



VNIVERSITAT
D VALÈNCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTOS
PSICOLÓGICOS

TESIS DOCTORAL

Emoción expresada y carga del cuidador en familiares de pacientes con Trastorno de la Personalidad Límite

PRESENTADA POR:

Dña. Francesca Rubió Alguacil

DIRIGIDA POR:

Dra. Rosa Baños Rivera

Dr. Ausiàs Cebolla i Martí

- Junio 2017 -

*“A mi familia,
por hacer esto posible”*

AGRADECIMIENTOS

Alguien dijo que *“lo importante no es la meta sino lo aprendido en el camino recorrido”*, y sin duda alguna, ha sido muy enriquecedor todo lo aprendido a lo largo de la elaboración de esta tesis doctoral. Un *“recorrido apasionante”* por una grave problemática como es el TPL y su entorno familiar, con obstáculos incluidos que, sin duda alguna, no hubiera podido finalizar sin el gran apoyo de *“mis compañeros de viaje”*:

En primer lugar, agradecer el apoyo incondicional a mis dos tutores, la Dra. Rosa Baños Rivera y el Dr. Ausiàs Cebolla i Martí, por haberme enseñado que profesionalidad y calidad humana van de la mano. Gracias a ambos por su motivación, constancia y pasión transmitidas a lo largo del proceso. Agradecerles especialmente, su confianza en mí y en la posibilidad de que finalizar este proyecto sería posible.

Por otro lado, quería agradecerle al gran equipo de profesionales del Centro Clínico PREVI, mis compañeras, sus ánimos y su apoyo durante el proceso, y especialmente, su colaboración e implicación en la consecución de los resultados de este estudio. Y gracias a PREVI, por darme la oportunidad de realizar este proyecto.

Del mismo modo, mi agradecimiento a los pacientes y familiares por colaborar en este estudio, y especialmente, por compartir su visión acerca de la grave problemática a la que se enfrentan día a día, ya que esto nos permite seguir avanzando en el campo de la investigación e ir mejorando nuestra labor clínica diaria.

También quería mostrar mi agradecimiento al equipo de Labpsitec, por su gran acogimiento y apoyo este tiempo, en especial a la Dra. Rocío Herrero por su ayuda y calma transmitidas y a Diana Burychka, por su colaboración y confianza en este proyecto.

Por otro lado, quería agradecer a Gara Barreto su aportación especial: cederme la imagen de una de sus obras de arte para el diseño de la portada de esta Tesis Doctoral. He de destacar que esta gran artista diseñó esta obra en representación al TPL, intentando representar a través de estos rostros las distintas emociones que pueden experimentar “*a cada momento*” estos pacientes.

Por último, nombrar a mi familia, a mis padres, a mi hermano José M^a y a Estela. Agradecerles que hayan creído siempre en mí y en que juntos, lograríamos finalizar también este camino. Gracias a mi madrina por su incondicional apoyo diario y gran paciencia, sin ella esto no hubiera sido posible, y a mi padrino, por acompañarme diariamente de algún modo. Finalmente, nombrar a mi hija Martina, porque aún sin saberlo ella, es mi motor principal e ilusión diaria.

Valencia, Junio 2017.

INDICE TESIS

I. PRESENTACIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	
1. INTRODUCCIÓN.....	9
2. TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD LÍMITE.	
2.1. Concepto.....	13
2.2. Características clínicas.....	15
2.3. Diagnóstico.....	24
2.4. Comorbilidad y diagnóstico diferencial.....	26
2.5. Epidemiología y curso.....	31
2.6. Modelo Biosocial Marsha Linehan.....	35
3. EMOCIÓN EXPRESADA en TPL.....	
3.1. Concepto.....	40
3.2. Evaluación de la emoción expresada.....	43
3.3. Salud Mental, Emoción Expresada y familia.....	50
4. VARIABLES RELEVANTES EN LA EMOCIÓN EXPRESADA EN FAMILIARES DE TPL	55
4.1 CARGA DEL CUIDADOR	
4.1.1 Concepto de “Carga del cuidador”.....	55
4.1.2. Carga del cuidador en familiares de pacientes TPL: interferencia en pronóstico y evolución del paciente TPL.	58
4.2 AJUSTE DIÁDICO.....	59
4.2.1. Concepto de Ajuste Diádico.....	60
4.2.2. Emoción expresada y ajuste diádico en familiares de pacientes con TPL	62
4.3 APOYO SOCIAL.....	64
4.3.1. Concepto de Apoyo Social.	64
4.3.2. Emoción expresada y apoyo social en familiares de pacientes con TPL..	66

III. MARCO EXPERIMENTAL	71
1. Objetivos e hipótesis de trabajo.	71
2. Muestra.	73
3. Descripción de los instrumentos de evaluación.	74
4. Procedimiento.....	81
5. Análisis estadísticos.....	81
6. Resultados.....	83
6.1. Análisis descriptivos.....	
6.1.1. Variables sociodemográficas.....	83
6.1.1.1. Variables sociodemográficas de las familiares de TPL.....	83
6.1.1.2. Variables sociodemográficas de los pacientes de TPL.....	86
6.1.1.3. Clima familiar.....	91
6.1.2. Variables clínicas: diagnóstico y curso de la enfermedad.....	96
6.1.2.1. Diagnóstico de las pacientes.	96
6.1.2.2. Curso de la enfermedad: edad inicio de problema, años de evolución, número de ingresos hospitalarios e intervención en crisis en PU, conductas parasuicidas y suicidas, patrón de consumo y/o tóxicos y problemas psicosociales derivados.....	97
6.2. Análisis en función de los objetivos e hipótesis planteadas.....	
6.2.1. Emoción expresada en familiares según variables sociodemográficas	112
6.2.1.1. Diferencias en Emoción expresada según las variables sociodemográficas de los familiares	112
6.2.1.2. Diferencias en Emoción expresada según las variables sociodemográficas de los pacientes.	114
6.2.1.3. Diferencias en Emoción expresada percibida por los pacientes según sus variables sociodemográficas.....	115
6.2.2. Relación entre Emoción expresada según variables clínicas: Diagnóstico y curso de la enfermedad del paciente.	116
6.2.2.1. Diferencias en Emoción expresada en familiares y variables clínicas....	117

6.2.2.2. Diferencias en Emoción expresada percibida por los pacientes y sus variables clínicas: Diagnóstico y curso de la enfermedad.....	123
6.2.3. Relación entre Emoción expresada del familiar y Emoción expresada percibida por el paciente.	129
6.2.4. Emoción expresada y carga del cuidador en familiares de TPL.	129
6.2.4.1. Relación entre Emoción expresada y carga del cuidador: Experiencia del cuidador (ECI).....	130
6.2.4.2. Relación entre Emoción expresada y carga del cuidador: Repercusión familiar (IEQ).....	131
6.2.5. Emoción expresada, apoyo social y ajuste diádico en familiares de pacientes TPL.	132
6.2.5.1. Relación entre Emoción expresada, apoyo social y ajuste diádico en familiares de pacientes TPL.....	132
6.2.5.2. Relación entre Emoción expresada percibida por los pacientes y ajuste diádico en la relación con sus familiares.....	133
IV. DISCUSIÓN	137
V. CONCLUSIONES	165
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	171
VII. ANEXOS.....	187
Anexo 1. Hoja de consentimiento informado.	191
Anexo 2. Medidas autoinforme.	195

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios diagnósticos del DSM-5 para el Trastorno de la personalidad límite (APA, 2014).....	26
Tabla 2. Diagnóstico diferencial del TPL respecto al resto de los TP.	29
Tabla 3. Escalas del índice de Emoción Expresada (EE).....	42
Tabla 4. Estadísticos descriptivos de la edad de los familiares.....	84
Tabla 5. Estadísticos descriptivos de la edad de los pacientes.....	87
Tabla 6. Estadísticos descriptivos del año de inicio de tratamiento de los pacientes.....	97
Tabla 7. Estadísticos descriptivos de los años en tratamiento de los pacientes.....	98
Tabla 8. Estadísticos descriptivos régimen de tratamiento de los pacientes.....	100
Tabla 9. Estadísticos descriptivos tipo de tratamiento de los familiares.....	101
Tabla 10. Estadísticos descriptivos de presencia de ideas de muerte en los pacientes....	102
Tabla 11. Estadísticos descriptivos de presencia de conductas autoagresivas en los pacientes.....	103
Tabla 12. Estadísticos descriptivos de presencia de conductas heteroagresivas en los pacientes.....	104
Tabla 13. Estadísticos descriptivos del consumo de tóxicos en los pacientes.....	105
Tabla 14. Estadísticos descriptivos del consumo de alcohol en los pacientes.....	106
Tabla 15. Estadísticos descriptivos de la asistencia a un recurso específico por consumo.....	107
Tabla 16. Estadísticos descriptivos problemáticas áreas de vida en los pacientes.....	108
Tabla 17. Estadísticos descriptivos problemáticas área legal en los pacientes.....	109
Tabla 18. Estadísticos descriptivos problemas de salud en los pacientes.....	110
Tabla 19. Estadísticos descriptivos antecedentes salud física y mental en los familiares.	111
Tabla 20. EE de los familiares según variables sociodemográficas.....	112
Tabla 21. EE en familiares según las variables sociodemográficas de los pacientes.....	114
Tabla 22. Emoción expresada percibida según las variables sociodemográficas de los	

pacientes.....	116
Tabla 23. EE en familiares y las variables: diagnóstico y tiempo en tratamiento del paciente.....	117
Tabla 24. EE en familiares y las variables clínicas del paciente: ideas de muerte y presencia de conductas auto y heteroagresivas presentes en el último año.....	118
Tabla 25. EE en familiares y las variables clínicas de los pacientes: consumo de tóxicos y/o alcohol, y asistencia a recurso específico.....	119
Tabla 26. EE en familiares y variables clínicas de pacientes problemáticas en áreas de vida, problemas legales, así como, problemas de salud en familiares.....	120
Tabla 27. Emoción expresada de los familiares y las variables: tratamiento recibido (pacientes y familiar).....	121
Tabla 28. Emoción expresada y variables del curso de la enfermedad del paciente.....	122
Tabla 29. Emoción expresada en pacientes y el diagnóstico y tiempo en tratamiento.....	123
Tabla 30. Emoción expresada percibida por pacientes y las variables clínicas: ideas de muerte y presencia de conductas auto y heteroagresivas presentes en el último año.....	124
Tabla 31. Emoción expresada percibida por pacientes y las variables clínicas: consumo de tóxicos y/o alcohol, y asistencia a recurso específico.....	125
Tabla 32. Emoción expresada percibida por pacientes y las variables clínicas: problemáticas en áreas de vida, problemas legales y problemas de salud en familiares..	126
Tabla 33. Emoción expresada percibida por pacientes y las variables: tratamiento recibido (pacientes y familiar).....	127
Tabla 34. Emoción expresada percibida por el paciente y variables del curso de la enfermedad.....	128
Tabla 35. Emoción expresada de los familiares y EE percibida por el paciente.....	129
Tabla 36. Emoción expresada en familiares y Experiencia del Cuidador (ECI).....	130
Tabla 37. Emoción expresada de los familiares y Repercusión familiar (IEQ).....	131
Tabla 38. Emoción expresada, apoyo social y ajuste diádico (pareja y familiar).....	132
Tabla 39. Emoción expresada, apoyo social y ajuste diádico (pareja y familiar).....	133

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de la variable sexo de los familiares de los pacientes.....	83
Figura 2. Gráfico de barras de la edad de la muestra total de familiares.....	84
Figura 3. Gráfico de barras del nivel de estudios de los familiares.....	85
Figura 4. Distribución del género de los pacientes.....	86
Figura 5. Gráfico de barras de la edad de la muestra total de pacientes.....	87
Figura 6. Gráfico de barras del estado civil de los pacientes.....	88
Figura 7. Gráfico de barras de la situación de hijos/no hijos de los pacientes.....	88
Figura 8. Gráfico de barras del nivel de estudios de los pacientes.....	89
Figura 9. Gráfico de barras de la situación ocupacional de los pacientes.....	90
Figura 10. Gráfico de barras de la situación de convivencia de los pacientes con sus familiares y/o cuidadores.....	91
Figura 11. Gráfico de barras de la situación de convivencia de los familiares y/o cuidadores con los pacientes participantes.....	92
Figura 12. Gráfico de barras del tipo de relación de los familiares y/o cuidadores con los pacientes participantes.....	93
Figura 13. Gráfico de barras del tiempo de contacto semanal entre los familiares y los pacientes participantes.....	94
Figura 14. Gráfico de barras del tiempo de contacto diario entre los distintos miembros familiares y/o cuidadores con los pacientes participantes.....	95
Figura 15. Gráfico de barras según el diagnóstico que presentan los pacientes participantes.....	96

Figura 16. Gráfico de barras según el año de inicio de tratamiento de los pacientes.....	98
Figura 17. Gráfico de barras del tiempo en tratamiento de los pacientes participantes..	99
Figura 18. Gráfico de barras del régimen de tratamiento de los pacientes.....	100
Figura 19. Gráfico de barras tipo de tratamiento de los familiares.....	101
Figura 20. Gráfico de barras del tiempo en tratamiento de los pacientes participantes...	102
Figura 21. Gráfico de barras del tiempo en tratamiento de los pacientes participantes...	103
Figura 22. Gráfico de barras de presencia de conductas heteroagresivas en los pacientes.....	104
Figura 23. Gráfico de barras del consumo de tóxicos en los pacientes.....	105
Figura 24. Gráfico de barras del consumo de alcohol en los pacientes.....	106
Figura 25. Gráfico de barras de la asistencia a un recurso específico por consumo.....	107
Figura 26. Gráfico de barras de las problemáticas áreas de vida en los pacientes.....	108
Figura 27. Gráfico de barras de las problemáticas área legal en los pacientes.....	109
Figura 28. Gráfico de barras de los problemas de salud en los pacientes.....	110
Figura 29. Gráfico de barras de los problemas de salud en los pacientes.....	111

I. PRESENTACIÓN

I. PRESENTACIÓN

El papel de la familia ha sido siempre objeto de estudio en relación a la psicopatología, lo que nos ha permitido avanzar en la definición, medición y entendimiento de los factores familiares implicados en el curso y evolución de los trastornos mentales, especialmente los graves y de curso crónico.

La Emoción Expresada (EE) (Brown, Birley & Wing, 1972; Brown & Rutter, 1966) que manifiestan los familiares es uno de los factores más estudiados, y existe amplia evidencia de su influencia en el curso de trastornos mentales graves, tales como los Trastornos afectivos (Ellis et al., 2014), los Trastornos alimentarios (Anastasiadou, Medina-Pradas, Sepúlveda & Trerasure; 2014), así como, en el Trastorno de personalidad límite (TPL) (Hoffman, Buteau, Hooley, Fruzzetti & Bruce, 2003), siendo este último el objeto de nuestro estudio.

El TPL, *“un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en una variedad de contextos”* (APA, 2014).

Supone el TP con mayor prevalencia en población clínica, representando entre el 30% y el 60% de la población clínica de los TP (Caballo, 2004). Respecto a la población general, constituye entre un 1,6% y un 5,9%, entre un 6% y un 10% de las personas atendidas en atención primaria en centro de salud mental y en torno al 20% de los pacientes psiquiátricos hospitalizados. Entre el 60% y el 80% presentan conductas autolesivas, situándose la tasa de suicidio entre el 8-10% de los pacientes menores de 30 años (Espinosa, Blum-Grynberg & Romero-Mendoza, 2009). La tasa de suicidio consumado se cifra en el 9%, lo que supone 400 veces la tasa de suicidio de la población general (Cervera-Martínez, Haro, G. & Martínez-Raga, 2005).

Para entender la complejidad y heterogeneidad que presenta el TPL, Linehan (1993) ha propuesto un Modelo Biosocial, que se basa en la interacción entre influencias biológicas e influencias del aprendizaje social (ambiente invalidante). La disregulación emocional que presentan los pacientes TPL, producida por la vulnerabilidad emocional y la dificultad para modular las emociones, manifiesta en un ambiente invalidante, que castiga la expresión emocional negativa pero refuerza de manera intermitente las expresiones emocionales muy extremas, enseña a la persona TPL a oscilar entre la inhibición emocional y las conductas emocionales extremas. Según Linehan (1993), el patrón de alta EE encontrado por Left y Vaughn (1985) en pacientes depresivos y esquizofrénicos es muy similar al “*ambiente invalidante*” que señala en su modelo, anteriormente descrito. Gunderson (1984) también hace mención a esta analogía, sugiriendo que “*el ambiente hostil y sobreimplicado en el que crecen los TPL recuerda al concepto de EE*”.

Paralelamente, otros autores sitúan el foco de atención en el papel de los familiares cuidadores de un paciente con patología mental grave, analizando la situación de estrés y sobrecarga que experimentan, así como, las consecuencias biopsicosociales

derivadas de tal cuidado (González et al., 2005; Roig, Abengózar & Serra, 1998).

El objetivo general de esta tesis es analizar la EE en familiares y pacientes diagnosticados de TPL y la relación con otras variables relevantes como la carga del cuidador, el ajuste diádico y el apoyo social. Para ello, se evaluaron variables sociodemográficas de familiares y pacientes, variables clínicas de los pacientes y variables del entorno familiar que pudieran estar interfiriendo en el curso y evolución del TPL tales como: emoción expresada, repercusión familiar, carga del cuidador, ajuste diádico (en las parejas y/o relaciones maritales y en la relación entre pacientes y familiares), así como apoyo social percibido por los familiares. Nuestra muestra estuvo compuesta por un total de 111 pacientes diagnosticados de TPL y un total de 134 familiares, que acudían al Centro Clínico PREVI para recibir tratamiento especializado en TPL.

La presentación y distribución del contenido de esta tesis doctoral que se muestra a continuación, se divide en los siguientes tres módulos:

El primer módulo lo compone el marco teórico, dividido en cuatro apartados principales. Por un lado, en el primer lugar, se realiza una revisión teórica del Trastorno de la personalidad límite: concepto, características clínicas, comorbilidad y diagnóstico diferencial, epidemiología y curso, así como, el modelo biosocial de M. Linehan (1993) en el que nos hemos basamos en el presente estudio con el fin de entender mejor la complejidad que presenta el TPL. En el segundo apartado, se presenta el constructo de EE, posiblemente uno de los factores familiares más estudiados en patologías psiquiátricas graves, describimos las medidas de entrevista y autoinforme más utilizadas para su evaluación y analizamos su interferencia en el curso y evolución de los trastornos mentales, centrándonos especialmente en la interferencia en el curso y evolución del TPL. Para finalizar el marco teórico, en tercer lugar, describimos otros factores familiares

que hemos considerado relevantes, concretamente: la carga del cuidador, el apoyo social y el ajuste diádico, que junto al bienestar psicológico, constituyen las áreas principales de impacto en cuidadores de pacientes TPL (Bailey, 2014).

En el segundo módulo, se muestra el marco experimental, dividido en seis apartados: en primer lugar, se presentan los objetivos e hipótesis del presente trabajo. A continuación, en el segundo apartado se describe la muestra de pacientes y familiares con la que hemos contado, en tercer lugar, se presentan las medidas de autoinforme utilizadas en el proceso de evaluación, y seguidamente, se describe el procedimiento empleado. Por último, en el quinto y sexto apartado, se detallan los análisis estadísticos realizados con los datos recopilados y se muestran los resultados obtenidos en nuestro estudio.

En el tercer módulo, se encuentra la discusión realizada con los resultados obtenidos, seguida, en cuarto lugar, de las conclusiones finales a las que llegamos, las limitaciones, la utilidad clínica de los resultados obtenidos y posibles planteamientos futuros. Por último, en un quinto y sexto módulo, se señalan las referencias bibliográficas y los anexos, adjuntos en la parte final de este estudio.

Con el fin de avanzar tanto en el ámbito de la investigación como en el ámbito clínico, esperamos que los resultados obtenidos en este trabajo puedan confirmar muchos de los datos previos obtenidos sobre la relación entre EE y psicopatología en otros trastornos, como la esquizofrenia o los trastornos alimentarios, poniendo de manifiesto la relevancia de la EE en el curso y evolución de los pacientes TPL. El cuidado de un paciente de estas características clínicas es un reto diario para los familiares que ocupan el rol de cuidadores primarios, al mismo tiempo que supone una carga psicológica importante dada la disfuncionalidad del patrón de estos pacientes y las consecuencias en todas las áreas de vida tanto del paciente como de los familiares. Por

tanto, si se confirma la importancia de la EE como predictor de un peor curso evolutivo y recaídas en TPL, esto supondría una serie de implicaciones clínicas a tener en cuenta tanto en pacientes como en familiares, las cuales se comentarán detenidamente en el módulo de discusión y conclusiones de la presente tesis doctoral.

II. MARCO TEÓRICO

II MARCO TEÓRICO

1. INTRODUCCIÓN

El estudio científico de la personalidad, uno de los ámbitos de investigación pioneros de la psicología, ha despertado desde siempre interés no sólo en los psicólogos y psiquiatras si no en otras tantas disciplinas. Encontramos aportaciones desde la griega clásica, como la Teoría de los cuatro temperamentos hipocráticos (Hipócrates & Galeno, Siglo II a. de C.), o las más recientes a principios del siglo XIX, como las de Pinel, Esquirol, Rush y Pritchard, siendo éste último el que utilizaría el término de “*locura moral*” para describir los tipos de personalidad socialmente inadaptados observados en situaciones clínicas. A comienzos del siglo XX, nos encontramos ya con descripciones más específicas de la personalidad, , como las de Janet y Freud, quienes definieron los rasgos psicológicos asociados a la histeria. o las biotipologías planteadas por Kretschmer, Gall y Sheldon. Todos ellos son sólo algunos de los muchos ejemplos que se podrían citar derivado del notable interés por la personalidad y por la personalidad patológica) desde hace cientos de años, y que actualmente sigue siendo uno de los retos más importantes en el campo de la salud mental. Sin embargo, el escaso conocimiento

empírico, la falta de consenso sobre los modelos etiológicos, los problemas de evaluación y las dificultades de tratamiento, lo convierten al mismo tiempo en uno de los problemas más complejos y desafiantes en la actualidad para los clínicos.

Antes de abordar el concepto de personalidad patológica, deberíamos entender el de personalidad normal o sana. Tal como señala Eysenck (1947), la personalidad es posiblemente la noción psicológica más amplia y difusa, y las soluciones propuestas para definirla son incontables, desde la perspectiva nomotética, en la que se concibe a la personalidad como un constructo abstracto, no individual, hasta la perspectiva idiográfica, donde la individualidad sería el resultado de la interrelación dinámica entre el temperamento y el ambiente dando lugar a un individuo original e irrepetible. Quizás una de las definiciones más aceptadas hasta el momento sería la de Millon (1996), quien define la personalidad como “un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes, y en esta última instancia comprenden el patrón idiosincrático de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse del individuo”.

Si como hemos señalado anteriormente, resulta ya complejo encontrar consenso a la hora de conceptualizar la personalidad, otro de los grandes retos es delimitar entre lo que diferentes autores definen como personalidad patológica y diferencia de personalidad sana, labor que no está resultando nada fácil. Podemos decir que las personas “poseen una personalidad normal o sana cuando manifiestan la capacidad para afrontar el ambiente de un modo flexible y sus percepciones y conductas típicas fomentan el aumento de la satisfacción personal. Por el contrario, cuando las personas responden a las responsabilidades diarias de manera inflexible o cuando sus

percepciones o conductas dan como consecuencia un malestar personal o una reducción de las oportunidades para aprender y crecer”, entonces hablamos de una personalidad patológica o desadaptativa (Millon & Escovar, 1996a). Por lo tanto, y de manera resumida, tal como plantea Caballo (2004), podemos afirmar que las características básicas de un trastorno de personalidad (TP) son las siguientes:

- a) Es un patrón profundamente enraizado y de naturaleza inflexible.
- b) Es desadaptativo, especialmente en contextos interpersonales.
- c) Es relativamente estable a lo largo del tiempo.
- e) Produce malestar en la persona y en su entorno.

Actualmente, los TP se encuentran incluidos en las principales clasificaciones nosológicas de los trastornos mentales, tanto en el Manual diagnóstico de los trastornos mentales (DSM) publicado por la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) como en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) publicada por la Organización Mundial de la Salud. Concretamente en el DSM, los TP aparecerían ya desde sus inicios en el DSM-I (APA, 1952) y posteriormente entrarían a formar parte como categoría diagnóstica de la nomenclatura psiquiátrica en el año 1969, con ocasión de la publicación de la Octava Revisión del CIE (OMS, 1969), haciendo referencia a un cuadro clínico caracterizado por la existencia de una incapacidad para adecuarse a las exigencias del entorno, en ausencia de manifestaciones clínicas de otros trastornos mentales. Si comparamos, desde entonces a la actualidad, encontramos que éstas no son tan dispares con las modernas tipificaciones de los TP (DSM-5 y CIE-10), ya que en unas y otras se tienen en cuenta criterios evolutivos, psicológicos, psicopatológicos y clínicos, todos ellos necesarios para el diagnóstico acertado de TP (González Infante, 1993).

Aunque los TP se han incluido en todas las versiones del DSM, sólo algunos TP han sido “*miembros estables*” como el TP paranoide y antisocial, otros han sido eliminados como el TP por inadecuación y otros serían añadidos en ediciones posteriores como el Trastorno de Personalidad Límite (TPL), el cual no aparecería hasta el año 1980, con la publicación del DSM-III (Blashfield & Intoccia, 2000). Desde ese momento, se dispararía un interés creciente por el TPL. Desde entonces a la actualidad, ha seguido sufriendo modificaciones importantes, por lo que todavía continúa siendo un gran reto en el ámbito de la psicopatología.

En los apartados siguientes, realizaremos un acercamiento al TPL, objeto de la presente tesis doctoral, así como a sus características clínicas, diagnóstico, comorbilidad vs diagnóstico diferencial y datos epidemiológicos recientes.

2. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

2.1. CONCEPTO

El término “*límite o borderline*” fue introducido por Hughes (1884), quien se refería a estos pacientes como “*personas que pasaron la vida a uno u otro lado de la línea*”. Posteriormente, sería Stern (1938), quien utilizaría este término para describir a un grupo de pacientes ambulatorios que no parecían ajustarse a las categorías de “neurosis” o “psicosis”. A lo largo de los años, el concepto “límite” ha generado diversas controversias, por lo que encontramos una considerable literatura acerca de este constructo que ofrece constantes definiciones de la personalidad límite, de la que cabría señalar las seis concepciones históricas principales descritas por Zanarini y Frankenburg (1997):

1. La perspectiva psicodinámica, que considera el tipo límite como un nivel de organización de la personalidad (Kernberg, 1967) que engloba diversas patologías caracteriales a medio camino entre la neurosis y la psicosis.
2. La segunda perspectiva, implica la influencia de la idea neokrapeliana de que los trastornos mentales tienen un origen biológico y que, por tanto, deben diagnosticarse como categorías discretas, como pone de manifiesto el trabajo de Gunderson (1984). Aunque el término límite contradice con claridad una concepción categorial, el DSM respalda este planteamiento.
3. La tercera aproximación refleja la tendencia a experimentar estados psicóticos transitorios y considera que el trastorno límite se encuentra en un continuo con la esquizofrenia.

4. Otra perspectiva subraya los cambios emocionales súbitos, la irritabilidad y los estados depresivos crónicos, y considera que el límite se encuentra en un continuo con los trastornos afectivos (Akiskal, 1981).
5. Una quinta conceptualización enfatiza la incapacidad para demorar la gratificación y considera que el límite es un trastorno del control de los impulsos relacionado con el abuso de sustancias y la personalidad antisocial (Zanarini, 1993).
6. La última perspectiva señalada por Zanarini y Frankenburg (1997) se basa en los estudios que señalan que muchas personas con trastorno límite presentan una historia de abusos sexuales y sugiere que el síndrome presenta numerosas afinidades con el trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Herman y van der Kolk, 1987; Kroll, 1993).

Todas estas perspectivas señalan una predisposición biológica del TPL, así como, paralelamente la presencia de *“incidentes críticos”* (factores facilitadores y protectores) en la vida del paciente, que podrían predisponer al sujeto a *“traspasar el límite”* de la normalidad o no, y por lo tanto, determinar la presencia de psicopatología o la ausencia de la misma. Tal como señalan, Belloch y Fernández-Álvarez (2010), el constructo *límite* asociado a cualquier trastorno mental ha sido tradicionalmente equivalente, en términos generales, a decir que:

a) Un individuo con patología límite se sitúa “entre la frontera” entre dos psicopatologías diferentes (Esquizofrenia-Neurosis, por ejemplo), asumiendo síntomas de ambas pero configurando una entidad nosológica nueva y distinta.

b) Se sitúa en el punto medio de un continuo de normalidad-psicopatología, “limitando o lindando” con cada uno de ambos extremos. El TPL aparece ya en etapas

tempranas y, dependiendo de su gravedad y de la presencia de “*incidentes críticos*” en la vida del sujeto, podría traspasar “*el límite*” de la normalidad derivando en presencia de posibles psicopatologías.

c) Actúa como elemento de vulnerabilidad precipitante de psicopatologías graves (depresión mayor, psicosis, etc.) sin ser necesaria la interferencia o mediación de un incidente crítico especialmente relevante.

Como veíamos, dentro de la literatura científica, posiblemente el TPL es uno de los TP que más atención ha recibido y recibe, si bien, aumenta especialmente el interés por esta población desde su inclusión en el DSM-III en 1980 (Linehan, 1993; Blashfield & Intoccia, 2000). La inestabilidad en las principales áreas de vida (afectiva, interpersonal y de identidad), así como la impulsividad comportamental y la dificultad para autorregularse y regresar a línea base serían las características clínicas centrales de la persona que presenta esta patología *límite*.

A continuación nos centraremos con mayor detalle en las características clínicas del TPL, realizando un breve resumen de las aportaciones dadas por diferentes autores.

2.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Los TPL manifiestan una amplia variedad de síntomas clínicos, lo que resulta inusual respecto a otros trastornos, si bien, a continuación enumeraremos las características clínicas principales y más comunes.

Desde la perspectiva psicoanalítica, se ha defendido que la intolerancia a la soledad es el aspecto clave en el desarrollo de los consiguientes síntomas del TPL (Winnicott, 1953; Modell, 1963; Masterson, 1972, 1976; Masterson & Rinsley, 1975). La

soledad se experimentaría por el paciente como una falta terrorífica de identidad que intentaría evitar con conductas desadaptativas o distorsionando su realidad. Masterson (1972), situaría el origen del *miedo al abandono* en las experiencias de separación dadas en la infancia del paciente TPL. Por otro lado, Gunderson y Kolb (1978) describirían las características fundamentales del TPL, incorporándose años después a las clasificaciones psiquiátricas contemporáneas (NICE, 2009). Posteriormente, Adler y Buie (1979) señalarían la inhabilidad del paciente límite para construir representaciones de personas ausentes (*inconsistencia del objeto*), que unida a la intolerancia a la soledad, serían confirmadas empíricamente más tarde por Richman y Sokolove (1992). Derivado del miedo al abandono, las personas con TPL desarrollarían cierta tendencia a presentar manifestaciones de ira hacia los demás o hacia sí mismos (mediante conductas autolesivas) de manera a menudo inesperada, brusca e intensa. La persona con TPL, ante la ausencia de apoyo percibido por parte de su entorno primario (personas significativas), presentaría sentimientos de soledad que podrían derivar en síntomas disociativos o ideación paranoide, así como, conductas desesperadas por encontrar un objeto de cuidado (p.ej. promiscuidad sexual). Estas conductas, frecuentemente irían acompañadas de consumo de tóxicos y/o alcohol que aumentaría la desinhibición a nivel conductual (Gunderson, 2008).

Otro de los aspectos centrales en el TPL es la impulsividad, como característica estable y predictiva, tanto de los niveles de psicopatología límite como de la persistencia del trastorno a lo largo de los años (Links, Heslegrave & van Reekum, 1999). Por este motivo, algunos autores como Zanarini, Kimble y Williams (1994) sugieren conceptualizar al TPL como un trastorno específico del control de los impulsos, basándose en estudios de tipo metodológico y de historia familiar, en los que se demuestra una fuerte relación del TPL con otros trastornos de los impulsos (p.ej. trastornos por consumo de sustancias

psicoactivas, la personalidad antisocial o trastornos de la conducta alimentaria).

Paralelamente, Belloch y Fernández-Álvarez (2010), destacan la inestabilidad y la ambivalencia manifiestas en prácticamente todos los ámbitos de la vida del paciente como las características centrales del TPL, desencadenando la presencia de actitudes cambiantes, emociones erráticas o carentes de control, y un comportamiento caprichoso y poco fiable. Son personas impulsivas, impredecibles y a menudo explosivas, que además podrían caracterizarse por:

- Mostrarse volubles, manipuladoras e impredecibles provoca muy a menudo rechazo por parte de los demás, que es lo que más temen y desean evitar.
- Presentar cambios bruscos de estado de ánimo, con periodos de abatimiento y apatía extremas, así como, episodios de ira, ansiedad o agitación, siendo el abatimiento, la depresión y la conductas autodestructivas (suicidas y parasuicidas) frecuentes en estas personas.
- Manifestar ira ante la incapacidad percibida en los demás para protegerlos o apoyarlos. Al mismo tiempo, exagerando las crisis y mostrándose alicaídos a todas horas, evitan asumir responsabilidades, aumentando el trabajo de sus familias, haciendo que no sólo tengan que cuidar de ellos, sino que también sufran y se sientan culpables por tener que hacerlo. En la misma línea también harían uso del silencio o frialdad emocional con funcionalidad castigadora hacia los demás por los problemas futuros.
- La impaciencia, la irascibilidad y la irritabilidad serían respuestas habituales cuando algo no funciona como o cuando ellos quieren.
- “Caprichosos” según señala Millon (1996) también a nivel cognitivo, cambiando rápidamente de idea o mostrar pensamientos contrarios con respecto a sí mismos, a

los demás, o hacia las circunstancias que les rodean.

- Lamentaciones continuas por el estado en el que se encuentran sus vidas, por su tristeza crónica o su sensación de vacío y angustia.

- Se sienten *faltos de cariño, o no queridos en absoluto, despreciados, ninguneados; como si sus esfuerzos no sirvieran de nada, son unos incomprendidos, se encuentran desilusionados y descorazonados.*

- La cabezonería, la inmadurez, el pesimismo serían tan sólo un reflejo de una "sensibilidad especial" y, según ellos, el resultado de una falta de consideración y aprecio que los demás han demostrado tener con ellos. De nuevo aquí, señalan Millon y Davis (1996), la ambivalencia: puede que sus fallos, mal carácter, carencia de virtudes, sean la auténtica causa de sus desgracias y del dolor que causan a los demás.

- Competencia social deficiente o deficitaria manifiesta por la dificultad para lograr una posición social, laboral o educativa acorde con sus capacidades y aptitudes intelectuales o socioculturales. Estableciéndose un continuo proceso de caída-recuperación: en ocasiones siendo capaces de remontar la situación y solucionar el problema, pero siendo lo más probable reincidir en un nuevo fracaso.

- Presencia de episodios psicóticos reversibles caracterizados por la pérdida de contacto con la realidad acompañados de ausencia de control cognitivo y emocional. A diferencia de los trastornos psicóticos, son reversibles y el paciente límite vuelve al nivel previo de funcionamiento después de la vivencia de este episodio. A lo largo de su vida, estos episodios pueden ser constantes.

Paralelamente, autores como Caballo, Gracia, López-Gallones y Bautista (2009) agrupan las características principales y más comunes del TPL bajo tres dimensiones:

comportamental, cognitiva y emocional con el objetivo de apresar la complejidad de la psicopatología de este trastorno.

Primeramente, en lo que se refiere a las características comportamentales, ponen énfasis en aquellas relacionadas con la interacción interpersonal. Estos sujetos utilizan una gran variedad de “*artimañas manipulativas*” para retener a las personas allegadas a su lado, por miedo al abandono. Estas situaciones son las que desencadenarán fuertes ataques de ira e impulsividad, llegando incluso a las autolesiones, provocando el rechazo del otro de forma que alimentan su sensación de vacío. Los aspectos comportamentales más característicos son (Caballo et al., 2009):

- Niveles elevados de inconsistencia e irregularidad, bastante impredecibles.
- Patrones de apariencia cambiante y vacilante.
- Niveles de energía inusuales provocados por explosiones inesperadas de impulsividad.
- Provocación de peleas y conflictos con frecuencia.
- Comportamientos recurrentes de automutilación o suicidio.
- Conducta paradójica en sus relaciones interpersonales (a pesar de buscar la atención y el afecto, lo hacen de un modo contrario y manipulador, suscitando el rechazo).
- Relaciones interpersonales intensas y caóticas.
- Excesivamente dependientes de los demás.

- Adaptación social a nivel superficial.
- Comportamientos frecuentes dirigidos a protegerse de la separación.
- Frecuentes chantajes emocionales y actos de irresponsabilidad (suicidio, juego patológico, abuso de sustancias psicoactivas, grandes atracones de comida).

En segundo lugar, destacan los aspectos cognitivos como reflejo del estado emocional de estas personas. Llegan a experimentar estados paranoides reactivos a situaciones que pudieran resultarles estresantes, como son la predicción del abandono por parte de las personas significativas en su vida o las críticas dirigidas a su comportamiento o a su forma de ver las cosas. La sensación de falta de una identidad estable les hace pasar momentos realmente angustiosos de ansiedad, miedo e incluso depresión, que les lleva a estados de abatimiento y apatía. Las autocríticas y los autorreproches se apoderan de ellos, llegando a hacerles sentir como personas realmente despreciables y valedoras del abandono de sus seres queridos, convirtiéndose en un círculo vicioso del que creen no poseer el control para evitarlo. A continuación, exponemos las características de funcionamiento cognitivo más relevantes (Caballo et al., 2009):

- Pensamientos fluctuantes y actitudes ambivalentes hacia los demás e incluso hacia sí mismo.
- Falta de propósitos para estabilizar sus actitudes y emociones.
- Incapacidad para mantener estables sus procesos de pensamiento.
- Dificultades para aprender de experiencias pasadas.
- Carecen de un sentido estable de quiénes son.

- Imágenes de uno mismo inestables y extremas.
- Sensaciones crónicas de vacío.
- Pensamientos anticipatorios de abandono.
- Valores, elección de carrera y objetivos a largo plazo inestables.
- Temor excesivo a que les desprecien.
- Percepción de las personas importantes del entorno que fluctúa con rapidez desde la idealización hasta la devaluación.
- Menor capacidad para procesar la información debido a sus problemas para centrar la atención y la pérdida consecuente de datos relevantes.
- Locus de control externo, culpando a los demás cuando las cosas van mal.
- Frecuentes autorreproches, autocastigos y autocríticas.
- Pensamiento rígido, inflexible e impulsivo.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Se aburren fácilmente.
- Constante predicción del abandono por parte de alguien querido, llevándoles a manifestar ansiedad, culpa, depresión y hostilidad.
- Suelen regresar a etapas anteriores del desarrollo cuando se ven en situaciones estresantes (los niveles de tolerancia a la ansiedad, el control de impulsos y la adaptación social se vuelven inmaduros).
- Pueden tener episodios micropsicóticos cuando están en situaciones de gran estrés.

