children fulfilling parental roles: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 30, 147-162.
- Byrne, M., Agrebo, E., Ewald, H., Eaton, WW & Mortensen, PB (2003). Parental age and risk of schizophrenia: a case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 60(7), 673-678.
- Caiozzo, C.N., Yule, K. & Grych, J. (2018). Caregiver behaviours associated with emotion regulation in high-risk preschoolers. *Journal Family Psychology*, 32(5), 565-574..
- Calsamiglia, H y Tusón, A. (1999). *Las cosas del decir. Manual de análisis del discurso*. Barcelona: Ariel.
- Calzeroni, A., Conte, G., Pennati, A., Vita, A. & Sacchetti, E. (1990). Celibacy and fertility rates in patients with major affective disorders: the relevance of delusional symptoms and suicidal behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82(4), 309-10.
- Cánovas, R., Martínez, L., Sánchez-Joya MM & Roldán-Tapia, L. (2010). Retraso mental y psicomotor en la primera infancia: Revisión de la literatura y propuesta de un protocolo de valoración neuropsicológica. *Cuad. Neuropsicol.*, 4 (2), 162-185.
- Cárdenas, M., Coromina, M., Saltó, C., Pérez, O. Acevedo, A., Fuentes, M., ... Perisé, B. (2015). Fomentando la resiliencia en las familias con enfermedad mental parental: los talleres Kidstime. *Psicopat. Salud. Ment.*, 25, 37-41.
- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, TE, Mill, J., Martin, J., Craig, IW, et al. (2002), Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297, 851-4.
- Caspi, A., Moffitt, TE, Cannon, M., McClay, Murray, R, Harrington, H., et al. (2005). Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the Catechol-O-Methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene x environment interaction. *Biological Psychiatry*, 57 (10), 1117-27.
- Caspi, A., Sudgen, K., Moffitt, TE, Taylor, A., Craig, IW, Harrington, H., et al. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301, 386-9.
- Cassell, D. & Coleman, R. (1998). Genitori con problemi psichiatrici. En P.Reeder & C. Lucey (Eds.). *Cure genitoriali e rischio di abuso: guida per la valutazione*, (pp.197-212). Trento: Erikson.
- Castañer, M., Camerino, O. y Anguera, M.T. (2013). Métodos mixtos en la investigación de las ciencias de la actividad física y el deporte. *Apunts. Educación Física y Deportes*, 122 (2), pp. 31-36.

- Castellano Paulis, J. y Hernández Mendo, A. (2002). Análisis diacrónico de la acción de juego en fútbol. *Revista digital Buenos Aires*, 8(49), 1-6. Recuperado en www.efdeportes.com/efd49/diacro.htm
- Caton, C. & Cournos, F. (1999). Parenting and adjustment in schizophrenia. *Psychiatric Services*, 50(2), 239-243.
- Chang, K., Steiner, H., Dienes, K., Adelman, N. & Ketter, T. (2003). Bipolar offspring: a window into bipolar disorder evolution. *Biological Psychiatry*, 53 (11), 945-51.
- Chapital, O. (2011). Resiliencia (psicología). Recuperado de <http://es.wikipedia.org/w/index.php637>
- Charles, G., Stainton, T. & Marshall, S. (2008). Young Carers in Canada: An Invisible Population. *Relational Child & Youth Care Practice*, 21, 5-12.
- Chase, N. (1999). *Burdened children: Theory, research and treatment of parentification*. Thousand Oaks CA: Sage.
- Chronis A.M., Lahey, B.B., Pelham, W.E., Kipp, H.L., Baumann, B.L. & Lee, S.S. (2003). Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1424-1432.
- Cicchetti, D., Rogosh, FA & Toth, S.L. (2000). The efficacy of toddler-parents psychoterapy for fostering cognitive development in Offspring of depressed mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(2), 135-148.
- Cobo Medina, C. (1983). *Paidopsiquiatría Dinámica I*. Madrid: Ediciones Roche.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.
- Cohen, J. (1968). Weighted kappa: Nominal scale agreement with provision for scaled disagreement of parcial credit. *Psychological Bulletin*, 70, 213-220.
- Cohen, P., Crewford, T.N., Johnson, J.G. & Kasen, S. (2005). The Children in the Community Study of Developmental Course of Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19(5), 466-486.
- Coie, J.D., Watt, N.F., West, S.G., Hawkins, J.D., Asarnow, J.R., Markman, H.J., ... Long, B. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist*, 48, 1013-1022.
- Corrigan, P.W. & Matthews, A.K. (2003). Stigma and disclosure: Implicationes for coming out of the closet. *Journal of Mental Health*, 12, 235-248.
- Corrigan, P.W. & Wassel, A. (2008). Understanding and influencing the stigma of mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 46 (1), 42-48.

- Costa, S. (2015). Comunidad y Curación. Redes de ayuda para mantener la sobriedad. Tesis Doctoral. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Creswell, J.W. & Plano Clark, V.L. (2007). Designing and conducting. *Mixed Methods research*. Thousand Oaks, CA: Sage. doi:10.1177/1558689807306132.
- Criss, MM, Pettit, GS, Bates, JE, Dodge, KA & Lapp, AL (2002). Family adversity, positive peer relationships, and children's externalising behavior: A longitudinal perspective on risk and resilience. *Child Development*, 73(4), 1220-1237.
- Cross, D., Vance, L.A., Kim, YJ, Ruchard, A.L., Fox, N., Jovanovic, T. & Bradley, B. (2018). Trauma exposure, PTSD, and parenting in a community sample of low-income, predominantly African American mothers and children. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 10(3), 327-335.
- Dannevang, A.L., Randers, L., Gondan, M., Krakauer, K., Nordholm, D. & Nordentof, M. (2016). Premorbid adjustment in individuals at ultra-high risk for developing psychosis: A case-control study. *Early Intervention in Psychiatry*, No Pagination Specified.
- Davidson, K.A., Harder, S., Macbeth, A., Lundy, JM & Gumley, A. (2015). Mother-infant interaction in schizophrenia: transmitting risk or resilience? A systematic review of the literature. *Social and Psychiatric Epidemiology*, 50 (12), 1785-1798.
- De Paz, D. C. (2008). *Conceptos y técnicas de recolección de datos de la investigación jurídico social*. Recuperado de http://www.unifr.ch/ddp1/derechopenal/articulos/a_20080521_56.pdf
- De Sousa, P., Varese, F., Sellwood, W. & Bentall, RP (2014). Parental Communication and Psychosis: A Meta-analysis. *Schizophrenia Bull*, 40(4), 756-768.
- Del Valle Laguna, M. (2014). Transmisión transgeneracional y situaciones traumáticas. *Temas de Psicoanálisis*, 7, 1-28.
- Dean, K., Stevens, H., Mortensen, PB, Murray, RM, Walsh, E. & Pedersen, CB (2010). Full Spectrum of Psychiatric Outcomes Among Offspring With Parental History of Mental Disorder. *Arch Gen Psychiat*, 67 (8), 822-829.
- Denzin, N.K. (1978). *The research act*. New York: McGraw-Hill.
- Devlin, JM & O'Brien, LM (1999). Children of parents with mental illness. An overview from a nursing perspective. *Aust. N. Z. J. Mental Health Nurs.*, 8, 19-29.
- Dickstein, S., Seifer, R., Hayden, L.C., Schiller, M., Sameroff, AJ, Keitner, G., ... Magee, KD (1998). Levels of family assessment II: Family functioning and parental psychopathology. *Journal of Family Psychology*, 12(1), 23-40.
- Dierks, H. (2001). Prevention groups for school-age children of mentally ill parents. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 50(7), 560-568.

- Dodge, K.A. (1990). Developmental Psychopathology in Children of Depressed Mothers. *Developmental Psychology*, 26(1), 3-6.
- Domenech, E. Y Poliano, A. (1990). Epidemiología de la depresión infantil. Barcelona: Ed. Espax.
- Donatelli JA, Seidman LJ, Goldstein JM, Tsuang MT & Buka SL. (2010). Children of parents with affective and nonaffective psychoses: a longitudinal study of behavior problems. *Am J Psychiatry*, 167 (11), 1331-8.
- Downey, G. & Coyne, J.C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 108, 50-76.
- Duncan, S. & Reder, P. (2000). Children's experiences in major psychiatric disorder in their parents: an overview. En P., Reder, M., McClure & A., Jolley (Eds.). *Family matters. Interface between child and adult mental health*. London: Routledge,.
- Duncan, S. & Reder, P. (2003). How do mental health problems affect parenting?. En P., Reder, S., Duncan, & C., Lucey (Eds.). *Studies in the assessment of parenting*, (pp.195-210). Hove: Brunner-Routledge.
- Dunn, B. (1993). Growing up with a psychotic mother. A retrospective study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, pp.177-189.
- Dunn 1993 vedi se stesso di sopra
- Dyer, C. & Halford, WK (1998). Prevención de los problemas de relaciones: Retrospecto y prospecto. *Cambio de conducta*, 15(2): 107-125.
- Eaton, WW, Byrne, M., Ewald, H., Mors, O., Chen, CY, Agerbo E., et. al. (2006). Association of schizophrenia and autoimmune diseases: linkage of Danish national registers. *Am J Psychiatry*, 163(3): 521-8.
- Ehrensaft, M.K., Knous-Westfall, H.& Cohen, P. (2017). Long-term influence of intimate partner violence and parenting practices on Offspring trauma symptoms. *Psychology of Violence*, 7(2), 296-305.
- Eiguer, A. (1998). La parte maldita de la herencia. En A. Eiguer, A. Carel, F. André-Fustier, A. Ciaccone, R. Kaës, *Lo Generacional*, (pp. 25-77). Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Eisenbruch, M. (1983). Affective disorders in parents: Impact upon children. In D.P. Cantwell & G.A. Carlson (Eds), *Affective Disorders in Childhood and Adolescence – An Update* (279-333). New York: Spectrum Publications.
- Eley, TC, Sugden, K., Corsico, A., Gregory, AM, Sham, P., McGurrin, P., ... Craig, IW (2004). Gene-environment interaction analysis of serotonin markers with adolescent depression. *Mol Psychiatry*, 9(10), 908-15.