- Presencia de ideación paranoide transitoria, despersonalización, desrealización o síntomas disociativos en situaciones de estrés.

En tercer lugar, teniendo en cuenta las características cognitivas y comportamentales descritas, podemos quizás entender mejor el mundo emocional del TPL. Su inestabilidad afectiva le lleva a experimentar reacciones constantes de ira inapropiada y de falta de control de impulsos, por un lado, y profundos sentimientos de abatimiento, apatía, vergüenza y culpabilidad, por otro. Es difícil predecir qué emoción y cuánto durará un determinado estado de ánimo en estas personas. En el siguiente párrafo, destacamos los aspectos emocionales más relevantes (Caballo et al., 2009):

- Pueden experimentar una activación emocional extra elevada, siendo muy sensibles a los estímulos emocionales negativos.
- Inestabilidad afectiva debido a una notable reactividad del estado de ánimo.
- Emociones contradictorias.
- Los estados de ánimo contrarios y su equilibrio emocional se hallan constantemente en un tira y afloja.
- Ira intensa, inapropiada y fácilmente desencadenada que implica una pérdida de control emocional, especialmente cuando se sienten frustrados o decepcionados.
- Cuando pierden el control muestran agitación y excitación física.
- Su estado de ánimo no concuerda con la realidad.
- Sentimientos de vacío o aburrimiento.
- Intenso sentimiento de vergüenza, odio e ira dirigida a sí mismos.
- Tendencia a inhibir respuestas emocionales negativas, especialmente las

asociadas con dolor y pérdidas, incluyendo tristeza, culpabilidad, vergüenza, ansiedad o pánico. Según las características clínicas detalladas, este patrón podría traducirse en una elevada reactividad del estado de ánimo, impulsividad extrema, comportamientos recurrentes de automutilación o intentos de suicidio, pensamientos y actitudes ambivalentes hacia los demás y hacia sí mismo, relaciones interpersonales caóticas e intensas, sentimientos de vacío y aburrimiento (Caballo et al., 2009).

Finalmente, encontramos diversos estudios (Linehan, 1993; Zannarini, 1993; McGlashan et al., 2005; Gunderson, 2008, Crowell, Beauchaine & Linehan, 2009), que sugieren la impulsividad y la inestabilidad afectiva como los rasgos clave de este trastorno y que los demás síntomas son consecuencia de estos dos rasgos principales. En esta línea destacaremos a Linehan (1993), quien sostiene que la vulnerabilidad a las experiencias emocionales, probablemente de origen biológico, y la aplicación de estrategias inadecuadas o invalidantes dadas en su entorno con el objetivo de modular las emociones daría como resultado la desregulación emocional, siendo éste el núcleo de este trastorno. Esta autora realiza una reorganización de las características clínicas del TPL determinando las áreas problemáticas presentes en estos pacientes:

- Disfunción emocional: los pacientes con TPL presentan dificultades significativas en la regulación de sus afectos, así como una alta sensibilidad y reactividad emocional, oscilando frecuentemente entre episodios de depresión, ira o ansiedad, volviendo lentamente y con dificultad al estado basal.
- Disfunción comportamental: los pacientes con TPL presentan dificultades en el control de sus impulsos y conductas suicidas (manifestando desde conductas de autolisis hasta intentos graves de suicidio en los que ponen en riesgo su vida). La disfunción emocional asociada a la alta impulsividad presente en estos pacientes,

en muchas ocasiones, les llevan a aliviar su malestar emocional a través de estas conductas, por lo que el riesgo a hacerse daño gravemente a sí mismos es elevado.

- Disfunción interpersonal: Las relaciones que establecen los pacientes con TPL se caracterizan por ser intensas y cambiantes, pasando de la idealización a la devaluación con cierta facilidad lo que desencadena serias dificultades en esta área. Al mismo tiempo, les resulta difícil finalizar las relaciones y realizan esfuerzos frenéticos para evitar el abandono.
- Disfunción cognitiva: presentan un patrón de pensamiento con tendencia a la dicotomía y dificultad para flexibilizar, encontrando frecuentemente ideas o creencias rígidas del tipo blanco o negro. De manera transitoria, también pueden presentar síntomas disociativos e ideas delirantes.
- Alteraciones de la identidad: es una de las áreas más problemáticas en los pacientes con TPL. Presentan sentimientos crónicos de vacío e incertidumbre en relación a su autoconcepto, su identidad sexual, imagen corporal u otros aspectos relacionados como la dificultad en establecer y conseguir metas vitales.

2.3. DIAGNÓSTICO.

Actualmente, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su 5ª edición (DSM-5, APA, 2014) define el TP como un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: la cognición, la afectividad, el funcionamiento interpersonal o el control de los impulsos; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su

inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional o en otras áreas de funcionamiento.

Los TP se distribuyen en tres grupos basados en las similitudes que comparten. El grupo A lo componen el trastorno de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípica. Las personas que presentan estos trastornos suelen ser personas “raras o excéntricas”. El grupo B lo componen los trastornos de la personalidad antisocial, límite, histriónica y narcisista. Las personas que presentan estos trastornos suelen ser exageradamente dramáticas, emocionales o erráticas. Por último, el grupo C lo componen los trastornos de la personalidad evitativa, dependiente y obsesivo-compulsiva. Estas personas suelen ser ansiosas o temerosas. El sistema de clasificación descrito a pesar de ser útil en ámbitos de investigación y docencia, presenta serias limitaciones y no ha sido validado de manera consistente (APA, 2014).

El TPL, objeto de este estudio, se encuentra por lo tanto dentro del grupo B, siendo la característica esencial de este trastorno *“un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en una variedad de contextos”* (APA, 2014).

A continuación, en la Tabla 1. se muestran los criterios diagnósticos del TPL según DSM 5.

Tabla 1. Criterios diagnósticos del DSM-5 para el Trastorno de la personalidad límite (APA, 2014).

1	Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado (Nota: no incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que configuran el Criterio 5).
2	Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3	Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4	Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p.ej. gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el Criterio 5).
5	Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio o conductas autolesivas.
6	Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p.ej. episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, menos de unos días).
7	Sensación crónica de vacío.
8	Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p.ej. exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9	Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

2.4. COMORBILIDAD Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

La comorbilidad de los TP con algunos trastornos mentales es relativamente elevada. Según algunos autores, esto podría ser el resultado de que el TP actúa como un factor de vulnerabilidad predisponente a padecer otro trastorno mental, o bien, a que el TP es una secuela residual de un trastorno mental (Cervera et al., 2005). A continuación, mostraremos como la similitud sintomatológica entre TPL y unos trastornos mentales, así como su comorbilidad con otros, hace que el diagnóstico diferencial de los pacientes con TPL sea una labor particularmente compleja. En el caso de que se

cumplan criterios diagnósticos para más de una patología, se harán constar los diferentes diagnósticos.

Según el manual diagnóstico DSM 5 (APA, 2014), el TPL a menudo se presenta comórbido a trastornos mentales. Por un lado, puede aparecer acompañado de los trastornos depresivos o bipolares. Concretamente, las tasas de trastornos depresivos comórbidos a TPL oscilan entre el 40% y el 87%, siendo el trastorno depresivo mayor el diagnóstico comórbido más común (Guía de práctica clínica sobre el TPL, 2011). Paralelamente Gunderson (2008), señala que aproximadamente la mitad de los pacientes TPL cumplen criterios para un trastorno depresivo mayor, distimia o ambos. Respecto al diagnóstico diferencial, dado que el TPL puede ser similar transversalmente a un episodio de depresión mayor o bipolaridad, el clínico debe evitar realizar un diagnóstico adicional, no basándose únicamente en la sintomatología actual, sino en un inicio temprano y un curso de larga evolución (APA, 2014).

Atendiendo al consumo de sustancias, entendemos que el TPL también debe distinguirse de los síntomas derivados de un patrón de consumo persistente de sustancias (APA, 2014). Son diversos los estudios que señalan una comorbilidad elevada entre TPL y consumo de tóxicos. La presencia del TPL entre personas con trastorno por abuso o dependencia de sustancias varía del 11% al 69%, lo que sitúa al TPL como segundo grupo de comorbilidad entre los TP y los trastornos adictivos. Concretamente, en pacientes dependientes de opiáceos la prevalencia del TPL se sitúa entre el 8% y el 34% (Cervera, Haro & Martínez-Raga, 2005). Paralelamente, Sánchez (2001) constata la presencia de TP en los pacientes que acuden a tratamiento por adicción a tóxicos, encontrando en su estudio que los TP que aparecen más frecuentemente con dependencia a tóxicos (opiáceos) son el TP antisocial, el límite y el paranoide. Respecto a la asociación entre TP y alcohol en la revisión realizada por Fernández-Montalvo y

Landa, (2003), encuentran una prevalencia de los TP y alcohol que oscila entre el 30% y el 80%, si bien, no hay un acuerdo con respecto al diagnóstico concreto de TP que se asocie con mayor frecuencia al alcoholismo. Por último, más recientemente en la revisión realizada por Gunderson (2008), se estima una comorbilidad del 35% de personas con TPL y abuso de tóxicos así como un 25% de TPL y abuso de alcohol.

Al mismo tiempo, encontramos una alta comorbilidad entre TPL y trastorno de estrés postraumático (TEPT), lo cual se debe mayormente a que muchos de estos pacientes han sufrido abuso físico, psicológico o sexual, principalmente en la primera infancia. Si bien, las demandas excesivas de atención, las expresiones de ira, los sentimientos de abandono y frustración son características de un TPL. Kernberg y Yeomans (2013) señalan que es característico de los TPL el desarrollo y expresión de nuevos síntomas años después del suceso traumático, tales como síntomas somáticos, disociativos, labilidad emocional, impulsividad, comportamientos autodestructivos y dificultades en las relaciones interpersonales con cierta manifestación de inmadurez emocional.

En cuanto a los trastornos de la conducta alimentaria, encontramos que los TP que se dan en mayor medida en estos pacientes son los TP del grupo B y C fundamentalmente. Concretamente, en un estudio llevado a cabo por Marino y Zanarini (2001) en su muestra de mujeres (N=279) el 76,3% presentaba comórbido un TPL. Paralelamente, Echeburúa y Marañón (2011) señalan una mayor comorbilidad del TPL y la bulimia nerviosa, pudiendo oscilar entre el 2% y el 47% de los casos, siendo característicos los niveles de impulsividad, mayor inestabilidad emocional y poca capacidad de autocontrol.

Por otro lado, podemos distinguir al TPL del cambio de la personalidad debido a otra afección médica, en que éste último se caracteriza porque los rasgos que aparecen

son atribuibles a los efectos directos de la afección médica sobre el sistema nervioso central (APA, 2014). Del mismo modo, respecto al TPL y los problemas de identidad, en éste último la característica diferencial es que las preocupaciones de identidad están relacionadas con una fase de desarrollo.

El TPL también puede aparecer comórbido a otro TP y por lo tanto diagnosticarse ambos, si bien, dado que comparten ciertas características clínicas, habría que realizar un diagnóstico basándose en las características diferenciales (APA, 2014; Fernández-Montalvo & Landa, 2003; Caballo, 2001a; Iglesias & Hernández, 2000). Grove y Tellegen (1991) señalan que cerca de la mitad de las personas diagnosticadas de TP encajan en los criterios de al menos un TP adicional. Sin embargo, según muestran los estudios recientes, la concurrencia del TPL es en mayor medida con el TP histriónico, narcisista, antisocial, esquizotípico y dependiente.

A continuación, en la Tabla 2 se muestran las características comunes y diferenciales entre los distintos TP.

Tabla 2. Diagnóstico diferencial del TPL respecto al resto de los TP.

Características comunes	Tipos de TP	Características diferenciales
-Búsqueda de atención. -Conducta manipuladora. -Oscilaciones emocionales.	TPL Y THP	En TPL: - Autodestructividad. - Arrebatos coléricos - Sentimientos crónicos de vacío. - Soledad.
- Ideas o ilusiones paranoides.	TPL Y TETP	En TPL más transitorios, reactivos interpersonales, y se modifican con la estructuración externa.
- Airada reacción a los estímulos de menor importancia.	TPL Y TPP/TPN	Relativa estabilidad de la autoimagen, falta de autodestrucción, la impulsividad los sentimientos de abandono.

- Conducta manipuladora.	TPL Y TPA	Conducta manipuladora con fin: <ul style="list-style-type: none">- En TPA, de obtener beneficios.- En TPL, de obtener atención de los cuidadores.
- Miedo al abandono.	TPL Y TPD	Miedo al abandono, ante el que reaccionan: <ul style="list-style-type: none">- En TPL, con sensación de vacío, rabia y exigencias.- En TPD, aumento de apaciguamiento y sumisión, y busca con urgencia otra relación que le de apoyo y cuidados. <p>En TPL, las relaciones interpersonales inestables e intensas.</p>

* Nota: THP=Trastorno histriónico de la P; TETP=Trastorno esquizotípico de la P; TPP= Trastorno de la personalidad paranoide; TPN= Trastorno de la personalidad narcisista; TPA= Trastorno de la personalidad antisocial; TPD= Trastorno de la personalidad dependiente.

Como se refleja en la Tabla 2, mientras el TP histriónico se caracteriza por la búsqueda de atención constante, el comportamiento manipulativo y las emociones rápidamente cambiantes, el TPL se diferencia por la presencia de comportamientos autodestructivos, las rupturas airadas de las relaciones interpersonales y los sentimientos crónicos de vacío y soledad. Del mismo modo, las ideas paranoides pueden aparecer como vemos tanto en el TPL como en el TP esquizotípico, si bien, en el TPL son síntomas más pasajeros y aparecen en respuesta a situaciones estresantes. Así mismo, aunque TP paranoide y el TP narcisista se pueden caracterizar por una reacción colérica a estímulos menores, la relativa estabilidad de la autoimagen, así como la falta de autodestructividad, impulsividad y las preocupaciones por el abandono, diferencian a estos trastornos del TPL. Sin embargo, los comportamientos manipulativos que pueden darse tanto en el TPL como en el TP antisocial, se diferencian al mismo tiempo en la funcionalidad de los mismos. Concretamente, en el TP antisocial se presentan con el fin de obtener beneficios de los demás, mientras que en el TPL la finalidad es lograr interés

en sus cuidadores.

Por último, respecto a los datos de la Tabla 2, vemos que tanto el TPL como el TP por dependencia se caracterizan por el miedo al abandono, si bien, la reacción de la persona con TP dependiente no son la ira y rabia como en el TPL, sino en la búsqueda urgente de una relación que reemplace la anterior.

2.5. EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO.

En población general, con estudios realizados entre 1997-2007 y muestras mayores de 250 personas, se estima una prevalencia entre el 4,4% y el 19% (Chiclana, Rodríguez & Aubá, 2010). Tal como señala Torgersen (2007), los TP son prevalentes en población general, dado que más de 1 de cada 10 adultos padece un TP. Dichas estimaciones en población psiquiátrica, aumentan considerablemente, situándose entre un 10,8% y un 82% (Chiclana, Rodríguez & Aubá, 2010). Estudios realizados sobre población clínica española sitúan la prevalencia entre el 3,7% y el 91% (Chiclana, 2010).

Concretamente, el TPL presenta una elevada incidencia, siendo el TP con mayor prevalencia en poblaciones clínicas, ya que representa del 30% al 60% de las poblaciones clínicas con TP (Caballo, 2004). Se estima que el TPL constituye aproximadamente entre un 1,6% y un 5,9% de la población general. Una prevalencia de entre un 6% y un 10% entre los sujetos atendidos en atención primaria en los centros de salud mental, y en torno al 20% entre los pacientes psiquiátricos ingresados. Esta prevalencia suele disminuir en los grupos de mayor edad (APA, 2014; Selva, Bellver & Carabal, 2005; Torgersen, Kringlen & Cramer, 2001).

En atención primaria, la prevalencia del trastorno oscila entre el 4 y 6% de las personas atendidas (Moran et al., 2000; Gross et al., 2002). Comparado con las

personas sin trastorno de la personalidad, los que padecen TPL son más tendentes a visitar las consultas de atención primaria e informan de más disfunciones psicosociales. A pesar de ello, el TPL no parece ser muy identificado por los profesionales de atención primaria (Moran et al., 2001) dado que su evaluación en situación asistencial sigue siendo tarea compleja: la dificultad de emplear en la práctica diaria las entrevistas diagnósticas semi-estructuradas validadas para el TP, así como, el tiempo disponible en una consulta ambulatoria, son algunas de las abundantes dificultades (Giner, et al., 2015).

Respecto a las conductas autolesivas, éstas se observan entre el 60 y 80% de los pacientes con TPL (Mendieta, 1997), siendo además, la causa más frecuente de hospitalización en estos pacientes (Biagini, Torruco & Carrasco, 2005). Como resultado de la alta frecuencia de autolesiones, se produce un aumento del riesgo suicida (Cheng, Man & Chan, 1997). Entre el 60% y 80% presentan conductas autolesivas, situándose la tasa de suicidio entre 8 al 10% de los pacientes, especialmente en menores de 30 años (Espinosa, Blum-Grynberg & Romero-Mendoza, 2009). La tasa de suicidio consumado se cifra en el 9%, lo que supone 400 veces la tasa de suicidio de la población general (Cervera-Martínez, Haro, G. & Martínez-Raga, 2005). En esta línea, existe una alta asociación entre TPL y depresión (Skodol et al., 1999), y la combinación entre las dos condiciones incrementa el número de intentos de suicidio serios (Soloff, Lynch, Kelly, Malone & Mann, 2000).

Los estudios con población clínica han mostrado que las personas con TPL presentan problemas importantes en el funcionamiento laboral, escolar y social (Skodol et al., 2005). Aunque el TPL se ha considerado una patología crónica, estudios de seguimiento sugieren una tendencia a la remisión con el paso de los años, señalando un 39% de remisión a los 2 años de evolución y hasta un 88% a los 10 años de haber

recibido el diagnóstico (Zanarini et al., 2006), además de presentar un mejor pronóstico que otras patologías mentales como la esquizofrenia o el trastorno bipolar (Herpertz et al., 2007).

El TPL es particularmente común entre personas que presentan dependencia a las drogas y/o el alcohol. Este trastorno también es bastante común en personas con trastorno de la conducta alimentaria (Zanarini et al., 1998), y entre personas que presentan conductas autolesivas crónicas (Linehan et al., 1991).

Con respecto a la variable género, el TPL se diagnostica de forma predominante en mujeres, siendo aproximadamente un 75% de los casos, más que en hombres (APA, 2014; Herpertz, 2007; Caballo, 2001a). Este predominio del sexo femenino aparece en la mayoría de los estudios, si bien, habría que tener en cuenta que esta afirmación podría estar sesgada por la selección de la muestra y a que las mujeres demandan con más frecuencia ser atendidos por profesionales (Cervera et al., 2005).

La edad de aparición más frecuente comprende la transición de la adolescencia a la edad adulta, pudiendo presentarse los primeros síntomas al inicio de la adolescencia (Miller et al., 2008). En este sentido, encontramos algunos estudios relevantes, por un lado, un estudio concluiría que la mayoría de pacientes recibirían el diagnóstico de TPL con edades comprendidas entre los 19 y los 34 años y pertenecerían a un nivel socioeconómico medio (Swartz et al., 1990), por otro lado, encontramos un estudio europeo en adolescentes que ofrecía tasas de frecuencia de TPL en edades comprendidas entre 14 y 20 años (Chabrol, Montovany, Chouicha, Callahan & Mollet, 2001).

En lo que se refiere al estado civil, la mayoría de los estudios encuentran el trastorno más frecuente en solteros que en personas que han estado en algún momento

casadas (p. ej., Paris & Zweig-Frank, 2001; Samuels et al. 2002; Zlotnick, Rothschild & Zimmerman, 2002).

Por otra parte, el patrón familiar que se observa en el TPL es aproximadamente cinco veces más frecuente en familiares biológicos de primer rango con el trastorno que en la población general (APA, 2014).

Por otro lado, respecto al papel de las variables familiares a nivel biológico, encontramos estudios que destacan una fuerte asociación familiar de los rasgos impulsivos y de inestabilidad emocional (Silverman et al., 1991). La hipótesis de que una historia de psicopatología familiar se asocia con el desarrollo del TPL se apoya en el hallazgo de altas tasas de psicopatología en las familias de los adolescentes con este trastorno (Goldman, D'Angelo & De Maso, 1993). En su estudio observaron que en el grupo de TPL, el 77% de los niños tenían al menos un familiar con historia de psicopatología, que en un 71% se trataba de uno de los padres, y en el 32% de ambos. Y en el grupo control, el 30% tenía un padre con algún tipo de trastorno, y en el 6% se trataba de ambos padres. La patología estaba presente en un 50% de trastornos relacionados con sustancias, un 36% de depresión y un 23% de trastorno de personalidad antisocial, repartiéndose entre un 2 y un 9% el resto de las patologías.

Por último, respecto a los factores de riesgo a nivel ambiental para desarrollar un TPL, se han señalado el abuso físico y sexual, el abandono emocional, la disfunción familiar o los conflictos hostiles y la separación o pérdida prematura parental (APA, 2014; Paris, 1996). Esta alta agregación de psicopatología familiar orientaría hacia la interacción entre una predisposición biológica mediada ambientalmente como etiología del trastorno.

2.6. MODELO BIOSOCIAL DE MARSHA LINEHAN.

Linehan (1993) ha propuesto un modelo biosocial para entender el TPL, que se basa en la interacción entre influencias biológicas e influencias del aprendizaje social (ambiente invalidante). Además, asume una perspectiva basada en la filosofía dialéctica para explicar el funcionamiento de este trastorno.

La teoría biosocial sostiene que el TPL constituye una disfunción en la regulación de las emociones desencadenada de la interacción entre irregularidades biológicas (p.ej., disfunción límbica) y un ambiente invalidante. Desde este enfoque, esta disregulación emocional es considerada la disfunción primaria del TPL (Linehan, 1993) y está producida por la vulnerabilidad emocional y la dificultad en modular las emociones. Por un lado, la vulnerabilidad emocional se define por una alta sensibilidad a estímulos emocionales, tendencia a experimentar emociones muy intensas a los estímulos, así como, dificultad para volver a la línea base emocional (Chapman & Linehan, 2005; McMMain et al.,2001). Por otro lado, las dificultades en la modulación emocional estarían relacionadas con esta “reactividad emocional”, la incapacidad para regular estas emociones intensas y las conductas asociadas a ellas. Por ello, parece que a lo largo del desarrollo del problema los pacientes tienen un temor acusado a experimentar emociones lo que les lleva a conductas de evitación (p.ej., autolesión), experimentando un alivio momentáneo que actúa como refuerzo negativo y aumenta la probabilidad de que esta conducta disfuncional aparezca en un futuro. En esta línea, las investigaciones (Gottman & Katz, 1989) han encontrado varias tareas importantes para la modulación emocional. Estas tareas incluyen la habilidad de reorientar la atención en presencia de afecto intenso, inhibir las acciones dependientes del estado de ánimo, regular la actividad fisiológica asociada a las emociones, inhibir conductas inapropiadas relacionadas con

alto afecto positivo o negativo, y organizar una conducta al servicio de metas externas y no en función del estado de ánimo experimentado.

El rol del ambiente invalidante en la desregulación de emociones

Según el modelo de Linehan, es la implicación de un factor psicosocial o ambiental denominado *ambiente invalidante* el que tendría sus efectos en el desarrollo de la personalidad, es decir, durante la infancia y adolescencia. La primera característica de este ambiente es que las experiencias privadas (emociones y pensamientos), así como las conductas abiertas hacia las situaciones, “*son a menudo tomadas como respuestas inválidas; son castigadas, trivializadas, rechazadas o ignoradas; y/o son atribuidas a características socialmente inaceptables*” (Linehan & Kehrer, 1993). El problema surge cuando el individuo es vulnerable emocionalmente, es decir, cuando tiene dificultades para regular sus emociones. No se reconocen los problemas emocionales del niño, se le pide que cambie pero no se le enseña cómo. El ambiente castiga la expresión de emociones negativas, pero refuerza de forma intermitente las expresiones emocionales muy extremas, por lo que el reforzamiento de las emociones intensas enseña al individuo a oscilar entre inhibición emocional y conductas emocionales extremas. Por otra parte, el ambiente da mensajes erróneos sobre la facilidad de resolver los problemas vitales (p. ej., “*si se quiere, uno puede controlarse*”). Esto favorece que no se planteen metas realistas y que sea difícil tolerar el malestar. Así, algunas consecuencias posibles de la invalidación incluyen: dificultades en identificar emociones, regular las emociones de forma efectiva, y considerar sus propias experiencias como no válidas.

Según Linehan, este patrón de respuesta es muy similar al patrón de alta emoción expresada encontrado por los autores Leff y Vaughn (1985) en pacientes depresivos y esquizofrénicos. La consecuencia de esta alta emoción expresada en los cuidadores

sería que, no solo invalida la experiencia emocional de la persona, sino que, tampoco responde ante sus necesidades. Gunderson (1984) también hace mención a esta analogía, sugiriendo que los pacientes con TPL crecen en ambientes que describe como hostiles y sobreimplicados, y *“recuerdan al concepto de emoción expresada”*.

Con el fin de identificar las características del entorno familiar del paciente TPL, Linehan (1993) realiza una propuesta donde señala diferentes tipos de familia invalidante: familias caóticas, familias perfectas, y familias típicas. Las familias caóticas se caracterizan por tener problemas de abuso de sustancias, financieros o miembros de la familia que están fuera de casa mucho tiempo. Linehan lo describe como un hogar en el que el niño llega a casa y está solo, teniendo que adoptar un rol de persona mayor. Cuando el familiar llega a casa este está borracho y no tolera las demandas del niño, quedando invalidadas sus necesidades. Las familias perfectas son aquellas en la que los padres no toleran las respuestas emocionales del niño debido a una falta de aptitud para tolerarlas, egocentrismo o temores ingenuos de echar a perder al niño con un temperamento difícil. Por último, se habla de familias típicas para referirse a las familias que tienden enfatizar sobre la importancia del autocontrol sobre las emociones. El uso de las estrategias de control emocional puede ser útil en ciertas circunstancias y en personas capaces de aprenderlas. El problema viene cuando existen personas que no son capaces de llevar a cabo esa autoregulación para controlar sus emociones y sus padres invalidan sus dificultades para controlarlas.

Es importante destacar que no solo influye la vulnerabilidad emocional del niño hacia ambientes invalidantes, sino que a menudo los cuidadores también son vulnerables y el niño refuerza ese comportamiento invalidante. Por ejemplo, pónganse en siguiente situación: un niño se pone a chillar y el cuidador le sermonea diciéndole que ese comportamiento está mal y que no debe ponerse así y el niño se calma. En ese caso, no

solo el padre habrá reforzado la emoción extrema del niño sino que, además, el niño habrá reforzado la conducta invalidante del cuidador porque ha hecho que el niño se calme.

En su teoría inicial, Linehan sugirió un número de sustratos biológicos de la desregulación emocional (p. ej., disfunción límbica), sin embargo, en ese momento no existía mucha investigación al respecto. Con posterioridad, el grupo de Linehan (Crowell, et al., 2009) ha reelaborado el modelo biosocial otorgando una mayor relevancia a la *impulsividad*. Ésta es considerada en la actualidad como un rasgo primario, y en ocasiones independiente de la emoción. La impulsividad temprana sería un aspecto característico de aquellos que más tarde recibirán un diagnóstico de TPL, y se equipararía a la vulnerabilidad emocional como otro factor de predisposición biológica, que afectaría tanto a las dificultades presentes como a las futuras en la regulación de una determinada emoción. Paralelamente, otras investigaciones inciden en la marcada heredabilidad del rasgo de impulsividad (Torgersen, 1994; Kendler et al., 2008), así como con el solapamiento sintomatológico existente entre el TPL y otras patologías, como por ejemplo, los trastornos por abuso y dependencia de sustancias, los trastornos de control de impulsos, el comportamiento antisocial y el trastorno por déficit de atención/hiperactividad.

Como hemos visto, a lo largo de este primer bloque, el TPL es un trastorno complejo, tanto por las dificultades ya iniciales para conceptualizarlo, definirlo o en definitiva entenderlo, como por las características clínicas que presenta. En el momento actual es el TP con mayor índice de prevalencia en población clínica y presenta una tasa de suicidio 400 superior a la tasa que presenta la población general, lo que supone altos costes a nivel de recursos asistenciales, sociales, familiares y económicos. Todo ello, acrecienta el interés por avanzar en el TPL, desde el ámbito de la investigación y de la

práctica clínica, con el objetivo de intervenir de manera cada vez más eficaz en esta problemática, tanto con el paciente como con los familiares y profesionales que le acompañan. Desde el Modelo Biosocial en el que basamos el presente estudio, se entiende el TPL como la interacción entre factores biológicos y factores psicosociales o *ambiente invalidante*, teniendo un papel relevante no sólo el paciente TPL, sino también, su entorno familiar. A continuación, a lo largo del segundo bloque de esta tesis doctoral, destacaremos el papel de la familia en relación a la patología límite, introduciendo el constructo posiblemente más estudiado en entorno familiar desde el ámbito de la salud mental, la Emoción Expresada, mostrando un resumen de los avances dados hasta el momento actual, al mismo tiempo que, daremos protagonismo a otras variables que hemos considerado relevantes por su posible relación con la EE y el curso evolutivo del TPL: carga del cuidador, ajuste diádico y apoyo social.

3. EMOCIÓN EXPRESADA.

El papel de la familia ha sido siempre objeto de estudio en relación a la psicopatología, lo que nos ha permitido avanzar en la definición, medición y entendimiento de los factores familiares implicados en el curso y evolución de los trastornos mentales. Concretamente en este apartado, vamos a destacar la importancia del constructo de la Emoción Expresada (EE) (Brown, Birley & Wing, 1972; Brown & Rutter, 1966) y su influencia en el curso de enfermedades mentales graves de curso crónico, tales como trastornos afectivos (Ellis et al., 2014), trastornos alimentarios (Anastasiadou, Medina-Pradas, Sepúlveda & Treasure; 2014), así como, en TPL (Hoffman, Buteau, Hooley, Fruzzetti & Bruce, 2003), siendo este último el objeto de nuestro estudio.

3.1. CONCEPTO.

La investigación sobre la EE encuentra su base más sólida en los estudios pioneros de Brown y colaboradores (Brown, Birley & Wing, 1972; Brown & Rutter, 1966). Estos autores se interesaron por los factores externos que influían en el curso de la esquizofrenia, encontrando inicialmente que el pronóstico de estos pacientes al alta hospitalaria guardaba una estrecha relación con el contexto que les recibía, y que las interacciones sociales entre paciente y familiares u otras personas del entorno próximo parecían interferir sobre la evolución positiva o negativa de los trastornos (Brown, Monck, Carstairs & Wing, 1962). Brown et al. (1972) definieron entonces por primera vez la EE como un *"índice global de actitudes, emociones y conductas que los familiares presentan hacia el miembro de la familia que presenta un trastorno mental o psiquiátrico"*. Utilizaron

una metodología estricta y criterios específicos de calificación (Lemos, 1985), citando y definiendo por primera vez todas las medidas que componen la EE y que manifiestan dichos familiares hacia el familiar que presenta el trastorno: Comentarios Críticos (evaluaciones negativas sobre las conductas de los pacientes), Hostilidad (comentarios negativos sobre el enfermo como persona y de rechazo), Sobreimplicación Emocional (autosacrificio, desesperanza, sobreimplicación o manifestaciones emocionales intensas), Calidez (comentarios del familiar, que bien por su entonación o contenido, denotan sentimientos positivos de afecto hacia el enfermo) y Comentarios positivos (observaciones de aprobación, valoración o aprecio hacia el paciente o su conducta). Sus investigaciones apuntaban a papel de las características y clima emocional de la familia en la evolución y desarrollo de la enfermedad mental, así como su relación con las recaídas que presentaban estos pacientes independientemente de otros factores, como la duración de la enfermedad, la sintomatología que presentasen o las alteraciones o deterioro conductual que mostrasen (Brown, et al, 1962).

Hay que destacar que dichas escalas son unidimensionales y se valoran con independencia unas de otras, si bien, resulta extraño encontrar ausencia de relaciones entre ellas, p.ej. valoración de hostilidad suele acompañarse de un alto número de comentarios críticos. (Left & Vaugh, 1985). Las escalas de CC, H y SIE son las que han demostrado tener mayor validez pronóstica (Espina et al., 1999), si bien, a pesar de ello se siguen utilizando las cinco escalas con el objetivo de recabar información que pudiera ser interesante para fines terapéuticos. Al mismo tiempo se comprobó que la escala más efectiva en la predicción de recaídas era la de CC de los familiares hacia el paciente esquizofrénico (Brown et al., 1972). Estos resultados se confirmaron a nueve meses de seguimiento (Vaugh & Left, 1976), y a los dos años (Left & Vaughn, 1981), encontrando que la alta EE se relacionaba con una tasa mayor de recaídas (48% en familias con alta EE frente a 6% en familias con baja EE), y un mayor valor predictivo de recaídas a la

escala CC (Vaugh & Left, 1976).

En la Tabla 3 se describen brevemente cada una de las escalas que componen el constructo de EE (Brown, Birley & Wing, 1972; Left & Vaughn, 1976a; Vaughn, Snyder, Jones et al., 1984).

Tabla 3. Escalas del índice de Emoción Expresada (EE).

Escala	Descripción
Comentarios Críticos (CC)	Comentarios críticos de desaprobación, resentimiento o desagrado realizados por el familiar hacia el paciente. Se tiene en cuenta tanto el contenido del comentario como el tono de voz empleado.
Hostilidad (H)	Impresión negativa generalizada o rechazo manifiesto del paciente como persona y no sólo de su conducta. Se tiene en cuenta el contenido.
Sobreimplicación Emocional (SIE)	Por un lado, refleja una respuesta emocional desproporcionada del familiar ante el trastorno del paciente. Por otro lado, incluye conductas exageradamente sobreprotectoras hacia el paciente que implica un sacrificio excesivo para el familiar.
Calor (C)	Manifestaciones de simpatía, afecto e interés, así como empatía y comprensión hacia el paciente. La espontaneidad, el contenido y la entonación son importantes a tener en cuenta.
Comentarios Positivos (CP)	Observaciones positivas en las que se expresa aprobación, valoración o aprecio del paciente o de su conducta. Se valora en base al contenido.

3.2. EVALUACIÓN DE LA EMOCIÓN EXPRESADA (EE).

A lo largo de estos años de estudio del constructo de EE, se han creado distintas medidas de evaluación, si bien, el instrumento básico de evaluación es la *Camberwell Family Interview* (CFI) creada por Brown y Rutter en 1966 para evaluar el clima familiar en pacientes esquizofrénicos. Sin embargo, llevada a la práctica clínica, presenta una serie de limitaciones que hacen difícil su aplicabilidad (Méndez, Orta & Peñate, 2004; Pieters & Storms, 2002). Por ello, se han ido desarrollando otras medidas alternativas que puedan responder a estas dificultades. A continuación, se describen con detalle las entrevistas y autorregistros conocidos para evaluar la EE.

3.2.1. ENTREVISTAS.

La Entrevista Familiar de Camberwell o *Camberwell Family Interview* (CFI). (Brown & Rutter, 1966).

Con el objetivo de identificar las variables del clima familiar que pudieran estar interfiriendo en las recaídas de los pacientes esquizofrénicos y recoger dicha información, se desarrolló una entrevista semiestructurada con opciones de registro de información tipo escalar a la que se denominó *Camberwell Family Interview* o CFI (Brown & Rutter, 1966). Dicha entrevista recoge por un lado información de acontecimientos observables, tales como la distribución del tiempo por parte del paciente y sus familiares, el reparto de las tareas domésticas, o la intensidad y frecuencia del contacto entre pacientes y familiares. Por otro lado, recoge información subjetiva relacionada con los sentimientos, positivos o negativos, que hacen referencia al pasado o presente y a su expresión en forma de conducta. Para ello, se valora tanto el contenido del lenguaje

como aspectos paralingüísticos, como el tono de voz o el lenguaje no verbal. La duración inicial de la entrevista es de tres o cuatro horas, aunque posteriormente se acortó hasta aproximadamente hora y media (Vaughn & Left, 1976).

Estas entrevistas se graban y posteriormente son valoradas en las cinco escalas que constituían originalmente el constructo de EE. Las distintas escalas del CFI presentan una fiabilidad interjueces de 0,80 y 0,90 (Brown, Birley & Wing, 1972), pero alcanzar estos niveles de fiabilidad exigen expertos entrenados.

Para calificar a una familia como alta en EE al menos uno de los miembros familiares (cuidadores primarios) ha de recibir una de las siguientes valoraciones: 6 o más comentarios críticos, una puntuación de 3 o más en implicación emocional excesiva, presencia de hostilidad, en cualquiera de sus alternativas, o cualquier combinación posible de las anteriores. Un alto nivel de EE en la familia indica una mayor probabilidad de causar una recaída en el paciente (Brown, et al., 1967).

- **Entrevista al paciente para evaluar percepciones sobre la relación familiar o *Patient Interview for Assessing Patient Perceptions of Family Relationship (PPI)* (Tompson et al., 1995).**

Evalúa la EE percibida por el paciente. Se compone de tres escalas: crítica percibida, sobreimplicación emocional percibida y percepción de las quejas por parte de sus familiares. Presentaría las mismas limitaciones que la entrevista anterior, respecto al tiempo de administración y de corrección.

- **Muestra de Habla de cinco minutos o *Five Minutes Speech Simple (FMSS)* (Magana et al., 1986; Gottschalk et al., 1988).**

Entrevista con el familiar, donde se le pide que hable sobre sus pensamientos y sentimientos hacia el paciente, así como, sobre la relación entre ellos. Compuesta por las subescalas: comentarios críticos, hostilidad o sobreimplicación emocional. El criterio para establecer un nivel alto de EE es la presencia de al menos un comentario crítico u hostil o cualquiera de los componentes de sobreimplicación emocional. Presenta también limitaciones en su aplicabilidad clínica: debe ser realizada por expertos, extenso tiempo en la formación de entrevistadores y requiere fiabilidad interjueces.

3.2.2. AUTORREGISTROS.

Dadas las limitaciones que presentan las entrevistas en la práctica clínica diaria, se han construido diversos instrumentos de evaluación del constructo de EE. A continuación, se describen los más utilizados:

- **Nivel de Emoción Expresada o *Level of Expressed Emotion (LEE)*.** (Cole & Kazarian, 1988).

Escala que evalúa tanto el nivel de EE del familiar como la EE percibida por parte del paciente. La versión original consta de un total de 60 ítems que evalúan los siguientes estilos de respuesta del familiar: Intrusión, Respuesta Emocional, Actitudes Negativas hacia la enfermedad, así como, Tolerancia y expectativas hacia el paciente. Encontramos una puntuación para cada escala y una puntuación total. Una puntuación por encima de la mediana indicaría un alto nivel de EE en el familiar. Presenta una consistencia interna aceptable (0,84-0,89) y una fiabilidad test-retest de 0,67-0,82.

- **Cuestionario Familiar o *Family Questionnaire (FQ)*.** (Wiedemann, Rayki, Feinstein et al., 2002).

Autoinforme para medir el nivel de EE en los familiares. Mide los comentarios

críticos y la sobreimplicación emocional. Presenta una buena correlación con la CFI en sobreimplicación emocional, aunque no aísla el factor de hostilidad, importante en la valoración de la EE.

- **Escala de Ambiente Familiar o *Family Environment Scale (FES)***. (Moos & Moos, 1981).

Evalúa el clima emocional percibido por el paciente y el familiar. Formado por un total de 90 ítems divididos en tres dimensiones:

1. *Relación*: formado por las escalas cohesión, expresividad y conflicto.
2. *Crecimiento Personal*: formado por las escalas independencia, orientación de logro, orientación intelectual y cultural, énfasis activo y recreativo y énfasis moral o religioso.
3. *Mantenimiento del Sistema*: formado por las escalas de organización y control.

Presenta una buena consistencia interna y estabilidad temporal, si bien, no ofrece punto de corte para la clasificación de alta o baja EE, no hay evidencia de validez concurrente con la CFI y presenta poco poder predictivo (Schnur, Friedman, Dorman, Redford & Kesselman, 1986).

- **Cuestionario de Influencia de las Relaciones o *Influential Relationships Questionnaire (IRQ)*** (Baker, Helmes & Kazarian, 1984).

Pase para los pacientes, en el que se les pide que valoren la conducta de las dos personas más significativas para ellos. Consta de un total de 37 ítems divididos en tres escalas:

1. *Crítica* (se integraron algunos ítems sobre Hostilidad).

2. *Cuidado.*

3. *Protección.*

No ofrece un punto de corte para la clasificación de alta y baja EE. Las tres escalas presentan una buena consistencia interna y una buena fiabilidad test-retest. Limitaciones: incierta relación conceptual con la estructura original del constructo de EE, su desarrollo no está basado en un instrumento de evaluación de la EE.

- **Escala de Criticismo Percibido o *Perceived Criticism Scale (PCS)***. (Hooley & Teasdale, 1989).

Originalmente esta escala fue utilizada para medir la crítica percibida por los pacientes depresivos en sus cónyuges. En ella, el paciente debe responder a las siguientes preguntas:

1. *¿Cómo de crítico piensa que es su esposo/a?*
2. *¿Cómo de crítico cree que su esposo/a es con usted?*

El punto de corte se fija en una puntuación de 4 o más. Buena fiabilidad test-retest y validez concurrente con la CFI, presentando una correlación significativa con el nivel global de EE.

- **Escala de Rechazo del paciente o *Patient Rejection Scale (PRS)*** (Kreisman et al., 1988).

Cuenta con una versión abreviada (PRS) y una versión más extensa (PRS-1). El PRS está formada por un total de 11 ítems y valora el criticismo y rechazo de los familiares. El PRS-1 está formada por un total de 24 ítems y valora la aceptación y la

frustración, no valorando el componente de sobreimplicación emocional. No ofrece un punto de corte para la clasificación de alta y baja EE. Ambas versiones presentan una buena consistencia interna, pero solo el PRS ofrece una fiabilidad test-retest de 0,72. Ambas presentan un solapamiento conceptual con las escalas de Hostilidad y Comentarios Críticos de la CFI.

- **Cuestionario de Evaluación de Emoción Expresada o *Questionnaire Assessment of Expressed Emotion (QAEE)* (Docherty & Serper, 1990).**

En esta prueba, se le pide al familiar que indique con qué frecuencia muestra una conducta específica hacia el paciente, ofreciendo un baremo de respuesta de 0 (nunca o casi nunca) a 3 (siempre o casi siempre). Compuesto por un total de 144 ítems, posteriormente reducidos a 99 ítems, agrupados en las subescalas de Criticismo/Hostilidad y Sobreimplicación emocional. Ofrece un punto de corte para la clasificación de alta y baja EE y muestra una buena consistencia interna. Limitaciones: no ofrece información sobre su validez predictiva y es necesaria más información sobre sus propiedades psicométricas.

- **Escala de Actitud Familiar o *Family Attitude Scale (FAS)* (Kavanagh et al., 1997).**

Evalúa el clima emocional percibido por el familiar. Compuesta por un total de 30 ítems que valoran los factores:

1. *Criticismo/Distanciamiento emocional.*
2. *Criticismo/Hostilidad.*

3. *Distanciamiento afectivo/Desconfianza* en las posibilidades del otro.

La escala presenta una buena correlación con la CFI. Sus propiedades psicométricas muestran ajustes adecuados tanto en consistencia interna (0,95) como en su capacidad predictiva. Limitaciones: no ofrece un punto de corte para clasificar alta y baja EE, y no incluye componentes como la sobreimplicación emocional.

- **Escala para evaluar Emoción Expresada (EEE)** (Méndez, Orta & Peñate, 2004).

Evalúa el clima familiar basándose en los componentes de la EE. Formada por un total de 40 ítems que valoran los siguientes factores:

1. Bajo grado de tolerancia de los padres ante determinados comportamientos de los hijos (Criticismo).
2. *Comentarios positivos*.
3. *Sobreimplicación emocional*.
4. *Desconfianza en las posibilidades del otro*.
5. *Hostilidad*, medida como *impaciencia hacia el comportamiento del otro*.
6. *Hostilidad*, medida como *pérdida de control*.

La escala muestra un coeficiente alfa global de 0,87 y los coeficientes de los factores mantienen unos niveles adecuados (superiores a 0,70). Limitaciones: no se ha comparado con los instrumentos de evaluación de la EE tradicionales y no se ha utilizado muestra clínica en su validación.

3.3. SALUD MENTAL, EMOCIÓN EXPRESADA Y FAMILIA.

Dada la importancia del constructo de EE familiar y su interferencia en el curso y evolución de los pacientes con trastornos mentales y físicos, son numerosos los estudios que encontramos que analizan el ambiente familiar con el objetivo de describir las características y variables más significativas que podrían interferir en el curso de la enfermedad, y por lo tanto, predecir los resultados clínicos en los pacientes. A continuación, señalamos los estudios que hemos encontrado desde su origen, en el que se analizaba el ambiente familiar en pacientes con esquizofrenia, hasta la actualidad, donde encontramos estudios en diversos trastornos mentales (trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, etc.), centrándonos mayormente en los TPL, objeto de nuestro presente estudio.

Vaughn y Left (1976) fueron los primeros en diferenciar a los familiares con alta y baja EE en muestras de familiares con pacientes esquizofrénicos. Principalmente hallaron que los familiares con alta EE mostraban una mayor tendencia a la intolerancia, siendo más intrusivos en la vida del paciente, manifestando mayor dificultad para fomentar autonomía en el paciente y respondiendo de manera más rígida ante las dificultades del paciente. Si bien, los familiares con baja EE los describían como cuidadores más tolerantes, no intrusivos y sensibles a las necesidades que presenta el paciente, mostrándose más abiertos y flexibles a sus demandas. De estas investigaciones se derivan diferencias significativas entre las familias con alta y baja EE, destacándose la importancia del papel de las variables intrusión, fomento de la autonomía y tolerancia de los familiares en la vida de los pacientes.

Del mismo modo, se ha analizado el estilo de comunicación en la familia, encontrándose también diferencias significativas entre familiares de alta y baja EE.

Concretamente se ha comprobado que los familiares de alta EE presentan un estilo de comunicación negativo, caracterizado por una tendencia a hablar más y una escucha menos eficaz, mientras que los familiares de baja EE mostrarían más predisposición a escuchar activamente al paciente.

También se han encontrado diferencias significativas en la respuesta emocional de los familiares de alta y baja EE con pacientes esquizofrénicos. Se observa en familiares con baja EE cierta tendencia a ser fríos, controladores y a estar preocupados, si bien, no se mostrarían ansiosos y responderían con mayor eficacia ante una crisis. Contrariamente, los familiares con alta EE responden a la enfermedad con enfado, mostrando dolor agudo o ambos.

Aunque como acabamos de ver, el concepto de EE se creó originalmente para valorar el clima emocional presente en las familias de pacientes con esquizofrenia (Brown & Rutter, 1966), dada la relación encontrada entre EE y la evolución y recaída en estos pacientes, son numerosos los estudios que posteriormente se han centrado en investigar la relación entre este constructo y otros trastornos mentales. Se ha encontrado como los componentes de la EE factores predictivos del curso de la enfermedad en una amplia variedad de condiciones psiquiátricas (Butzlaff & Hooley, 1998; Vaughn & Left, 1976), así como factores predictivos de recaída en distintos trastornos psicopatológicos (Hooley & Licht, 1997; Van Furth et al, 1996; Hodes & Le Grange, 1993; Orley & Teasdale, 1986; Szmukler et al, 1985; Vaughn & Left, 1976). Concretamente, encontramos en la actualidad diversos estudios que muestran como altos niveles de EE familiar influye significativamente en el curso de las enfermedades mentales y físicas de curso crónico, tales como trastornos afectivos (Ellis, et al., 2014), trastornos de ansiedad (Kojalgi, Nayak, Patil & Chate, 2014), trastornos alimentarios (Anastasiadou, Medina-Pradas, Sepúlveda & Treasure; 2014), demencia (Li & Murray, 2015), dolor crónico

(Ballús-Creus, Rangel, Peñarroya, Pérez & Left, 2014) o TP, concretamente en TPL, si bien, existen pocos estudios que investiguen el constructo de EE de los familiares a lo largo de la evolución de este trastorno. A continuación, destacamos los estudios que hemos encontrado hasta el momento actual.

En 1999, Hooley y Hoffman estudian la validez predictiva del constructo de EE en los resultados clínicos de pacientes con TPL. Obtienen datos que apuntan bajo poder predictivo en los comentarios críticos y la hostilidad, si bien, si evidencian la relación de la sobreimplicación emocional (SiE) de los familiares en los resultados clínicos de los pacientes. Concretamente encuentran que a mayor SiE los pacientes obtenían mejores resultados clínicos, lo que podría otorgar un papel validante de esta variable con estos pacientes, es decir, quizá la SiE es percibida como el modo que tienen sus familiares de atender y responder a sus necesidades y dificultades presentes, en lugar de percibirlo como una respuesta intrusiva en sus vidas.

Otros estudios, analizarían la atribución de control en los familiares, encontrando que los cuidadores más críticos entienden menos la enfermedad y atribuyen más la responsabilidad en los pacientes de aquello que les sucede (Hooley & Lich, 1997). Paralelamente, se comprobaría como los familiares se mostrarían más críticos o sobreprotectores en función del grado de entendimiento del problema del paciente (Van Os, Hanssenm Bijl & Vollebergh, 2001).

Del mismo modo, se ha estudiado la interferencia de las creencias y atribuciones de los cuidadores en sus actitudes y conductas con el paciente (Terrier et al., 2002). En este sentido, los familiares con alta EE, mostrarían ciertas dudas acerca de que el paciente esté realmente enfermo, percibiendo mayor nivel de control sobre los síntomas y generando sentimientos de culpa o responsabilidad en el paciente. Los familiares con puntuaciones altas en comentarios críticos atribuirían mayor control sobre la enfermedad

y por lo tanto, una mayor capacidad por parte del paciente a modificar su manera de comportarse. Contrariamente, los familiares sobreprotectores asumen que el paciente tiene un rol pasivo ante la enfermedad, asumiendo, por lo tanto, ellos el control y la responsabilidad del paciente. En muestra con familiares de esquizofrénicos, se ha encontrado que familiares con altos niveles de EE percibirían que el paciente puede controlar los síntomas y por lo tanto, esperarían que respondiera como cualquier otra persona, si bien, familiares con bajos niveles de EE mostrarían la tendencia a creer que el paciente tiene una enfermedad, y por lo tanto, serían más tolerantes con las conductas del paciente (Vaughn & Left, 1978). Paralelamente, encontraríamos que familiares con alta sobreimplicación emocional no perciben a los pacientes responsables de su conducta, lo que promovería una mayor sobreprotección sobre el paciente (Brewin, McCarthy, Duda & Vaughn, 1991; Weisman, Nuechterlein, Goldstein & Snyder, 2000; Hooley & Campbell, 2002; Peterson & Doherty, 2004;).

Otra de las variables estudiadas, es el conocimiento que tienen los cuidadores sobre el TPL y su propio bienestar, así como, la relación con la EE. La muestra estaba formada por un total de 39 familiares y 32 pacientes que pertenecían a un programa de atención a los TP. Se les administraron una serie de escalas para valorar el bienestar psicológico de los familiares, así como, el nivel de conocimiento que tenían acerca del TPL, para ello crearon y utilizaron el inventario *Knowledge Assessment Inventory (KAI)* (entonces no validado). Sorprendentemente, el estudio mostró resultados que rechazaban la hipótesis del autor: aquellos familiares que mayor conocimiento tenían sobre la enfermedad tendían a estar más deprimidos, presentando mayor malestar psicológico, mayores niveles de sobrecarga en el cuidado y mayor desesperanza con la situación. Del mismo modo, aquellos familiares con mayor conocimiento del TPL presentaron altos niveles de EE, mostrándose más críticos y hostiles hacia los pacientes

(Hoffman, Buteau, Hooley, Fruzzetti & Bruce, 2003).

Recientemente, Bayley (2015) realiza un estudio con una muestra total de 280 cuidadores en el que mide la EE mediante el *The Family Questionnaire (TFQ)* y su relación con el bienestar y cansancio de los familiares (mediante el BAS, MSI-BPD, y MIH-5). Encontraron altos niveles de EE en los familiares, concretamente puntuaciones mayores en SiE en los familiares que cuidaban pacientes de menor edad, así como puntuaciones altas en Criticismo (Cc) en el cuidado de pacientes de más edad, así como, en cuidados de mayor duración y menor edad en el cuidador. Esta sobreimplicación en el cuidado parece relacionarse con una mayor sobrecarga y malestar psicológico en el familiar o cuidador.

La relación existente entre el constructo de EE y la recaída de los pacientes esquizofrénicos permitió también aislar otros factores que desempeñan un papel predictor importante. Entre ellos se encuentran las variables del ambiente familiar recogidas en la EE, el nivel de contacto entre pacientes y familiares, la ausencia de toma de medicación regular y la aparición de acontecimientos estresantes (Left, Kuipers, Berkowitz, Vaughn & Sturgeon, 1983). Definidas dichas variables, estamos ante la posibilidad de diseñar intervenciones terapéuticas encaminadas a disminuir las tasas de recaídas que muestran los pacientes y así lo demuestran recientes estudios, que señalan como las intervenciones familiares destinadas en reducir los niveles de EE han permitido reducir la probabilidad de recaída psiquiátrica temprana en pacientes tras alta hospitalaria (Eisler et al, 2000; Hooley, 2007; Treasure et al, 2008).

4. VARIABLES RELEVANTES EN LA EMOCIÓN EXPRESADA EN FAMILIARES DE PACIENTES TPL.

4.1. CARGA DEL CUIDADOR.

El cuidado de una persona con problemas físicos o mentales supone un gran reto para la familia. Generalmente, el rol de cuidador principal es ocupado por una o varias personas, no profesionales, que mantienen un vínculo emocional con el paciente y no reciben retribución económica por su trabajo.

Concretamente, en el caso de un paciente con un trastorno mental grave, como es el TPL, supone un cuidado alargado en el tiempo, dada la larga evolución de estos trastornos, sin grandes avances a corto plazo, cuyas características clínicas interfieren además en la relación paciente-familiar, todo ello tiende a dificultar el cuidado de estas personas y supone mayores niveles de sobrecarga y estrés en los cuidadores, llegando incluso a veces a desencadenar sintomatología secundaria a quienes ocupan este rol. Estos serían algunos de los motivos que justificarían el creciente interés, tanto de investigadores como de profesionales clínicos, acerca de los efectos negativos sobre la salud física y mental del cuidador primario de pacientes con trastornos mentales graves (Barrowcloughm Tarrier & Johnson, 1996; Biegel, Milligan, Putnam & Song, 1994).

4.1.1. CONCEPTO.

El concepto de “carga” proviene del inglés “*burnout*” que traducido sería como “*estar quemado*” y cuyo origen encontramos en el año 1974, cuando fue descrito por Freudenberguer como un síndrome psicológico, que ocurre en profesionales que trabajan en relaciones de ayuda hacia otras personas (médicos, psicólogos, psiquiatras, etc.). Si bien, este concepto no se relaciona necesariamente al estrés ocupacional, sino

que también aparece asociado a la salud física y emocional, dado el estrés acumulado al que hace frente el cuidador, el cual, en parámetros generales, se encuentra desprovisto de recursos de afrontamiento adecuados que le permitan adaptarse a la situación. En investigaciones más recientes, el concepto de “carga del cuidador” o “*caregiver burden*” de manera más específica se centra en las tareas de cuidado familiar del paciente y se identifica como un potente estresor con consecuencias adversas en la salud física y emocional del cuidador de personas con trastornos crónicos, las relaciones familiares y las actividades sociales y de ocio. Para explicar esta carga en el cuidador así como las consecuencias secundarias derivadas de la asunción de este rol, se han propuesto varios modelos que pasamos a comentar a continuación.

Por un lado, encontramos la teoría del estrés cognitivo (Lazarus & Folkman, 1984) que propone la evaluación de los recursos personales del cuidador (capacidad para desempeñar el rol de cuidador, apoyo social y recursos disponibles) media en la relación entre el estrés y la carga del cuidador. Este modelo establece una relación entre el cuidador y el ambiente, y propone estrategias de afrontamiento para mediar en una situación de estrés (Lazarus, 1993).

Por otro lado, Pearlin, Mullanm Semple y Skaff (1990) postulan su teoría de factores de estrés primario y secundario. Los factores primarios serían indicadores objetivos de la situación de cuidado, como p.ej. la gravedad de los síntomas, los compromisos hacia el tratamiento y las conductas problemáticas que presentan los pacientes, y los factores secundarios, serían consecuencia de la situación misma de cuidado, como p.ej. conflictos familiares, del trabajo, del cuidado u otros compromisos familiares. Estos factores de estrés desencadenarían problemas de salud física y mental en el cuidador. Las estrategias de afrontamiento del cuidador y el apoyo social tendrían un papel mediador, presentando mejores resultados los cuidadores que tienen

estrategias de afrontamiento eficaces y un apoyo social adecuado.

Paralelamente, encontramos estudios que analizarían los factores predictores de salud mental en los cuidadores de pacientes esquizofrénicos (Schene van Wijngaarden & Maarten, 1998). Siguiendo esta línea, Winn et al. (2007) plantean en su modelo posibles variables predictoras de experiencias negativas y del estado mental de los cuidadores de pacientes con TCA, tales como:

- *Características de los pacientes*: severidad de la sintomatología TCA, la edad del paciente y los años de evolución de la enfermedad.
- *Características de los cuidadores*: nivel educativo y socioeconómico de los cuidadores, su edad y el contacto con profesionales sanitarios.
- *Factores relacionales*: horas de contactos semanales paciente-familiares, EE, funcionamiento familiar y problemas interpersonales.

Por último, la carga del cuidador también parece estar influida por el nivel de apoyo social que presenta, Crotty y Kulys (1986) observaron que la carga percibida por el paciente estaba relacionada con la red social de éste. Por tanto, a mayor apoyo social del paciente, menor carga del familiar. Paralelamente, Brown et al., (1972) observaron que los familiares que obtenían mayores puntuaciones en EE estaban más aislados que los que presentaban bajas puntuaciones. Por este motivo, Mc Farlane, (1995) planteaba con un posible beneficio la realización de terapias familiares a nivel grupal para facilitar el aumento de la red social de los cuidadores.

4.1.2. CARGA DEL CUIDADOR EN PACIENTES TPL.

Scheirs y Bok (2007) administraron a un grupo de cuidadores de personas con TPL el cuestionario de sintomatología SCL-90 (Schmitz et al., 2000) y encontraron que el grupo de cuidadores de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad presentaba un mayor estrés psicológico que el grupo control.

Hoffman, Fruzzetti y Buteau (2007b) evaluaron la carga familiar la depresión y la culpa en cuidadores de pacientes con TPL tras un programa de 12 semanas de psicoeducación sobre el trastorno que padecía su familiar ("Family connections"; FC). Los resultados mostraron niveles altos de carga familiar, depresión y culpa, mostrando una mejora significativa en todas las variables de bienestar tras el tratamiento, incluyendo la depresión. Además, los resultados mejoraron tanto para hombres como para mujeres, encontrando únicamente diferencias significativas en la culpa, para la que ambos grupos mejoraron significativamente pero las mujeres mantuvieron niveles significativamente más altos que los hombres.

En la misma línea, Goodman et al. (2010) encontraron que los familiares cuidadores de personas diagnosticadas de TPL tenían problemas en salud emocional, salud física, relaciones maritales y relaciones sociales. También estudiaron la carga financiera en estas familias, encontrándose peor nivel de vida y un impacto financiero sobre el cuidador.

Un estudio más reciente (Bailey & Grenyer, 2014) mostró una elevada carga en los cuidadores de personas con TPL, superando incluso las puntuaciones obtenidas en investigaciones previas con otro tipo de patologías como la esquizofrenia (Struening et al., 1995). Este estudio mostró que los cuidadores presentaban sintomatología ansiosa y depresiva, además de dificultades para regular sus emociones. Además, esta dificultad

en la regulación emocional se relacionaba con la duración de la relación de cuidado entre cuidador y paciente, obteniéndose una peor regulación emocional cuando el tiempo de cuidado había sido más corto. Además, estos autores incluyeron un programa de análisis cualitativo (Smith & Humphreys, 2006) en el que los cuidadores tenían que contestar a la pregunta “Como cuidador: *¿Cómo es tu experiencia de cuidar a tu familiar?* o *¿Qué impacto ha tenido en ti, en tu vida y en tus relaciones?*”. Este análisis les permitía crear un mapa conceptual que representa la predominancia y las relaciones entre los conceptos mencionados en las respuestas de los cuidadores. Obtuvieron que el término más utilizado había sido “familia” y que con las palabras que más se relacionaba era con aquellas que hacían referencia a los distintos componentes de la familia (hijo, hija, hermana, marido y madre). Estos datos sugieren la importancia de las relaciones familiares en el cuidado de los pacientes con TPL.

También se han llevado a cabo otros estudios que pretenden observar la relación de la carga del cuidador con otras variables como, por ejemplo, el conocimiento de los familiares sobre el TPL. Este es el caso del estudio realizado por Hoffman, Buteau, Hooley, Fruzzetti y Bruce (2003) donde encontraron que los familiares que tenían más conocimiento acerca del trastorno tendían a ser más depresivos, mostraban más estrés psicológico, sentían más carga y expresaban actitudes más hostiles hacia el paciente. La explicación sugerida por estos autores fue que podía deberse a la calidad de la información y a la manera en la que esta se ofrecía.

4.2. AJUSTE DIÁDICO

Desde la década de los años 80, la relación de pareja se ha convertido en una importante área de investigación. El análisis de las variables individuales y mediadoras

implicadas en la satisfacción, calidad y ajuste marital, se ha convertido en foco de interés para los investigadores que exploran determinados patrones diádicos de interacción en las relaciones de pareja (Kenny & Ledermann, 2012).

4.2.1. CONCEPTO.

Spanier (1976) define el ajuste diádico o marital como una evaluación cualitativa de un estado y como un proceso cuyo resultado se determina por el grado de:

- Las diferencias problemáticas en la pareja.
- Las tensiones interpersonales y la ansiedad personal.
- La satisfacción diádica.
- La cohesión diádica.
- El consenso sobre asuntos de importancia para el funcionamiento diádico.

El ajuste diádico se ha relacionado con factores relevantes tales como el bienestar emocional (Proulx, 2007). Concretamente, se ha observado que las parejas que presentan menor ajuste tienen mayor riesgo de padecer depresión (Karney, 2001), mayores niveles de estrés, así como, déficits en los estilos de afrontamiento (Bodenmann, Pihet & Kayser, 2006; Bodenmann, Ledermann & Bradbury, 2007). Encontramos algunos resultados que evidencian la implicación que tiene en la salud física (Kiecolt-Glaser & Newton, 2001) y en el sistema inmunológico (Robles & Kiecolt-Glaser, 2003).

En búsqueda de factores que medien en ajuste diádico se han identificado variables y categorías de emociones, comportamientos y creencias que influyen en la calidad, estabilidad, satisfacción y ajuste marital. Karney y Bradbury (1995) identificaron que uno

de los predictores más fuertes en la satisfacción marital, tanto en hombre como en mujeres, es el intercambio de comportamientos positivos y negativos en la pareja. Señalaron otros predictores como la duración del matrimonio, la reciprocidad negativa, el estrés y el nivel de ingresos. Estos autores también concluyeron que los matrimonios tienden a ser más estables pero menos satisfactorios con el paso del tiempo, estableciéndose una correlación negativa entre estabilidad y satisfacción marital.

Paralelamente, los autores Adler-Baeder, Higginbotham y Lamke (2004) realizaron una revisión de los estudios realizados desde 1990 sobre los factores que influyen en la calidad marital. Tomaron como referencia el “Modelo de Vulnerabilidad-Estrés-Adaptación” propuesto por Karney y Bradbury (1995) y seleccionaron un total de 178 estudios que analizaban las variables de interacción, de lo que destacaron tres categorías:

- a) *Positividad (factores de protección)*: que incluye factores tales como, emociones positivas, afecto y sentimientos, comportamientos afectivos, conductas de apoyo, tiempo compartido, identidad de la relación, expresividad y aceptación de uno mismo.
- b) *Negatividad (factores de riesgo)*: que incluye factores tales como, afecto negativo, emociones o sentimientos, comportamientos negativos manifiestos, comportamientos de exigencia o crítica, de no respuesta o evitación y patrones de demanda-retirada.
- c) *Creencias (factores de protección)*: que incluye factores tales como, creencias realistas y percepción de expectativas cumplidas, conocimiento y comprensión de la pareja, consenso, percibir igualdad y justicia, atribuciones positivas y prejuicios.

Los resultados obtenidos por estos autores apoyan la idea de que construir una

vinculación emocional positiva es un factor importante para promover elevados niveles de calidad en la relación, resultados que van en la misma línea que los encontrados por Karney y Bradbury (1995). Paralelamente, estos mismo autores en 2004, revisaron los factores que influyen positivamente en la satisfacción y estabilidad marital, no encontrando diferencias significativas entre las parejas que presentaban buenas y malas estrategias en la resolución de conflictos y la satisfacción marital en los primeros cuatro años.

4.2.2. EMOCIÓN EXPRESADA Y AJUSTE DIÁDICO EN FAMILIARES DE PACIENTES TPL.

Del mismo modo, siguiendo la línea de nuestro presente estudio, encontramos diversas investigaciones que analizan la relación entre EE de los padres de pacientes esquizofrénicos con otros factores que pudieran estar asociados, tales como, personalidad, ansiedad y depresión en familiares, ajuste diádico, así como, apoyo y estrés social. Concretamente, autores como Brown et al. (1966) destaca la carga que representa para la familia el cuidado de un miembro con una enfermedad psiquiátrica, lo cual conlleva un aumento de la ansiedad, la depresión y dificultades de pareja que llevan a un aumento de la tasa de divorcios.

Paralelamente, autores como Haley (1980) han hecho hincapié en la mala relación de pareja de los padres de esquizofrénicos y la influencia negativa que tiene en el desarrollo de la enfermedad.

Así mismo, Espina et al. (2000) realiza un estudio con una muestra de 40 familias con un hijo esquizofrénico con el objetivo de analizar la relación existente entre EE y ajuste diádico entre otras, la cual evalúa con la misma escala que hemos utilizado en este

estudio, la Escala de Ajuste Diádico (DAS) de Spanier (1976). Los resultados que obtiene señalan una mala calidad de ajuste diádico en las parejas evaluadas y madres con baja cantidad de ajuste, de lo que interpretan que la carga que supone el cuidado de un paciente esquizofrénico daña la relación de pareja, lo cual puede a su vez perjudicar al hijo en una relación circular desde el punto de vista sistémico, aunque no tenga valor etiológico. Del mismo modo, analizando ajuste diádico y EE, destacan:

- Los familiares que puntúan alto en criticismo (CC) puntúan menos en consenso en la pareja, respecto a los que puntúan bajo en CC, lo cual puede indicar que la falta de acuerdos en la pareja les hace más críticos con el hijo, o bien, que su criticismo sea una característica del estilo de relación entre la pareja.
- Los familiares que puntúan alto en Sobreimplicación emocional (SIE), obtienen mayores puntuaciones en consenso y satisfacción de la pareja, respecto a los que puntúan bajo en SIE. Esto puede ser debido a que los familiares más volcados en sus hijos, altos en SIE, presentan una menor demanda hacia la pareja, o bien, que esta actitud de sobreprotección se dirija no sólo hacia el hijo sino también hacia su pareja, estableciendo una relación de pareja más satisfactoria.
- Las madres con niveles altos en CC hacia el hijo, obtienen puntuaciones más bajas en cohesión con su pareja, lo cual puede indicar que las insatisfacciones con el marido se transformen en críticas hacia el hijo, o bien, que el criticismo sea un estilo de relación también en la pareja, ocasionando una baja cohesión en la misma.
- Las madres con puntuaciones altas en SIE y bajas en CC o hostilidad (H) presentan más cohesión con sus parejas que las que puntúan alto en CC y en H.

Tal como muestran los resultados de los estudios señalados, existe una relación significativa entre la EE en familiares de pacientes esquizofrénicos y la variable ajuste diádico, observándose una relación negativa entre los factores CC y H y el ajuste diádico en la pareja, así como, una relación positiva entre el factor SIE y ajuste diádico, observándose una influencia positiva en la sobreimplicación en la relación de pareja, mostrando una mejor cohesión y consenso diádico.

4.2. APOYO SOCIAL.

El apoyo social es una variable con efectos amortiguadores del estrés y la sobrecarga, disminuyendo el impacto a las diversas condiciones de riesgo a enfermedades como la ansiedad, depresión y trastornos psicosomáticos. El papel que tiene la variable de apoyo social en el bienestar y calidad de vida, así como , en la calidad de vida de familiares y pacientes de enfermedades físicas y mentales, ha sido objeto de estudio de diversas investigaciones.

4.2.1. CONCEPTO.

Lin (1986) define el apoyo social como *“el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales (percibidas o recibidas) proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza, añadiendo que estas provisiones se pueden dar tanto en situaciones cotidianas como de crisis”*. Es considerado como un concepto multidimensional, conformado por tres grandes dimensiones: a) integración social; b) Apoyo social percibido y c) apoyo social provisto (acciones que otros realizan para proveer asistencia a otra persona determinada). Los elementos más importantes de este constructo son:

- a) *Tipo de apoyo*: La mayoría de autores coinciden en el *emocional, instrumental e informacional* (Barrón, 1996; House & Kan, 1985; Tardy, 1985). Entendemos el apoyo emocional como expresiones de afecto, cariño, empatía, etc; el apoyo instrumental supone realizar acciones o proporcionar materiales o servicios que sirven para resolver problemas prácticos, como p.ej. prestar dinero o ayudar en una tarea de casa; y por apoyo informacional todo lo que implique aconsejar, informar o guiar.
- b) *Fuentes de apoyo: comunidad, red social y relaciones íntimas*. Como fuentes de apoyo se consideran a todas aquellas personas de las que podemos recibir apoyo (familiares, vecinos, amigos, parejas, conocidos, profesionales de la salud, miembros de instituciones religiosas, etc).
- c) *Percepción y/o recepción del apoyo*. Diversos autores señalan la adecuación o calidad de apoyo como un elemento de especial interés en la percepción del apoyo social (Barrón, 1996; Tardy, 1985). Entendiendo la calidad de apoyo como el equilibrio entre las necesidades de la persona que recibe apoyo (receptor) y la medida en que éstas son cubiertas; generalmente se evalúa a través de la satisfacción de la persona con el apoyo que recibe o bien con el deseo de tener más o menos apoyo (Terol, 1999).

4.2.2. EMOCIÓN EXPRESADA Y APOYO SOCIAL EN FAMILIARES DE PACIENTES TPL.

Por un lado, existe un creciente interés por el papel que puede tener el apoyo social en pacientes con trastornos mentales, observándose que cuanto mayor sea el apoyo social que una persona recibe (y percibe) y la satisfacción con el mismo a través

de las relaciones con los miembros de la familia, amigos, parejas, compañeros de pareja, etc, menor será el impacto de la enfermedad mental (Ovejero, 1990).

Por otro lado, y uno de los objetivos de la presente tesis doctoral, otros estudios centran su interés en la variable de apoyo social como predictor significativo de la calidad de vida del cuidador, destacando la relación existente entre la variable de apoyo social y la EE de los familiares, así como, su interferencia en el nivel de sobrecarga emocional derivada del cuidado de estos pacientes. Así mismo, es importante no olvidar, la respuesta social que perciben paciente y familiar, tras recibir el diagnóstico de una enfermedad mental. El alto grado de desconocimiento social que existe hacia las enfermedades mentales y quienes las padecen, en ocasiones se traduce en respuestas de rechazo y estigma social, lo cual desfavorece la integración social e interfiere tanto en el curso de la enfermedad de los pacientes como en el papel de sus familiares cuidadores (Muñoz, Pérez, Crespo & Guillen, 2009).

Por un lado, encontramos estudios en los que se analiza la variable de apoyo social en familiares de pacientes esquizofrénicos y su influencia en el curso de la enfermedad. Concretamente, autores como Brown et al. (1972) encontraron que las familias altas en EE tenían menos relaciones extrafamiliares y menos hijos viviendo en el hogar.

Anderson et al. (1984) describen una asociación positiva entre una pobre red social de los familiares de pacientes con esquizofrenia y una enfermedad más prolongada, pero no encuentran correlación entre EE y red social.

Goldman (1982), también evidencia en sus estudios con familias de pacientes esquizofrénicos, que la "carga familiar" que presentaban se había aumentada por una baja red social de apoyo, determinada en parte por el estigma y aislamiento social.

Para autores como McFarlane y Bells (1983) la “carga familiar” se relaciona con otros factores familiares como son las alteraciones en la comunicación, el estigma y aislamiento social así como el enmarañamiento de la relaciones familiares, influyendo poderosamente todo ello en el curso de la esquizofrenia.

Así mismo, Espina et al. (2000) realiza un estudio con una muestra de 40 familias con un hijo esquizofrénico con el objetivo de analizar la relación existente entre EE y ajuste diádico, apoyo social, etc. Los resultados que obtiene señalan que existe una buena calidad de apoyo social en los padres (85,6% de media). Estos resultados, contrastarían con los de otros autores como Brown et al. (1972), Hammer (1981), Goldman (1982) y Platt (1985) quienes apuntan una baja red de apoyo social y aislamiento en los padres de pacientes esquizofrénicos.

Por último, encontramos una revisión de diez estudios (1987-2004) que relacionaron la calidad de vida del cuidador primario, de pacientes con enfermedades crónicas físicas y mentales, y el apoyo social. Los resultados obtenidos mostraron que el apoyo social resultó ser un fuerte predictor de la calidad de vida del cuidador primario, destacándose como variable mediadora y atenuante del estrés y la depresión, evitando el deterioro de la calidad de vida del cuidador en lo que respecta a satisfacción social, recursos de afrontamiento y ajuste marital (Ergh et al., 2002; Navaie-Waliser, 2002; Vedhara, et al., 2000; Winslow, B.W., 1999; Goode, et al., 1998; Haley et al., 1987).

Tal como hemos podido ver a lo largo de este segundo bloque, la importancia del constructo EE como una de las características principales del entorno familiar de los pacientes con enfermedades psiquiátricas es algo incuestionable, siendo fundamental la interferencia demostrada en el curso evolutivo y su papel predictivo en diferentes enfermedades mentales graves. Hemos podido ver el avance de la EE a lo largo de estos años, tanto a nivel de concepto como de las medidas con las que contamos actualmente

para su evaluación.

Concretamente, en el TPL, observamos la importancia de la EE presente en el entorno familiar de estos pacientes, que como hemos podido ver, diversos autores evidencian las similitud al planteamiento de ambiente invalidante realizado por Linehan en su Modelo Biosocial (1993). Si bien, son escasos los estudios que encontramos hasta el momento realizados con TPL, y de ahí nuestro objetivo principal de la presente tesis doctoral.

III. MARCO EXPERIMENTAL

III. MARCO EXPERIMENTAL.

1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

Objetivo general de la presente tesis.

El **Objetivo General** de esta tesis es analizar la EE en familiares y pacientes diagnosticados de TPL y la relación con variables relevantes como la carga del cuidador, ajuste diádico y apoyo social.

Objetivos Específicos

En cuanto a los **Objetivos Específicos** de la presente tesis son los siguientes:

O1. Análisis y descripción de la variable EE en los familiares y en los pacientes diagnosticados de TPL y su relación con las variables sociodemográficas de los familiares y pacientes.

O2. Analizar la relación entre EE en familiares y la EE percibida en pacientes y el

diagnóstico y curso de la enfermedad.

O3. Analizar la relación entre EE en familiares y la EE percibida por los pacientes.

O4. Analizar la relación entre EE y carga del cuidador en familiares de pacientes.

O5. Análisis y descripción de las variables EE, apoyo social y ajuste diádico en familiares y pacientes diagnosticados de TPL.

Por tanto, las hipótesis planteadas al inicio de este trabajo son las siguientes:

H1. Existencia de diferencias significativas en EE según variables sociodemográficas de los familiares y pacientes.

H2. La EE en familiares de pacientes diagnosticados de TPL estará relacionado positivamente con variables clínicas de gravedad del paciente.

H3. La EE percibida por pacientes diagnosticados de TPL respecto a sus familias estará relacionado positivamente con variables clínicas de gravedad del paciente.

H4. La EE en familiares de pacientes diagnosticados de TPL correlacionará positivamente con la EE percibida por los pacientes respecto a sus familiares.

H5. La EE en familiares de pacientes diagnosticados de TPL correlacionará positivamente con una mayor repercusión familiar y sobrecarga del cuidador.