- Ellersgaard, D., Plessen, K.J., Jepsen, J.R., Spang, K.S., Hemager, N., Burton, B.K., ...Thorup, A.A. E (2018). Psychopathology in 7-years-old children with familial high risk of developing schizophrenia spectrum psychosis or bipolar disorder. The Danish High Risk and Resilience Studi- VIA 7, a population-based cohorte study. *World Psychiatry*, 17(2), 210-219.
- Enríquez, M. (1986). El delirio en herencia. En R. Kaës, H. Faimberg, M. Enríquez y J.J. Baranes, *Trasmisión de la vida psíquica entre generaciones*, (pp.101-134) . Buenos Aires: Amorrortu, 2006.
- Enríquez, M. (1988). Incidencia del delirio parental sobre la memoria de los descendientes. En R. Kaës, H. Faimberg, M. Enríquez y J.J., Baranes, *Trasmisión de la vida psíquica entre generaciones*, (pp. 153-173). Buenos Aires: Amorrortu, , 2006.
- Erlenmeyer-Kimling, L., Adamo, UH, Rock D., Robert, SA, Bassett, AS & Squires-Weeler, E. (1997). The New York High Risk Project: prevalence and comorbidity of axis I disorders in Offspring of schizophrenic parents at 25 years follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1096-1102.
- Erlenmeyer-Kimling, L., Rock, D., Roberts, SA, Janal, M., Kestenbaum, C., Cornblatt, B., Adamo, U.H. & Gottesman, I.I (2000). Attention, memory and motor skills as childhood predictors of schizophrenia-related psychoses: the New York High-Risk Project. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1416-1422.
- Essex, MJ, Klein, MH Cho, E. & Kalin, NH (2002). Marenal stress beginning in infancy may sensitive children to later stress exposure: effects on cortisol and behaviour. *Biol Psychiatry*, 52, 776-84.
- Faimberg, H. (1987). Il télescope delle generazioni, a proposito della genealogia di certe identificación. In R. Kaës, H. Faimberg, M. Enriquez & J.J. Baranes, *Trasmisione della vita psichica tra generazioni*, (pp.77-100). Roma: Borla.
- Faimberg, H. (1993). All'ascolto del télescope delle generazioni: pertinenza psicoanalitica del concetto. In R. Kaës, H. Faimberg, M. Enriquez & J.J. Baranes, *Trasmisione della vita psichica tra generazioni*. Roma: Borla.
- Faimbreg, H. (2006). *Ascoltando tre generazioni. Legami narcisitici e identificación alienanti*. Milano: Angeli.
- Fañanás, L. y Fatjó-Vilas, M. (2006). Infancia y vulnerabilidad para la enfermedad mental del niño y del adulto: Una visión desde los genes. *Psicopatol. Salud mental*. 7, 23-32.
- Fava Vizziello, G., Disnan, G. & Colucci, MR (1991). *Genitori psicotici*. Torino: Boringhieri.
- Ferenczi, S. (1933). Confusión de lenguas entre los adultos y el niño. El lenguaje de la ternura y de la pasión. En *Obras Completas*, IV. Madrid: Espasa-Calpe, 1981.

- Fernández, M., Sánchez, C.R., Jiménez, F., Navarro, V. y Anguera, M.T. (2012). Sistema de codificación y análisis de la calidad del dato para una intervención inclusiva en Educación Física. *Revista de Psicología del Deporte*, 21(1), 67-73.
- Ferreira, G.S., Moreira, C.R.L., Kleinman, A. & Nader, E.C.G.P., Gomes, B.C., Texeira, A.M.A., ... Caetano, S.C. (2013). Dysfunctional family environment in affected versus unaffected Offspring of parents with bipolar disorder. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry*, 47(11), 1051-1057.
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Focht-Birkerts, L. & Beardslee, WR (2000). A child experience of parental depression: encouraging relational resilience in familias with affective illness. *Fam Process*, 39(4), 417-434.
- Fonagy, P. & Target, M. (1996). Predictores of outcome in child psicoanálisis: a retrospective study of 763 cases at the Anna Freud Centre. *Journal of Psychoanalytic Association*, 44 (1), 27-77.
- Foley, D., Eaves, L., Wormley, B., Silberg, J., Maes, H., Kuhn, J., ... Riley, B. (2004). Childhood adversity, monoamine oxidase A genotype and risk for conduct disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 61(7), 738-44.
- Foster, K., McPhee, I., Fethney, J. & McCloughen, A. (2014). Outcomes of the on fire peer support programme for children and adolescents in familias with mental health problems. *Child & Family Social Work*, doi: 10.1111/cfs.12143.
- Freed, R.D., Tompson, M.C., Otto, M.W., Nierenberg, A.A. & Henin, A. (2015). A latent class análisis of parental bipolar disorder: Examining associations with Offspring psychopathology. *Psychiatry Research*, 230(2), 314-322.
- Freud, S. (1913). Totem y tabú y otras obras (1913-1914). En S. Freud *Obras Completas*, vol. XIII. Madrid: Amorrortu.
- Frissen, A., Lieverese, R., Marcelis, M., Drukker, M. & Delespaul, P. (2015). Psychotic Disorder and Educational Achivement: A family-based analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(10), 1511-1518.
- Glynn, L.M. & Baram, T.Z. (2019). The influence of unpredictable fragmented parental signals on the developing brain. *Front Neuroendocrinol*. doi:10.1016/j.yfrne.2019.01.002.
- Goldstein, JM, Buka, SL, Seidman, LJ & Tsuang, MT (2010). Specificity of familial transmission of schizophrenia psychosis spectrum and affective psychoses in the New England family study's high-risk design. *Arch Gen Psychiatry*, 67(5), 458-67.
- Goodman, S.H. (1984). Children of disturbed parents: the interface between research and intervention. *Am. J. Community Psychol.*, 12(6): 663-687.
- Goodman, S. H. & Brumley, H.E. (1990). Schizophrenic and depressed Mathers: relational deficits

- in parenting. *Developmental Psychology*, 26(1): 31-39.
- Gottesman, II, Laursen, TM, Bertelsen, A. & Mortensen, PB (2010). Severe mental disorders in Offspring with 2 psychiatrically ill parents. *Arch Gen Psychiatry*, 67(3), 252-257.
- Greene, J.C. & Caracelli, V.J. (2003). Making paradigmatic sense of Mixed Methods practice. En A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds.), *Handbook Mixed Methods in social and behavioral research* (pp.91-110). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Grinberg, L. (1985). *Teoría de la identificación*. Madrid: Technipublicaciones.
- Grizenko, N. & Pawliuk, N. (1994). Risk and protective factors for disruptive behaviour disorders in children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 336-341.
- Gutiérrez-Fernández, J., Luna Del Castillo, JD, Mañanes-Conzález, S., Carrillo-Ávila, JA, Gutiérrez, B., Cervilla, JA et al. (2015). Different presence of Chlamydia, pneumonia, herpes simples virus type 1, human herpes virus 6, and Toxoplasma gondii in schizophrenia: a meta-analysis and analytical study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 11, 843-852.
- Gutiez Cuevas, P., Sánchez Romero, C. y Sierra, P. (2011). Kids Strengths: niños en contextos de enfermedad mental parental. Estrategias de formación para profesores, profesionales de la educación, la salud y trabajadores de los servicios sociales. *Revista Educación Inclusiva* 4(1), 69-88.
- Haberstick, BC, Lessem, JM, Hopfer, CJ, Smolen, A., Ehringer, MA, Timberlake, D., et al. (2005). Monoamine Oxidase A (MAOA) and antisocial behaviours in presence of childhood and adolescent maltreatment. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*, 135B (1), 59-64.
- Hall, A. (1996). Parental psychiatric disorder and the developing child. Gopfert, M., Webster, J. & Seeman, MV (Eds.). *Parental Psychiatric disorder. Distressed parents and their families*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hammen, C. & Brennan, PA (2003). Depressed adolescents of depressed and nondepressed mothers: test of an interpersonal impairment hypothesis. *J Consult Clin Psychol*, 69 (2), 284-94.
- Harder, S., Davidsen, K., MacBeth, A., Lange, T., Minnis, H., Andersen, M., ... Gumley, A. (2015). Wellbeing and resilience: Mechanism of transission of health and risk on parents with complex mental health problems and their offspring –The WARM Study. *BMC Psychiatry*, 15 (310), 2-13.
- Harlap S, Davies AM, Deutsch L, Calderon-Margalit R, Manor O, Malaspina, D., ... Friedlander, Y. (2007). The Jerusalem Perinatal Study cohort, 1964-2005: methods and a review of the main results. *Paediatr Perinat Epidemiol.*, 21(3), 256-73.