H6. Las puntuaciones altas en EE (en familiares y la percibida por los pacientes diagnosticados de TPL) correlacionarán con un menor apoyo social y un peor ajuste diádico entre el/la paciente y sus familiares y entre los propios familiares entre sí.

2. MUESTRA.

Participaron un total de 134 familiares (37 hombres y 97 mujeres) de 111 pacientes (12 hombres y 99 mujeres) diagnosticados de TPL que estaban recibiendo tratamiento psicológico en el Centro Clínico PREVI en el momento en el que se realizó este estudio.

- ✓ Los criterios de inclusión de los pacientes fueron:
 - Consentimiento escrito para participar en el estudio.
 - Pacientes diagnosticados de Trastorno de la personalidad límite según criterios diagnósticos del DSM-5.
 - Tener más de 16 años de edad.
 - Pacientes no psicóticos ni con déficit de capacidad intelectual.
 - Pacientes que estuvieran recibiendo tratamiento psicológico en el momento del estudio en cualquiera de los tres dispositivos asistenciales: ambulatorio, Centro de día o Centro de atención continuada (24h).
 - Contar con apoyo familiar e implicación en su tratamiento.

- ✓ Los criterios de inclusión de los familiares fueron:
 - Consentimiento escrito para participar en el estudio.
 - No estar realizando el programa grupal de psicoeducación para familiares de pacientes TP en el momento del estudio.
 - No presentar un trastorno mental grave (p.ej. trastorno psicótico) o déficit y/o deterioro cognitivo (p.ej. demencia).

3. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN UTILIZADOS CON FAMILIARES Y PACIENTES.

A continuación se muestra la relación de los instrumentos seleccionados para la evaluación de los familiares y pacientes que participaron en este estudio. En el Anexo, se incluyen todos los instrumentos utilizados.

3.1. Medida de las variables clínicas relevantes (ver Anexos 2).

Para recabar la información clínica relevante del paciente, se diseñó *un inventario ad hoc* que era completado por cada uno de los terapeutas. La información que recoge se muestra siguiendo el siguiente orden: en primer lugar, se incluye información demográfica del paciente (edad, sexo, estado civil, hijos, estudios y ocupación actual) y el centro en el que recibe tratamiento (Castellón, Valencia o Alicante). En segundo lugar, cada terapeuta especifica datos relevantes sobre el diagnóstico y el tratamiento del paciente (diagnóstico principal, primer diagnóstico que recibe, fecha en que lo recibe, años en tratamiento, etc.). En tercer lugar, el terapeuta señala las variables clínicas más relevantes del paciente durante el curso de su TPL (conductas auto y heteroagresivas, ideas de muerte activas, intentos de suicidios, etc.). Así mismo, el terapeuta valora el nivel de actividad global del sujeto siguiendo la EEAG (APA, 2000). Seguidamente, se señala el tipo de tratamiento que sigue el paciente tanto a nivel psicoterapéutico (régimen ambulatorio, Centro de día y centro de asistencia continuada 24h), como a nivel psicofarmacológico. Así como, el tratamiento psicoterapéutico que reciben sus familiares en el momento actual (a nivel individual y/o grupal). El terapeuta valora el nivel de adherencia y colaboración en el tratamiento (tanto del paciente como de sus familiares). Finalmente, se señala la asistencia del paciente a otros recursos o dispositivos (UCA, centro ocupacional, etc.).

3.2. Instrumentos de evaluación utilizados con los familiares.

En los tres centros clínicos PREVI en los que se obtuvo la muestra de familiares, los terapeutas clínicos eran quienes se responsabilizaban de entregar los instrumentos de evaluación a cada familiar, explicando brevemente el contenido de los mismos e indicando que lo debían rellenar de manera individual. Los instrumentos seleccionados fueron:

- ✓ “Escala del nivel de Emoción Expresada” (LEE) (Cole & Kazarian, 1988).

La versión original ha sido diseñada para la evaluación de la EE enfatizando la percepción del paciente frente a la información y/o percepción del familiar. Está compuesta de un total de 60 ítems que evalúan cuatro actitudes características o estilos de respuesta:

- *Intrusismo (8 ítems)*: mide el grado de intrusismo del familiar en la problemática del paciente. Un ejemplo de los ítems que la componen sería: “*Siempre estoy entrometiéndome*”.

- *Respuesta emocional negativa u Hostilidad (14 ítems)*: mide el grado de hostilidad del familiar o cuidador hacia el paciente. Las puntuaciones altas en esta escala indicarían una mayor hostilidad manifiesta por el cuidador. Un ejemplo de los ítems que la componen sería: “*Le hago sentirse culpable por no cumplir con mis expectativas*”.

- *Actitudes hacia la enfermedad (14 ítems)*: mide la actitud positiva o negativa del familiar o cuidador hacia el paciente. Las puntuaciones altas en esta escala indicarían una peor actitud del familiar o cuidador hacia el paciente. Un ejemplo de los ítems que la componen sería: “*Cuando está molesto/a le calmo*”.

- *Tolerancia o expectativas hacia el paciente (9 ítems)*: mide la actitud de afrontamiento del familiar o cuidador para sobrellevar la problemática del paciente. Las puntuaciones altas en esta escala indicarían un menor nivel de tolerancia y peor respuesta de afrontamiento por parte del familiar hacia el paciente. Un ejemplo de los ítems que la componen sería: “*No le pongo nervioso*”.

Cada uno de estos cuatro componentes presenta 15 preguntas de verdadero-falso, obteniendo una puntuación para cada escala y una puntuación total. De este modo, el familiar presenta una alta EE si sus puntuaciones están por encima de la mediana, con lo que ofrece un punto de corte. La escala presenta una consistencia interna (0.84-0.89), fiabilidad test-retest (0.67-0.82) e independencia de las variables sexo, edad y cantidad de contacto familiar.

En este trabajo se ha utilizado la adaptación española de la escala del Nivel de Emoción Expresada (LEE-S), cuya validación se realizó con pacientes diagnosticados de trastorno de la conducta alimentara (Sepúlveda et al., 2012). Esta escala se reduce de 60 a 45 ítems y presenta buenas propiedades psicométricas cuando se administra a pacientes, obteniéndose un alfa de Cronbach para cada una de las subescalas: 0.79 actitud hacia la enfermedad, 0.75 en Intrusismo, 0.78 en Hostilidad y 0.73 en Tolerancia hacia la enfermedad.

- ✓ “Cuestionario de evaluación de repercusión familiar” (IEQ) (Schene & Wijngaarden, 1992).

El *Cuestionario de evaluación de la repercusión familiar (IEQ)* de Schene y Wijngaarden (1992) evalúa la carga psicosocial del cuidador. Presenta un total de 27 ítems que se puntúan en una escala Likert de 5 puntos. Se compone de cuatro factores:

- *Tensión en la relación entre paciente y cuidador (9 ítems).*
- *Supervisión al paciente (6 ítems).*
- *Preocupación sobre la seguridad del paciente (6 ítems).*
- *Estimulación al paciente para que se mantenga activo (8 ítems).*

Puntuaciones altas en este cuestionario indicarían niveles altos de sobrecarga psicosocial en el cuidador. La escala original (Schene & Wijngaarden, 1992) surgió para evaluar la carga psicosocial en familiares o cuidadores de pacientes con esquizofrenia, si bien, posteriormente se ha validado también en Trastornos emocionales y Trastornos de la Conducta Alimentaria, en esta última validación española (González et al., (2012)) se obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.7.

- ✓ “Inventario de la Experiencia del Cuidador” (ECI-S) (Szmukler, Burgess, Herrman & Benson, 1996)

El *Inventario de la Experiencia del Cuidador* de Szmukler, Burgess, Herrman y Benson, (1996) es un cuestionario autoaplicado compuesto por 66 ítems que evalúa el estrés, la percepción y el afrontamiento de la situación de los cuidadores de personas con enfermedad mental severa. Está compuesto por diez escalas. Ocho de ellas miden los aspectos negativos del cuidado, la llamada dimensión negativa: comportamientos difíciles, síntomas negativos, estigma, problemas con los servicios, efectos en la familia, necesidad de apoyo, dependencia y pérdida. Mayor puntuación indica una experiencia más negativa del cuidador. Las otras dos escalas miden la dimensión positiva: experiencias personales positivas y aspectos buenos de la relación con el paciente. El alfa de Cronbach es muy elevada (0,95).

✓ “Escala de Ajuste Diádico” (EAD-13) (Spanier, 1976).

La “Escala de Ajuste Diádico (EAD; Spanier, 1976)” ha sido el instrumento más utilizado en la evaluación de la calidad y el ajuste de pareja. La escala original fue desarrollada como una escala multidimensional aplicable a la relación matrimonial y a otro tipo de relaciones de pareja, compuesta por 32 ítems que ofrecen una puntuación global en ajuste diádico y en cuatro subescalas: Consenso, Satisfacción, Cohesión y Expresión de afectos, que podrían utilizarse de manera aislada sin perder fiabilidad ni validez (Spanier, 1976, 1988; Spanier & Thompson, 1982). En este estudio hemos utilizado la “Escala de Ajuste Diádico (EAD-13)” de Santos-Iglesias, Vallejo-Medina y Sierra (2009) en su versión breve, que consta de 13 ítems y miden las siguientes tres áreas:

- *Consenso de la pareja (5 ítems)*: mide el grado de acuerdo o desacuerdo percibido en la pareja en diferentes temas.
- *Satisfacción marital (5 ítems)*: mide el grado de satisfacción percibido en la pareja.
- *Cohesión marital (3 ítems)*: mide el nivel de actividades que se llevan a cabo en la pareja.

En el estudio psicométrico realizado por los autores, esta versión breve ha mostrado una buena consistencia interna, mostrando un Alpha de Cronbach de 0,83 para la escala total y para las subescalas: 0,73 en Consenso, 0,70 en Satisfacción, y 0,63 en Cohesión. Respecto a la validez, mantiene una estructura multidimensional de tres factores (Consenso, Satisfacción y Cohesión) y muestra las mismas propiedades de validez y fiabilidad que la versión amplia, con la ventaja de un formato más breve (Martínez & Espinar, 2014).

En este estudio hemos realizado una adaptación de la escala con el objetivo de

medir también la relación familiar existente entre cuidador y paciente, analizando los mismos factores (Consenso, Satisfacción y Cohesión).

✓ “*Cuestionario de Apoyo Social*” (MOS) (Sherbourne & Stewart, 1991).

El *Cuestionario de Apoyo Social* (MOS) desarrollado por Sherbourne y Stewart (1991) del grupo el MOS-SS (*The Medical Outcomes Study Social Support Survey*) que analiza la percepción de ayuda y apoyo social. El cuestionario consta de un total 20 ítems. El ítem 1 hace referencia al tamaño de la red social y los 19 ítems restantes miden cuatro dimensiones apoyo social funcional: emocional (8 ítems), instrumental (4 ítems), interacción social positiva (4 ítems) y apoyo afectivo (3 ítems). Los ítems presentan una escala de respuesta de 5 puntos que mide de manera progresiva (de nunca a siempre) con qué frecuencia está disponible para el cuidador cada tipo de apoyo social. También se puede obtener una puntuación total, donde las puntuaciones altas mostrarían mayor apoyo recibido.

El Cuestionario de Apoyo Social (MOS) es considerado un instrumento completamente válido y confiable para tener una visión multidimensional del apoyo social. Presenta una buena consistencia interna, mostrando un Alpha de Cronbach para la puntuación total de 0,97 y para las subescalas oscila entre 0,91 y 0,96. La fiabilidad test-retest también es elevada (0,78).

3.3. *Instrumentos de evaluación utilizados con los pacientes.*

Del mismo modo que en los familiares, en los tres centros clínicos PREVI en los que se obtuvo la muestra de familiares, los terapeutas clínicos eran quienes se responsabilizaban de entregar los instrumentos de evaluación a cada paciente en

consulta, explicando brevemente el contenido de los mismos e indicando que lo debían rellenar de manera individual. Los instrumentos seleccionados en este caso fueron:

- ✓ “Escala del nivel de Emoción Expresada” (LEE) (Cole & Kazarian, 1988).

Tal como señalábamos antes, en este trabajo se ha utilizado la adaptación española de la escala del Nivel de Emoción Expresada (LEE-S), cuya validación se realizó con pacientes diagnosticados de trastorno de la conducta alimentaria (Sepúlveda et al., 2012). Esta escala se reduce de 60 a 45 ítems y presenta buenas propiedades psicométricas cuando se administra a pacientes, obteniéndose un alfa de Cronbach para cada una de las subescalas: 0,79 actitud hacia la enfermedad, 0,75 en Intrusismo, 0,78 en Hostilidad y 0,73 en Tolerancia hacia la enfermedad.

- ✓ “Escala de Ajuste Diádico” (EAD-13) (Spanier, 1976).

En este estudio hemos realizado una adaptación de la escala con el objetivo de medir también la relación familiar existente entre cuidador y paciente, analizando los mismos factores (Consenso, Satisfacción y Cohesión). Los pacientes rellenaron únicamente esta versión.

3.4. Instrumentos y medidas de evaluación utilizadas para la evaluación y elaboración de la hipótesis diagnóstica.

Todos los pacientes participantes de este estudio, al inicio de su tratamiento en el Centro Clínico PREVI fueron evaluados tanto por el terapeuta clínico especializado en TP como por el psiquiatra del equipo clínico o por el psiquiatra de su Unidad de Salud Mental u Hospital de referencia. Dicha evaluación se realizó siguiendo la Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II; First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin, 1999), junto a un protocolo de

evaluación específico para TPL compuesto por diferentes medidas de autoinforme seleccionadas por el equipo clínico PREVI.

4. PROCEDIMIENTO.

La muestra de pacientes (N=111) y familiares (N=134) fue seleccionada de los Centros Clínicos PREVI, que acudieron para recibir tratamiento especializado en TP. Inicialmente fueron valorados aproximadamente unos 320 pacientes, de los cuales únicamente 111 pacientes cumplían los criterios de inclusión y contaban con apoyo familiar. Respecto a los familiares, fueron incluidos todos los que fueron valorados (N=134), dado que cumplían los criterios de inclusión señalados. Todos los pacientes habían finalizado la fase de evaluación (psicólogo clínico y psiquiatra), habían recibido como diagnóstico principal el de TPL siguiendo criterios del DSM-5 y CIE-10 y recibían tratamiento específico para su problemática.

Tanto los pacientes como los familiares fueron informados previamente de las características y objetivos de este estudio asegurándoles la confidencialidad de los datos. Una vez aceptada su participación, firmaron todos ellos el documento de consentimiento de participación en este estudio y recibieron las instrucciones y conjunto de pruebas de evaluación seleccionadas.

5. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.

En la presente tesis doctoral se ha realizado una investigación descriptiva y correlacional. El programa utilizado para realizar los análisis estadísticos ha sido el SPSS (versión 22).

Por un lado, en la fase descriptiva se han utilizado estadísticos descriptivos (media, desviación típica, moda, análisis de frecuencias) para describir la muestra utilizada en cuanto a variables sociodemográficas (a edad, estado civil, nivel de estudios...,) tanto para pacientes como familiares, así como, información del clima familiar (convivencia, horas de contacto, etc.). Asimismo, se ha realizado un análisis descriptivo del diagnóstico y curso de la enfermedad del paciente.

Por otra parte, para analizar si existían diferencias en los factores de la EE (actitud de la enfermedad, intrusión, hostilidad y tolerancia) entre los distintas variables sociodemográficas analizadas en el estudio (p.ej., sexo, estado civil, relación familiar, hijos, ocupación, estudios, y convivencia con el paciente), se realizaron *Análisis de Varianza Multivariados (MANOVAs)* para la muestra de pacientes y familiares (respecto a sus propias variables y las variables de los pacientes).

Así mismo, para analizar si existían diferencias en los distintos factores de la EE entre las distintas variables referentes al diagnóstico y curso de la enfermedad (p.ej., tiempo en tratamiento, ideas de muerte), se realizaron *Análisis de Varianza Multivariados (MANOVAs)* tanto para la muestra de pacientes como de familiares (respecto a las variables de los pacientes).

Por último, se realizaron análisis de *Correlación de Pearson* entre los factores de la EE en familiares y EE pacientes, entre los factores de la EE en familiares y distintas variables clínicas referentes al curso de la enfermedad, y entre los factores de la EE en familiares y carga del cuidador, ajuste diádico (relación de pareja y relación familiar), y apoyo social. Por otra parte, se analizaron las relaciones entre los factores de la EE en pacientes y distintas variables (curso de la enfermedad, y ajuste diádico en la relación con sus familiares).

6. RESULTADOS

6.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA DE ESTE ESTUDIO.

6.1.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

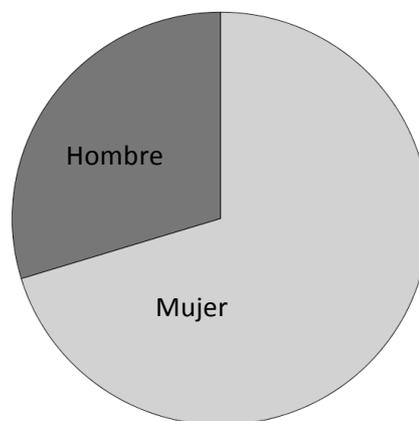
6.1.1.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS FAMILIARES PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.

Las variables sociodemográficas evaluadas en este estudio de la muestra de familiares participantes (N=134) son el sexo, estado civil, nivel de estudios, relación, convivencia y las horas semanales de contacto con el paciente. A continuación se describen con detalle los datos obtenidos.

Sexo

La muestra de familiares se compone de 134 participantes, de los que 97 son mujeres (70,3%) y 41 son hombres (29,7%). A continuación, se observa esta distribución de la variable sexo en la Figura 1.

Figura 1. Distribución de la variable sexo de los familiares de los pacientes.



Edad

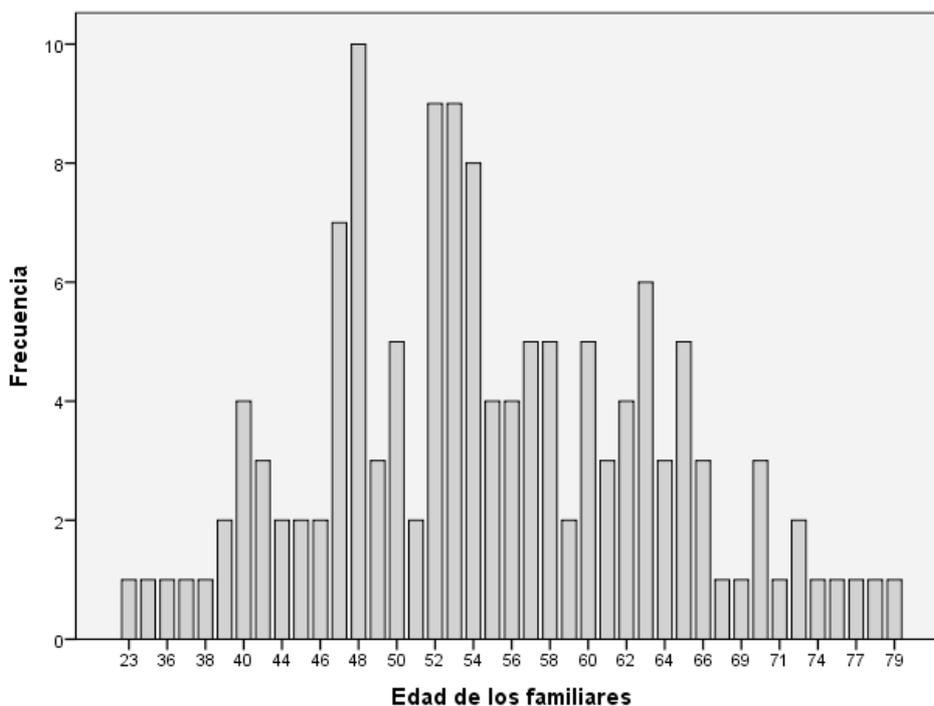
Respecto a la edad de los familiares, en la siguiente tabla puede apreciarse como ésta oscila entre los 23 años y 79 años, con una media de 54,77 (DT= 9,66). La edad media de los familiares varones es de 56,4 años (DT=9,17) y de las familiares mujeres es de 54,07 años (DT=9,81). A continuación se muestran estos datos en la Tabla 4.

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de la edad de los familiares.

	MEDIA	MODA	DT	MÍNIMO	MÁXIMO
EDAD FAMILIARES	54,77	48,00	9,66	23	79

A continuación, en la Figura 2 se muestra un gráfico de barras de la edad de los familiares en la muestra total (N=134).

Figura 2. Gráfico de barras de la edad de la muestra total de familiares.

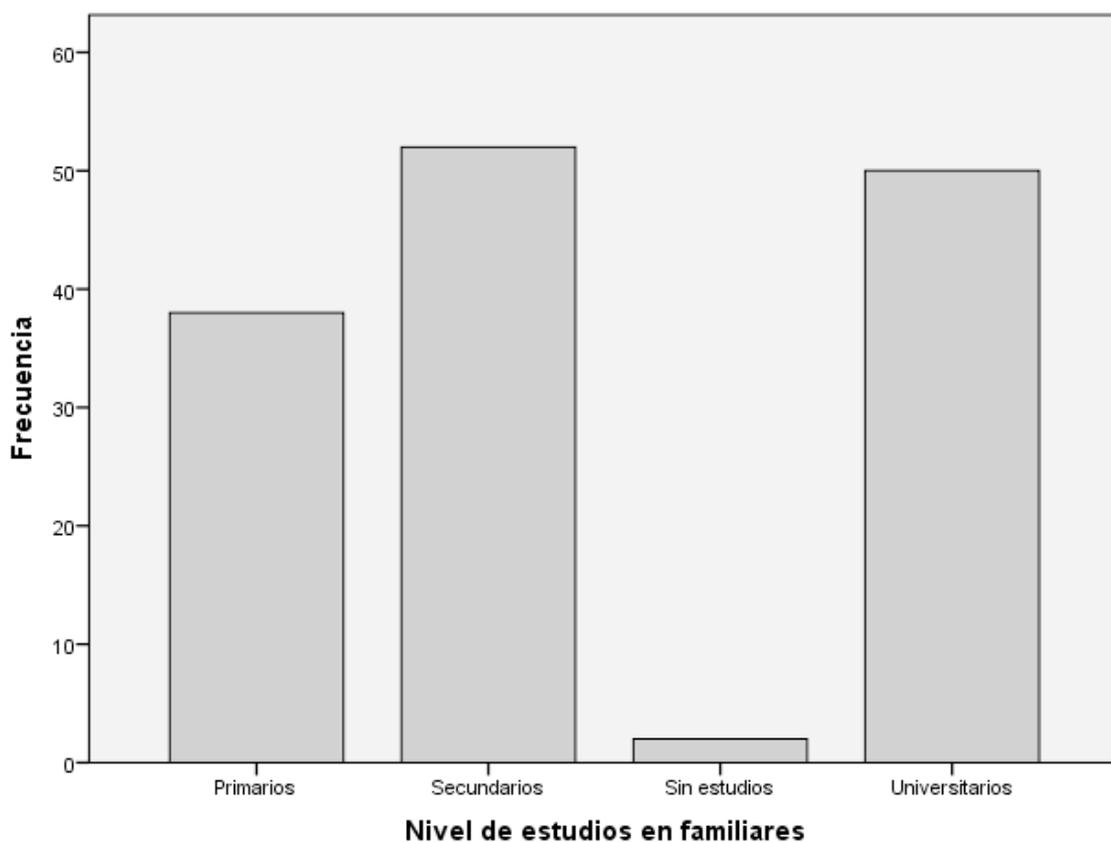


Nivel de estudios

En cuanto al nivel de estudios finalizados, como se muestran en las siguientes tablas y gráficos, de los 134 familiares que participaron en nuestro estudio, un 36,6% han finalizado estudios Secundarios, un 35,2% han finalizado estudios Universitarios, un 26,8% tienen estudios Primarios y un 1,4% no tendrían estudios.

En el siguiente gráfico aparecen los datos destacados (Figura 3).

Figura 3. Gráfico de barras del nivel de estudios de los familiares.



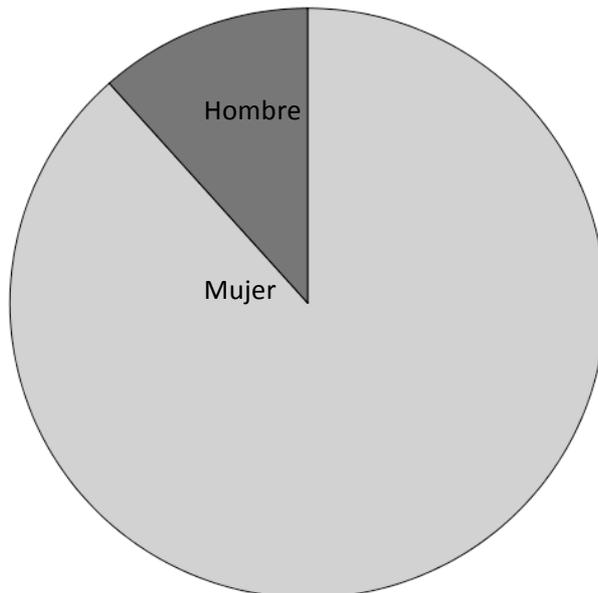
6.1.1.2. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TPL PARTICIPANTES EN ESTE ESTUDIO.

Las variables sociodemográficas evaluadas en la muestra de pacientes participantes (N=111) son sexo, estado civil, hijos, nivel de estudios, situación ocupacional y convivencia con familiares. A continuación se describen con detalle los datos obtenidos.

Sexo

La muestra de pacientes se compone de 111 participantes, de los cuales 99 son mujeres (88,4%) y 12 son hombres (11,6%).

Figura 4. Distribución del género de los pacientes.



Edad

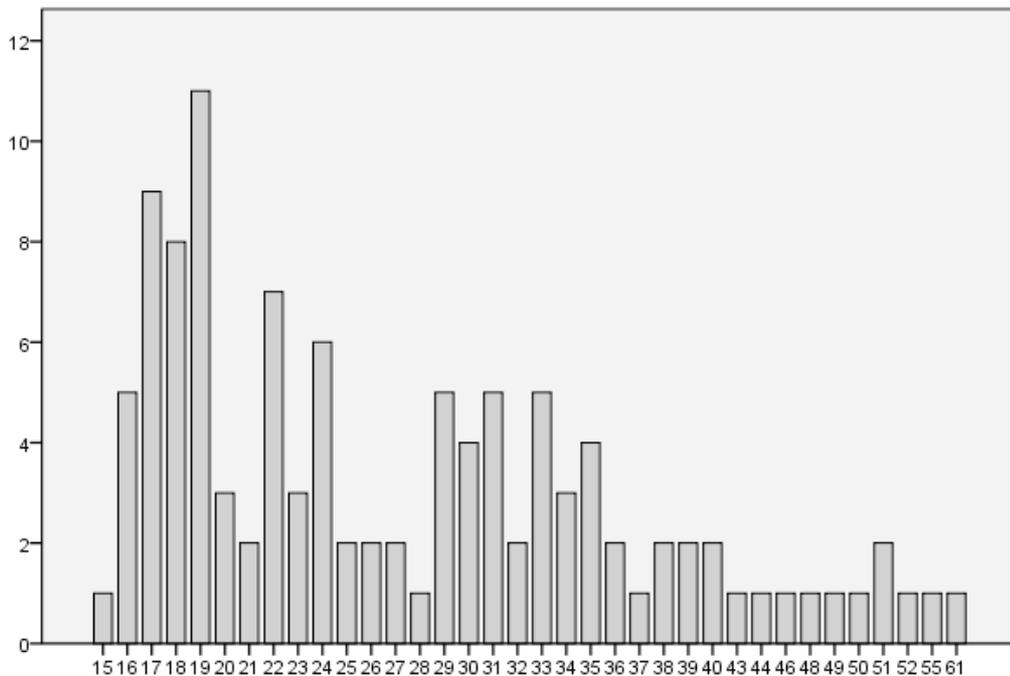
Respecto a la edad de los pacientes, en la siguiente tabla puede apreciarse como ésta oscila entre los 15 años y 61 años, con una media de 27,2 (DT= 9,87). La edad media de los pacientes varones es de 28,07 años y de las pacientes mujeres es de 26,41 años.

Tabla 5. Estadísticos descriptivos de la edad de los pacientes.

	MEDIA	MODA	DT	MÍNIMO	MÁXIMO
EDAD PACIENTES	27,61	19,00	10,24	15	61

A continuación, en la Figura 5 se muestra un gráfico de barras de la edad de los pacientes en la muestra total (N=111).

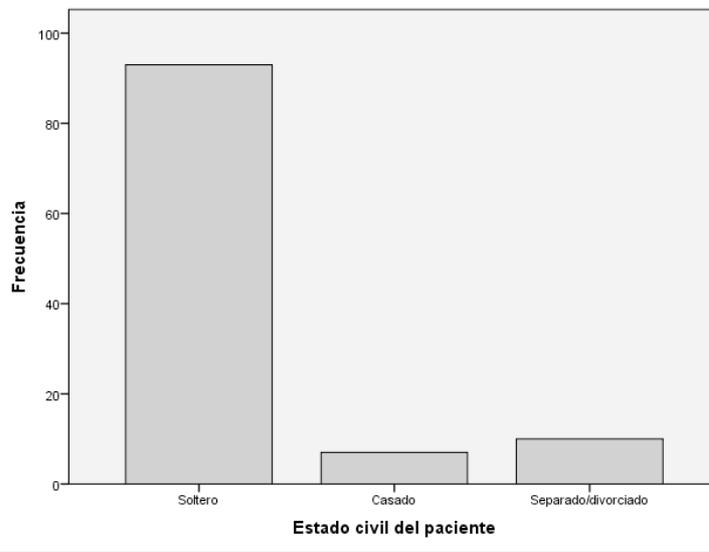
Figura 5. Gráfico de barras de la edad de la muestra total de pacientes.



Estado civil e hijos

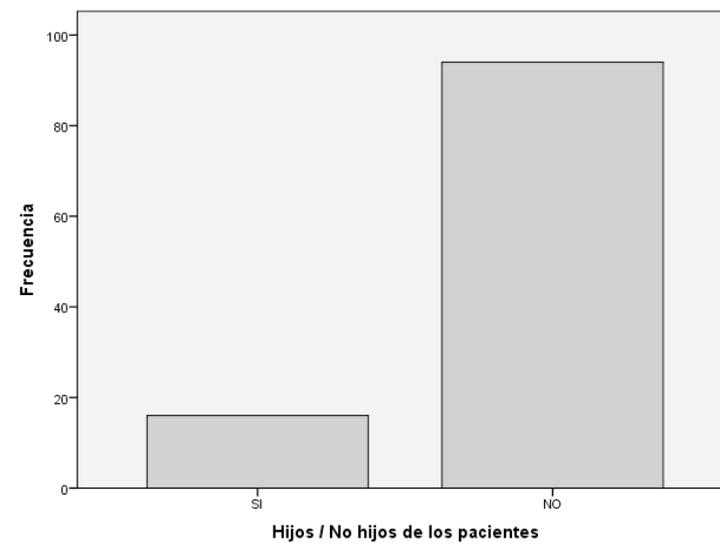
En cuanto al estado civil de los pacientes que participaron, un 84,5% estaban solteros, un 9,1% separados y/o divorciados y un 6,4% casados (Figura 6).

Figura 6. Gráfico de barras del estado civil de los pacientes.



De los cuales, un 85,5% no tenían hijos frente a un 14,5% que sí tenían 1 o más hijos (Figura 7).

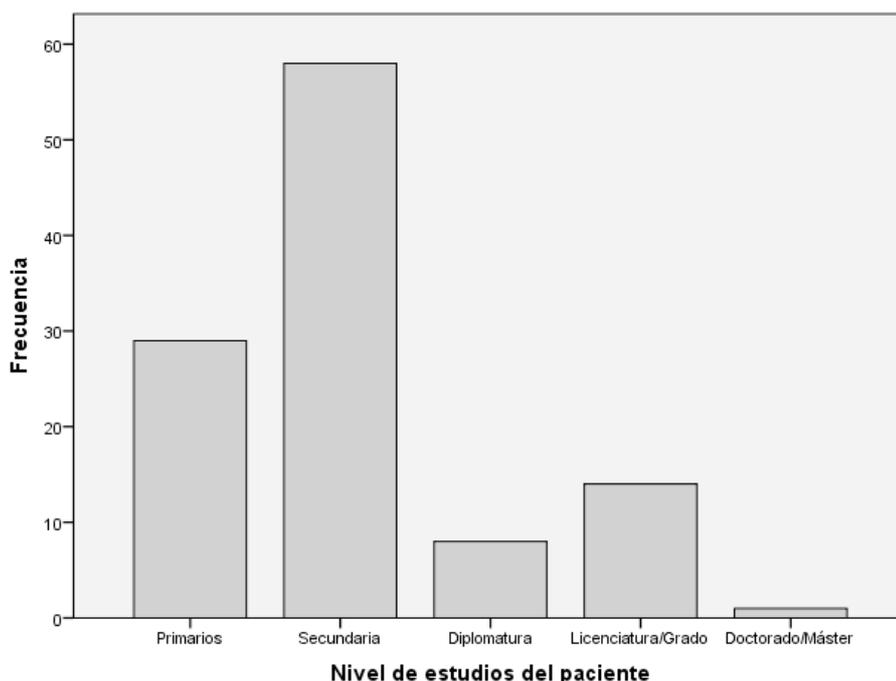
Figura 7. Gráfico de barras de la situación de hijos/no hijos de los pacientes.



Nivel de estudios

En cuanto al nivel de estudios finalizados, como se muestran en las siguientes tablas y gráficos, un 52,7% han finalizado la Secundaria, un 26,4% estudios Primarios, un 12,7% estudios Universitarios de Licenciatura o Grado, un 7,3% estudios Universitarios de Diplomatura y un 0,9% estudios de Doctorado o Máster.

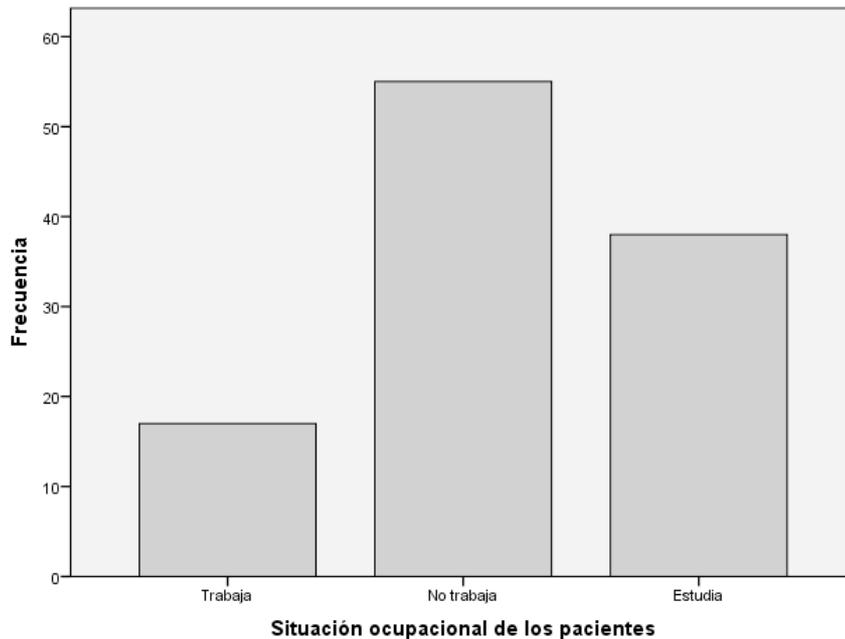
Figura 8. Gráfico de barras del nivel de estudios de los pacientes.



Situación ocupacional

En el momento en el que se realizó este estudio, la situación ocupacional de un 50% de los pacientes era una situación de desempleo, mientras que un 34,5% estaban estudiando y un 15,5% estaba activo laboralmente.

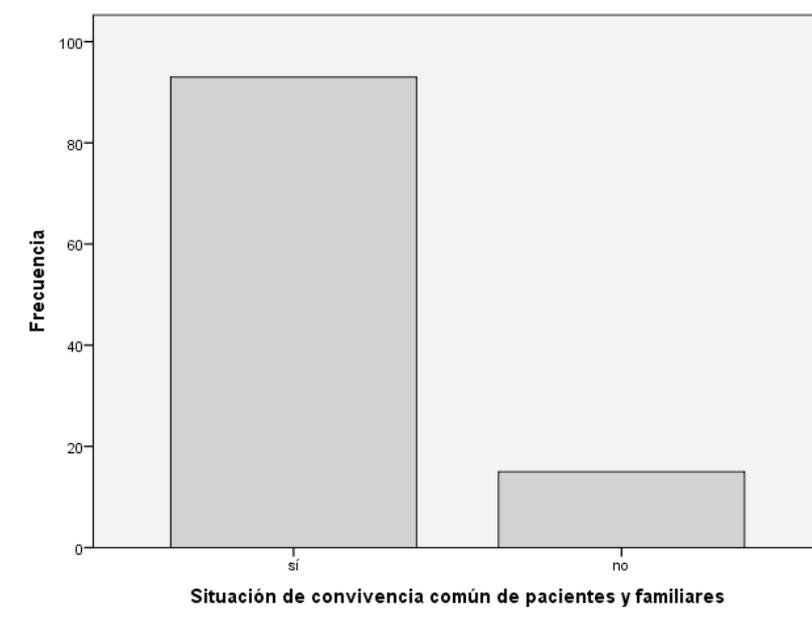
Figura 9. Gráfico de barras de la situación ocupacional de los pacientes.



Convivencia

Por último, un 86,1% convivían con sus cuidadores primarios, en la mayoría de los casos con su familia de origen y un 13,9% ya no convivían con sus familiares y/o cuidadores. A continuación, se muestran los gráficos que representan por un lado, la situación ocupacional de los pacientes y por otro, la situación de convivencia o no convivencia con los familiares y/o cuidadores (Figura 10).

Figura 10. Gráfico de barras de la situación de convivencia de los pacientes con sus familiares y/o cuidadores.



6.1.1.3. ANALISIS DESCRIPTIVO DE VARIABLES DEL CLIMA FAMILIAR.

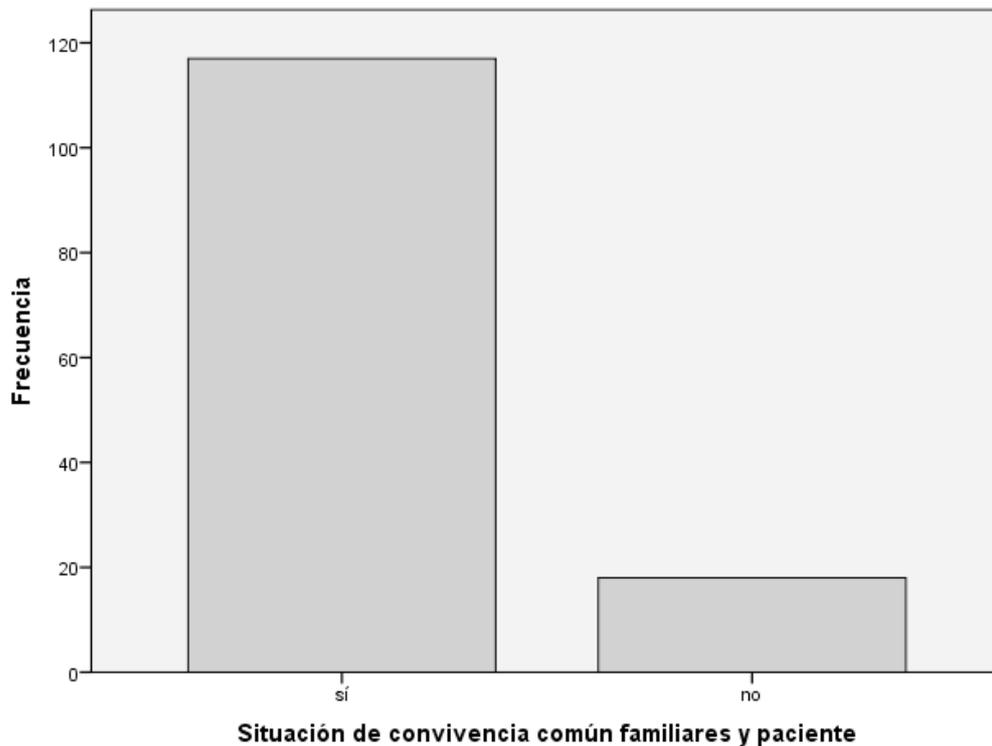
A continuación realizamos una breve descripción de las variables medidas en el presente estudio respecto al clima familiar, concretamente estas fueron: convivencia del familiar con el paciente, tipo de relación con el paciente y horas de contacto (semanales y fin de semana).

Convivencia

En cuanto a la situación de convivencia de los familiares con los pacientes, encontramos que un 86,7% mantiene dicha convivencia, si bien, un 13,3% conviven de

manera independiente. En el siguiente gráfico aparecen los datos destacados (Figura 11).

Figura 11. Gráfico de barras de la situación de convivencia de los familiares y/o cuidadores con los pacientes participantes.



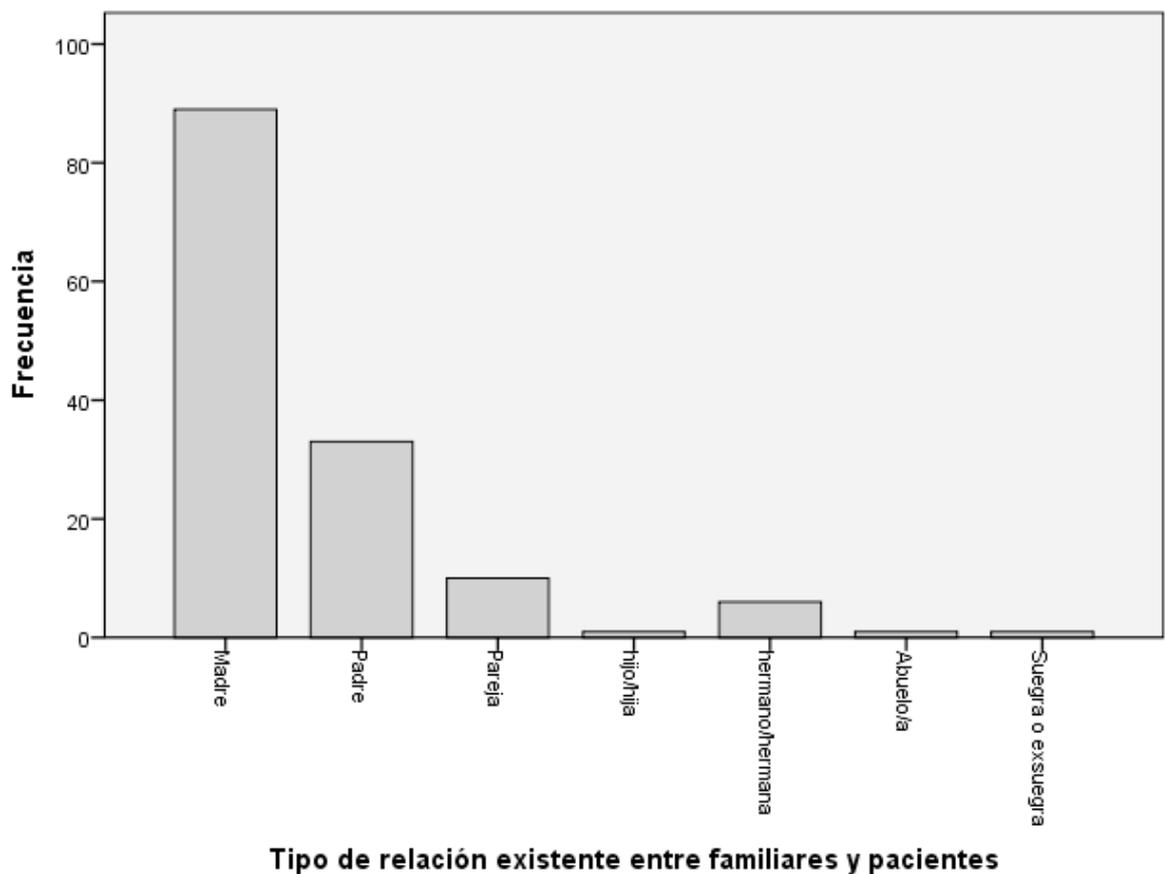
Relación con el paciente

Teniendo en cuenta el tipo de relación existente entre familiares y pacientes, encontraríamos que un 86,5% del total de los familiares que participaron ocuparían el rol de padres, de los cuales un 63,1% serían madres y un 23,4% serían padres. En cuanto al resto de familiares participantes, encontramos un 7,1% de parejas o conyugues de los pacientes, un 4,3% serían hermanos, un 0,7% lo ocuparían hijos e hijas de los propios pacientes que también ocupan el papel también de cuidadores, otro 0,7% tendría el rol

de abuela y un último 0,7% que ocuparía el rol de exsuegra.

En la Figura 12. Se muestra el tipo de relación que mantienen en el momento en que realizamos nuestro estudio de los familiares con los pacientes participantes.

Figura 12. Gráfico de barras del tipo de relación de los familiares y/o cuidadores con los pacientes participantes.

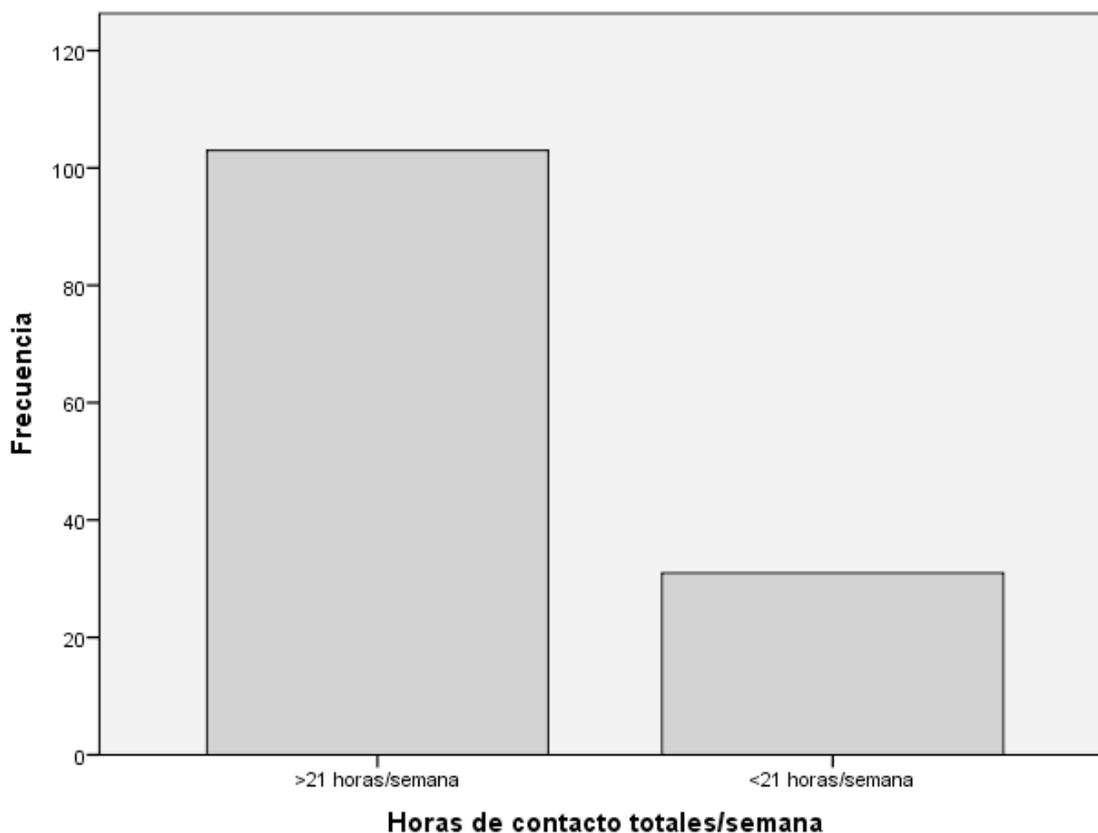


Horas semanales de contacto con el paciente

Por otro lado, se midieron las horas de contacto semanales entre los familiares y los pacientes participantes. Si tenemos en cuenta, el punto de corte de 21 horas de contacto/semana entre familiares y pacientes propuesto por Sepúlveda et al. (2012), de

nuestra muestra de familiares (N=134) un 76,9% de familiares pasan más de 21 horas a la semana en contacto con los pacientes participantes, mientras un 23,1% de familiares pasan menos de 21 horas/semana en contacto.). Por tanto, la muestra quedaría dividida en cuidadores primarios (CP) y cuidadores secundarios (CS), encontrando un porcentaje mayor de CP respecto a CS. A continuación, podemos ver estos resultados en la Figura 13.

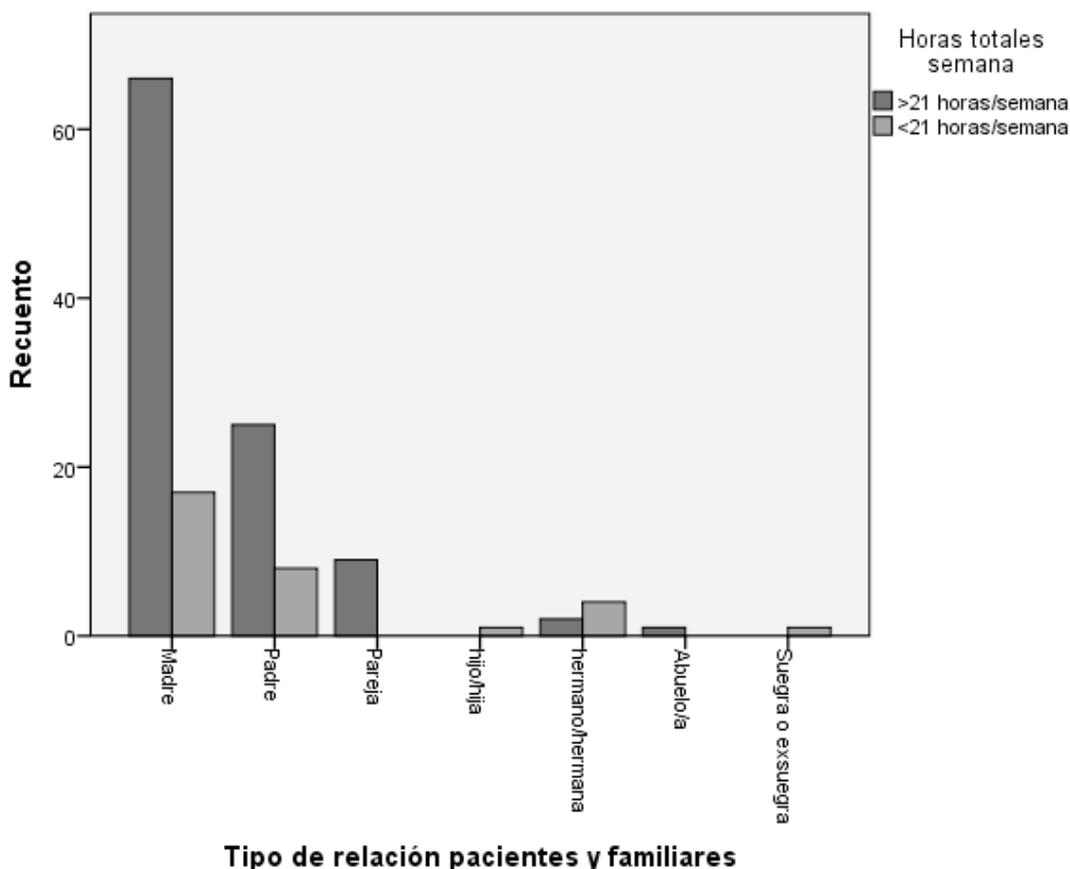
Figura 13. Gráfico de barras del tiempo de contacto semanal entre los familiares y los pacientes participantes.



Por último, respecto a las horas compartidas con cada uno de los miembros

familiares, y siguiendo el punto de corte de 21 horas/semana y la clasificación de cuidadores primarios (CP) y secundarios (CS) encontramos: que de nuestro 76,9% de CP totales, un 49,3% lo representarían las madres, seguido de un 18,7% que representarían los padres, un 6,7% las parejas sentimentales, un 1,5% los hermanos, y un 0,7% los abuelos, no encontrando en nuestra muestra cuidadores primarios en los hijos de los pacientes y en las suegras y/o exsuegras. Paralelamente, respecto a nuestro 23,1% de CS totales, encontramos que un 12,7% lo representarían las madres, un 6% lo representarían los padres, un 3% los hermanos, un 0,7% los hijos y un 0,7% las suegras y/o exsuegras. A continuación, se muestran estos datos en la Figura 14.

Figura 14. Gráfico de barras del tiempo de contacto diario entre los distintos miembros familiares y/o cuidadores con los pacientes participantes.

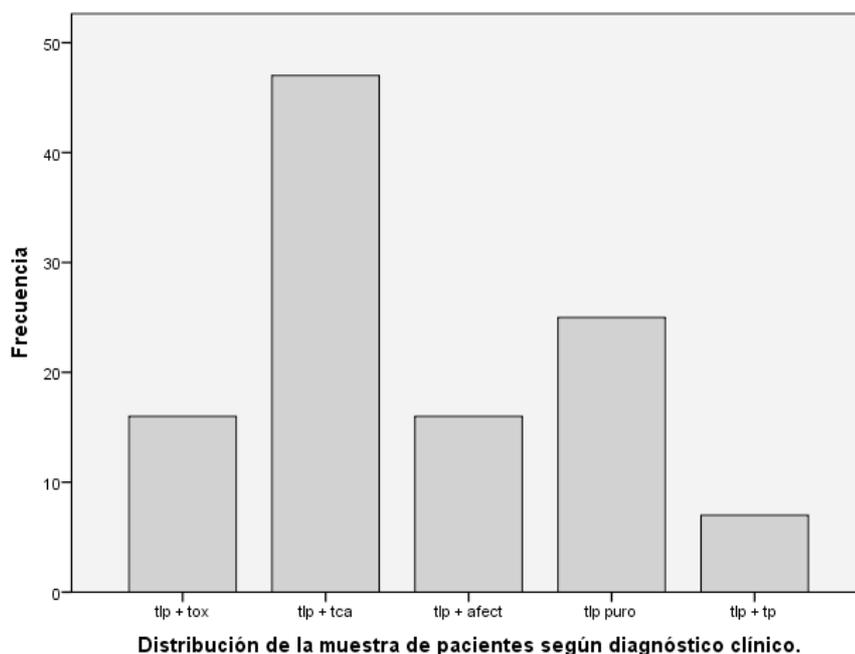


6.1.2. VARIABLES CLÍNICAS: DIAGNÓSTICO Y CURSO DE LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE.

6.1.2.1. DIAGNÓSTICOS DE LOS PACIENTES PARTICIPANTES.

Teniendo en cuenta el diagnóstico que presentan los pacientes que participan en este estudio, siguiendo el manual diagnóstico DSM-V, encontramos que de nuestra muestra total (N=111) el cuadro diagnóstico más frecuente es el de trastorno de la personalidad límite (TPL) comórbido con un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) (42,3%), seguido del TPL puro (22,5%), con un 14,4% seguiría el TPL comórbido con consumo de tóxicos y/o alcohol, del mismo modo, que un 14,4% representaría el diagnóstico de TPL comórbido con un trastorno afectivo, y por último un 6,3% que representaría un TPL comórbido con otro trastorno de la personalidad. A continuación mostramos estos datos en la Figura 15.

Figura 15. Gráfico de barras según el diagnóstico que presentan los pacientes participantes.



6.1.2.2. CURSO DE LA ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES PARTICIPANTES.

Atendiendo a las características que describen el curso de la enfermedad de los pacientes participantes en nuestro estudio, hemos evaluado: inicio tratamiento psicológico actual, años totales en tratamiento psicoterapéutico, número de ingresos hospitalarios en unidad de agudos de psiquiatría (intervención en crisis), la frecuencia de asistencia a puertas de urgencias, la presencia de conductas parasuicidas y suicidas, la presencia de ideas de muerte activas, el consumo de tóxicos y/o alcohol, la presencia de problemas psicosociales derivados del cuadro clínico presente, así como, el nivel de gravedad del paciente mediante la Escala de evaluación de la actividad global (EEAG).

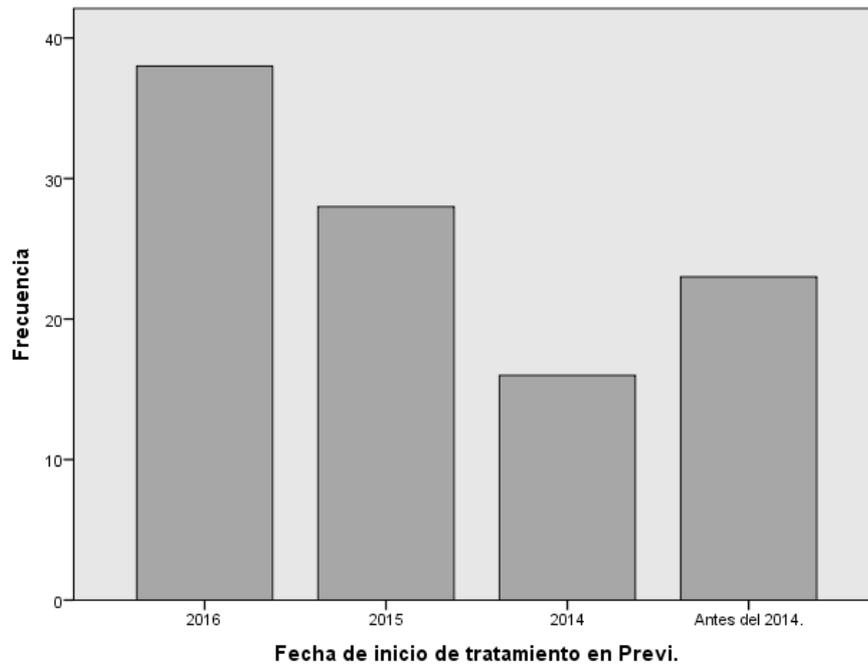
Año de inicio de tratamiento en PREVI

En primer lugar, respecto al año de inicio del tratamiento psicológico actual, encontramos que de nuestra muestra total de pacientes (N=111), un 36,2% iniciaron tratamiento recientemente en el año 2016, un 26,7% en el año 2015, un 21,9% llevan en tratamiento desde antes del año 2014 y un 15,2% a partir del 2014. A continuación mostramos estos datos en la Tabla 6 y en la Figura 16.

Tabla 6. Estadísticos descriptivos del año de inicio de tratamiento de los pacientes.

INICIO TRATAMIENTO EN PREVI	ANTES DEL 2014	2014	2015	2016
	21,9%	15,2%	26,7%	36,2%

Figura 16. Gráfico de barras según el año de inicio de tratamiento de los pacientes



Años en tratamiento psicoterapéutico

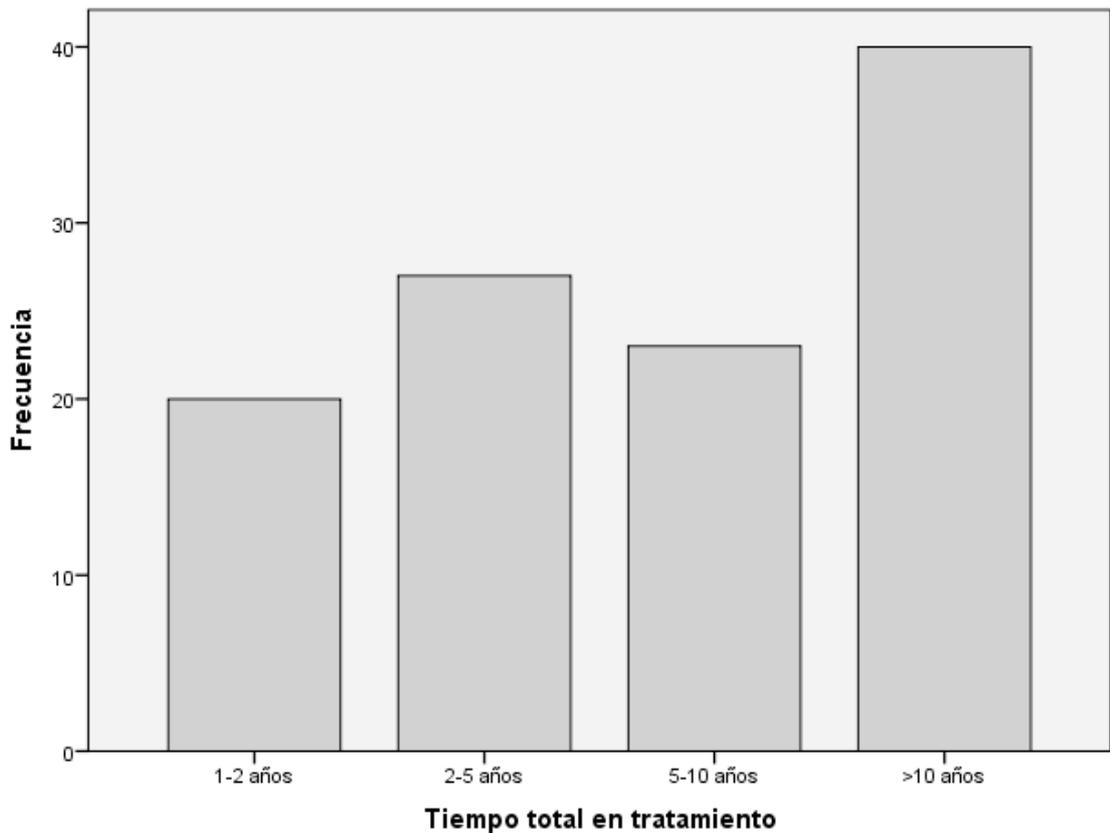
Respecto a los años en tratamiento, encontramos una media de 8,9 años (DT=6,7) de tratamiento recibido para el diagnóstico principal presente en el momento actual (TPL), siendo el mínimo de tiempo en tratamiento 1 año y el máximo 36 años (Tabla 7).

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de los años en tratamiento de los pacientes.

	MEDIA	MODA	DT	MÍNIMO	MÁXIMO
TIEMPO EN TRATAMIENTO (AÑOS)	8,9	2,00	6,7	1	36

Un 36,4% lleva recibiendo tratamiento más de 10 años por el diagnóstico de TPL, siguiéndole un 24,5% de pacientes que llevan entre 2-5 años en tratamiento, un 20,9% de pacientes que llevan entre 2-5 años en tratamiento y un 18,2% que reciben tratamiento de 1-2 años de promedio. A continuación, mostramos estos datos en la Figura 17.

Figura 17. Gráfico de barras del tiempo en tratamiento de los pacientes participantes.



Tipo de tratamiento de los pacientes

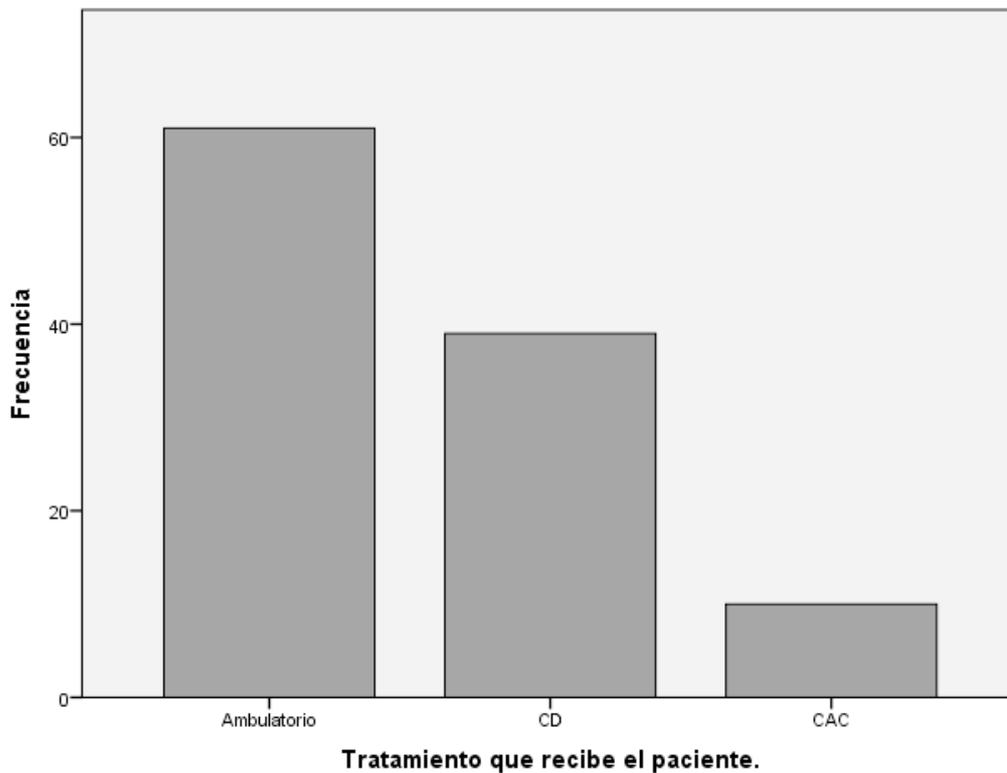
Respecto al tipo de tratamiento que recibían en el momento en el que participaron

en este estudio, encontramos que de nuestra muestra total de pacientes (N=111), un 55,5% recibían tratamiento en régimen ambulatorio, si bien, un 35,5% recibían tratamiento en régimen Centro de día y un 9,1% estaban ingresados en el centro de atención continuada (24h). A continuación mostramos estos datos en la Tabla 8 y en la Figura 18.

Tabla 8. Estadísticos descriptivos régimen de tratamiento de los pacientes.

	AMBULATORIO	CD	CAC
TIPO TRATAMIENTO	55,5%	35,5%	9,1%

Figura 18. Gráfico de barras del régimen de tratamiento de los pacientes



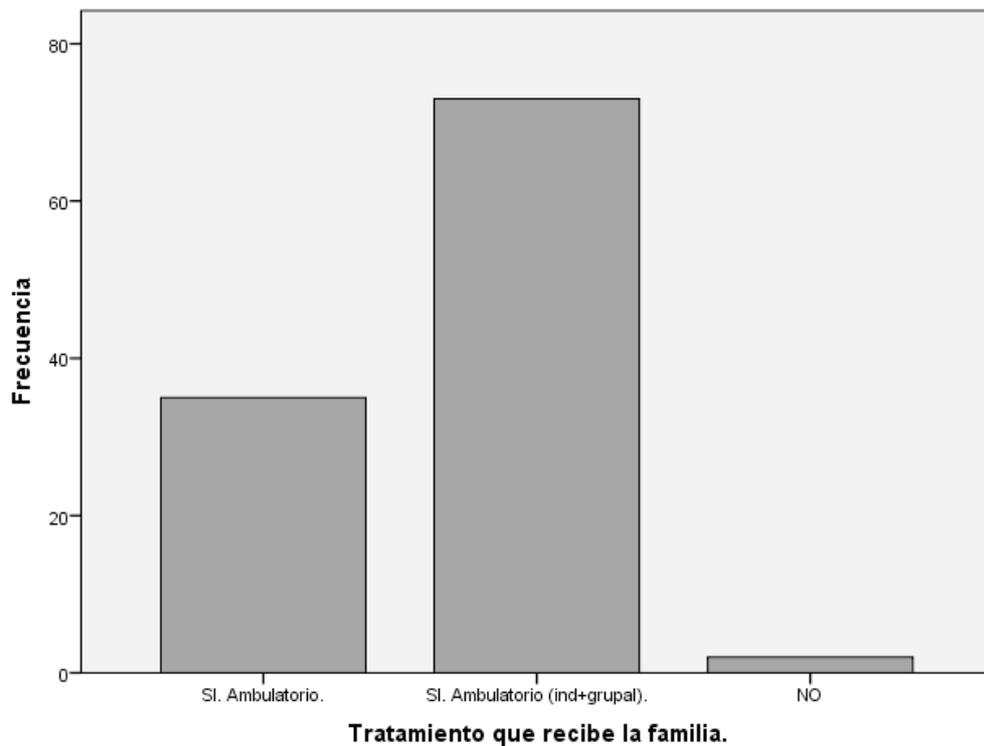
Tipo de tratamientos familiares

Respecto al tipo de tratamiento que recibían los familiares en el momento en el que participaron en este estudio, encontramos que de nuestra muestra total de familiares (N=134), un 66,4% recibían tratamiento en régimen ambulatorio y grupal (grupo psicoeducación para familiares de pacientes con TPL), si bien, un 31,8% recibían tratamiento únicamente en régimen ambulatorio. A continuación mostramos estos datos en la Tabla 9 y en la Figura 19.

Tabla 9. Estadísticos descriptivos tipo de tratamiento de los familiares.

TIPO TRATAMIENTO FAMILIARES	AMBULATORIO	IND+GRUPAL
	31,8%	66,4%

Figura 19. Gráfico de barras tipo de tratamiento de los familiares.



Ideas de muerte

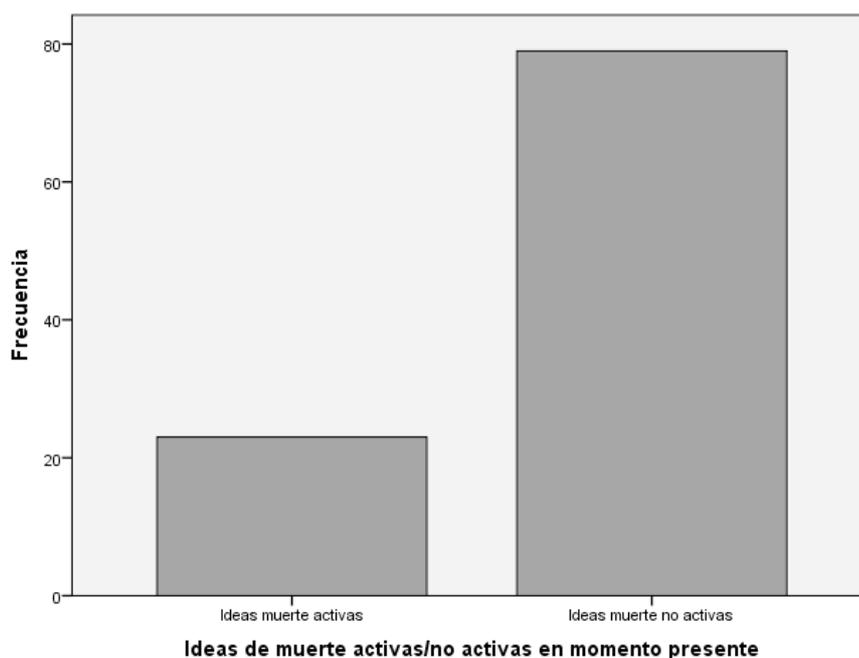
Respecto a la presencia en el momento de la evaluación, de ideas de muerte activas, encontramos que un 77,5% refería en aquel momento no presentar ideas de muerte, si bien, un 22,5% si las presentaba de manera activa (Tabla 10 y Figura 20).

Tabla 10. Estadísticos descriptivos de presencia de ideas de muerte en los pacientes.

	ACTIVAS	NO ACTIVAS
IDEAS DE MUERTE	22,5%	77,5%

El siguiente gráfico muestra como del total de nuestra muestra de pacientes, un porcentaje mayor al 75% no presenta ideas de muerte activas en el momento de la evaluación.

Figura 20. Gráfico de barras ideas de muerte activas/no activas en momento actual. .



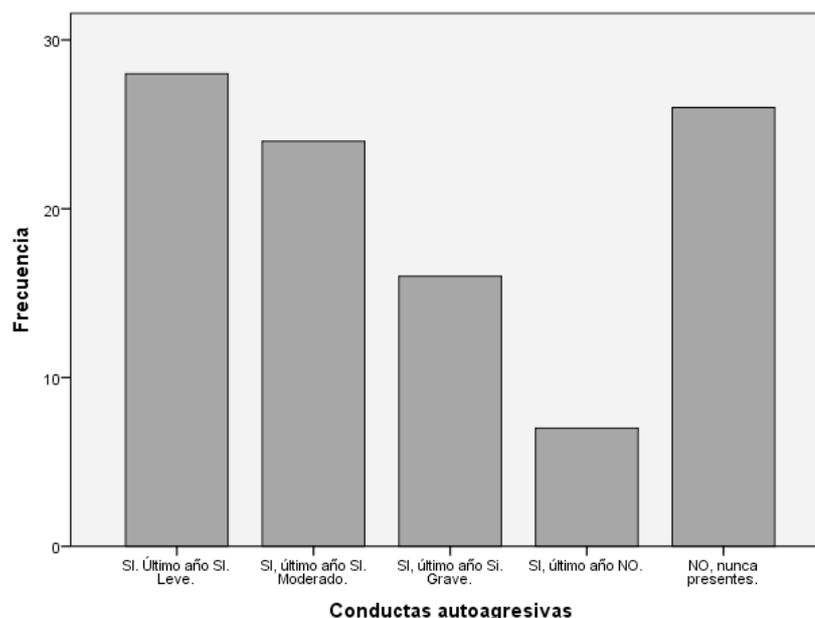
Conductas autoagresivas

Respecto a la presencia de conductas autoagresivas en el último año, encontramos que de nuestra muestra total de pacientes (N=111), un 27,7% confirmaban la presencia de estas conductas de gravedad leve, un 25,7% nunca habían presentado este tipo de conductas, seguido de un 23,8% que presentaba conductas autoagresivas de gravedad moderada y un 15,8% de carácter leve. A continuación mostramos estos datos en la Tabla 11 y en la Figura 21.

Tabla 11. Estadísticos descriptivos de presencia de conductas autoagresivas en los pacientes.

	LEVE	MODERADO	GRAVE	NO <1AÑO	NUNCA
CONDUCTAS AUTOAGRESIVAS	27,7%	23,8%	15,8%	6,9%	25,7%

Figura 21. Gráfico de barras del tiempo en tratamiento de los pacientes participantes.



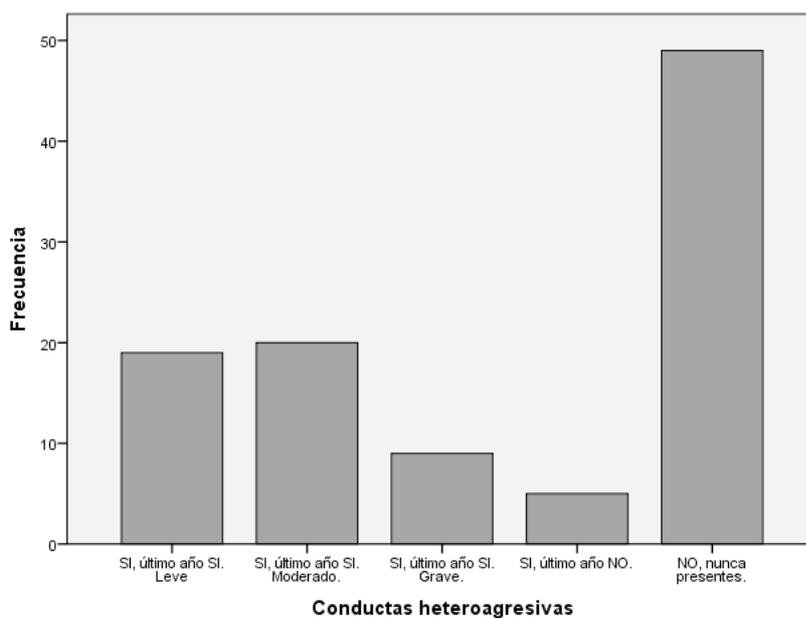
Conductas heteroagresivas

Respecto a la presencia de conductas heteroagresivas en el último año, encontramos que de nuestra muestra total de pacientes (N=111), un 48% referían no haber presentado nunca este tipo de conductas, mientras que un 19,6% confirmaban la presencia de estas conductas de gravedad moderada, un 18,6% las presentaban de gravedad leve, seguido de un 8,8% que presentaba conductas autoagresivas graves y un 4,9% negaba la presencia de estas conductas en el último año. A continuación mostramos estos datos en la Tabla 12 y en la Figura 22.

Tabla 12. Estadísticos descriptivos de presencia de conductas heteroagresivas en los pacientes.

	LEVE	MODERADO	GRAVE	NO <1AÑO	NUNCA
CONDUCTAS AUTOAGRESIVAS	18,6%	19,6%	8,8%	4,9%	48%

Figura 22. Gráfico de barras de presencia de conductas heteroagresivas en los pacientes.