- Harrington, R & Clark, A. (1998). Prevention and early intervention for depression in adolescence and early life. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.*, 248(1), 32-45.
- Harstone, A., Bergen, S. & Sweetgrass, M. (2010). Young Carers: Children caring for family members living with an illness or disability. *Relational Child & Youth Care Practice*, 23(1), 39-45.
- Hay, DF, Pawlby, S., Angold, A., Harold, G. & Sharp, D. (2003). Pathways to violence in children of mothers who were depressed postpartum. *Dev Psychol*, 39 (6), 1083-94.
- Hay, DF, Payne, A. & Chadwick, A. (2004). Peer relations in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 45 (1), 84-108.
- Hearly, J. & McGrath, J. (2000). Motherhood and schizophrenia. En D.J. Castle, J. McGrath y J. Kulkarni (eds.), *Women and schizophrenia*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Henin, A., Biederman, J., Mick, E., Sachs GS, Hirshfeld-Becker, DR, Siegel, RS, ... Nierenberg, AA (2005). Psychopathology in the offspring of parents with bipolar disorder: a controlled study. *Biol Psychiatry*, 58 (7), 554-61.
- Henning, T., Jaya, E.S., Koglin, U. & Lincoln T.M. (2016). Associations of attention-deficit/hyperactivity and other childhood disorders with psychotic experiences and disorders in adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(4), 421-431.
- Henriksson, KM & McNeil, TF. (2004). Health and development in the 4 first years of life in offspring of women with schizophrenia and affective psychoses: Well-Baby Clinic Information. *Schizophr Res*, 70 (1), 39-48.
- Henry, L.P., Edwards, J., Jackson, H.J., Hulbert, C.A. & McGorry, P.D. (2002). *Cognitively oriented psychotherapy for first-episode psychosis (COPE): a practitioner's manual*. Melbourne: EPPIC.
- Hillegers MH, Reichart CG, Wals M., Verhulst, FC, Ormel, G., Nolen, WA (2005). Five year prospective outcome of psychopathology in the adolescent offspring of bipolar parents. *Bipolar Disord*, 7 (4), 344-50.
- Hinshelwood, R. D. (1991). *A Dictionary of Kleinian Psychoanalysis*. Northvale, NJ: Aronson.
- Hoefnagels, C. (2005). Previniendo el abuso y abandono infantil. En C. Hosman, E. Jané-Llopis, S. Saxena eds. *Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Oxford: Oxford University Press.
- Hosman, C., Van Doesum, K. & Van Santvoort, T. (2009). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with mental illness in the Netherlands. *Journal for the Advancement Mental Health*, 8, 250-263.

- Howes, P.W. & Cicchetti D. (1993). A family/relational perspective on maltreating families: Parallel processes across systems and social policy implications. In D. Cicchetti, S.L. Toth (Eds), *Child Abuse, Child Development, and Social Policy*. Norwood, NJ: Ablex.
- Huizinga D., Haberstick, BC, Smolen, A., Menard, S., Young, SE, Corley, RP, ... Hewitt, JK (2006). Childhood maltreatment, subsequent antisocial behaviour and the role of monoamine oxidase A genotype. *Bio Psychiatry*, 60, 677-683.
- Huntsman, L. (2008). *Parents with mental health issues: consequences for children and effectiveness of intervention designed to assist children and their families*. Australia: Centre for Parenting & Research Service System Development Division NSW Department of Community Services.
- Ingram, RE & Price, JM (2000). *Manual de la vulnerabilidad a la psicopatología: riesgo a lo largo de la vida*. Nueva York: Guilford.
- International Schizophrenia Consortium, Purcell, SM, Wray, NR, Stone, JL, Visscher, PM, O'Donovan, MC, ... Sklar, P. (2009). Common polygenic variation contributes to risk of schizophrenia and bipolar disorder. *Nature*, 460 (7256), 748-52.
- Isohanni, M., Lauronen, E., Moilanen, K., Isohanni, I., Kempainen, L., Koponen, H., ... Murray, G.K. (2005). Predictors of schizophrenia: Evidence from the Northern Finland 1966 Birth Cohort and other sources. *The British Journal of Psychiatry*, 187, 4-7.
- Jablensky AV, Morgan V., Zubrick SR, Bower, C. & Yellachich, LA (2005). Pregnancy, delivery and neonatal complications in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders. *Am J Psychiatry*, 162 (1), 79-91.
- Jacobs N., Kenis G., Peeters F., Derom, C., Vlietinck, R. & van Os, J. (2006). Stress-related negative affectivity and genetically altered serotonin transporter function: evidence of synergism in shaping risk of depression. *Arch Gen Psychiatry*, 63 (9), 989-96.
- Jacobvitz, DB & Bush, NF (1996). Reconstructions of family relationships: Parent-child alliances, personal distress, and self-esteem. *Developmental Psychology*, 32, 732-743.
- Jenner, J. (2008). Positive and useful auditory vocal hallucinations: prevalence, characteristics, attributions, and implications for treatment. *Acta Scand*, 118, 238-245.
- Jenner, J. (2013). Prevalencia, curso y tratamiento de las alucinaciones en la infancia. XVIII Curso anual de Esquizofrenia. *Dialogo interno, alucinaciones y estrategias terapéuticas*. Madrid: ISPS.
- Jiménez, H. y Aldana, E. (1991). Prevalencia de enfermedad mental entre los padres de una muestra de pacientes psidopsiquiátricos. *Rev. Psiq. Inf.*, 2, 116-120.

- Jiménez Pascual, A.M. (2002). Detección y atención precoz de la patología mental en la primera infancia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 22(82), 115-126.
- Johnson, JG, Cohen, P., Chen, H., Kasen, S. & Brook, JS (2006). Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Arch Gen Psychiatry*, 63(5), 579-587.
- Johnson, JG, Cohen, P., Gould, MS, Kasen, S., Brown, J. & Brook, JS (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*, 59 (8), 741-9.
- Johnson, JG, Cohen, P., Kasen, S. & Brook, J. (2008). Psychiatric disorders in adolescence and early adulthood and risk for child-rearing difficulties during middle adulthood. *Journal of Family Issues*, 29(2), 210-233.
- Johnson, JG, Cohen, P., Kasen, S., Ehrensaft, MK & Crawford, TN (2006). Associations of parental personality disorders and axis I disorders with childrearing behavior. *Psychiatry*, 69(4), 336-350.
- Johnson, JG, Cohen, P., Kasen, S., Smailes, E. & Brook JS (2001). Association of maladaptive parental behaviour with psychiatric disorder among parents and their offspring. *Arch Gen Psychiatry*, 58, 453-60.
- Johnson, JG, Smailes, EM, Cohen, P., Brown, J. & Bernstein, DP (2000). Association between four types of childhood neglect and personality disorder symptoms during adolescence and early adulthood: findings of a community-based longitudinal study. *J Personal Disord*, 14 (2), 171-87.
- Jones, P., Murray, R., Rodgers, B. & Marmot, M. (1994). Child developmental risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. *Lancet*, 344, vol.8934, 1398-1402.
- Jones, P.B., Rantakallio, P., Hartikainen, AL, Isohanni, M. & Silipä, P. (1998). Schizophrenia as a long-term outcome of pregnancy, delivery, and perinatal complications: a 28-year follow-up of the 1966 North Finland general population birth cohort. *Am J Psychiatr.*, 155, 355-364.
- Jones, HJ, Stergiakouli, E., Tansey, KE, Hubbard, L., Heron, J.; Cannon, M., ... Zammit, S. (2016). Phenotypic Manifestation of Genetic Risk for Schizophrenia During Adolescence in General Population. *JAMA Psychiatric*, 73(3), 221-228.
- Jonsson, SA (1991). Marriage rate and fertility in cycloid psychosis: comparison with affective disorder, schizophrenia and the general population. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241: 119-25.

- Jonsson, G.K., Bjarkadottir, S.H., Gislason, B., Borrie, A. & Magnusson, M. (2003). Detection of real-time patterns in Sports: Interactions in football. En C. Baudoin (Ed.), *L'éthologie appliquée aujourd'hui, vol.3 – Ethologie humaine*, (pp. 37-45). Levallois-Perret: Editions ED.
- Jonsson, G., Anguera, M.T., Sánchez-Algarra, P., Oliveira, C., Campaniço, J., Castañer, M., et al. (2010). Application of T-Pattern Detection and Analysis in Sport Research. *The Open Sport Science Journal*, 3, 95-104.
- Kaës, R. (1989). El pacto denegativo en los conjuntos transubjetivos. En Missenard (Org.), *Lo negativo. Figuras y modalidades*. Buenos Aires: Amorrourt, 1991.
- Kaës, R. (1993). El sujeto en la hernecia y introducción al concepto de transmisión psíquica en el pensamiento de Freud. En R. Kaës, H., Faimberg, M., Enriquez y J.J., Baranes, *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones*, (pp.3-12). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Kaës, R. (1996). Introducción al concepto de transmisión psíquica en el pensamiento de Freud. En R., Kaës, H., Faimberg, M., Enriquez y J.J., Baranes, *Trasmisión de la vida psíquica entre generaciones*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kagan, J. (2010). The temperamental thread. How genes , culture, time, and luck make us who we are. Trad. Cast. M.V. Rodil. *El temperamento y su trauma. Cómo los genes, la cultura, el tiempo y el azar inciden en nuestra personalidad*. Buenos Aires – Madrid: Katz Editores.
- Kaminsky, KM & Garber, J. (2002). Depressive spectrum disorders in high-risk adolescents: episode duration and predictors of time to recovery. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41 (4), 410-8.
- Karreman, A., van Tuijl, C., van Aken, M.A.G. & Dekovic, M. (2008). Parenting, coparenting and effortful control in preeschoolers. *Journal of Family Psychology*, 22(1), 30-40.
- Katz, J., Petracca, M. & Rabinowitz, J. (2009). A Retrospective Study of Daughters' Emotional Role Reversal with Parents, Attachment Anxiety, Excessive Reassurance-Seeking, and Depressive Symptoms. *Development and Psychology*, 37, 185-195.
- Kauffman, M., Grunebaum, H., Cohler, B. & Gamer, E. (1979). Superkinds: Competent Children of Psychotic Mothers. *Am. J. Psychiatry*, 136(11), 1398-1402.
- Kaufman, J., Yang, BZ, Douglas-Palumberi, H., Houshyar, S., Lipschitz, Krystal, JH, et al. (2004). Social supports and serotonin transporter gene moderate depression in maltreated children. *Proc Natl Acad Sci*, 101 (49), 17316-21.
- Kavanaugh, M.S., Noh, H. & Studer, L. (2015). “It’d be nice if someone asked me how I was doing. Like, ‘cause I will have an answer’”: Exploring support needs of young carers of a parent with Huntington’s disease. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 10(1), 12-25.