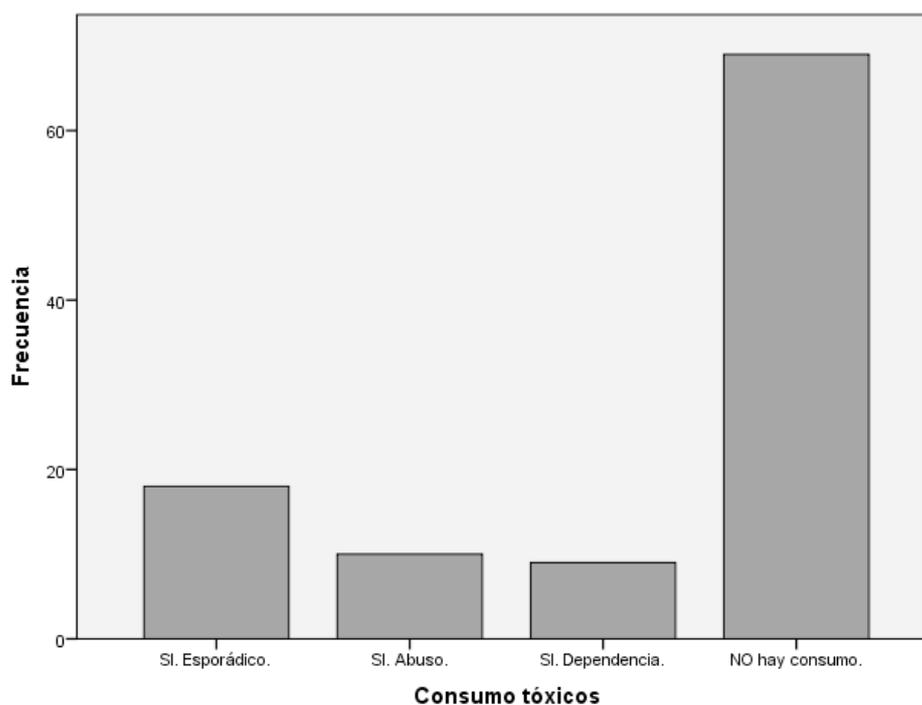
Tóxicos

Respecto a consumo de tóxicos en el último año, encontramos que de nuestra muestra total de pacientes (N=111), un 65,1% referían no consumir, mientras que un 17% confirmaban un consumo esporádico, un 9,4% un consumo abusivo, seguido de un 8,5% que presentaba dependencia a algún tóxico. A continuación mostramos estos datos en la Tabla 13 y en la Figura 23.

Tabla 13. Estadísticos descriptivos del consumo de tóxicos en los pacientes.

	ESPORÁDICO	ABUSO	DEPENDENCIA	NO CONSUMO
CONSUMO TÓXICOS	17%	9,4%	8,5%	65,1%

Figura 23. Gráfico de barras del consumo de tóxicos en los pacientes.



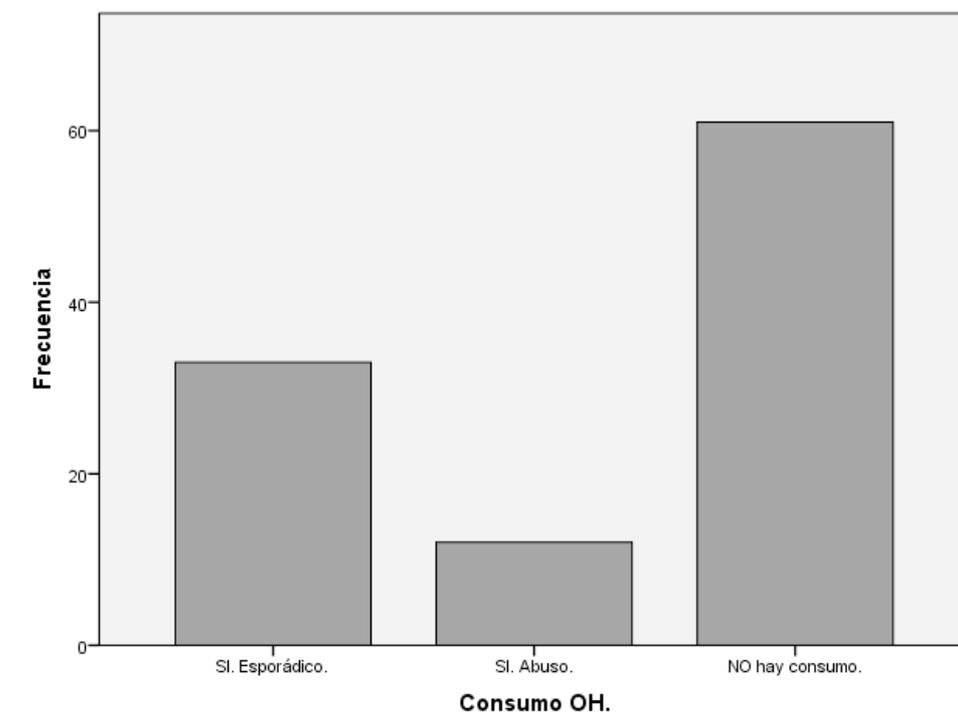
Alcohol

Respecto a consumo de alcohol en el último año, encontramos que de nuestra muestra total de pacientes (N=111), un 57,5% referían no consumir, mientras que un 31,1% confirmaban un consumo esporádico, un 11,3% un consumo abusivo. No se encuentran casos de dependencia a algún tóxico en nuestra muestra. A continuación mostramos estos datos en la Tabla 14 y en la Figura 24.

Tabla 14. Estadísticos descriptivos del consumo de alcohol en los pacientes.

	ESPORÁDICO	ABUSO	DEPENDENCIA	NO CONSUMO
CONSUMO				
ALCOHOL	31,1%	11,3%	0%	57,5%

Figura 24. Gráfico de barras del consumo de alcohol en los pacientes.



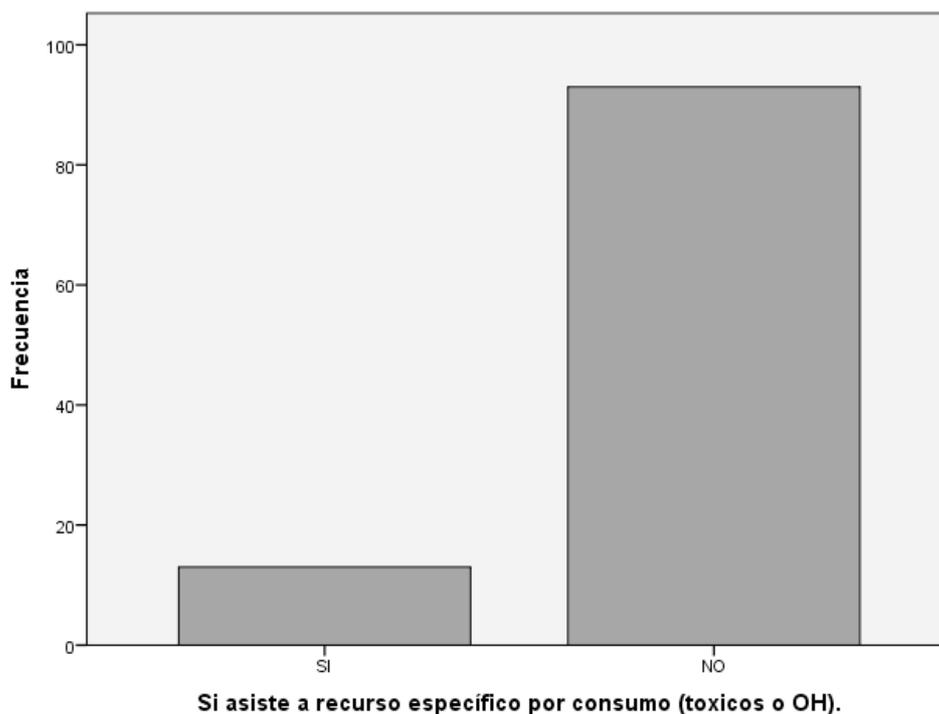
Asistencia recurso específico

Respecto a la asistencia a un recurso específico por consumo de alcohol y/o tóxicos en el último año, encontramos que de nuestra muestra total de pacientes (N=111), un 87,7% no acudían a este tipo de recurso, mientras que un 12,3% sí lo hacían. A continuación mostramos estos datos en la Tabla 15 y en la Figura 25.

Tabla 15. Estadísticos descriptivos de la asistencia a un recurso específico por consumo.

	SI	NO
ASISTENCIA RECURSO ESPECÍFICO	12,3%	87,7%

Figura 25. Gráfico de barras de la asistencia a un recurso específico por consumo.



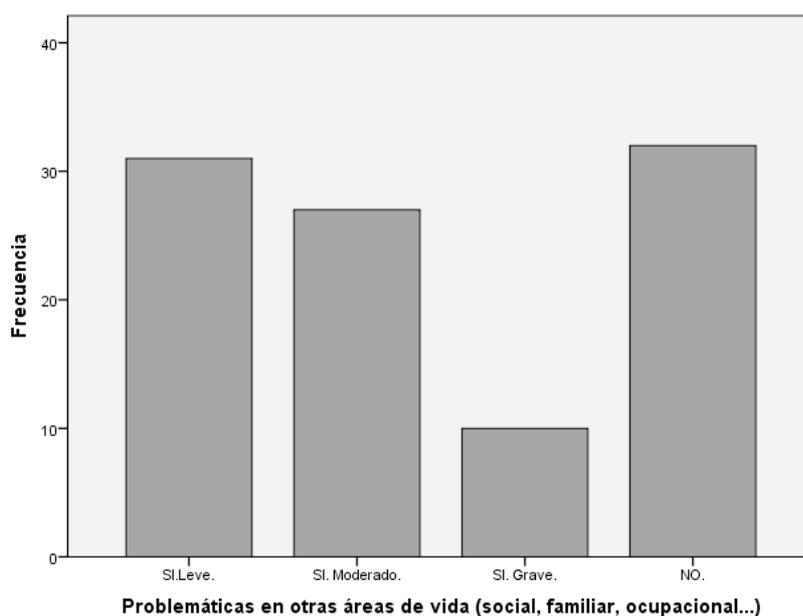
Problemáticas en otras áreas de vida

Una de las variables que nos pareció relevante medir para valorar la interferencia del TPL en la vida de los pacientes fue el nivel de desadaptación en las diferentes áreas de vida. En este sentido, encontramos que de nuestra muestra total de pacientes (N=111), un 32% referían no presentar problemáticas significativas en las áreas de vida, si bien, un 31% sí las confirmaba con carácter leve de gravedad, mientras que un 27% también las confirmaban pero con carácter moderado y un 10% problemáticas graves. A continuación mostramos estos datos en la Tabla 16 y en la Figura 26.

Tabla 16. Estadísticos descriptivos problemáticas áreas de vida en los pacientes.

	LEVE	MODERADO	GRAVE	NO
AREAS PROBLEMA	31%	27%	10%	32%

Figura 26. Gráfico de barras de las problemáticas áreas de vida en los pacientes.



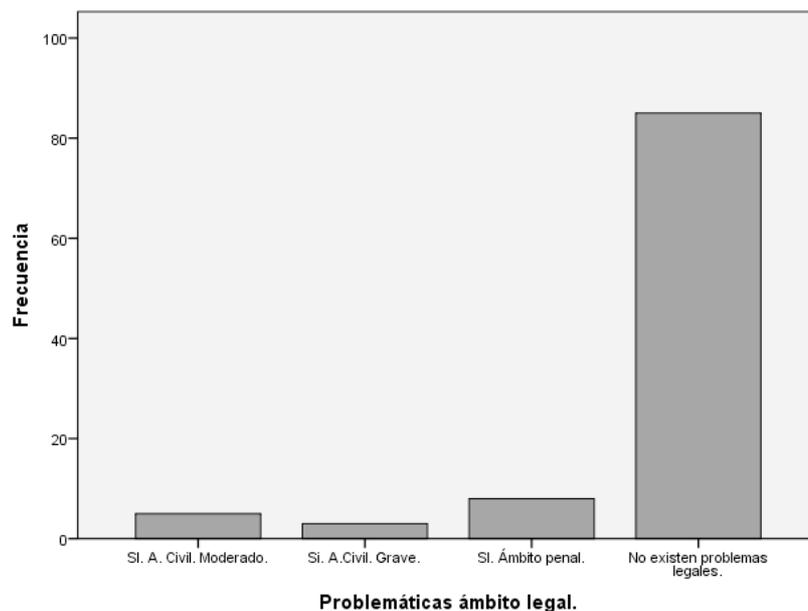
Problemáticas en área legal

En la misma línea que el punto anterior, otra de las variables que nos pareció relevante medir para valorar la interferencia del TPL en la vida de los pacientes la presencia de problemas legales civiles y/o penales. En este sentido, encontramos que de nuestra muestra total de pacientes (N=111), un 84,2% referían no presentar problemáticas de tipo legal, si bien, un 7,9% sí las confirmaba de tipo penal, mientras que un 5% también las confirmaban problemas legales a nivel civil de carácter moderado y un 3% problemáticas legales graves. A continuación mostramos estos datos en la Tabla 17 y en la Figura 27.

Tabla 17. Estadísticos descriptivos problemáticas área legal en los pacientes.

	CIVIL LEVE	CIVIL MODERADO	CIVIL GRAVE	PENAL	NO
PROBLEMAS LEGALES	0%	5%	3%	7,9	84,2%

Figura 27. Gráfico de barras de las problemáticas área legal en los pacientes.



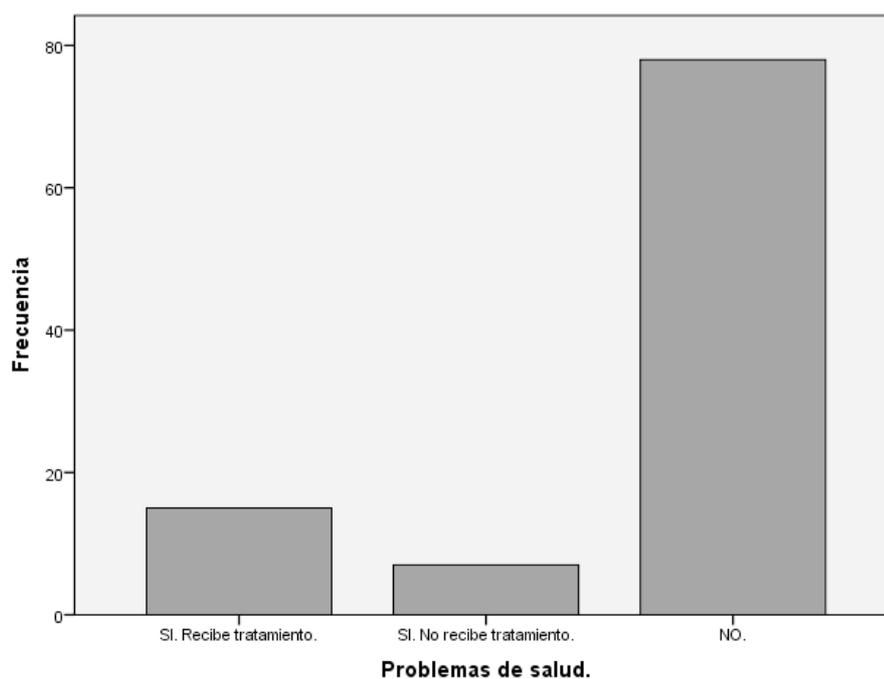
Problemas de salud en pacientes

Respecto a los problemas de salud presentes en pacientes, encontramos que de nuestra muestra total de pacientes (N=111), un 78% referían no presentar problemas de salud en el momento de la evaluación, si bien, un 15% sí confirmaba problemas de salud por los que estaban en tratamiento, mientras que un 7% si presentaban pero no recibían tratamiento. A continuación mostramos estos datos en la Tabla 18 y en la Figura 28.

Tabla 18. Estadísticos descriptivos problemas de salud en los pacientes.

	SI. TRATAMIENTO	SI. NO TRATAMIENTO	NO PRESENTES
PROBLEMAS DE SALUD	15%	7%	78%

Figura 28. Gráfico de barras de los problemas de salud en los pacientes



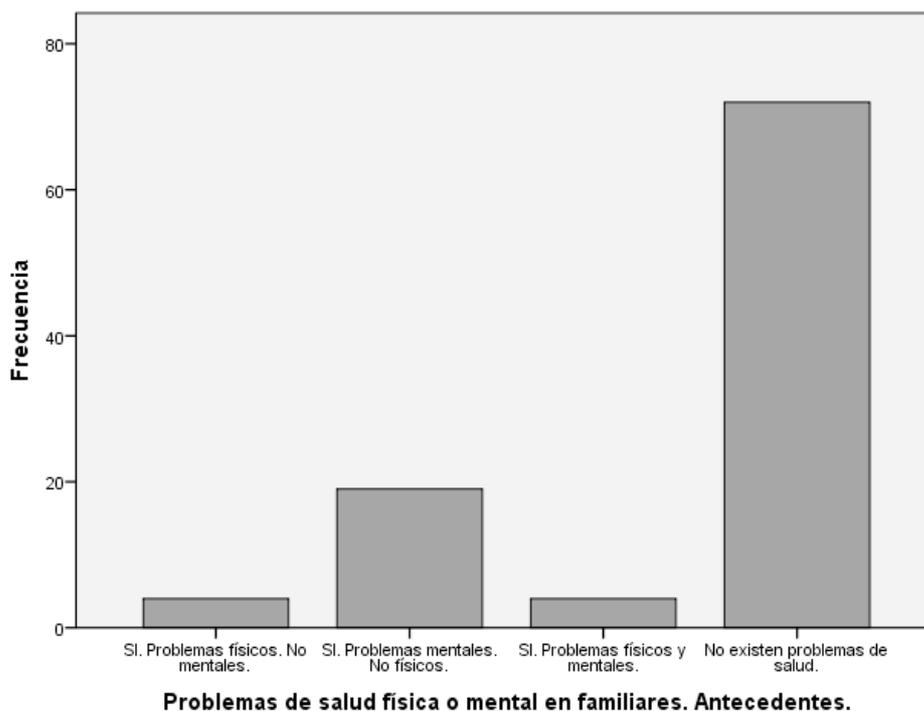
Antecedentes de problemas de salud física y mental

Respecto a la presencia de antecedentes físicos o mentales en pacientes, encontramos que de nuestra muestra total de pacientes (N=111), un 72,7% referían no presentar antecedentes de salud, si bien, un 19,2% sí confirmaba antecedentes de salud mental, mientras que un 7% si referían antecedentes tanto físicos como físicos y mentales. A continuación mostramos estos datos en la Tabla 19 y en la Figura 29.

Tabla 19. Estadísticos descriptivos antecedentes salud física y mental en los familiares.

	SI. FÍSICOS.	SI. MENTALES.	SI. FÍSICOS Y MENTALES	NO EXISTEN
PROBLEMAS DE SALUD	4%	19,2%	4%	72,7%

Figura 29. Gráfico de barras de los problemas de salud en los pacientes.



6.2. RESULTADOS OBTENIDOS SEGÚN LOS OBJETIVOS E HIPÓTESIS PLANTEADAS.

6.2.1. EMOCIÓN EXPRESADA EN FAMILIARES Y PACIENTES Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

Uno de los objetivos específicos del presente estudio era analizar las posibles diferencias en EE en relación a las variables sociodemográficas de los pacientes y sus familiares. A continuación, mostramos un resumen de los resultados obtenidos.

6.2.1.1. DIFERENCIAS EN EMOCIÓN EXPRESADA DE LOS FAMILIARES PARTICIPANTES EN ESTE ESTUDIO SEGÚN SUS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

En la siguiente tabla se pueden apreciar los valores obtenidos en emoción expresada en relación a las variables sociodemográficas de los familiares participantes en nuestro estudio, concretamente, respecto al sexo, estado civil, relación familiar, estudios y convivencia con el paciente.

Tabla 20. Emoción expresada de los familiares según variables sociodemográficas.

	Actitud enfermedad	Intrusión	Hostilidad	Tolerancia	F	p	η^2
Sexo					,585	,674	,01
Hombres	7,26(5,31)	4,29(2,61)	7,28(5,27)	3,63(2,55)			
Mujeres	6,69(5,07)	4,16(2,52)	6,50(4,88)	4,17(2,79)			
Estado civil					1,64	,077	,05
Soltero/a	8,6(4,15)	5,66(1,93)	10,32(3,07)	5,37(2,29)			
Casado/a o convivencia con pareja	6,66(5,18)	4,11(2,63)	6,08(4,98)	4,17(2,78)			
Divorciado/a	5,79(5,14)	4,29(2,10)	5,72(4,44)	2,98(2,69)			
Viudo/a	7,21(5,33)	3,61(2,36)	8,98(4,83)	4,62(2,73)			

Relación familiar					1,464	,136	,04
Madre	6,74(5,10)	3,92(2,50)	6,73(4,88)	4,08(2,72)			
Padre	7,36(5,35)	4,84(2,36)	7,07(4,92)	4,40(2,81)			
Pareja	4,40(3,89)	3,40(2,75)	4,34(4,72)	3,40(2,59)			
Hermano/Hermana	7,74(4,64)	6,66(1,03)	8,40(5,49)	2,47(2,81)			
Estudios					1,645	,078	,05
Sin estudios	7,50(7,77)	6,50(2,12)	9,50(2,12)	4,50(2,12)			
Primarios	7,74(4,99)	3,92(2,5)	6,36(3,86)	4,07(2,63)			
Secundarios	5,07(4,81)	4,14(2,49)	5,03(4,90)	3,24(2,73)			
Universitarios	7,77(5,05)	4,40(2,61)	8,09(5,34)	4,95(2,77)			
Convivencia con paciente					,702	,592	,02
Conviven con paciente	6.87 (5.15)	4,18(2,49)	6,73(4.9)	4,26(2,78)			
No conviven con el paciente	5,78(4,8)	4,44(2,73)	5,46(5,05)	3,26(2,47)			

Como muestra la Tabla 20, no se observan diferencias significativas en emoción expresada de acuerdo con el género, ni con el estado civil de los familiares, aunque en este último muestran una tendencia a la significación, $F(3,119) = 1,649$; $p = ,07$; $\eta^2 = ,05$. Cuando observamos las diferencias en cada uno de los factores, vemos que sí que existen diferencias en el factor "Hostilidad", con puntuaciones más elevadas los solteros/as frente a los casados/as ($p < ,05$). Tampoco se observan diferencias significativas según la relación familiar con el paciente, aunque en los análisis post-hoc si se observan diferencias en el factor intrusión ($p < ,05$). Los hermanos puntúan más elevado en este factor en comparación con las madres ($p < ,05$) y que las parejas ($p = ,06$). Respecto a los estudios, no se observan diferencias significativas entre grupos, aunque si tiene tendencia a la significación ($p = ,07$). En los análisis post hoc se observan que existen diferencias en el factor "Hostilidad" ($p < ,05$) y "Tolerancia" ($p < ,05$). En ambos, la diferencia significativa se observa entre los grupos de estudios Secundario y Universitario

($p < .05$), presentando estos últimos mayores puntuaciones en ambos factores. Tampoco se observa ninguna correlación significativa con respecto a la edad.

6.2.1.2. DIFERENCIAS EN EMOCIÓN EXPRESADA DE LOS FAMILIARES SEGÚN LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES.

En la siguiente tabla (tabla 21) se pueden apreciar los valores obtenidos en emoción expresada de los familiares en relación a las variables sociodemográficas de los pacientes, concretamente, sexo, estado civil, ocupación y estudios.

Tabla 21. Emoción expresada en familiares según las variables sociodemográficas de los pacientes.

	Actitud enfermedad	Intrusión	Hostilidad	Tolerancia	F	p	η^2
Sexo					,155	,960	,007
Hombres	6,81(5,27)	4,27(2,96)	6,89(5,11)	3,80(2,75)			
Mujeres	6,45(4,99)	3,99(2,47)	6,32(4,78)	4,08(2,77)			
Estado civil					,993	,443	,042
Soltero/a	6,73(5,04)	4,06(2,44)	6,50(4,83)	4,09(2,72)			
Casado/a o convivencia con pareja	4,80(4,91)	3,20(3,27)	3,40(3,78)	3,60(3,28)			
Separado/a	3,62(3,81)	4,32(2,85)	5,30(4,23)	4,04(3,21)			
Divorciado/a							
Ocupación					,815	,590	,035
Trabaja	8,59(5,18)	4,47(2,64)	5,52(2,21)	5,52 (2,21)			
Estudia	5,52(5,13)	3,94(2,47)	5,49(5,35)	3,72(2,79)			
No trabaja/No estudia	6,22 (4,70)	3,96(2,51)	6,02(4,16)	3,80(2,79)			
Estudios					1,149	,333	,048
Primarios	7,13(4,84)	4,00(2,27)	6,98(5,07)	3,99(2,87)			
Secundarios	6,45(5,17)	4,50(2,49)	6,31(4,58)	4,05(2,74)			
Universitarios	5,13(4,68)	2,81(2,50)	5,05(4,83)	4,16(2,78)			

Como muestra la Tabla 21, Los ANOVAs de un factor que tienen como objetivo analizar el efecto del diagnóstico sobre los distintos factores de la EE, no muestran diferencias significativas en la variable EE en familiares respecto a las variables sociodemográficas de los pacientes: género, estado civil, ocupación actual o estudios, aunque en esta última en los análisis post-hoc si se observan diferencias significativas en el factor Intrusión, $F(2,93) = 3,298$; $p = ,041$; $\eta^2 = ,066$. Concretamente, encontramos que los familiares puntúan más elevado en este factor intrusión cuando los pacientes tienen estudios de secundaria en comparación a cuando tienen estudios universitarios. En el resto de variables no se observan diferencias significativas.

6.2.1.3. DIFERENCIAS EN EMOCIÓN EXPRESADA PERCIBIDA POR LOS PACIENTES SEGÚN SUS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

En la siguiente tabla se pueden apreciar los valores obtenidos en emoción expresada percibida por los pacientes en relación a sus variables sociodemográficas, concretamente, sexo, estado civil, ocupación y estudios.

Tabla 22. Emoción expresada percibida según las variables sociodemográficas de los pacientes.

	Actitud enfermedad	Intrusión	Hostilidad	Tolerancia	F	p	η^2
Sexo					,420	,794	,019
Hombres	6,50(3,55)	3,27(2,25)	6,87(2,54)	4,77(2,97)			
Mujeres	6,17(3,80)	3,94(2,68)	5,87(3,96)	5,00(9,66)			
Estado civil					,318	,958	,015
Soltero/a	6,21(3,62)	3,99(2,73)	6,03(3,69)	4,03(6,64)			

Casado/a o convivencia con pareja	4,33(4,36)	4,00(2,75)	4,66(2,58)	3,50(3,27)	
Separado/a	6,76(4,32)	3,27(2,41)	6,05(4,87)	4,37(3,22)	
Divorciado/a					
Ocupación			1,219	,290	,054
Trabaja	6,27(3,95)	3,09(2,62)	6,18(3,54)	3,45(1,96)	
Estudia	5,96(3,63)	4,58(2,95)	5,77(4,26)	4,79(2,81)	
No trabaja/No estudia	6,23(3,82)	3,63(2,42)	6,00(3,43)	3,61(2,71)	
Estudios			1,478	,168	,064
Primarios	5,93(4,31)	3,84(2,59)	6,30(3,91)	3,28(2,86)	
Secundarios	6,06(3,46)	4,23(2,69)	6,27(3,54)	4,52(2,76)	
Universitarios	6,54(3,68)	3,35(2,78)	4,80(3,89)	3,87(2,27)	

Como muestra la Tabla 22, no se observan diferencias significativas en emoción expresada percibida por el paciente de acuerdo con el sexo, ni con su estado civil, ni con ocupación o estudios.

6.2.2. EMOCIÓN EXPRESADA EN RELACIÓN AL DIAGNÓSTICO Y CURSO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES TPL.

Otro de los objetivos específicos del presente estudio era analizar las posibles diferencias en EE en relación al diagnóstico y variables clínicas medidas pertenecientes al curso de la enfermedad de los pacientes. A continuación, mostramos un resumen de los resultados obtenidos.

6.2.2.1. DIFERENCIAS EN EMOCIÓN EXPRESADA EN LOS FAMILIARES SEGÚN EL DIAGNÓSTICO Y CURSO DE LA ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES.

En la siguiente tabla se pueden apreciar los valores obtenidos en Emoción Expresada de los familiares en relación al diagnóstico y curso de la enfermedad del paciente, concretamente, respecto a las variables: diagnóstico, años de evolución, tiempo en tratamiento, asistencias a puertas de urgencias, conductas auto y heteroagresivas, ideas de muerte, consumo de tóxicos y alcohol y problemas psicosociales derivados.

Tabla 23. EE en familiares y las variables: diagnóstico y tiempo en tratamiento del paciente.

	Actitud enfermedad	Intrusión	Hostilidad	Tolerancia	F	p	η^2_p
Diagnóstico					1,117	,336	,036
TPL + TOXICOS	8,62(5,05)	4,95(1,92)	8,23(5,08)	5,07(2,71)			
TPL + TCA	6,65(5,05)	3,94(2,53)	6,75(5,13)	4,22(2,56)			
TPL + TE	4,99(5,30)	4,07(2,66)	4,98(4,37)	3,50(3,04)			
TPL PURO	7,28(4,95)	4,37(2,72)	6,85(4,65)	3,43(2,78)			
TPL + TP	3,71(3,94)	3,57(3,10)	3,78(4,50)	4,42(3,40)			
Tiempo en tratamiento					1,145	,323	,037
1-2 años	4,06(4,58)	3,16(2,46)	4,51(4,56)	3,52(2,82)			
2-5 años	6,18(5,18)	4,08(2,42)	6,49(5,09)	4,17(2,68)			
5-10 años	8,49(4,95)	4,78(2,44)	7,48(5,08)	4,53(2,96)			
>10 años	7,24(4,97)	4,37(2,54)	6,98(4,76)	4,09(2,66)			

Como muestra la Tabla 23, no aparecen diferencias significativas entre la variable EE y las variables clínicas: diagnóstico y tiempo en tratamiento de los pacientes.

Tabla 24. EE en familiares y las variables clínicas del paciente: ideas de muerte y presencia de conductas auto y heteroagresivas presentes en el último año.

	Actitud enfermedad	Intrusión	Hostilidad	Tolerancia	F	p	η^2_p
Ideas de muerte					1,021	,400	,037
Activas	6,44(5,22)	4,33(2,42)	6,17(4,43)	4,71(2,63)			
No activas	6,53(5,04)	4,09(2,58)	6,31(5,07)	3,83(2,76)			
Conductas autoagresivas (último año)							
Leve.	6,64(4,99)	3,92(2,51)	5,94(4,82)	4,05(2,31)			
Moderado.	5,55(5,16)	4,39(2,76)	5,86(4,66)	3,81(2,77)			
Grave.	8,27(5,04)	4,12(2,22)	7,02(5,23)	4,54(2,96)			
No presentes	8,35(4,79)	5,85(2,54)	10,06(5,56)	5,28(3,72)			
Nunca presentes.	5,22(4,93)	3,63(2,55)	5,43(4,81)	3,49(2,87)			
Conductas heteroagresivas (último año)					,854	,623	,031
Leve.	7,85(5,15)	4,43(2,57)	6,00(4,61)	4,38(2,74)			
Moderado.	6,45(4,87)	4,00(2,52)	6,39(4,58)	3,79(2,58)			
Grave.	5,33(5,20)	3,90(2,03)	5,83(5,34)	4,36(3,33)			
No presentes	9,15(4,35)	5,16(3,31)	9,65(4,65)	4,83(3,86)			
Nunca presentes.	5,62(5,08)	4,01(2,60)	6,00(5,09)	3,86(2,53)			

Como muestra la Tabla 24, no se observan diferencias significativas en EE percibida por el paciente y las variables clínicas: ideas de muerte y conductas auto y heteroagresivas.

Tabla 25. EE en familiares y las variables clínicas de los pacientes: consumo de tóxicos y/o alcohol, y asistencia a recurso específico.

	Actitud enfermedad	Intrusión	Hostilidad	Tolerancia	F	p	η^2_p
Consumo de tóxicos					,613	,831	,021
Esporádico.	6,55(5,65)	3,84(2,38)	6,37(4,51)	4,94(2,47)			
Abuso.	4,99(4,90)	4,66(2,59)	5,76(5,87)	3,42(3,01)			
Dependencia.	5,72(5,02)	3,95(1,76)	4,99(4,29)	3,90(2,91)			
No hay consumo.	6,91(5,07)	4,28(2,65)	6,68(4,99)	4,02(2,77)			
Consumo de OH					1,742	,090	,059
Esporádico.	7,74(5,25)	4,48(2,57)	8,20(5,37)	4,55(2,50)			
Abuso.	4,74(5,08)	4,36(1,81)	3,82(3,59)	3,77(3,10)			
Dependencia.							
No hay consumo.	6,31(4,97)	4,01(2,62)	5,90(4,52)	3,93(2,82)			
Asistencia a recurso específico (tóxicos y OH)					1,1	,360	,038
SI	6,62(5,07)	4,15(2,06)	7,21(5,04)	3,46(2,74)			
NO	6,59(5,15)	4,22(2,59)	6,27(4,88)	4,22(2,75)			

Como muestra la Tabla 25, se observan diferencias significativas entre EE en familiares y la variable “consumo de alcohol” de los pacientes ($p=,090$). Los ANOVAs de un factor únicamente mostraron diferencias significativas en el factor *Hostilidad*, $F(2,11) = 5,20$, $p=,007$, $\eta^2_p = .084$. En los análisis post hoc aparecen puntuaciones mayores en los pacientes que presentan un consumo esporádico de alcohol ($p<,01$) respecto a los pacientes que presentan abuso hacia el alcohol. No aparecen diferencias significativas en EE y el resto de variables medidas: consumo de tóxicos y asistencia a recurso específico.

Tabla 26. EE en familiares y variables clínicas de pacientes problemáticas en áreas de vida, problemas legales, así como, problemas de salud en familiares.

	A. enfermedad	Intrusión	Hostilidad	Tolerancia	F	p	η^2_p
Problemáticas en otras áreas vitales					1,062	,392	,039
Leve.	7,72(4,95)	4,30(2,38)	6,60(4,51)	4,89(2,59)			
Moderado.	5,87(4,91)	4,03(2,24)	6,37(5,14)	4,10(2,97)			
Grave.	4,79(5,67)	4,10(2,92)	4,48(4,49)	2,51(2,87)			
No.	6,37(5,11)	3,94(2,94)	6,32(5,44)	3,60(2,55)			
Problemáticas ámbito legal					1,039	,412	,038
Ámbito civil.							
Leve.							
Ámbito civil.	2,10(1,67)	3,20(2,16)	2,60(2,30)	3(2,82)			
Moderado.							
Ámbito civil	3(3,36)	5,75(,95)	4,25(3,86)	3,50(3,41)			
Grave.							
Ámbito penal.	6,49(5,01)	4(2,56)	6,80(5,50)	3,50(3,07)			
No problemas legales.	7,03(5,13)	4,17(2,59)	6,65(4,99)	4,26(2,75)			
Problemas de salud.					1,193	,305	,044
Recibe tratamiento.	5,32(4,89)	4,39(2,48)	6,34(4,77)	3,84(2,98)			
No recibe tratamiento.	2,89(2,92)	5(3)	4,69(3,61)	3,09(3,65)			
No existen.	7,13(5,13)	4,07(2,56)	6,53(5,10)	4,25(2,69)			
Problemas de salud en familiares					1,103	,357	,041
Problemas físicos.	4,33(4,16)	2,04(1,28)	2(2,64)	1 (1)			
Problemas mentales.	7,09(5,68)	4,95(2,18)	6,86(5,55)	3,79(3,38)			
Problemas físicos y mentales.	9,29(4,59)	5,31(1,86)	7,23(3,48)	5,26(2,63)			
No existen.	6,57(5,01)	3,93(2,65)	6,43(5)	4,26(2,64)			

Como muestra la Tabla 26, no se observan diferencias significativas en EE en familiares y las variables: problemáticas en áreas vitales, problemas legales, problemas de salud (en pacientes y familiares).

Tabla 27. Emoción expresada de los familiares y las variables: tratamiento recibido (pacientes y familiar).

	A. enferm edad	Intrusión	Hostilidad	Tolerancia	F	p	η^2_p
Tratamiento recibido por el paciente.					,741	,655	,025
Ambulatorio.	6,54(.60)	3,94(.29)	6,19(.582)	4,12(.32)			
CD	6,53(.78)	4,64(.38)	6,55(.74)	3,91(.42)			
CAC	8,74(1,80)	4(.89)	8,93(1,73)	5,12(.98)			
Tratamiento recibido por la familia.					14,83	<001	,748
Ambulatorio.	2,15(2,23)	3(2,41)	3,69(3,16)	3,20(2,49)			
Ambulatorio + grupal.	8,37(4,82)	4,61(2,43)	7,51(5,06)	4,44(2,81)			
No recibe.							

Tal como se muestra en la Tabla 27, por un lado, los ANOVAs de un factor que tenían como objetivo analizar el efecto de la variable “*Tratamiento recibido por el paciente*” sobre los distintos factores de la EE, no muestran diferencias significativas. Si bien, en los ANOVAs de un factor que tenían como objetivo analizar el efecto de la variable “*Tratamiento recibido por los familiares*” sobre los distintos factores de la EE, sí muestran diferencias significativas en los cuatro factores ($p < ,001$). En los análisis post hoc se observan diferencias significativas en los cuatro factores de la EE: el factor “*Actitud hacia la enfermedad*” $F(1,12) = 49,24, p < ,001, \eta^2_p = .293$, el factor “*Intrusismo*” $F(1,12) = 10,23, p = ,002, \eta^2_p = .080$, el factor “*Hostilidad*” $F(1,12) = 15,93, p < ,001, \eta^2_p = .118$, el factor “*Tolerancia*” $F(1,12) = 4,78, p = ,031, \eta^2_p = .039$, y en todos ellos las puntuaciones más elevadas aparecen en la condición “*reciben tratamiento los familiares a nivel individual y grupal*” frente a los familiares que lo reciben “*a nivel ambulatorio*” que presentan las puntuaciones más bajas. Del total de la muestra de familiares, tan sólo dos familiares no recibían tratamiento.

Dados los resultados obtenidos hasta el momento, se decidió realizar un análisis mediante *Correlación de Pearson* entre los factores de la EE en familiares y las distintas variables clínicas del curso de la enfermedad del paciente.

Tal y como se observa en la tabla 28, las *correlaciones del Pearson* indican que existe una correlación significativa y positiva entre el factor “*Actitud de enfermedad*” y las variables “*Asistencia a puertas de urgencias* ($p=,036$), *Tiempo en tratamiento* ($p=,01$) e *Intentos parasuicidas totales* ($p=,042$) y en el último año ($p=,051$)”. Del mismo modo, se observa una correlación significativa y positiva entre el factor “*Hostilidad*” y la variable “*Asistencia a puertas de urgencia*” ($p=,025$). Por último, respecto al factor “*Tolerancia*”, se observan correlaciones significativas y positivas con las variables “*Ingresos hospitalarios totales*” ($p=,003$) e “*Ingresos hospitalarios en el último año*” ($p=,047$).

Tabla 28. Emoción expresada y variables del curso de la enfermedad del paciente.

	IHT	IHA	APU	IST	ISA	TTO	IPAT	IPAA
A. Enfermedad	,136	,092	,196*	,076	,163	,228*	,190*	,183
Intrusión	,087	,170	,292**	,097	,058	,199*	,194*	,194*
Hostilidad	,163	,114	,210*	,026	,115	,149	,163	,114
Tolerancia	,278**	,186*	,164	,041	,143	,080	,112	,089

Nota: IHT = Ingresos hospitalarios (totales); IHA= Ingresos hospitalarios (último año); APU= Asistencia a puertas de urgencia (PU); IST= Intentos de suicidio (totales); ISA= Intentos de suicidio (último año);TTO= Tiempo en tratamiento; IPA= Intentos parasuicidas (totales) ; IPAA= Intentos parasuicidas (último año).

6.2.2.2. DIFERENCIAS EN EMOCIÓN EXPRESADA PERCIBIDA POR LOS PACIENTES SEGÚN SU DIAGNÓSTICO Y CURSO DE LA ENFERMEDAD.

En la siguiente tabla se pueden apreciar los valores obtenidos en EE percibida por los pacientes en relación al diagnóstico y curso de su enfermedad, concretamente, respecto a las variables: diagnóstico, años de evolución, tiempo en tratamiento, asistencias a puertas de urgencias, conductas auto y heteroagresivas, ideas de muerte, consumo de tóxicos y alcohol y problemas psicosociales derivados.

Tabla 29. Emoción expresada en pacientes y el diagnóstico y tiempo en tratamiento.

	Actitud enfermedad	Intrusión	Hostilidad	Tolerancia	F	p	η^2_p
Diagnóstico					1,905	,019	,078
TPL + TOXICOS	6,41(3,57)	2,85(2,49)	5,89(3,27)	2,98(2,14)			
TPL + TCA	5,42(3,67)	4,69(2,70)	5,70(3,39)	3,61(2,70)			
TPL + TE	6,90(3,79)	3,03(2,56)	6,00(3,90)	4,72(2,84)			
TPL PURO	7,22(4,31)	3,58(2,65)	6,66(4,88)	4,56(2,74)			
TPL + TP	7,40(3,39)	4,50(2,42)	7,00(4,00)	7,66(1,03)			
Tiempo en tratamiento					1,395	,168	,061
1-2 años	5,91(3,73)	3,66(2,42)	6,46(4,62)	4,44(3,12)			
2-5 años	5,23(3,49)	4,52(2,95)	5,17(3,44)	4,73(2,84)			
5-10 años	6,63(3,72)	3,51(2,63)	5,88(3,27)	3,91(2,11)			
>10 años	6,69(3,93)	3,87(2,66)	6,14(3,73)	3,46(2,55)			

Como muestra la Tabla 29, se observan diferencias significativas en EE de acuerdo al diagnóstico que presenta el paciente. Los ANOVAs de un factor que tienen

como objetivo analizar el efecto del diagnóstico sobre los distintos factores de la EE, únicamente muestran diferencias significativas en el factor Tolerancia, $F(4, 90) = 4.286$, $p = .003$, $\eta^2_p = .160$. Así pues, los análisis post-hoc muestran puntuaciones mayores en los pacientes que presentan TPL comórbido con TP respecto a los pacientes con TPL comórbido con TCA ($p=.006$) y con tóxicos ($p=.003$) que muestran puntuaciones más bajas. Respecto a la relación entre EE y la variable “Tiempo en tratamiento” no se encuentran diferencias significativas.

Tabla 30. Emoción expresada percibida por pacientes y las variables clínicas: ideas de muerte y presencia de conductas auto y heteroagresivas presentes en el último año.

	Actitud enfermedad	Intrusión	Hostilidad	Tolerancia	F	p	η^2_p
Ideas de muerte					1,325	,268	,063
Activas	6,90(3,96)	4,90(2,63)	6,42(3,71)	4,90(2,77)			
No activas	5,69(3,60)	3,72(2,68)	5,93(3,89)	3,98(2,72)			
Conductas autoagresivas (último año)					1,262	,220	,061
Leve.	5,83 (2,88)	5,00(2,75)	5,45(3,29)	4,95(2,99)			
Moderado.	5,87(3,72)	3,25(2,69)	6,65(3,66)	4,00(2,73)			
Grave.	5,92(3,79)	3,42(2,31)	6,52(4,89)	4,14(2,79)			
No presentes	9,16(3,25)	4,16(2,99)	9,16(3,25)	5,83(2,78)			
Nunca presentes.	5,37(4,35)	4,06(2,80)	4,95(3,67)	3,24(2,34)			
Conductas heteroagresivas (último año)					,795	,691	,039
Leve.	6,26(3,23)	4,46(2,69)	6,96(4,11)	4,73(2,71)			
Moderado.	5,67(4,05)	3,73(2,92)	5,67(4,16)	4,00(2,78)			
Grave.	6,16(4,33)	2,00(1,73)	5,44(3,67)	4,11(3,25)			
No presentes	9,66(2,30)	2,66(3,78)	8,66(4,50)	5,33(3,78)			
Nunca presentes.	5,80(3,72)	4,43(2,65)	5,75(3,64)	3,98(2,65)			

Como muestra la Tabla 30, no se observan diferencias significativas en EE percibida por el paciente y las variables clínicas: ideas de muerte y conductas auto y heteroagresivas.

Tabla 31. Emoción expresada percibida por pacientes y las variables clínicas: consumo de tóxicos y/o alcohol, y asistencia a recurso específico.

	Actitud enfermedad	Intrusión	Hostilidad	Tolerancia	F	p	η^2_p
Consumo de tóxicos					,462	,935	,022
Esporádico.	5.64(4,32)	4,21(2,83)	6,57(3,81)	4,28(2,84)			
Abuso.	5.69(3,79)	3,60(2,83)	6,00(4,16)	4,40(3,20)			
Dependencia.	5,44(4,58)	3,53(2,75)	4,04(2,40)	2,96(3,08)			
No hay consumo.	6,39(3,50)	3,93(2,69)	6,12(3,83)	4,16(2,60)			
Consumo de OH					,972	,459	,044
Esporádico.	6,13(3,64)	3,15(2,70)	6,26(3,86)	3,96(2,64)			
Abuso.	4,57(4,08)	4,64(2,94)	4,79(3,84)	3,23(2,81)			
Dependencia.							
No hay consumo.	6,37(3,65)	4,14(2,60)	6,09(3,77)	6,07(12,02)			
Asistencia a recurso específico (tóxicos y OH)					,800	,529	,037
SI	5,00(4,58)	4,11(2,31)	5,82(4,47)	2,88(2,52)			
NO	6,24(3,61)	3,88(2,74)	6,04(3,71)	4,25(2,72)			

Como muestra la Tabla 31, no se observan diferencias significativas en EE percibida por el paciente y las variables clínicas: consumo de tóxicos y/o alcohol, y asistencia a recurso específico.

Tabla 32. Emoción expresada percibida por pacientes y las variables clínicas: problemáticas en áreas de vida, problemas legales y problemas de salud en familiares.

	A. Enfermedad	Intrusión	Hostilidad	Tolerancia	F	p	η^2_p
Problemáticas en otras áreas vitales					2,699	,002	,122
Leve.	8,05(2,89)	3,08(2,44)	7,53(3,90)	4,62(2,68)			
Moderado.	6,64(4,08)	4,36(2,51)	6,67(3,89)	4,75(2,72)			
Grave.	4,38(3,14)	3,00(2,64)	5,22(3,30)	4,44(3,08)			
No.	4,05(3,10)	4,62(3,05)	4,20(3,24)	3,07(2,49)			
Problemáticas ámbito legal					,810	,640	,039
Ámbito civil. Leve.							
Ámbito civil. Moderado.	6,46(5,52)	4,09(1,88)	6,30(4,43)	4,07(3,28)			
Ámbito civil Grave.	3 (3,46)	6,00(1,73)	4,66(5,68)	2,66(3,05)			
Ámbito penal.	8,49(5,33)	3,40(2,30)	9,60(3,13)	5,80(2,94)			
No problemas legales.	5,91(3,45)	3,91(2,81)	5,66(3,71)	5,27(10,35)			
Problemas de salud.					,876	,538	,044
Recibe tratamiento.	7,43(4,36)	3,67(2,88)	6,18(4,40)	4,21(3,04)			
No recibe tratamiento.	3,71(2,88)	4,57(2,69)	5,62(2,90)	3,71(3,35)			
No existen.	5,91(3,63)	4,06(2,71)	6,06(3,87)	4,23(2,69)			
Problemas de salud en familiares					,879	,569	,044
Problemas físicos.	5 (2,00)	3,33(4,04)	5,66(4,16)	5,33(3,78)			
Problemas mentales.	6,57(3,84)	4,00(2,05)	5,94(3,95)	4,50(3,03)			
Problemas físicos y mentales.	5,00(2,82)	4,50(3,69)	8,35(1,07)	2,75(1,70)			
No existen.	5,84(3,84)	4,07(2,82)	5,92(3,93)	4,13(2,71)			

Como muestra la Tabla 32, se observan diferencias significativas en EE de acuerdo a la presencia de problemáticas en áreas de vida (social, ocupacional, familiar, etc). Los ANOVAs de un factor únicamente mostraron diferencias significativas en Actitud de enfermedad, $F(3, 79) = 7.018$, $p < .001$, $\eta^2_p = .210$, y Hostilidad, $F(3, 79) = 4.023$, $p = .010$, $\eta^2_p = .133$. En los análisis post hoc se observan diferencias significativas en el factor *Actitud hacia la enfermedad*, apareciendo puntuaciones mayores en los pacientes que presentan un nivel leve ($p < .001$) y un nivel moderado ($p = .048$) de afectación en las áreas de vida evaluadas, respecto a los pacientes que no presentan las problemáticas

evaluadas en las diferentes áreas vitales. También se observan diferencias significativas entre los pacientes que presentan un nivel leve y un nivel grave de problemáticas, presentando puntuaciones mayores los que presentan una problemática leve ($p=,038$) respecto a los que presentan un nivel grave. En los análisis post hoc también se observan diferencias significativas en el *factor Hostilidad*, apareciendo puntuaciones mayores en los pacientes que presentan un nivel leve ($p=,010$) de afectación en las áreas de vida evaluadas, respecto a los pacientes que no presentan problemáticas relevantes en las diferentes áreas vitales. No aparecen diferencias significativas en EE y el resto de variables medidas: problemáticas en ámbito legal y problemas de salud (en pacientes y familiares).

Tabla 33. Emoción expresada percibida por pacientes y las variables: tratamiento recibido (pacientes y familiar).

	A Enfermedad	Intrusión	Hostilidad	Tolerancia	F	p	η^2_p
Tratamiento recibido por el paciente.					,746	,651	,034
Ambulatorio.	5,54(3,59)	4,11(2,89)	5,65(3,75)	4,03(2,55)			
CD	6,85(3,82)	3,40(2,23)	6,20(3,75)	4,01(3,03)			
CAC	7,01(3,99)	4,63(2,83)	6,63(3,86)	4,08(2,75)			
Tratamiento recibido por la familia.					1,437	,229	,063
Ambulatorio.	5,41(3,78)	4,47(2,79)	5,50(3,69)	6,99(15,44)			
Ambulatorio + grupal.	6,26(3,58)	3,54(2,57)	6,00(3,79)	3,78(2,68)			
No recibe.							

Los ANOVAs de un factor que tenían como objetivo analizar el efecto de la variable tratamiento recibido (paciente y familiar) sobre los distintos factores de la EE, y tal como muestra la Tabla 33 no muestran diferencias significativas.

Dados los resultados obtenidos hasta el momento, se decidió realizar un análisis mediante *Correlación de Pearson* entre los factores de la EE percibida por los pacientes y las distintas variables clínicas del curso de su enfermedad.

Tal y como se observa en la Tabla 34, las *correlaciones del Pearson* indican que existe una correlación significativa y positiva entre el factor “*Actitud de enfermedad*” y la variable “*Intentos de suicidio totales* ($p=,017$). Del mismo modo, se observa una correlación fuertemente significativa y positiva entre el factor “*Hostilidad*” y la variable “*Intentos de suicidio totales*” ($p=,009$) y otra correlación significativa y positivas con la variable “*Ingresos hospitalarios totales*” ($p=,003$) e “*Ingresos hospitalarios en el último año*” ($p=,018$).

Tabla 34. Emoción expresada percibida por el paciente y variables del curso de la enfermedad.

	IHT	IHA	APU	IST	ISA	TTO	IPAT	IPAA
A. Enfermedad	,099	,076	,029	,232*	,070	,173	,033	-,010
Intrusión	,047	-,129	,033	,031	-,032	-,138	,080	,004
Hostilidad	,23*	,082	,128	,253*	,035	,046	,139	,072
Tolerancia	-,02	-,093	-,106	,018	-,098	-,053	-,068	-,076

Nota: IHT = Ingresos hospitalarios (totales); IHA= Ingresos hospitalarios (último año); APU= Asistencia a puertas de urgencia (PU); IST= Intentos de suicidio (totales); ISA= Intentos de suicidio (último año);TTO= Tiempo en tratamiento; IPA= Intentos parasuicidas (totales) ; IPAA= Intentos parasuicidas (último año).

6.2.3. RELACIÓN ENTRE EMOCIÓN EXPRESADA DE LOS FAMILIARES Y EMOCIÓN EXPRESADA PERCIBIDA POR EL PACIENTE.

Otro de los objetivos específicos del presente estudio era analizar la posible relación existente entre EE en familiares y la EE percibida por los pacientes. A continuación, mostramos un resumen de los resultados obtenidos.

Tabla 35. Emoción expresada de los familiares y EE percibida por el paciente.

	Actitud hacia la Enfermedad (Pac)	Intrusión (Pac)	Hostilidad (Pac)	Tolerancia (Pac)
A. Enfermedad	,323**	-,274**	,248*	-,139
Intrusión	,180	,161	,183	-,120
Hostilidad	,423**	-,162	,423**	-,122
Tolerancia	,300**	-,204*	,156	-,129

Tal y como se observa en la tabla 35, las *correlaciones de Pearson* indican que existe una correlación significativa y positiva entre los factores “Actitud de enfermedad”, percibida por el paciente y los factores “Actitud hacia la enfermedad”, “Hostilidad” y “Tolerancia” de los familiares. Por otro lado, existe una correlación significativa y negativa entre el factor “Intrusión” percibido por el paciente y los factores “Actitud hacia la enfermedad” y “Tolerancia” de los familiares. Por último, observamos una correlación significativa y positiva entre el factor “Hostilidad” percibida por el paciente y los factores “Actitud hacia la enfermedad” y “Hostilidad” de los familiares.

6.2.4. RELACIÓN ENTRE EMOCIÓN EXPRESADA Y CARGA DEL CUIDADOR EN FAMILIARES DE TPL.

Otro de los objetivos específicos del presente estudio era analizar las posibles relaciones existentes entre EE en familiares y Carga del cuidador, A continuación, mostramos un resumen de los resultados obtenidos.

6.2.4.1. RELACIÓN ENTRE EE Y CARGA DEL CUIDADOR: EXPERIENCIA DEL CUIDADOR (ECI).

Con el objetivo de encontrar posibles relaciones existentes entre EE y Carga del cuidador, se analizó por un lado, la relación existente entre los distintos factores de la EE en familiares y los factores de la “*Experiencia el cuidador (ECI)*”.

Tal y como se observa en la tabla 36, las *correlaciones de Pearson* indican que existe una correlación significativa y positiva entre el factor “*Actitud de enfermedad*” y los factores “*comportamientos difíciles* ($p=,003$), síntomas negativos ($p=,037$) y los efectos en la familia” ($p=,013$). Del mismo modo, se observa una correlación significativa y positiva entre el factor “*Hostilidad*” y el factor “*comportamientos difíciles*” ($p=,011$).

Tabla 36. Emoción expresada en familiares y Experiencia del Cuidador (ECI).

	CD	SN	E	PS	EF	NA	D	P	EP	AR
A. Enfermedad	,269**	,188*	,030	,011	,222*	-,026	,099	,124	,026	-,091
Intrusión	,114	,131	,153	,000	,144	-,036	,025	,024	-,023	-,013
Hostilidad	,228*	,098	,082	-,037	,157	-,026	-,063	,019	,006	-,051
Tolerancia	,095	,068	,000	-,034	,043	-,020	-,040	,105	-,022	,004

Nota: CD= Comportamientos difíciles; SN= Síntomas negativos; E= Estigma; PS= Problemas con los servicios; EF= Efectos en la familia; NA= Necesidad de apoyo; D= Dependencia; P= Pérdida; EP= Experiencias positivas; AR= Aspectos relacionales.

6.2.4.2. RELACIÓN ENTRE EE Y CARGA DEL CUIDADOR: REPERCUSIÓN FAMILIAR (IEQ).

Con el objetivo de encontrar posibles relaciones existentes entre EE y Carga del cuidador, se analizó por otro lado, la relación existente entre los distintos factores de la EE en familiares y los factores de la “*Repercusión familiar (IEQ)*”.

Tabla 37. Emoción expresada de los familiares y Repercusión familiar (IEQ).

	Tensión	Supervisión	Preocupación	Estimulación
A. Enfermedad	,169	,175	-,092	,012
Intrusión	-,033	,100	-,120	,057
Hostilidad	-,041	-,021	-,139	-,151
Tolerancia	,069	,144	,054	-,007

Tal y como se observa en la Tabla 37, las *correlaciones de Pearson* no indican inicialmente la existencia de correlaciones significativas entre ambas variables, si bien, se observa una tendencia positiva a la significación entre el factor “*Actitud de enfermedad*” y los factores “*Tensión*” ($p=,059$) y “*Supervisión*” ($p=,051$). No aparecen más correlaciones significativas entre el resto de factores analizados.

6.2.5. EMOCIÓN EXPRESADA, APOYO SOCIAL Y AJUSTE DIÁDICO.

Otro de los objetivos específicos del presente estudio era analizar las posibles relaciones existentes entre EE y apoyo social y ajuste diádico. A continuación, mostramos un resumen de los resultados obtenidos.

6.2.5.1. EMOCIÓN EXPRESADA, APOYO SOCIAL Y AJUSTE DIÁDICO EN FAMILIARES DE TPL.

Con el objetivo de encontrar posibles relaciones existentes entre EE, Apoyo social y Ajuste diádico se analizó la posible relación existente entre los distintos factores de las variables medidas en los familiares.

Tabla 38. Emoción expresada, apoyo social y ajuste diádico (pareja y familiar).

	M	EAD-S FAM	EAD-CN FAM	EAD-CH FAM	EAD-S PAX	EAD-CN PAX	EAD- CH PAX
A.	-119	-072	-266	-320*	,324	-,508**	-,340*
Enfermedad							
Intrusión	,042	-,172	-,187	-,124	,149	-,238	-,233
Hostilidad	-,178	,255	-,229	-,284	,302	-,209	-,146
Tolerancia	-,353*	,344*	-,118	-,308*	,117	-,264	-,240

Notas: M=MOSS; EAD-S FAM= EAD-satisfacción familiar; EAD-CN FAM= EAD- Consenso familiar; EAD-CH FAM= EAD- Cohesión familiar EAD; EAD-S PAX= EAD- Satisfacción pareja; EAD-CN PAX= EAD- Consenso pareja; EAD-CH PAX= EAD- Cohesión pareja.

Tal y como se observa en la tabla 38, las correlaciones de Pearson indican inicialmente la existencia de correlaciones significativas entre los factores de la EE y la variable ajuste diádico (familiar y pareja). Por un lado se observa una correlación negativa y significativa entre el factor “*Actitud de enfermedad*” y los factores “*Cohesión en la relación con el paciente-familiar*” ($p=,036$), así como, una correlación fuertemente significativa y negativa con el factor “*consenso en la pareja*” ($p=,001$) y también negativa y significativa con el factor “*cohesión pareja*” ($p=,046$). Del mismo modo, se observan correlaciones negativas y significativas entre el factor “*Tolerancia*” del constructo EE y la variable “*apoyo social*” ($p=,015$), así como, con el factor “*nivel de satisfacción*” ($p=,028$), y “*nivel de cohesión*” ($p=,044$), en la relación con el paciente-familiar. No aparecen más correlaciones significativas entre el resto de factores analizados.

6.2.5.2. EMOCIÓN EXPRESADA PERCIBIDA POR LOS PACIENTES Y AJUSTE DIÁDICO RESPECTO A LA RELACIÓN CON SUS FAMILIARES.

Por último, otro de los objetivos específicos del presente estudio era analizar las posibles relaciones existentes entre EE y ajuste diádico en la relación paciente-familiar. A continuación, mostramos un resumen de los resultados obtenidos.

Tabla 39. Emoción expresada, apoyo social y ajuste diádico (paciente y familiar).

	SATISFACCIÓN	EAD-CONSENSO	COHESIÓN
A. Enfermedad	-,124	-,702**	-,568**
Intrusión	-,187	-,150	-,072
Hostilidad	-,094	-,494**	-,300*
Tolerancia	-,164	-,470**	-,396**

Tal y como se observa en la tabla 39, las correlaciones de Pearson indican que existen diversas correlaciones significativas y negativas entre los factores de la EE: “*Actitud de enfermedad*”, “*Hostilidad*” y “*Tolerancia*” y los factores de ajuste diádico: “*nivel de consenso y cohesión*” en la relación paciente-familiar. Concretamente, se observa una correlación poderosamente significativa y negativa entre el factor “*Actitud hacia la enfermedad*” de la EE y los factores “*consenso*” y “*cohesión*” ($p < ,001$) de la relación paciente-familiar. Por otro lado, se observan una correlación poderosamente significativa y negativa entre el factor “*Hostilidad*” de la EE y el “*nivel de consenso*” ($p < ,001$) de la variable ajuste diádico, así como, una correlación significativa y negativa entre este mismo factor de “*Hostilidad*” de la EE y el “*nivel de cohesión*” ($p = ,029$) de la relación paciente-familiar. Por último, se observa una correlación negativa y poderosamente significativa entre el factor “*Tolerancia*” de la EE y los “*niveles de consenso* ($p < ,001$) y *cohesión* ($p = ,003$)” de la variable ajuste diádico (relación familiar-paciente)

IV. DISCUSIÓN

IV. DISCUSIÓN.

El objetivo general del presente estudio era analizar el ambiente familiar de los pacientes diagnosticados de TPL, con el fin de conocer y entender los factores que podrían estar interfiriendo en el curso y evolución de su enfermedad. Para ello, se planteó la medición de variables relevantes, tales como el constructo EE en familiares de pacientes, así como la percibida por los pacientes. Por otro lado, se analizaron los niveles de sobrecarga que podrían estar experimentando los cuidadores o familiares, y su posible relación con apoyo social y ajuste diádico, concretamente ajuste de la pareja (p.ej., relación matrimonial entre los padres del paciente) y ajuste en la relación familiar-paciente (p.ej., relación padre-hijo).

Entendiendo la EE como *“un índice global de actitudes, emociones y conductas que los familiares presentan hacia el miembro de la familia que presenta un trastorno mental o psiquiátrico”* (Brown et al., 1962), son numerosos los estudios que se han interesado en delimitar la estrecha relación entre el trastorno de los pacientes y su entorno familiar, centrándose inicialmente en la esquizofrenia, y encontrando que el papel de la familia no sólo podía interferir en el desarrollo y evolución de la enfermedad,

si no que podía tener un papel relevante como predictor de recaídas. Vaughn y Left (1976) fueron los primeros en diferenciar a los familiares con alta y baja EE en muestras con pacientes esquizofrénicos. En general, los resultados apuntan a que los familiares con alta EE tienden a mostrar mayor tendencia a la intolerancia y a la intrusión en la vida del paciente, manifestando mayor dificultad para fomentar su autonomía y respondiendo de manera más rígida ante sus dificultades. Por su parte, los familiares con baja EE se describen como cuidadores más tolerantes, no intrusivos y sensibles a las necesidades que presenta el paciente, mostrándose más abiertos y flexibles a sus demandas.

Pero la EE de los familiares no solo se ha estudiado en la esquizofrenia, sino que también se ha analizado su influencia en el curso de otros trastornos mentales graves, como los Trastornos afectivos (Ellis et al., 2014), los Trastornos alimentarios (Anastasiadou, Medina-Pradas, Sepúlveda & Treasure; 2014), así como, en el Trastorno de personalidad límite (TPL) (Hoffman, Buteau, Hooley, Fruzzetti & Bruce, 2003), siendo este último el objeto de nuestro estudio. En el caso concreto de los TPL, Linehan (1993) plantea que el patrón de alta EE encontrado por Left y Vaughn (1985) en pacientes depresivos y esquizofrénicos es muy similar al “ambiente invalidante” descrito en su modelo biosocial del TPL. Gunderson (1984) también hace mención a esta analogía, sugiriendo que *“el ambiente hostil y sobreimplicado en el que crecen los TPL recuerda al concepto de EE”*.

Siguiendo la línea de los estudios señalados, nuestro primer objetivo era analizar el papel de la EE en el TPL, y su relación con otras variables relevantes como la sobrecarga familiar, apoyo social, el ajuste diádico, las características sociodemográficas del familiar y del paciente, las variables relacionales paciente-familiar (tipo de relación entre paciente y familiar, tiempo de contacto semanal, convivencia, etc.), y las variables clínicas propias del curso y evolución del TPL (p.ej., diagnóstico, presencia de conductas

parasuicidas, ideas de muerte activas etc.). A lo largo del recorrido de este estudio, hemos podido encontrar una extensa literatura acerca de la EE familiar en pacientes psicóticos, si bien, son actualmente escasos los estudios que encontramos de este constructo en pacientes TPL. Una vez constatada la grave problemática que representa estos pacientes, como la relevancia del entorno familiar, así como las repercusiones sociales en general, entendemos la importancia de seguir avanzando en el conocimiento de esta problemática y seguir mejorando la calidad asistencial en nuestra atención e intervención con estos pacientes y sus familiares desde el ámbito clínico.

Con el fin de alcanzar nuestro objetivo general establecimos una serie de objetivos específicos, con sus correspondientes hipótesis de trabajo. A continuación pasamos a resumir los resultados que hemos observado en relación a las hipótesis planteadas :

H1. Existencia de diferencias significativas en EE según variables sociodemográficas de los familiares y pacientes.

En primer lugar, en general no se observan diferencias significativas en las puntuaciones en EE cuando se tiene en cuenta el sexo, estado civil, relación familiar, nivel de estudios o convivencia con el paciente. Cuando analizamos cada uno de los factores por separado de la EE, se observa una tendencia a la significación en el factor “*Hostilidad*” (actitud negativa generalizada del familiar o cuidador hacia el paciente o de rechazo manifiesto) cuando se tiene en cuenta el estado civil de los familiares, teniendo puntuaciones más elevadas en esta variable los familiares solteros/as frente a los casados/as.

Este resultado se puede deber a que los familiares solteros no tengan con quien

repartir o compartir el cuidado del paciente, mientras que los familiares casados, al convivir con sus parejas, tienen mayor apoyo tanto emocional como instrumental (p.ej. apoyo en las horas de cuidado). Por otro lado, otro factor relevante podría ser que dada la convivencia marital, las horas de contacto cara a cara con el paciente fueran menores, mientras que en el caso de los familiares solteros, de no contar con apoyo social, la relación con el paciente ocuparía un papel más protagonista en su día a día, desencadenando una mayor sobrecarga a nivel emocional, la cual tal vez se exprese a través de la hostilidad hacia el paciente. Concretamente, Bentsen et al., (1996) observó que los cuidadores que no convivían en pareja obtenían mayores niveles de sobreimplicación emocional, lo que se interpretó con el hecho de no tener con quien compartir la carga como cuidador.

Respecto a la variable nivel de estudios también se observa una tendencia a la significación y los análisis *post hoc* muestran diferencias significativas en los factores de "Hostilidad" y "Tolerancia", entendiendo este último como la actitud de afrontamiento que el familiar presenta para sobrellevar la problemática del paciente. En ambos, la diferencia significativa se observa entre los grupos de estudios secundarios y universitarios, presentando estos últimos mayores puntuaciones en ambos factores. En general, parecería plausible esperar que un nivel de estudios superior permitiera al familiar entender mejor el funcionamiento típico del paciente TPL, y por lo tanto atribuyera un menor control al paciente sobre su sintomatología, mostrando una actitud más comprensiva y compasiva, lo cual se asociaría a niveles más bajos en EE. Por ejemplo, Yang et al., (2004) observan que el mayor nivel educativo tanto del familiar como del paciente se asocia a menores atribuciones sobre el control de los síntomas por parte del paciente. Sin embargo, los resultados obtenidos en nuestro estudio contradicen esta interpretación, señalando justo lo contrario. Quizá esto esté en relación precisamente con la paradójica situación que ha encontrado el trabajo de Hoffman et al. (2003), quienes

observaron que los familiares que presentaban más información acerca de la problemática TPL, mostraban mayor hostilidad hacia el paciente, manifestando más carga y sintomatología depresiva.

Por otro lado, respecto a la relación familiar con el paciente, tampoco se observan inicialmente diferencias significativas. En los análisis *post hoc* se observan diferencias en el factor “*Intrusión*”. En este caso, los hermanos puntúan más elevado en este factor en comparación con las madres y las parejas. Puede que estos resultados tengan relación tanto con la edad (más joven) del familiar como con el tipo de relación que mantiene con el paciente. Bailey, Brin y Grenyer (2014) observan que los familiares más jóvenes son los que obtienen mayores puntuaciones en comentarios críticos hacia el paciente. En nuestro estudio, los familiares más jóvenes son los hermanos, seguidos de las parejas. Por lo que respecta a la relación con el paciente, no se han encontrado estudios que establezcan relaciones significativas entre los niveles de EE y el parentesco con el paciente, si bien se observan mayores niveles de sobreimplicación emocional en progenitores (Mozny et al., 1992; Van Os et al., 2001). En cuanto a las relaciones de pareja, puede que el estilo de relación sea menos intrusivo y quizá el nivel de responsabilidad y de obligación hacia el paciente sea menor que el que presentan los padres y/o hermanos, lo que podría explicar las menores puntuaciones obtenidas en el factor “*Intrusión*” en las parejas de nuestra muestra. Por último señalar que estos resultados también estarían relacionados con el estudio Hooley y Licht (1997) sobre la atribución de control, quienes observan que los cuidadores más críticos entienden menos la enfermedad y responsabilizan más a los pacientes de los que les pasa. Concretamente, en nuestra muestra de familiares, los hermanos son cuidadores secundarios, comparten menos tiempo con los pacientes y participan en menor medida en el tratamiento del paciente (tanto a nivel individual como grupal), lo que tal vez podría relacionarse con una información más limitada de la problemática del paciente, y por lo

tanto, con un menor entendimiento del problema y una mayor atribución de control hacia el paciente, lo que le llevaría al mismo tiempo a un comportamiento más intrusivo mantenido por una menor conciencia de problema y expectativas de cambio depositadas en el paciente.

Paralelamente, respecto a la convivencia con el familiar, tampoco se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de EE en familiares. Esto nos llama significativamente la atención, dado que la gran mayoría de pacientes conviven con su familiares y/o cuidadores primarios con quienes comparten más de 21h/semanales. En este sentido, encontramos estudios que evidencian la relación positiva entre horas de contacto con el paciente y niveles altos de EE.

Por tanto, respecto a nuestra Hipótesis 1 que postulaba una posible relación entre la EE en familiares y sus variables sociodemográficas (sexo, estado civil, relación familiar, nivel de estudios y convivencia con el paciente), nuestros resultados indican que estas variables no se relacionan con la EE de los familiares, aunque el estado civil, el nivel de estudios del familiar, y la relación de parentesco pueden tener influencia en algunos factores concretos de este constructo, como "*Hostilidad*", "*Tolerancia*" e "*Intrusión*". Por tanto, nuestra primera hipótesis queda confirmada parcialmente.

En segundo lugar, en cuanto a la EE en familiares y las variables sociodemográficas de los pacientes (sexo, estado civil, relación familiar, estudios y convivencia con el paciente), también podemos concluir que nuestra primera hipótesis queda confirmada parcialmente, dado que los resultados obtenidos no muestran diferencias significativas, aunque aquí también encontramos en los análisis *post hoc* diferencias significativas en la variable nivel de estudios de los pacientes. Los familiares puntúan más elevado en el factor "*Intrusión*" cuando los pacientes tienen estudios de secundaria en comparación a cuando tienen estudios universitarios. Quizá estas

diferencias se deban a la edad, ya que son los paciente más mayores los que tienen estudios universitarios. En este sentido, Bailey, Brin y Grenyer (2015) ya encontraron niveles más altos en los factores de comentarios críticos y sobreimplicación emocional en los familiares de pacientes más jóvenes.

Por último, no encontramos en nuestro estudio diferencias significativas en EE percibida por el paciente en relación a sus propias variables sociodemográficas. En este caso, no encontramos estudios que analicen la EE percibida por parte del paciente en relación a sus variables sociodemográficas, por lo que este trabajo sería el primero que aportara datos en este ámbito. De hecho, existen escasos estudios que se focalicen en la EE percibida por el paciente. Por un lado, Miklowitz (2004) en su análisis de la EE dentro de un planteamiento sistémico, planteaba que las influencias paciente-familiares son bidireccionales, es decir, no solo influye la EE y el estrés emocional sobre el paciente y el curso de su trastorno, sino que también influyen las características del paciente y su trastorno sobre la familia. Por otro lado, Burbach (2013) plantea que EE y trastorno cambian al mismo tiempo, y por tanto las actitudes relacionadas con la EE se asocian con ciclos de interacción mutuamente influyentes entre los familiares y los pacientes. En la línea de lo que apuntan estos estudios, nació nuestro interés por conocer la percepción que tienen los pacientes de la EE en sus familiares, si bien, al mismo tiempo sorprende lo poco que se sabe de ello, a pesar de ser ellos "*las dianas*" de esas actitudes (Renshaw, 2008).

H2. La EE en familiares de pacientes diagnosticados de TPL estará relacionado positivamente con variables clínicas de gravedad del paciente.

En cuanto al curso, gravedad y evolución de la enfermedad del paciente, nuestros resultados confirman parcialmente la hipótesis planteada, dado que no se encontraron

diferencias significativas para la variable EE, teniendo en cuenta el diagnóstico, tiempo en tratamiento de los pacientes, ideas de muerte, conductas auto y heteroagresivas, problemáticas en áreas vitales, problemas legales y problemas de salud (en paciente y familiar).

Sin embargo, sí aparecen diferencias significativas en el factor “*Hostilidad*” para la variable consumo de alcohol de los pacientes, concretamente se observaron puntuaciones más altas cuando el consumo es esporádico que en los casos de abuso de alcohol. En la literatura, los estudios de O’Farrell, Hooley, Fals-Stewart y Cutter (1998) y Fichter, et al. (1997) con pacientes alcohólicos, han analizado la influencia de la EE en el curso de esta patología, y encontraron que los comentarios críticos realizados por familiares hacia los pacientes tienen un impacto significativo en la abstinencia y contribuyen a predecir el curso del alcoholismo. Concretamente, encontraron que un nivel bajo de comentarios críticos y alto en calor se asociaba a un bajo riesgo de recaída. Así mismo, un nivel alto de sobreimplicación se asoció con más abstinencia. Quizá una posible explicación a los resultados obtenidos en el presente estudio tenga relación con una posible atribución de control del familiar hacia el consumo del paciente. Es decir, si el familiar percibe que el consumo esporádico es “más controlable” por el paciente, puede generar en él mayores expectativas de cambio, y por ello puede que responda con mayores niveles de “*Hostilidad*”, responsabilizando al paciente del mismo.

Por otro lado, no aparecen diferencias significativas en EE para las variables de consumo de tóxicos y asistencia a recursos específicos. Algunos estudios realizados con pacientes de patología dual muestran resultados diferentes. Tanto el trabajo de Poumandm, Kavanagh y Vaughan (2005) como el de Watts (2007) encuentran que la EE era el predictor más fuerte de recaída en el consumo de sustancias en pacientes

con psicosis, concretamente en las familias que mostraban mayores niveles de EE. No se encontraron diferencias significativas para la EE de los familiares cuando se tuvo en cuenta el tratamiento recibido por el paciente, pero sí respecto al tratamiento que ellos han recibido, mostrando puntuaciones más altas en el grupo que recibe un tratamiento a nivel individual y grupal, frente a los que reciben tratamiento únicamente a nivel individual. Estos resultados irían en la línea del su estudio de Hoffman, et al. (2003), quienes observaron que los familiares que presentaban más información acerca de la problemática TPL, mostraban mayor hostilidad hacia el paciente, manifestando más carga y sintomatología depresiva. En este sentido, respecto a las características de nuestro estudio y de nuestra muestra, se nos plantea la posible relación entre las altas puntuaciones en EE obtenidas en aquellos familiares que han recibido un grupo psicoeducativo y las siguientes variables:

- Nivel de gravedad de la psicopatología TPL: Puede ser que recibir tratamiento individual y grupal por parte de los familiares coincida con una mayor gravedad clínica del paciente.
- Nivel de sobreimplicación familiar. Se observa que los familiares que participan en los programas grupales son los que están “*sobreimplicados*” en la problemática TPL, situando en el “foco principal” de sus vidas la enfermedad del paciente, y descuidando otras áreas vitales como pareja, apoyo social o incluso laboral.
- Locus de control. En los programas grupales psicoeducativos, por un lado, se promueve la conciencia del problema, y por otro lado, el papel relevante del tratamiento psicoterapéutico para ir alcanzando una mejoría clínica (mayor autonomía y funcionalidad) y por tanto, la familia tiene un rol clave en el desarrollo positivo del proceso. Este último punto, podría ser clave, ya que invita a una mayor atribución de control hacia la enfermedad del paciente desde el entorno

familiar, lo que podría asociarse a puntuaciones mayores en EE. Quizá sería interesante, por tanto, considerar que los objetivos a alcanzar con los programas psicoeducativos en psicóticos, son distintos a los realizados con pacientes TPL.

- Psicopatología en familiares. Desde el ámbito clínico, se observa la presencia de psicopatología previa al TPL y secundaria al cuidado de un paciente de estas características. En este sentido, hemos encontrado estudios que en la actualidad así lo evidencian. Si bien no era foco de este estudio dichas variables, dada la relevancia de este punto, se consideró la inclusión de estas medidas en futuros estudios.
- Una mayor psicopatología en el paciente, puede que también se relacione con un mayor nivel de sobrecarga emocional y niveles más altos en EE en cuidadores. No obstante, dado que muchos de estos datos corresponden a la Hipótesis 5, los analizaremos y discutiremos más adelante con detalle.

Por último, se observan correlaciones significativas y positivas entre EE en familiares y las siguientes variables clínicas:

- "*Actitud hacia la enfermedad*" y asistencia a puertas de urgencias, tiempo en tratamiento del paciente e intentos parasuicidas.
- "*Hostilidad*" e ingresos hospitalarios.