- Kendler, KS, Kuhn, JW, Vittum, J., Prescott, CA & Riley, B. (2005). The interaction of stressful life events and a serotonin transporter polymorphism in the prediction of episodes of major depression: a replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62 (5), 529-35.
- Keskinen, E. (2015). *Parental psychosis, risk factors and protective factors for schizophrenia and other psychosis. The Northern Finland Birth Cohort 1966*. Finland: University of Oulu.
- Khashan, A.s., Abel, K.M., McNamee, R., Pedersen, M.G., Webb, R.T., Baker, P.N. ... Mortensen, P.B. (2008). Higher risk of Offspring schizophrenia following antenatal maternal exposure to severe adverse life event. *Archives General of Psychiatry*, 65 (2), 146-152.
- Kim-Cohen, J. (2007). Resilience and developmental psychopathology. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.*, 16 (2), 271-83.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Rutter, M., Thomas, M., Moffit, TE (2006). The caregiving environments provided to children by depressed mothers with or without an antisocial history. *American Journal of Psychiatry*, 163 (6), 1009-18.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Taylor, A., Williams, B., Newcombe, R., Craig, IW, et al. (2006). MAOA, maltreatment and gene-environment interaction predicting children's mental health: new evidence and a meta-analysis. *Mol Psychiatry*, 11, 903-13.
- Kim-Cohen, J., Moffit, TE, Taylor, A., Pawlby, SJ, & Caspi, A. (2005). Maternal depression and children's antisocial behavior: nature and nurture effects. *Arch Gen Psychiatry*, 62 (2), 173-81.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanism. En *Developments in Psychoanalysis* (pp. 292-320). London: Hogart Press, 1952.
- Klein, M. (1952) Some theoretical conclusions regarding the emotional life of the infant. En *Developments in Psychoanalysis*. London: Hogarth Press.
- Klein, DN, Lewinsohn, PM & Rohde, P. (2005). Psychopathology in the adolescent and young adult offspring of a community sample of mothers and fathers with major depression. *Psychol Med*, 35 (3), 353-65.
- Kohut, H. (1978). *La ricerca del Sé*. Bollati Boringhieri: Torino, 1982.
- Kohut, H. (1984). *La cura psicoanalítica*. Bollati Boringhieri: Torino, 1986.
- Kopp, L. & Beauchaine, T. (2007). Patterns of psychopatology in the familias of children with conduct problems, depression, and both psychiatric conditions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 301-312.
- Kotliarenco, M.A., Cáceres, I. y Fontecilla, M. (1996). Resiliencia. Construyendo en la adversidad. Santiago de Chile: Ceanim.

- Kreisman, D.E & Joy, V.D. (1974). Family response of the mental illness of a relative: A review of literature. *Schizophr. Bull.*, 10, 34-57.
- Krippendorff, K. (1980). *Content analysis: en introduction to its methodology*. Beverly Hills: Sage.
- Krippendorff, K. (2004). *Content Analysis. An introduction to its methodology*. California: SAGE Publications.
- Kurstjens, S. & Wolke, D. (2001). Effects of maternal depression on cognitive development of children over the first 7 years of life. *J Child Psychol Psychiatry*, 42 (5), 623-36.
- La Roche, C. (1989). Children of parents with major affective disorders. A review of the past 5 years. *Clin. North. Am.*, 12(4), 919-932.
- Ladd, GW & Troop-Gordon, W. (2003). The role of chronic peer difficulties in the development of children's psychological adjustment problems. *Child Development*, 74(5), 1344-1367.
- Lane A., Byrne, F., Mulvany, A., Kinsella, J.L., Waddington, D., Walsh, C., ... O'Callaghan, E. (1995). Reproductive Behavior in Schizophrenic relative other Mental Disorders: Evidence for Increased Fertility in Men despite Decreased Marital Rate. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 912, 222-228.
- Lardinois, M., Lataster, T., Mengelers, R., van Os, J. & Myin-Germeys, I. (2011). Childhood trauma and increased stress sensitivity in psychosis. *Acta Psychiatr Scand*, 123, 28-35.
- Levobici, S. y Rabain-Levobici, M. (1989). Los niños de familias psicóticas. En *Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, VI*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Lieb, R., Isensee, B., Hofler, M., Pfister, H. & Wittchen, HU (2002). Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Arch Gen Psychiatry*, 59 (4), 365-74.
- Lofland, J. (1976). *Doing social life. The qualitative study of human interaction in natural settings*. New York: Wiley & Sons.
- Lorandos, D., Bernet, W. & Sauber, R.S. (2013). *Parental Alienation: The Handbook for Mental Health and Legal Professionals*. Springfield, Illinois: Charles C Thomas Publisher.
- Luthar, SS. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. En D., Cicchetti & DJ, Cohen (Eds.) *Developmental psychopathology: Risk, disorder and adaptation*, (Vol.3, pp.739-95). Hoboken (NJ): Wiley & Sons. p. 739-95.
- Lydholm, CN, Kohler-Forsberg, O.; Noderntoft, M., Yolken, RH, Mortensen, FB, Petersen, L et al. (2019). Parental infections before, during, and alter pregnancy as risk factors for mental disorders in childhood and adolescence: A Nationwide Danish Study. *Bio Psychiatry*, 85(4), 317-325.

- Madigan, S., Atkinson, L., Laurin, K. & Benoit, D. (2013). Attachment and internalizing behavior in early childhood: a meta-analysis. *Dev Psychol* 49, 672-689.
- Magnusson, M.S. (1996). Hidden real-time patterns in intra-and inter-individual Behavior. *European Journal of Psychological Assessment*, 12(2), 112-123.
- Magnusson, M.S. (2000). Discovering hidden time patterns in behavior: T-patterns and their detection. *Behavior Research Methods, Instruments & Computers*, 32(1), 93-110.
- Magnusson, M.S. (2006). Structure and Communications in Interaction. En G. Riva, M.T. Anguera, B.K. Wiederhold & F. Mantovani (Eds.), *From Communication to Presence: Cognition, Emotions and Culture Towards the Ultimate Communicative Experience*, (pp.127-146). Amsterdam: IOS Press.
- Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized-disoriented attachment pattern. En T.B. Brazelton & M. Yogman: *Affective Development in Infancy*. Norwood: Ablex.
- Malaspina, D., Harlap, S., Fennig, S., Heiman, D., Nahon, D., Feldman, D., et al. (2001). Advancing paternal age and risk of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 58, 361-367.
- Malaspina, D., Perrin, M., Kleinhaus, KR, Opler, M. & Harlap, S. (2008). Growth and schizophrenia: aetiology, epidemiology and epigenetics. *Novartis Found Symp.*, 289, 196-203.
- Marmorstein, NR & Iacono, WG. (2004). Major depression and conduct disorder in youth: association with parental psychopathology and parent-child conflict. *J Child Psychol Psychiatry*, 45 (2), 377-86.
- Marmorstein, NR, Malone, SM & Iacono, WG. (2004). Psychiatric disorders among offspring of depressed mothers: association with paternal psychopathology. *Am J Psychiatry*, 161(9), 1588-94.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del Apego. Un enfoque actual*. Madrid: Editorial Psimática.
- Martel, MM, Pan, PM, Hoffman, MS, Gadelha, A, do Rosario, MC, Mari JJ ... Salum, GA (2017). A general psychopathology factor (P factor) in children: Structural model analysis and external validation through familial risk and child global executive function. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(1), 137-148.
- Martínez del Pozo, M. (1992). *Análisis del "proceso de elaboración del duelo" en hipertenso esencial: Estudio empírico de sus fases mediante observación sistemática*. Tesis Doctoral no publicada. Barcelona. Universidad de Barcelona.

- Masten, AS & Coatsworth, JD (1995). Competence, resilience and psychopathology. En D., Cicchetti, & DJ, Cohen (Eds.). *Developmental psychopathology: Risk, disorder and adaptation*, Vol.2, (pp.715-52). New York: Wiley.
- Masten, A.S. (2001). Ordinary Magic: Resilience process in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Mateu Serra, M. (2010). *Observación y análisis de la expresión motriz escénica. Estudio de la lógica interna de los espectáculos artísticos profesionales: Cirque du Soleil (1986-2005)*. Tesis Doctoral. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Mattejat, F., Wuthrich, C. & Remschmidt, H. (2000). Children of Mentally Ill Parents. Research perspectives exemplified by children of depressed parents. *Nervenartz*, 71(3), 164-172.
- Mayer, J.D., Salovey, P. & Caruso, D.R. (2001). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 29,6.
- Maysel, O., Bartholomew, K., Henderson, A. & Trinke, S. (2004). "I was more her mom than she was mine". Role reversal in a community sample. *Family Relations*, 53, 78-86.
- Montani, S. (1992) Genitorialità e disturbo bipolare: quale impatto sullo sviluppo dei figli. Una review. Tesi di Laurea. Milano: Università degli Studi di Milano Bicocca.
- Montoya Zuluaga, D.M., Castaño Hincapié, N. y Moreno Carmona, N. (2016). Enfrentando la ausencia de los padres: recursos psicosociales y construcción del bienestar. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 7(1), 181-200.
- Morales-Sánchez, V., Pérez-López, R y Anguera, M.T. (2014). Tratamiento metodológico de la observación indirecta en la gestión de las organizaciones deportivas. *Revista de Psicología del Deporte*, 23(1), 201-217.
- Morales, N., Tizón, J.L, Cabré, V. y Artigue, J., (2012). Estudio de la calidad de la vida en pacientes con psicosis incipiente. *Rev.Asoc.Esp.Neuropsiq*, 32 (116), 723-738.
- Mordoch, E. & Hall, W. (2002). Children living with a parent who has a mental illness: A critical analysis of the literature and research implications. *Arch Psychiatr Nurs*, 16, 208-216.
- Mordoch, E. & Hall, W. (2008). Children's perceptions of living with parents with a mental illness: Finding the rhythm and maintaining the frame. *Qualitative Health Research*, 18, 1127-1244.
- Moss, H.B., Lynch, K.G., Hardie, T.L. & Baron, D. (2002). Family Functioning and Peer Affiliation in Children of Fathers with Antisocial Personality Disorder and Substance Dependence: Associations with Problem Behaviors. *American Journal of Psychiatry*, 159(4), 607-614.

- Mowbray, C.T, Oyserman, D., Bybee, D. & MacFarlane (2002). Parenting of Mather's with serious mental illness: Differential effects of diagnosis, clinical history and other mental health variables. *Social Work Research*, 26, 225-240.
- Mucchielli, R. (1977). *L'analyse de contenu des documents et des communications*. Paris: ESF.
- Müller, A.d., Gjode, I.T., Eigil, M.S., Busck, H., Bonne, M., Nordentoft, M. & Thorup, A.E. (2019). VIA Family- a family based early intervention versus treatment as usual for familial high-risk children: a study protocol for a randomized clinical trial. *Trials Journal*. 20(112). Doi:101186/S130630193191.
- Murphy, G., Peters, K., Wilkes, L.M. & Jackson, D. (2016). Adult Children of Parents with Mental Illness: Losing Oneself. Who am I?. *Issues in Mental Health Nursing*, 37 (9), 668-673.
- Murray, RM, Sham, P., Van Os, J., Zanelli, J., Cannon, M & McDonald, C. (2004). A developmental model for similarities and disimilarities between schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr Res*, 71 (2-3), 405-16.
- Namakforoosh, M.N. (2005). *Metodología de la investigación*. México: Limusa.
- Need, AC, Weale, ME, Maia, J., Feng, S., Heinzen, EL, Shianna, KV, ... Goldstein, DB (2009). A Genome-wide Investigation of SNPs and CNVs in Schizophrenia. *Plos Genet*, 5(3). Doi: 10.1371/annotation/e0196ebb-de40-453f-8f8c-791b126618da.
- Nicholson, J., Biebl, K., Hinden, B., Henry, A. & Stier, L. (2001). *Critical issues for parents with mental illness and their families*. Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental health service Administration.
- Niemi, LT, Suvisaari, JM, Haukka, JK & Lönnqvist, JK (2005). Childhood predictors of future psychiatric morbidity in offspring of Mather's with psychotic disorder: results from the Helsinki High-Risk Study. *Br J Psychiatry* 186, 108-114.
- Nilsson, K., Sjoberg, R., Damberg, M., Leppert, J., Ohrvik, J., Alm, PO, ... Orelund, L. (2005). Role of monoamine oxidase A genotype and psychosocial factors in male adolescent criminal activity. *Biol psychiatry*, 59, 121-7.
- Nomura, Y., Wickramaratne, P., Warner, V., Mufson, L. & Weissman, MM (2002). Family discord, parental depression and psychopathology in offspring: ten-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41 (4), 402-9.
- Nordhal, H., Ingul, J., Nordvick, H. & Wells, A. (2007). Does maternal psychopathology discriminate between children with DSM-IV generalizad anxiety disorder or oppositional desafiant disorder? The predictive validity of maternal axis I and axis II psychopathology. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16, 87-95.

- Oliverio, A. (2011). *Geni o ambiente? I gemelli rispondono*. Recuperato de www.larepubblica.it/archivio/repubblica/2011/03/01/geni-ambiemnte-gemelli-rispondono
- Olson, S.L., Sameroff, A.J., Kerr, D.C.R., Lopez, N. & Wellman, H.D (2005). Developmental foundations of externalizing problems in young children: The role of effortful control. *Development and Psychopathology*, 17, 25-45.
- OMS (2005). *Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Ginebra: Organización mundial de la salud.
- Ortega, R. y Del Rey, R. (2003). *La violencia escolar. Estrategias de prevención*. Barcelona: Graó.
- Orvaschel, H. (1990). Tratamos Psiquiatria de inicio en niños de alto riesgo y movilidad familiar aumentada. *J. Am. Acad. Child. Adolesc*, 29, 184-188.
- Ostler, T. (2010). Assesing parenting risk within the contexto f severe and persistent mental illness: validating an observational measure for familias with protective service involvment. *Infant Mental Journal*, 31, 467-485.
- Oyserman, D., Mowrbray, CT, Meares, PA & Firminger, KB (2000). Parenting among mothers with serious mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70 (3), 296-315.
- Paksarian, D., Eaton, W.W., Mortensen, P.B., Merikangas, K.R. & Pedersen, C.B. (2015). A population-based study of the risk of schizophrenia and bipolar disorder associated with parent-child separation during development. *Psychological Medicine*, 45(13), 2825-2837.
- Papa, A., Lancaster, N.G. & Kahler, J. (2014). Commonalities in grief responding across bereavement and non-bereavement losses. *Journal of Affective Disorders*, 161, 136–143.
- Patrick, P.M., Reupert, A.A. & McLean, L.A. (2019). “We Are More Than Our Parents’ Mental Illness”: Narratives from Adult Children. *Int J Environ Res Public Health*, 16(5): 839. doi:10.3390/ijerph16050839.
- Patton, M.Q. (1980). *Qualitative evaluation methods*. Beverly Hills: Sage.
- Pedersen, CB & Mortensen, PB (2001). Family history, place and season of birth as risk factors for schizophrenia in Denmark: a replication and reanalysis. *British Journal of Psychiatry*, 179, 46-52.
- Peh, O., Rapisarda, A. & Lee, J. (2019). Childhood adversities in people at ultra-high risk (UHR) for psychosis: a sistematic review and meta-analysis. *Psychol Med.*,8, 1-33. doi:10.1017/S033291718394.
- Pereira, C.R. (2016). *Factores de riesgo para el diagnóstico de trastorno mental en edad escolar*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Comptulense de Madrid.

- Persson-Blennow, I., Näslund, B., McNeil, T. & Kaij, L. (1986). Offspring of women with nonorganic psychosis: mother-infant interaction at three-and-a-half and six months age. *Acta Psychiatrica Scand* 73, 207-213.
- Pfiffner, L., McBurnett, K., Lahey, B., Loeber, R., Green, S., Frick, P. & Rathouz, P. (1999). Association of parental psychopathology to the comorbid disorders of boys with attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 881-893.
- Piaget, J. (1975). *Psicología del niño*. Madrid: Ed. Morata.
- Pilowsky, DJ, Wickramaratne, P., Nomura, Y. & Weissman, M. (2006). Family discord, parental depression and psychopathology in offspring: 20-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45 (4), 452-60.
- Pilowsky, DJ, Wickramaratne, PJ, Rush, AJ, Hughes, CW, Garber, J., Malloy, E., ... Weissman, MM (2006). Children of currently depressed mothers: a STAR*D ancillary study. *J Clin Psychiatry*, 67 (1), 126-136.
- Plumed Domingo, J., Pérez Prieto, F., Llorens Rodríguez, P. Y Selva Vera, G. (1997). Esquizofrenia, estados esquizotípicos y trastornos delirantes. En S. Cervera Enguix, V. Conde López, A. Espino Granado, J. Giner Ubago, C. Leal Cercós, F. Torres González (Eds.), *Manual del Residente de Psiquiatria*. Madrid: Ed. Smithkline-Beecham.
- Podestá; L., Alarcón, AM, Muñoz; S. Legüe, M., Bustos, L. & Barría, M. (2013). Alteración del desarrollo psicomotor en hijos de mujeres con depresión postparto da la ciudad de Valdivia-Chile. *Revista medica de Chile*, 141 (4), 464-470.
- Podoreffsky, DL, McDonald-Dowdell, M. & Beardslee, WR (2001). Adaptation of preventive interventions for low-income culturally diverse community. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(8), 879-886.
- Ponce de León, E. (2005). Trauma, tánatos y transmisión transgeneracional. *Revista de Psicoanálisis*, LXII, 2, 399-406.
- Prerost, F.J. & Song, S. (2012). Bipolar Spectrum Disorders and Self-Concept among Males and Females with Parenting Roles. *Psychology*, 3, 364-369.
- Procaccia, R. (2005). Disturbi psichiatrici nei genitori e violenza all'infanzia. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 17(2), 73-98.
- Purper-Ouakil, D., Michel, G. & Mouren-Simeoni, MC. (2002). Vulnerability to depression in children and adolescent: update and perspective. *Encephale*, 28(3), 234-240.
- Ramos R., Nuñez, M., Piñero, S., Mella, S., García-Luengo, S., Currás, M. y Viz, M.C. (2016). Maternidad y trastorno mental grave. *Norte de Salud Mental*, 14(55), 55-65.

- Rapoport, J., Giedd, J. & Gogtay, N. (2012). Neurodevelopmental modelo f schizophrenia: update 2012. *Molecular Psychiatry* 17, 1228-1232.
- Rasic, D., Hajek, T., Alda, M. & Uher, R. (2014). Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a meta-analysis of family high-risk studies. *Schizophr Bull* 40, 28-38.
- Raymond, M.E., Slaby, A.E. & Lieb, J. (1975). Familial response to mental illness. *Soc. Case Work*, 56, 492-498.
- Raznoszczyk Schejtman, C. (2011). Transmisión transgeneracional y la clinica de niños. La herencia psicótica: ¿inscripción o destino?. *Revista de Psicoterapia Psiconalítica*, tomo VII, 57-71.
- Read, J., Perry, B.D., Mosokowitz, A. & Connolly, J. (2001). A traumagenic neurodevelopmental modelo f schizophrenia. *Psychiatry Interpersonal Biology Process*, 64, 319-345.
- Read, J, Van Os, J., Morrison, AP & Ross, C. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr Scand*, 112, 330-50.
- Reder, P., Duncan, S. & Lucey, C. (2003). *Studies in the assessment of parenting*. Hove: Brunner-Routledge.
- Reedtz, C., Lauritzen, C., Stover, Y.V., Freili, J.L. & Rognmo, K. (2018). Identification of Children of Parents with Mental Illness: A Necessity to Provide Relevant Support. *Front Psychiatry*, 9(728). doi:10.3389/FPSYT.2018.00728.
- Ribé, Pérez-Testor, C., & Salamero, M. (2014). *El cuidador principal del paciente con esquizofrenia. Calidad de vida, carga del cuidador, apoyo social y profesional*. Tesis Doctoral. Barcelona: Universidad Ramon Llull.
- Riches, S., Areneault, L., Bagher-Niakan, R., Alsultan, M., Crush, E. & Fisher, E.L. (2018). Protective factors for early psychotic phenomena among children of mothers with psychosis. *Front Psychiatry*, 9. doi: 10.3389/fpsy.2018.00750.
- Romani, O. (2013). *Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*. Tarragona: Publicaciones URV.
- Ross, RG & Compagnosn, N. (2001). Diagnosis and treatment of psychiatric disorders in children with a schizophrenic parent. *Schizophrenia Research*, 50 (1-2), 121-9.
- Rutter, M. (1984). *Child and Adolescents Psychiatry*. London: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistente to psychiatric disorders. *Brit. J. Psych.*, 147, 598-561.

- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanism. *American Journal Orthopsychiatry*, 3, 60-65.
- Rutter, M. (1994). Family discord and conduct disorder: cause, consequence or correlate? *Journal of Family Psychology*, 8, 170-186.
- Rutter, M. (1995). Clinical implications of attachment concepts: Retrospect and prospect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 549-571.
- Rutter, M. (1999). Resilience Concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.
- Rutter, M., Pickles, A. & Murray, R. (2001). Testing hypotheses on specific environmental casual effects on behaviour. *Psychol Bull*, 127 (3), 129-324.
- Rutter, M. & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: effect on children. *Psychological Medicine*, 14, 853-880.
- Sabariego, M, Dorio, I. y Massot, M.I. (2009). Estrategias de recogida y análisis de la información. En R.C. Bisquerra (Coord.), *Metodología de la Investigación Educativa* (pp.293-328). Madrid: La Muralla.
- Sackett, G.P. (1979). The lag sequential analysis of Contingency and Cyclicity in Behavioral interaction research. In J.D. Osofsky (Eds.), *Handbook of Infant Development* (pp.623-649). New York: Wiley.
- Sackett, G.P. (1980). Lag Sequential Analysis as a data Reduction Technique in Social Interaction Research. En D.B. Sawin, R.C. Hawkins, L.O. Walker & J.H. Penticuff (Eds.), *Exceptional infant. Psychosocial risks in infant-environment transactions* (pp.300-340). New York: Brunner/Mazel.
- Salinger, J.M, O'Brien, M.P., Miklowitz, D.J.; Marvin, S.E. & Cannon, T.D. (2018). Family communication with teens at clinical high-risk for psychosis or bipolar disorder. *Journal of Family Psychology*, 32(4), 507-516.
- Sameroff, A. (2006). Identifying risk and protective factors for healthy child development. In A. Clarke-Stewart & J. Dunn (Eds.), *Families count: Effect on child and adolescent development*, pp. 53-76. New York: Cambridge University Press.
- Sameroff, A.J. & Chandler, M.J. (1975) Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F.D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek & G. Siegel (Eds.) *Review of child development research*, 4, pp.187-244. Chicago: University of Chicago Press.
- Sánchez del Hoyo, P. y Sanz Rodríguez, L.J. (2004). Hijos de padres psicóticos. Revisión bibliográfica: implicaciones preventivas, de apoyo y terapéuticas. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 4, 99-107.

- Sánchez del Hoyo, P. y Sanz Rodríguez, L.J. (2005). Abordaje psicoterapéutico en hijos de padres con trastornos mentales graves: A propósito de un caso. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol. XXV*, 95, 151-165.
- Sandler, I., Ayers, T. y Dawson-McClure, S. (2005). Enfrentando la desintegración familiar: divorcio y duelo. En C. Hosman, E. Jané-Llopis, S. Saxena eds. *Intervenciones efectivas y opciones políticas*. Oxford: Oxford University Press.
- Sattler, J. (2008). *Evaluación infantil: Aplicaciones conductuales, sociales y clínicas*. Volumen II. 5ª ed. México: Manual Moderno.
- Sattler, J. (2009). *Evaluación infantil: Fundamentos cognitivos*, vol.1. México: Manual Moderno.
- Schubert, EW & McNeil, TF. (2003). Prospective study of adult mental disturbance in offspring of women with psychosis. *Arch Gen Psychiatry*, 60 (5), 473-80.
- Schubert, EW, McNeil, TF. (2004). Prospective study of neurological abnormalities in offspring of women with psychosis: birth to adulthood. *Am J Psychiatry*, 161(6), 1030-7.
- Schulz, R. & Sherwood, P.R. (2008). Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving. *J Soc Work Educ.*, 44(3), 105-13.
- Scott, J.G. (2016). Childhood antecedents of schizophrenia: Will understanding aetiopathogenesis result in schizophrenia prevention?. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(4), 493-495.
- Segal, H. (1957). Notes on symbol formation. *International Journal of Psychoanalysis*, 38, 391-397.
- Segal, H. (1982). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires: Paidós.
- Segal, J. (2004). *Melanie Klein*. London: Sage.
- Shevlin, M., Houston, J., Doarhy, M. & Adamson, G. (2008). Cumulative Traumas and Psychosis: an Analysis of the National Comorbidity Survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 1, 193-199.
- Shi, J., Levinson, DF, Duan, J., Sanders, AR, Zheng, Y., Dudbridge, F., ... Gejman, PV (2009). Common variants on chromosome 6p22.1 are associated with schizophrenia, *Nature*, 460 (7256), 753-7.
- Sidnell, J. & Stivers, T. (Eds.) (2013). *The Handbook of Conversation Analysis*. New York: Wiley and Sons.
- Simko, T. (2003). *Attachment, social support competencias, and vulnerability to affective, symptomatology among adolescent Offspring of bipolar disordered parents*. Dissertation, University of Alabama.

- Singer, J., Tang, S. & Berelowitz, M. (2000). Needs assessment in the children of parents with major psychiatric illness. En P., Reder, M., McClure, A., Jolley, (Eds.). *Family matters: Interface between child and adult mental health*. London: Routledge.
- Sipos, A., Rasmussen, F., Harrison, G., Tynelius, P., Lewis, G., Leon, DA, et al. (2004). Parental age and schizophrenia: a population based cohorte study. *BMJ* 329(7474). Doi: 101136/bmj.38243.672396.55.
- Solantaus-Simula, T., Punamak, RL. & Beardslee, WR (2002). Children's responses to low parental mood. II: Associations with family perceptions of parenting styles and child distress. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41(3), 287-295. *controlla secondo ap dopo – e et al. En texto.
- Solantaus, T. (2009). *Effective Child and Family Programme*. EUFAMI Conference, 26-27.11.2009, Vilnius.
- Sorensen, H., Mortensen, E., Schiffman, J., Reinisch, J., Maeda, J. & Mednick, S.A. (2010). Early developmental Milestone and risk of schizophrenia: a 45-year follow-up of Copenhagen Perinatal Cohort. *Schizophrenia Research*, 118 (1-3), 41-47.
- Soutullo, C. & Mardomingo, M.J. (2009). *Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente*. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2010.
- Sozzi, L., Blanqué, JM & Pérez-Testor, C. (2015). Trauma y abuso: reflexiones acerca del origen traumatico de la agrasividad a partir de una experiencia clinica. *Intercanvis*, 34, 95-109.
- Spauwen, J., Krabbendam, L., Lieb, R., Wittchen, HU, van Os, J. (2004). Early maternal stress and health behaviours, and offspring expression of psychosis in adolescence. *Acta Psychiatr Scand*, 110 (5), 356-64.
- Spillius, E.B., Milton, J., Garvey, P., Couve, C. & Steiner, D. (2011). *The New Dictionary of Kleinian Thought*. London & New York: Routledge.
- Sroufe, L.A. & Ward, M.J. (1980). Seductive behavior of mothers of toddlers: Occurrence, correlatos, and family origins. *Child Development*, 51, 1222-1229.
- Stastny, P. Perlick, D. & Zeavin, L. (1984). Early parental absence as an indicatore of course and outcome in chronic schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 140(2), 294-296.
- Stefansson, H., Ophoff, RA, Steinberg, S., Andreassen, OA, Cichon, S., Rujescu, D., ... Collier, DA (2009). Common variants conferring risk of schizophrenia. *Nature*, 460 (7256), 744-7.
- Stern, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Sullivan, H.S. (1953). *La Teoría Interpersonal de la Psiquiatría*. New York: Norton.
- Sullivan, S.A., Hollen, L., Wren, Y., Thompson, A.D., Lewis, G. & Zammit, S. (2016). A longitudinal investigation of childhood communication ability and adolescent psychotic

- experiences in a community sample. *Schizophrenia Research*, 173(1-2), 54-61.
- Tannenbaum, L. & Forehand, R. (1994). Maternal depressive mood: The role of the father in preventing adolescent problema behaviours. *Behav. Res.her*, 32(3), 321-325.
- Tashakkori, A. & Creswell, J.W. (2007). The new era of mixed methods. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 3-7. doi:10.1177/2345678906293042.
- Tashakkori, A. & Creswell, J.W. (2008). Mixed methodology across disciplines. *Journal of Mixed Methods Research*, 2(1), 3-6. doi: 10.1177/1558689807309913.
- Teddlie, C. & Tashakkori, A. (2006). A general typology in research designs featruring mixed methods. *Research in the Schools*, 13(1), 12-28.
- Thorup, A.A.E., Hemager, N., Sondergaard, A., Gregersen, M., Prosch, A.K., Krantz, M.F., ... Nordentoft, M. (2018). The Danish High Risk and Resilience Study-VIA11: Study Protocol for the First Follow-Up of the VIA 7 Cohort-522 Children Born to Parents with Schizophrenia Spectrum Disorders and Controls Being Re-examined for the First Time at Age 11. *Front Psychiatry*, 9(661). doi: 1038/fpsy.2018.00661.
- Thorup, A.A.E., Jepsen, J.R., Ellersgaard, D.V., Burton, B.K., Christiani, C.J., Hemager, N. ... Nordentoft, M. (2015). The Danish High Risk and Resilience Study - VIA 7 - A cohort study if 520 7-year-old children born of parents diagnosed with either schizophrenia, bipolar disorder neither of these two mental disorders. *BMC Psychiatry*, 15 (233). doi: 101186/s1288801506165.
- Tienari, P., Lyman, W.C., Sorri, A., Lathi, I., Lasky, K., Moring, J., ...Wahlberg, K. (2004). Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder: Long-term follow-up study of Finnish adoptees. *The British Journal of Psychiatry*, 184(3), 216-222.
- Tisseron, S. (1997). El psicoanálisis ante la prueba de las generaciones. En S., Tisseron, M., Torok, N., Rand, C., Nachin, P., Hacet, J.C. Rouchy, El psiquismo ante la prueba de las generaciones, (pp. 11-31). Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Tizón, J.L., Eddy, L., Ibáñez, M., Parra, B., Torregrosa, M., De Muga, L., ... Rosillo, G. (2008). Salut Mental infanto-juvenil. En B. Prats, R. Prats, A. Plasència, E. De Frutos y A. Colet (Comp.). *Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica: Infància amb salut*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, pp.127-148.
- Tizón, J.L., Parra, B., Artigue, J., Pareja, F., Pérez, C., Fernando, J., ... Sorribes, M. (2006). Hijos de pacientes psicóticos en el proyecto SASPE: investigar para cuidar un futuro comprometido. *Archivos de Psiquiatría*, 69(1), 59-80.
- Trotta, A., Murray, R.M., David, A.S., Kolliakou, A., O'Connor, J., Di Forti, M., ... Fisher, H.L. (2016). Impact of different childhood adversities on 1-year outcomes of psychotic disorder in

- the genetics and psychosis study. *Schizophrenia Bulletin*, 42(2), 464-475.
- Tyson, P. (2005). Affects, agency and self-regulation: complexity in the treatment of children with anxiety and disruptive behavior disorders. *J Am Psychoanal. Assoc.*, 53(1), 159-187.
- Uher, R. (2014). Gene-environment interactions in severe mental illness. *Frontiers in Psychiatry*, 5: 48.
- Ungar, M. (2004). The importance of parents and other caregivers to the resilience of high risk adolescents. *Fam Process*, 43 (1), 23-41.
- Vaimbreg, R. (2010). *Psicoterapias tecnológicamente mediadas (PTM). Estudios de procesos y microprocesos a partir de participación online*. Tesis Doctoral. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Vaimberg, R. (2012). *Psicoterapia de grupo, psicoterapia de grupo online: teoría, técnica e investigación*. Barcelona: Octaedro.
- Van den Bergh, BRH & Marcoen, A. (2004). High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems and anxiety in 8- and 9-year-olds. *Child Dev*, 75 (4), 1085-97.
- van Ijzendoorn, M. (2005). El Apego durante los Primeros Años (0-5) y su Impacto en el Desarrollo Infantil. En RE, Tremblay, M. Boivin, RDeV Peters y van Ijzendoorn (Eds.), *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia* [versión electrónica]. Recuperado de <http://www.encyclopedia-infantes.com/apego/según-los-expertos/el-apego-durante-primeros-anos-0-5-y-su-impacto-en-el-desarrollo>.
- Van Loon, L.M., Van de Ven, M.O., Van Doesum, K.T., Witteman, C.L. & Hosman, C.M. (2014). The relation between parental mental illness and adolescent mental health: the role of family factors. *Journal of Child and Family Studies*, 23(7), 1201-1204.
- Varese, F., Smeets, M., Drukker, R., Lieveise, T. & Viechtbauer, W. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull*, 38, 661-671.
- Venturella, M. (2016). *Autismo, un hermano, otros hermanos, un grupo. Estudio observacional del proceso de un grupo de niños con hermanos diagnosticados de Trastorno del Espectro Autista (TEA)*. Tesis Doctoral. Barcelona: Universitat Ramon Llull.
- Viloria, C.A. y González, A.F. (2016). Las prácticas de crianza de los padres: su influencia en las nuevas problemáticas en la primera infancia. *Revista nacional e internacional de educación inclusiva*, 9(1), 30-42.
- Vivanco, G. & Grandón P. (2016). Experiencias de haber crecido con un padre/madre con trastorno mental severo (TMS). *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 54 (3), 176-186.

- Waissman, M.M., Leckman, J.F., Merikangas, K.R., Gammon, G.D. & Prusoff, B.A. (1984). Depression and anxiety disorders in parents and children. Results from the Yale family study. *Archives of General Psychiatry*, 41, 845-852.
- Walker, J., Curtis, V., Shaw, P. & Murray, RM (2002). Schizophrenia and bipolar disorder are distinguished mainly by differences in neurodevelopment. *Neurotox Res.*, 4 (5-6), 427-36.
- Wardle, M., Cederbaum, K. y de Wit, H. (2011). Quantifying talk: developing reliable measures of verbal productivity. *Behavior Research*, 43, 168-178.
- Weick, K.E. (1968). Systematic observation techniques. En G. Lindzey & E. Aronson (Hrsg), *Handbook of Social Psychology*, 2, pp.357-451.
- Weintraub, S. (1987). Risk factors in schizophrenia: The Story Book High Risk Project. En *Schizophrenia Bull*, 13, pp.439-450.
- Weissman, MM & Jensen, P. (2002). What research suggests for depressed women with children. *J Clin Psychiatry*, 63 (7), 641-7.
- Weissman, MM, Pilowsky, DJ, Wickramaratne, PJ, Talati, A., Wisniewski, SR, Fava, M, ... STAR*D-Child Team (2006). Remissions in maternal depression and child psychopathology: a STAR*D-child report. *JAMA*, 295(12), 1389-98.
- Weissman, MM, Warner, V., Wickramaratne, PJ, Moreau, D. & Olfson, M. (1997). Offspring of depressed parents. 10 Years later. *Arch Gen Psychiatry*, 55 (10), 932-940.
- Weissman, MM, Wickramaratne, P., Gameraoff, MJ; Warner, V., Pilowsky D, Kohad, RG ... Talati, A. (2016). Offspring of Depressed Parents: 30 Years Later. *American Journal of Psychiatry*, 173, 1024-1032.
- Weissman, MM, Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V, Verdelli, H., Pilowsky, MD, ... Bruder, G. (2005). Families at high and low risk for depression: a 3 generation study. *Arch Gen Psychiatry*, 62 (1), 29-36.
- Welham, J., Isohanni, M., Jones, P. & McGrath, J. (2009). The antecedents of schizophrenia: a review of birth cohort studies. *Schizophr Bull*, 35, 603-623.
- Wells, M. & Jones, R. (2000). Childhood parentification and shame-proneness: A preliminary study. *American Journal of Family Therapy*, 28, 19-27.
- Werba, A. (2002). Transmisión entre generaciones. Los secretos y los duelos ancestrales. *Revista de Psicoanálisis de APdeBA*, Vol. 24, (1-2), 295-313.
- White, C., Nicholson, J., Sher, WH & Geller, JI, (1995). Mothers with Severe Mental Illness caring for Children. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 33, 398-403.
- Wicks, S., Hjern, A. & Dalman, C. (2010). Social risk of genetic liability for psychosis? A study of children born en Sweden and reared by adoptive parents. *Am J Psychiatry*, 167 (10), 1240-6.

- Widom, CS & Brzustowicz, LM. (2006). MAOA and the “Cycle of Violence”: childhood abuse and neglect, MAOA genotype and risk for violence and antisocial behaviour. *Bio Psychiatry*, 60, 684-9.
- Wilson, L. & Crowe, M. (2009). Parenting with a diagnosis bipolar disorder. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 877-884.
- Winnicott, DW (1959). The effect of psychotic parents on the emocional development of the child. Lecture of the British Association of Psychiatric Social Workers. Published in *British Journal of Psychiatric Social Work*, vol.6 (1), 1961.
- Winnicott, DW (1960). Teoria de las relaciones entre padres e hijos. En: *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós, 1992.
- Winnicott, DW (1962). La teoria del rapporto infante-genitore. In *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando Editore, 1974.
- Winnicott, DW (1963). El miedo del derrumbe. En *Exploraciones psicoanalíticas*, vol.1, Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, DW (1967). La funzione di specchio della madre e della famiglia nello sviluppo infantile. In *Gioco e Realtá*. Armando: Roma. .
- Winnicott (1971). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa, 1992.
- Winnicott, DW (1981). *El proceso de maduración del niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Barcelona: Laia.
- Wolcott, H.F. (2009). *Writing up qualitative research*. Los Angeles, CA: Sage.
- Woodward, LJ & Fergusson, DM (2000). Childhood peer relationship problems and later risks of educational under-achievement and unemployment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(2), 191-201.
- World Health Organisation (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf.
- Wynne, LC, Tienari, P., Sorri, A., Lahti, I., Moring, J. & Wahlberg, KE (2006). I Genotype-environment interaction in the schizophrenic spectrum: qualitative observations. *Fam. Process*, 45 (4), 419-34.
- Yamamoto, R. & Keog, B. (2018). Children’s experiences of living with a parent with mental illness: A systematic review of qualitative studies using thematic analysis. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 25(2): 131-141.

- Young, SE, Smolen, A., Hewitt, JK, Haberstick, BC, Stallings, MC, Corley, RP, et al. (2005). Interaction between MAO-A genotype and maltreatment in risk for conduct disorder: failure to confirm in adolescent patients. *Am J Psychiatry*, 163 (6), 1019-25.
- Yung, AR, Phillips, LJ, Yuen, HP, Francey, SM, McFarlane, CA, Hallgren, M. & McGorry (2003). Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk (“prodromal”) group. *Schizophr Res*, 60 (1), 21-32.
- Yung, AR, Phillips, LJ, Yuen, HP & McGorry, PD (2004). Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: Psychopathology and clinical features. *Schizophr Res*, 67 (2-3), 131-42.
- Zabala, I. y Manzano, J. (1993). Psicopatología durante la infancia en un grupo de adultos esquizofrénicos. *Informaciones Psiquiátricas*, 134, vol. 4, 381-387.
- Zammit, S., Allebeck, P., Dalman, C., Lundberg, I., Hemmingson, T., Owen, MJ, et al. (2003). Parental age and risk for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 183, 405-408.
- Zappitelli, MC, Bordin, IA, Hatch, JP, Caetano, SC, Zunta-Soares, G., Olvera, RL & Soares, JC (2011). Lifetime psychopathology among the offspring of Bipolar I parents. *Clinics (Sao Paulo)*, 66(5), 725-30.
- Zemenuck, J., Rogosch, FA & Mowbray, CT (1995). The seriously mentally ill women in the role of parent. Characteristics. Parenting sensitivity, and needs. *Psychological Rehabilitation Journal*, 18 (3), 77-92.

ANEXOS

10.1 Consentimiento Informado



Serveis de Salut Mental
EAM - UPPA - UPPIJ
 pg. Montjuïc, 18 – 08004 Barcelona
 tel. 93 324 81 13 - fax: 93 324 81 06
salutmental@fhsperclair.org
www.fhsperclair.org



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



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre y Apellidos: _____

Sant Pere Claver - Fundació Sanitària me ha solicitado participar en el estudio de investigación sobre "Estudio Psicopatológico de los hijos de pacientes con TMS".

Antes de firmar este consentimiento he sido informado/a por:

Sr./Sra. _____

Sobre este estudio, su objetivo científico y la metodología que se utiliza.

Tengo conocimiento que solamente he de contestar a unas preguntas y unos cuestionarios de manera anónima y que los datos del estudio son experimentales y por tanto en ningún caso podrán ser utilizados con ninguna otra finalidad que no sea la evaluación y investigación de estos tipos de intervenciones terapéuticas.

Mi participación es totalmente voluntaria y puedo retirarme del estudio en cualquier momento sin la necesidad de dar explicaciones. La negativa a participar en la investigación no tendrá ninguna repercusión sobre mi tratamiento, y en cualquier caso, participe o no en ella, seguiré recibiendo las visitas habituales.

Siguiendo la normativa de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales 15/99 (LOPD), toda la información que se obtenga será tratada de forma confidencial y mis datos solamente podrán ser utilizados a efectos de este estudio. Solamente podrán tener acceso a ellos los profesionales responsables de mi atención, y me reservo la posibilidad de ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y de oposición, dentro del ámbito de la ley mencionada.

Por tanto doy mi consentimiento para participar en este estudio de forma libre y voluntaria. Doy mi consentimiento a la grabación de las entrevistas y doy mi consentimiento para la participación en este estudio de mi/s hijo/s y al tratamiento de sus datos. Declaro que he sido informado, que han respondido a mis dudas y preguntas y que he recibido una copia de este documento.

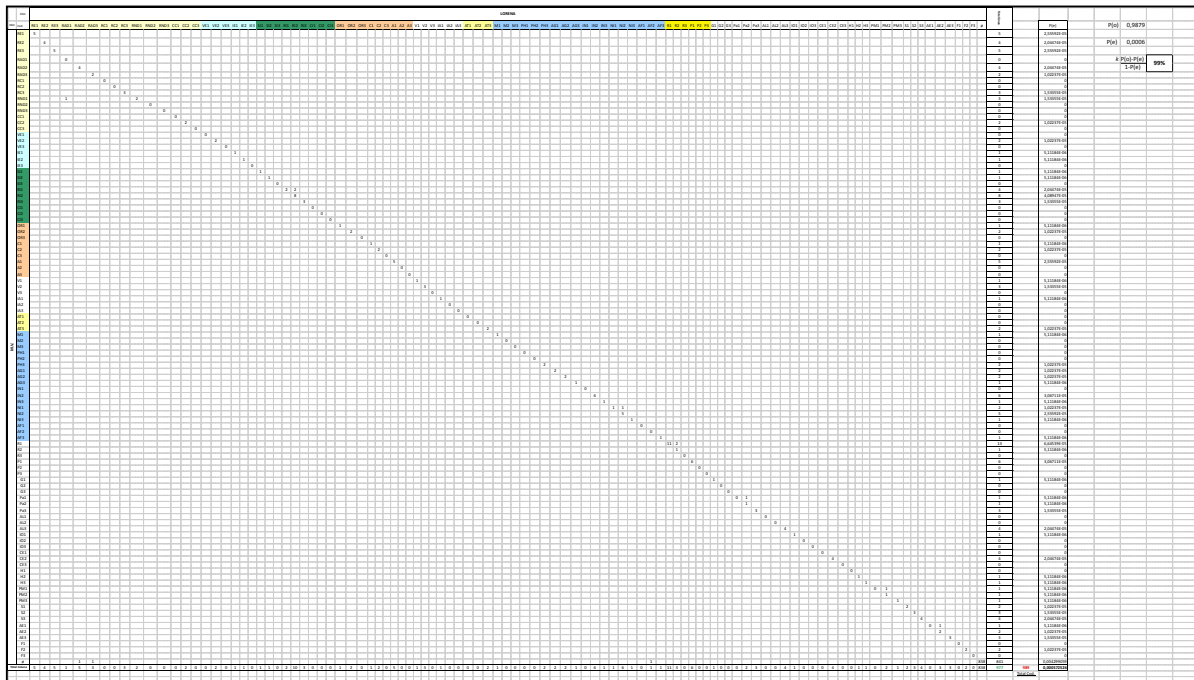
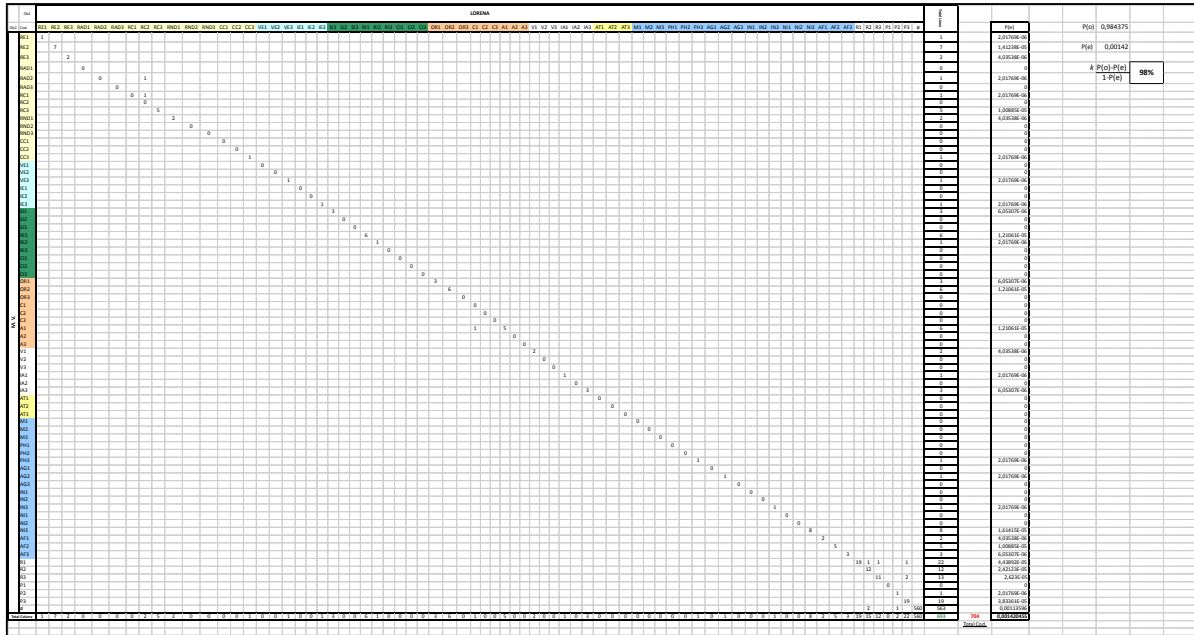
Barcelona, a _____ de _____ de 20_____

Firma del paciente:

Firma del profesional:

Nº col:

Observadora 2



10.3 Material del Estudio

Todo el material contenido en este anexo puede ser consultado exclusivamente por los evaluadores nombrados por la Universidad Ramon Llull en la siguiente dirección:

<https://drive.google.com/drive/folders/15tvCyZBZv3JtYEksH0ivjZj-IGGTAKR>

Debido a la confidencialidad del material y de la información contenida a partir del día 19/10/2019 el acceso ya no estará disponible.