Es decir, a mayor número de intervenciones en crisis (por presencia de conductas parasuicidas, asistencias a puertas de urgencias e ingresos hospitalarios), los familiares presentan una actitud más negativa hacia la enfermedad, y a mayor número de ingresos hospitalarios, los familiares expresan mayor hostilidad. Estos resultados podrían explicarse por el mayor estrés y malestar emocional que deben experimentar estos familiares ante las intervenciones en crisis repetidas o más años de evolución de la

enfermedad, lo que desencadenaría una peor actitud hacia el TPL y una actitud más crítica y negativa hacia el paciente. Nos parece relevante resaltar en este punto, para entender mejor el estrés y sobrecarga lo que puede suponer una crisis en un paciente TPL (para el paciente, familiar y profesionales que intervienen). Por un lado, el riesgo que presenta el paciente dada su impulsividad y en ocasiones el familiar o personas que acompañan, la dificultad para entender la dinámica subyacente a esta crisis (para las personas que intervienen) y por lo tanto, por la complejidad en el manejo de la misma. Por otro lado, todo lo que conlleva en su entorno: respuesta del familiar, movilización de recursos de emergencia sanitaria (acompañados frecuentemente por recursos de seguridad ciudadana, y en ocasiones, poco familiarizados con estos pacientes), desplazamiento a puertas de urgencias hospitalaria (por la valoración que requieren), abordaje e intervención por profesionales sanitarios en el hospital (si obviar la dificultad de manejo de estos pacientes y sus familiares en un servicio de urgencias), decisión de ingreso o no ingreso, y en este último, riesgo de “*al llegar al domicilio*” volver a presentar una nueva crisis y “*vuelta a empezar*” etc. Los familiares manifiestan que esto les supone una “*carga añadida*” a lo que ya es en sí el cuidado de un paciente de esta gravedad.

Por otro lado, tal y como hemos visto, en el modelo Biosocial (Linehan, 1993) haber tenido una familia invalidante o alta en emoción expresada estaría relacionado con el desarrollo de TPL. Gunderson (1984) también hace mención a esta analogía, sugiriendo que los pacientes con TPL crecen en ambientes que describe como hostiles y sobreimplicados, y “*recuerdan al concepto de emoción expresada*”(Left & Vaughn, 1985). Es decir, tal vez las familias altas en EE podrían estar gestionando peor las crisis y por tanto aumentar la probabilidad de crisis graves.

En la línea de los resultados encontrados, destacar los resultados obtenidos por Bailey, Brin y Grenyer, (2015) en los que observaron que puntuaciones altas en

comentarios críticos se asociaban tiempo a cargo del paciente con TPL. Estudios realizados sobre la EE en TCAs encontraron que puntuaciones altas en EE, además de contribuir a que la enfermedad persista promueven un mal pronóstico (Eisler et al., 2000; Kyriacou et al., 2008)., ya que contribuían a acentuar la sintomatología del trastorno a medida que aumentaba el tiempo compartido entre la persona enferma y su cuidador (Treasure et al., 2007).

Por tanto, los resultados obtenidos al analizar la posible relación entre EE en familiares y el curso y evolución de los pacientes, confirmarían parcialmente la hipótesis planteada, observándose una relación significativa entre factores de la EE en familiares y algunas de las variables clínicas medidas: consumo de alcohol, asistencia a puertas de urgencias, conductas parasuicidas en último año y totales, ingresos hospitalarios y años en tratamiento. Al mismo tiempo, en la línea de los estudios anteriormente citados, también se ha encontrado relación significativa entre EE en familiares y tipo de tratamiento que ellos reciben, presentando mayores puntuaciones la condición tratamiento individual y grupal.

H3. La EE percibida por pacientes diagnosticados de TPL respecto a sus familias estará relacionado positivamente con variables clínicas de gravedad del paciente.

Los resultados de este estudio indican que se observan diferencias en EE percibida por el paciente y la presencia de problemáticas en áreas de vida (social, ocupacional, familiar, etc.). Como esperábamos, los pacientes que presentan un nivel leve y moderado de afectación en otras áreas tienen una mayor puntuación en el factor "*Actitud de enfermedad*" y en el factor "*Hostilidad*", frente a los que no tienen problemáticas en sus áreas de vida. Estos resultados podrían interpretarse por el mayor nivel de sobrecarga y malestar emocional en los familiares de pacientes TPL, cuya

disfuncionalidad desencadena problemáticas en distintas áreas (a nivel interpersonal, académico o laboral, familiar, etc.), ante la gran mayoría de las cuales tendrán que responder por demanda o necesidad del paciente.

Por otro lado, la EE percibida por los pacientes correlaciona positivamente con intentos de suicidio y número de ingresos hospitalarios. Estos datos serían compatibles con los encontrados en la Hipótesis 2, concretamente con los resultados que muestran una correlación significativa y positiva entre la variable el número de ingresos y la hostilidad en familiares. Se observa una tendencia a que las pacientes de familiares más críticos y hostiles presentan mayor número de ingresos, al mismo tiempo que, lo podemos relacionar con un mayor nivel de desgaste emocional en los familiares, por el hecho de tener que atender estas situaciones de estrés de manera continuada.

Por último, en la relación entre la EE percibida por los pacientes y el diagnóstico que presenta el paciente, encontramos diferencias significativas únicamente en el factor Tolerancia y el diagnóstico de TPL comórbido con otro TP. No hemos encontrado bibliografía de apoyo que evidencie esta relación. Si bien, una interpretación posible es que quizá nos encontremos ante una mayor gravedad clínica en el paciente, con mayor resistencia al cambio o nula conciencia de problema. Y a mayor gravedad psicopatológica, el familiar experimentará mayor sobrecarga emocional como cuidador, dificultando una mayor respuesta de afrontamiento y tolerancia hacia la problemática del paciente.

H4. La EE en familiares de pacientes diagnosticados de TPL correlacionará positivamente con la EE percibida por los pacientes respecto a sus familiares.

Los resultados indican que existen correlaciones entre la EE de los familiares y la percibida por los pacientes. Por un lado, existe una correlación positiva entre la "*Actitud*

hacia la enfermedad” en los familiares y el factor la *“Actitud hacia la enfermedad”* percibida por el paciente. Estos resultados son muy relevantes dado que evidencian que la perspectiva del paciente y del familiar pueden coincidir en la percepción de los factores de EE.

También se observa una correlación negativa entre el factor *“Actitud de enfermedad”* de los familiares y el factor *“Intrusión”* y *“Hostilidad”* percibida por los pacientes. En este sentido, de los resultados se deriva como los pacientes perciben que los familiares que muestran peor *“Actitud hacia la enfermedad”* son significativamente menos intrusivos, lo que podría indicar que el hecho de que sus familiares se *“entrometan”* en sus vidas no se percibe como una respuesta invalidante, sino que quizá sea interpretada o percibida como implicación, preocupación o interés de los familiares hacia ellos y la problemática que presentan. Estos resultados, irían en la línea a los descritos por Hooley y Hoffman (1999) en su estudio de la validez predictiva del constructo de EE en el resultado clínico de pacientes con TPL, en el que evidenciaron una relación significativa entre un mayor nivel de sobreimplicación por parte de los familiares y mejores resultados clínicos en los pacientes, lo que sugiere que el factor de sobreimplicación emocional podría actuar como una experiencia validante, no considerándolo por lo tanto como un comportamiento intrusivo y negativo.

Por último, se observa una correlación positiva entre el factor *“Tolerancia”* percibida por familiares y el factor *“Actitud hacia la enfermedad”* percibida por el paciente, así como, una correlación negativa entre el factor *“Tolerancia”* percibida por familiares y el factor *“Intrusión”* percibida por el paciente. De estos resultados se puede desprender que a mayor intolerancia o dificultad para afrontar las dificultades derivadas por parte de los familiares, los pacientes perciben una respuesta más negativa y un menor nivel de intrusión, lo que iría en la línea de lo anteriormente comentado: los familiares perciben

como hostil e invalidante una actitud negativa del paciente hacia ellos, mientras que, los pacientes perciben como positivo cierto nivel de intrusión manifiesto por los familiares en sus vidas.

Los pocos estudios que han valorado esta visión diádica de la EE, considerando la perspectiva de familiares y pacientes a la vez, contradicen nuestros resultados, ya que han observado que ambas no correlacionan, datos que indicarían al mismo tiempo la necesidad de seguir considerando ambas perspectivas en futuros estudios (Bachmann, Bottmer, Jacob & Schröder, 2006; Cutting et al., 2006; Di Paola, Faravelli & Ricca, 2010; Kazarian, Maya, Cole & Baker, 1990; Medina- Pradas et al., 2013; Moulds et al., 2000; Perkins et al., 2005; Tompson et al., 1995; Scazufca, Kuipers & Menezes, 2001; Weisman, Rosales, Kymalainen & Armesto, 2006),

H5. La EE en familiares de pacientes diagnosticados de TPL correlacionará positivamente con una mayor repercusión familiar y sobrecarga del cuidador.

Relación entre la EE en familiares y experiencia del cuidador (ECI).

En los resultados obtenidos se observa correlaciones significativas y positivas entre el factor “*Actitud hacia la enfermedad*” y los “*comportamientos difíciles*”, “*síntomas negativos*” y “*efectos de la familia*”. Es decir, que una peor comprensión sobre la enfermedad podría estar relacionado con cierta sobrecarga percibida por el cuidado. En esta misma línea, también se observa una correlación significativa y positiva entre el factor “*Hostilidad*” y “*Comportamientos difíciles*”. En concordancia con nuestros resultados, Pérez-Pareja et al (2014) encontraron que el malestar psicológico de los cuidadores correlacionaba positivamente con las puntuaciones obtenidas en los factores “*Hostilidad*” y “*Tolerancia*” de la Escala del Nivel de Emociones expresadas (LEE-S). Por lo tanto, los resultados obtenidos confirmarían parcialmente la hipótesis planteada, confirmando cierta relación entre la EE en familiares y la sobrecarga del cuidador medida

desde la experiencia del cuidador (ECI).

Relación entre la EE en familiares y repercusión familiar (IEQ).

En este caso, no se observan correlaciones significativas entre ambas variables aunque se observa una tendencia a la significación entre el factor “*Actitud hacia la enfermedad*” y los factores “*tensión*” y “*supervisión*”. Por un lado, estos datos indicarían que puntuaciones altas en “*Actitud hacia la enfermedad*” en familiares tienden a relacionarse peor con el paciente, lo que sería compatible con un nivel de tensión en el entorno familiar y más concretamente, en la relación paciente y familiar, así como, un respuesta más intrusiva y de supervisión del familiar hacia el paciente. Las puntuaciones altas en “*Actitud hacia la enfermedad*” y “*supervisión*” indicarían familiares más críticos con el paciente, atribuyendo mayor control a éste, y posiblemente con una menor conciencia de problema.

H6. Las puntuaciones altas en EE (en familiares y la percibida por los pacientes diagnosticados de TPL) correlacionarán con un menor apoyo social y un peor ajuste diádico entre el/la paciente y sus familiares y entre los propios familiares entre sí.

Los resultados del estudio confirman que mayores puntuaciones en EE correlacionan con un peor apoyo social y peor ajuste diádico entre los familiares y entre el paciente y familiar.

Por un lado, se observa una correlación negativa entre el factor “*Actitud hacia la enfermedad*” y “*cohesión familiar*”, lo que podría indicar que existe una estrecha relación entre las dinámicas familiares y la respuesta a la enfermedad de la paciente. Así mismo,

encontramos una correlación positiva entre el factor “*Tolerancia*” y “*satisfacción familiar*”, lo que indicaría que el familiar que percibe una relación más satisfactoria con el paciente tiende a mostrarse más intolerante hacia las dificultades del paciente, lo que podría relacionarse con las expectativas de cambio depositadas en el paciente, dada la relación satisfactoria y positiva que mantiene con él/ella a pesar de la problemática existente.

Al mismo tiempo, destacar que según los resultados obtenidos y en la línea de lo que apuntan otros estudios, estos familiares presentan una relación de pareja con bajo consenso y cohesión, así como, escaso o nulo apoyo social percibido, por lo que la relación con el paciente podría adquirir un protagonismo central en la vida del familiar. Consecuentemente, al no contar con otros puntos de apoyo que le ayuden a reducir el impacto de la enfermedad, el familiar podría responder con niveles más altos de intolerancia hacia el TPL, a pesar de percibir la existencia de una buena relación con el paciente.

Por otro lado, una correlación negativa con el factor “*consenso pareja*” y “*cohesión pareja*”, indicando que una actitud negativa hacia la enfermedad del paciente también afectaría al grado de cohesión y consenso entre la pareja de cuidadores, lo que confirmaría un impacto negativo del problema del paciente en ámbitos importantes de la vida del familiar. Encontramos en la literatura diversos estudios que confirmarían los resultados que hemos observado en nuestro estudio. Por un lado, Brown et al. (1966) destaca la carga que representa para la familia el cuidado de un miembro con una enfermedad psiquiátrica, lo cual conlleva un aumento de la ansiedad, depresión y dificultades de pareja, lo que llevaría a un aumento de la tasa de divorcios.

Paralelamente, autores como Haley (1980) han hecho hincapié en la mala relación de pareja de los padres de esquizofrénicos y la influencia negativa que tiene en el desarrollo de la enfermedad. Siguiendo esta línea, podríamos hacer una doble lectura

de los resultados que hemos obtenidos en este estudio, es decir, por un lado estaría el planteamiento que hicimos anteriormente, donde los problemas de pareja podrían ser una de las consecuencias derivadas del cuidado de un paciente TPL. Si bien, por otro lado, podríamos plantear que una baja cohesión y consenso en la pareja previa, podría promover mayores puntuaciones en EE en estos familiares, y por lo tanto, este problema de pareja podría estar interfiriendo en el curso evolutivo del paciente. Desde un planteamiento bidireccional, Espina et al. (2000) en su estudio con 40 familias con un hijo esquizofrénico también encuentra una mala calidad de ajuste diádico en las parejas evaluadas y madres con baja cantidad de ajuste, lo que interpretan como que la carga que supone el cuidado de un paciente esquizofrénico daña la relación de pareja, lo cual puede a su vez perjudicar al hijo en una relación circular desde el punto de vista sistémico, aunque no tenga valor etiológico.

Del mismo modo, se observan correlaciones negativas y significativas entre el factor "*Tolerancia*" y la variable "*apoyo social*", indicando que los familiares más intolerantes con la enfermedad del paciente son aquellos que perciben peor apoyo social. Estos resultados podrían ir en la línea de lo que se ha observado en otros estudios, que el apoyo social es una variable con efectos amortiguadores del estrés y la sobrecarga, disminuyendo el impacto a las diversas condiciones de riesgo a enfermedades como la ansiedad, depresión y trastornos psicósomáticos.

También encontramos estudios que analizan el papel que puede tener el apoyo social en pacientes con trastornos mentales, observándose que cuanto mayor sea el apoyo social que una persona recibe (y percibe) y la satisfacción con el mismo a través de las relaciones con los miembros de la familia, amigos, parejas, compañeros de pareja, etc, menor será el impacto de la enfermedad mental (Ovejero, 1990). Finalmente, nuestros resultados también van en la línea de Goodman et al. (2010), quienes

encontraron que las familias con personas diagnosticadas de TPL tenían problemas en salud emocional, salud física, relaciones maritales y relaciones sociales.

Por lo tanto, estos resultados confirmarían nuestra hipótesis parcialmente, dado que queda demostrada la relación entre puntuaciones altas EE en familiares y un peor ajuste diádico en la pareja y menor apoyo social. Si bien, no se demuestra que puntuaciones altas en EE en familiares correlacione negativamente con un buen ajuste diádico en la relación familiar-paciente.

Por último, respecto a la EE y el ajuste diádico en la relación paciente-familiar percibidos por el paciente, encontramos correlaciones negativas y poderosamente significativas en los factores de la EE “*Actitud de enfermedad*”, “*Hostilidad*” y “*Tolerancia*” y los factores de ajuste diádico: “*consenso*” y “*cohesión*” en la relación paciente-familiar, lo que indica que desde el punto de vista del paciente, las puntuaciones altas en EE interfieren negativamente en la relación paciente-familiar.

Limitaciones

Existen una serie de limitaciones que se deben tener en cuenta a la hora de interpretar estos resultados:

En primer lugar, respecto a la muestra, existe un predominio de mujeres (88,4%), de las cuales, el 63,1% son madres. Además, la evaluación fue llevada a cabo por los propios terapeutas de las pacientes, lo que podría llevar a cierta deseabilidad social a la hora de responder las escalas. Por otro lado, toda la muestra proviene de un mismo centro (con tres sedes) y recoge a un perfil de pacientes determinado. Por último, hemos observado posteriormente, que un criterio importante de inclusión en el estudio hubiese sido la “implicación familiar en el tratamiento”, dado que en el reclutamiento de la muestra muchos de los pacientes se quedaron fuera del estudio (N= 209 pacientes excluidos) por la ausencia de la familia (bien porque no tenían familiares o bien porque éstos no eran un apoyo real).

En segundo lugar, respecto a las medidas de evaluación utilizadas, el instrumento LEE tan solo es uno de los potenciales instrumentos a utilizar, tal y como se ha visto en la introducción. Tal vez hubiera sido interesante combinar otros instrumentos , y de esta manera completar la información obtenida en familiares. Relacionado con este aspecto, la versión del LEE utilizada en los pacientes fue adaptada de la versión original, pero no ha sido sometida a ningún estudio psicométrico para evaluar su consistencia.

En tercer lugar, respecto al análisis estadístico realizado hubiera sido interesante no limitarnos a un estudio transversal, si no haber tenido ocasión de medir longitudinalmente la misma muestra y comparar los resultados obtenidos.

En cuarto y último lugar, hubiera sido interesante mostrar más información acerca de las posibles repercusiones psicopatológicas que el convivir con un paciente TPL

conlleva sobre sus familiares cuidadores. Así como, la presencia de antecedentes psiquiátricos familiares y posible psicopatología presente en el familiar previa al inicio del problema del paciente (p.ej. TP, TCA, Trastorno Bipolar, Trastornos depresivos o distímicos, etc.). En este sentido, señalar que actualmente se están recogiendo datos sobre dichas medidas y en el futuro se espera poder realizar nuevos estudios más amplios.

Utilidad clínica de los resultados obtenidos y planteamientos futuros.

Los resultados obtenidos en el presente estudio sugieren que las variables sociodemográficas tanto de los pacientes como de los familiares presentan poca o nula relación con la EE del entorno familiar, no pudiendo realizar un perfil familiar asociado a una mayor EE.

Si bien, por otro lado, los resultados mostraron asociaciones significativas entre la EE familiar y algunas variables clínicas del curso, gravedad y evolución del paciente TPL, confirmando la idea de que aquellos pacientes con mayor número de episodios de crisis (p.ej. conductas parasuicidas, asistencia a puertas de urgencia, ingresos hospitalarios, etc.) y mayor problemática en sus áreas de vida, suelen tener familiares con una actitud más negativa hacia la enfermedad y una tendencia mayor a mostrarse más hostiles. Estos resultados confirmarían la gran importancia de seguir interviniendo con los familiares de los pacientes con trastornos mentales como el TPL. En este caso concreto, se nos plantean una serie de consideraciones a tener en cuenta desde el ámbito clínico. Por un lado, teniendo en cuenta lo que muestran estos resultados, se podrían ajustar mejor los contenidos de los programas destinados a los familiares de los pacientes TPL, haciendo mayor énfasis en algunas cuestiones que consideramos relevantes:

1. Realizar intervenciones más allá del abordaje psicoeducativo del TPL, concretamente destinadas a ofrecer recursos y/o habilidades de gestión emocional al propio familiar. Teniendo en cuenta las repercusiones psicopatológicas que se derivan del hecho de convivir y cuidar a un paciente con TPL. En este sentido mencionar, que siguiendo esta línea, el Centro Clínico PREVI ha diseñado un protocolo de intervención grupal dirigido a

familiares con el objetivo de dotarles de recursos y/o habilidades de regulación emocional y conductual principalmente, con el fin de aumentar su eficacia en la compleja tarea que les ocupa como cuidadores del paciente TPL, así como, con el de reducir las consecuencias derivadas de dicho cuidado.

2. Realizar intervenciones con los familiares de pacientes TPL, en las que se enfatice la importancia del constructo de la EE, no sólo encaminadas a generar conciencia de los niveles presentes de EE presentes, sino con otros fines tales como: disminuir los altos niveles de EE familiar detectados, promover una mayor consideración de los bajos niveles de EE familiar y enfatizar los aspectos positivos de la EE, principalmente la calidez y los comentarios positivos, como factores de protección, desde de la orientación de la psicología positiva. Quizá este abordaje psicoterapéutico centrado no sólo en incrementar las actitudes positivas de los familiares hacia los pacientes TPL sino en reforzar las fortalezas del paciente y del familiar, promoviendo la construcción de fortalezas dentro del sistema familiar.
3. Promover mayores intervenciones individuales y grupales con *“los pacientes ocultos”* centradas su estado emocional: tanto con familiares que presenten psicopatología previa al inicio del problema TPL o bien psicopatología secundaria al cuidado de un paciente de estas características, de manera paralela a la intervención psicoterapéutica que se realiza con el paciente TPL.

Así mismo, tal como se ha podido evidenciar en los resultados obtenidos la EE de los familiares y la EE percibida presentan cierta correlación, coincidiendo ambas perspectivas (familiar y paciente). Por tanto, en este sentido, teniendo en cuenta los escasos estudios que se han realizado incluyendo la perspectiva del paciente, sería

interesante promover futuras investigaciones que tengan en cuenta la naturaleza bidireccional y diádica de la EE.

Por último, los resultados de este estudio muestran que en los familiares que presentan mayor nivel de EE se asociaba a un mayor nivel de sobrecarga, un peor apoyo social y un peor ajuste diádico tanto en la relación de pareja y/o matrimonial de los familiares como en la relación entre el familiar y el paciente. En este sentido, desde el ámbito clínico, se podrían diseñar e implementar programas dirigidos a mejorar tanto el ajuste diádico así como promover la creación de una red social de apoyo real tanto en familiares como en pacientes, los cuales podrían ser también útiles para reducir los niveles de EE familiar y sobrecarga detectados.

Queda demostrado a lo largo de la literatura y del presente estudio, la relevancia del constructo de EE en el entorno familiar, si bien, tal como se señalaba anteriormente, sería interesante promover futuras líneas de investigación que sigan analizando la relación entre la EE familiar y variables tales como las analizadas en el presente estudio, así como, la psicopatología previa o secundaria al inicio del TPL y su interferencia en el curso evolutivo del paciente. Todo ello, con el fin de continuar avanzando en la elaboración de programas de intervención con pacientes y familiares más específicos. Del mismo modo que, sería interesante la realización de estudios longitudinales con grupos de familiares y pacientes más amplios y heterogéneos que permitan confirmar con mayor fiabilidad la relación entre EE familiar y variables relevantes, como las analizadas, a través del curso evolutivo del paciente.

Asimismo, sería deseable la realización de futuras investigaciones que analicen y enfatizen el papel de los factores positivos de dicho constructo, concretamente los factores de calidez y comentarios positivos. Estudios recientes están relacionando estos factores con menor severidad de los síntomas y mejor funcionamiento, mejorando el

pronóstico de la enfermedad al funcionar como factores protectores de recaídas (Lee, Barrowclough & Lobban, 2014; López et al.,2004), e incluso, protegen de la aparición de la enfermedad mental (González-Pinto et al.,2011). En el presente estudio se ha podido comprobar que el entorno familiar puede presentar un papel predictor de peor pronóstico en pacientes TPL, si bien, fomentar el papel protector que puede tener la familiar sobre el curso evolutivo del paciente TPL podría ser foco tanto de futuras investigaciones como de futuras intervenciones con familiares de pacientes con trastornos mentales graves, como el TPL, con el objetivo de ofrecer una atención clínica de calidad basada en la máxima evidencia.

V. CONCLUSIONES

V. CONCLUSIONES.

Finalmente, a modo de resumen, destacar los datos más relevantes obtenidos a lo largo de este estudio. Dado que nuestro objetivo general en la presente tesis doctoral era analizar el entorno familiar del paciente TPL, con el fin de conocer y entender los factores que podrían estar interfiriendo en el curso y evolución de su enfermedad, así como de manera bidireccional, conocer y entender las variables del propio paciente y del curso evolutivo de su TPL que podrían estar interfiriendo al mismo tiempo en el ambiente familiar, de los resultados obtenidos llegamos a las siguientes conclusiones:

1. El perfil sociodemográfico de los familiares con mayores niveles de EE se caracteriza por:
 - ✓ Los familiares que están solteros muestran una mayor tendencia a ser más hostiles.
 - ✓ Los familiares más intrusivos con los pacientes son los hermanos.
 - ✓ Los familiares con estudios universitarios muestran una tendencia

significativa a ser más hostiles y menos tolerantes hacia la problemática del paciente.

2. No se detectó un perfil sociodemográfico en los pacientes que pueda asociarse a niveles diferentes de EE, si bien, se observó que en pacientes que realizaban estudios secundarios los familiares tendían a ser más intrusivos, respecto a los universitarios.
3. No se identificaron variables sociodemográficas del paciente que pudieran asociarse a niveles diferentes de la EE percibida por el paciente. Tampoco se encuentran datos en la literatura que evidencien esta relación.
4. Observamos familiares con una peor actitud hacia la enfermedad cuando los pacientes llevan más tiempo en tratamiento, presentan conductas parasuicidas y una mayor asistencia a puertas de urgencias, así como, más hostiles cuando el paciente presenta un consumo de alcohol esporádico y un mayor número de ingresos hospitalarios.
5. Observamos una mayor puntuación en EE los familiares que recibieron tratamiento individual y grupal y que contaban con más información sobre TPL.
6. Los pacientes perciben que sus familiares muestran una peor actitud hacia la enfermedad y se muestran más hostiles cuando se dan mayor número de ingresos hospitalarios, intentos de suicidio y problemáticas leves y moderadas en áreas de vida.
7. Los pacientes perciben que los familiares que responden con peor actitud hacia su enfermedad son más intolerantes, si bien, también son los menos intrusivos, lo que podría indicar que perciben la intrusión como implicación y/o preocupación y/o interés y por lo tanto como una respuesta validante de atención hacia su conducta.
8. Al realizar una visión diádica de la EE en familiares y pacientes, observamos que

ambos coinciden en el componente "Actitud hacia la enfermedad" de la EE. No encontramos estudios que evidencien estos resultados, si bien, estudios que los contradicen.

9. Observamos que puntuaciones altas en EE en familiares correlaciona positivamente con sobrecarga del cuidador.
10. Observamos que puntuaciones altas en EE en familiares correlacionan negativamente con un buen apoyo social, y ajuste diádico y familiar .

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Adler-Baeder, F. Higginbotham, B. y Lamke, L. (2004). Putting empirical knowledge to work: Linking research and programming on marital quality. *Family Relations*, 53(5), 537-546.

Akiskal, H.S. (1983). Dysthymic disorder: psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. *American Journal of Psychiatry* 140, 11-20.

Almond, S., Kanapp, M., Francois, C., Toumi, M, y Brugha, T. (2004). Relapse in schizophrenia: costs. Clinical outcomes and quality of life. *British Journal of Psychiatry*, 184, 346-351

American Psychiatric Association (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4a edición*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4a edición, texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.

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

Amaresha, A.C. & Venkatasubramanian, G. (2012). Expressed emotion in Schizophrenia: An Overview. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34, 1, 12-20.

Anastasiadou, D., Medina-Pradas, C., Sepulveda, A.R. y Treasure, J. (2014). A

systematic review of family caregiving in eating disorders. *Eating Behaviours*, 15(3): 464-477.

Asarnow, J.R., y Bates, S. (1988). Depression in child psychiatric inpatients: Cognitive and attributional patterns. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 601–615.

Asarnow, J. R., y Ben-Meir, S. (1988). Children with schizophrenia spectrum and depressive disorders: A comparative study of onset patterns, premorbid adjustment, and severity of dysfunction. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, 477–488.

Asarnow, J.R., Goldstein, M.J., Tompson, M., y Guthrie, D. (1993). One-year outcomes of depressive disorders in child psychiatric inpatients: Evaluation of the prognostic power of a brief measure of expressed emotion. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34.

Bailey, R. C. y Grenyer, B. F. S. (2014). Supporting a person with personality disorder. A study of carer burden and well-being. *Journal of Personality Disorders*, 28, 796-809.

Bailey, R. C., y Grenyer, B. F. S. (2015). The relationship between expressed emotion and wellbeing for families and carers of a relative with Borderline Personality Disorder. *Personality and mental health*, 9, 21-32.

Barrón, A. (1996). *Apoyo Social: Aspectos Teóricos y Aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.

Barrowclough, C. y Hooley, J. M. (2003). Attributions and expressed emotion: A review. *Clinical Psychology Review*, 23, 849-880.

Barrowclough, P., Tarrier, N. y Johnston, M. (1996). Distress, expressed emotion, and attributions in relatives of schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 691-702.

Belloch, A. y Fernandez-Alvarez, H. (2010). *Tratado de Trastornos de la Personalidad*. Madrid: Editorial Síntesis.

Belloch, A. (2010). Los trastornos de la personalidad antisocial, límite, histriónico y narcisista. En A. Belloch & H. Fernández-Álvarez (Ed), *Tratado de Trastornos de la personalidad* (pp. 87-89). Madrid: Síntesis.

Benjamin, L.S. (1993). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*.

Nueva York: Guildford Press.

- Benjamin, L.S. (1996). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Berbel-Serrano, E., Sepúlveda, A. R., Graell-Bernal, M., Carrobes, J.A. y Morandé, G. (2010). Valoración del estado de salud y psicopatología de los familiares en el trastorno del comportamiento alimentario: diferencias entre cuidadores principales y secundarios. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, 179-192.
- Biagini, M., Torruco, M. y Carrasco, B. (2005). Apego al tratamiento psicoterapéutico grupal en pacientes con TLP estudio piloto en pacientes de 18 a 24 años. *Salud Mental*, 28, 52-60.
- Biegel, D. E., Milligan, S.E., Putnam, P. L. y Song, L. Y. (1994). Predictors of burden among lower socioeconomic status caregivers of persons with chronic mental illness. *Community Mental Health Journal*, 30, 473-494.
- Blashfield, R. K. y Intoccia, V. (2000). Growth of the Literature on the Topic of Personality Disorders. *American Journal of Psychiatric*, 157 472-473.
- Bodenmann, G., Pihet, S., y Kayser, K. (2006). The relationship between dyadic coping and marital quality: a 2-year longitudinal study. *Journal of Family Psychology*, 20(3), 485.
- Brewin, C. R., Mc Carthy, B., Duda, K. y Vaughn, C. E. (1991). Attribution and expressed emotion in the relatives of patients with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 546-554.
- Brown, M., Monck, E., Carstairs, G. y Wing, J. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 16, 55-67.
- Brown, G.W., y Rutter, M. (1966). The measurement of family activities and relationships: a methodological study. *Human Relation*, 19, 241-263.
- Brown, G. W., Birley, J. L., y Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- Brown G. W. (1985). The discovery of Expressed Emotion: Induction or Deduction? In JPLEff, CE. Vaughn (Eds.), *Expressed Emotion in families: Its significance for*

mental illness. New York: The Guilford Press (pp. 725).

Bullock, B. M., Bank, L. & Burraston, B. (2002). Adult sibling expressed emotion and fellow sibling deviance: A new piece of the family process puzzle. *Journal of Family Psychology*, 16, 3, 307-317.

Butzlaff, R.L. y Hooley, J. M., (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse. A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55, 547-552.

Caballo, V.E. (1998). Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*, vol. 2. Madrid: Siglo XXI.

Caballo, V. E. y Camacho, S. (2000). El trastorno límite de la personalidad: controversias actuales. *Revista de Psicología desde el Caribe*, 5, 30-55.

Caballo, V. E. (2001). Una introducción a los trastornos de personalidad del S.XXI. *Psicología Conductual* 9, 455-469.

Caballo, V. E., Gracia, A., López-Gallones, C. y Bautista, R. (2009). El trastorno límite de la personalidad. En V. Caballo (Ed.), *Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento* (pp. 137-160), 2a edición. Madrid: Síntesis.

Caballo, V. E., Salazar, I.C. y Iruña, M.J. (2011). Trastornos de la personalidad. En V.E. Caballo, I.C., Salazar & J.A. Carrobbles (eds), *Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos* (pp. 397-442). Madrid: Pirámide.

Cáceres Carrasco, J., Herrero-Fernández, D., y Iraurgi Castillo, I. (2013). Características psicométricas y aplicabilidad clínica de la "escala de ajuste diádico" en una muestra de parejas españolas. *Psicología Conductual*, 21(3).

Cervera, G., Haro, G. y Martínez-Raga, J. (2005). *Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Madrid: Médica panamericana.

Chabrol, H., Montovany, A., Callahan, S., Choicha, K. y Duconge, E. (2002). Factor analyses of the DIB-R in adolescents. *J Pers Disord*, 16, 374-384.

Chapman, A. L. y Linehan, M. M. (2005). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. In Zanarini, M. (ed.). *Borderline Personality Disorder*, Boca Raton, F. L. Taylor, F. L. y Francis. (pp. 211-242).

Cheng, A. T., Mann, A. H. y Chan, K. A. (1997). Personality disorder and suicide; a case

- control study. *British Journal of Psychiatry*, 170, 441-446.
- Chiclana C., Rodríguez T., y Aubá E. (2010). Trastornos de Personalidad. Ortuño editor. *Lecciones de Psiquiatría*. 1ª ed. Madrid. Panamericana; 257-284.
- Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T. y Hoberman, H.M. (1985). Measuring the functional components of social support. En I.G. Saranson & B.R. Saranson (eds.), *Social Support: Theory, research and applications* (pp. 73-94). Dordrech: Martinus Nijhoff.
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., y Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *The British Journal of Psychiatry*, 188 (5) 423-431.
- Cole, J. D. y Kazarian, S. S. (1988). The Level of Emotion Expressed Scale: A new measure of expressed emotion. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 392-397.
- Crotty, P. y Kulys, R. (1986). Are schizophrenies a burden to their families? Significant other's views. *Health an Social Work*. (pp.173-188).
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P. y Linehan, M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135, 495-510.
- Echeburúa, E. y Marañón, I. (2011). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de la personalidad. *Psicología conductual*, 19 (3), 513-525.
- Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russell, G., Dodge, E. y Le Grange, D. (2000). Family Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa: The results of Controlled Comparison of Two Family Interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 727-736.
- Ellis, A.J., Portnoff, L.C., Axelson, D.A., Kowatch, R.A., Walshaw, P. y Miklowitz, D.J. (2014). Parental expressed emotion and suicidal ideation in adolescents with biplolar disorder. *Psychiatry Research*, 216(2): 213-216.
- Espina, A., Pumar, B., Santos, A., Gonzalez, P., García, E. y Ayerbe, A. (1999). Correlación entre la Emoción Expresada por los padres de esquizofrénicos y su percepción por los hijos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*,

19, 71, 394-406.

Espina, A., Pumar, P.B., González, P., Santos, A., García, E., y Ayerbe, A. (2000). Emoción expresada y características de personalidad, psicopatológicas y de ajuste diádico en padres de esquizofrénicos. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicósomática*, 21(4), 23-33.

Espinosa, J., Blum Grynberg, B., y Romero Mendoza, M.P. (2009). Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. *Salud Mental*, 32 (4), 317-325.

Eysenck, H. J. (1947). *Dimensions of Personality*. (pp.185). London.

Fadden S, Bebbington P, y Kuipers L. (1987). The burden of care. The impact of functional psychiatric illness on the patients family. *British Journal of Psychiatry*; 150, 285-92.

Fernández-Montalvo, J y Landa, N. (2003). Comorbilidad del Alcoholismo con los trastornos de personalidad. *Clínica y Salud*, 14, 27-41.

Florin, I., Nospadt, A., Reck, C. y Franzen, U., y Jenkins, M. (1992). Expressed emotion is depressed patients and their partners. *Family Process*, 31, 163–172.

García-Palacios, A. (2009). El tratamiento del trastorno límite de la personalidad por medio de la terapia dialéctica conductual. En V. Caballo (Ed.), *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento* (pp. 483-512). Madrid: Síntesis.

García-Palacios, A. (2006). La Terapia Dialéctica Comportamental: terapia individual. *Psicología Conductual*, 14, 453-466.

Giner, J., Medina, A., y Giner, L. (2015). Repercusiones Clínicas y sociales de la conducta suicida. Encuentros en Psiquiatría. Madrid: Enfoque Editorial.

Glenn, C. R. y Klonsky, E. D., (2009). Emotion dysregulation as a core feature of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 23, 20-28.

Goldman, S. J., D'Angelo, E. J. y DeMaso, D. R. (1993). Psychopathology in the families of children and adolescents with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1832-1835.

- Goldstein, M. J., Talovic, S. A., Neuchterlein, K. A., Fogelson, D. L., Subotnick, K. L., y Asarnow, R. F. (1992). Family interaction versus individual psychopathology: Do they indicate the same processes in the families of schizophrenics?. *British Journal of Psychiatry*, 161, 97–102.
- Goodman, M. A., Patil, U., Triebwasser, J., Hoffman, P., Weistein, Z. A, y New, A. (2010). Parental burden associated with borderline personality disorder in female offspring. *Journal of Personality Disorders*, 25, 1, 59-74.
- González, A., García-Palacios, A., Molinari, G., y del Rio, E. (2015). DSM-5: avances en la clasificación y el diagnóstico de los trastornos mentales. *Agora de Salud*, 1, 115-126.
- González, N., Bilbao, A., Padierna, A., Martín, J., Orive, M., y Quintana, J. M. (2012). Validity and reliability of the Spanish version of the Involvement Evaluation Questionnaire among caregivers of patients with eating disorders. *Psychiatry research*, 200, 2, 896-903.
- González Pinto, A., Ruiz de Azua, S., Ibañez, B., Otero-Cuesta, S., Castro-Fornieles, J., Graell-Berna, M., y Arango, C. (2011). Can positive family factors be protective against the development of psychosis? *Psychiatry Research*, 186, 28-33.
- González Varea, J., Armengol, J., Cuixart, I., Manteca, H., Carbonell, M. y Azcón, M.A. (2005). Cuidar a los cuidadores: atención familiar. *Enfermería global*, 6, 1-8.
- Gottman, J. M. y Katz, L. E. (1989). Effects of marital discord on Young children's peer interaction and health. *Developmental Psychology*, 25, 373-381.
- Graham, J.M., Liu, Y.J. y Jeziorski, J.L. (2006). The dyadic adjustment scale: A reliability generalization metaanalysis. *Journal of Marriage and Family*, 68(3), 701-717.
- Gross, R., Olfson, M., Gameroff, M., Shea, S., Feder, A., Fuentes, M., y Weissman, M. M. (2002). Borderline personality disorder in primary care. *Archives of Internal Medicine*, 162, 53-60.
- Grove, W. y Tellegen, A. (1991). Problems in the classification of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 5, 31-41.
- Gunderson, J. G. y Kolb, J. E. (1978). Discriminating features of borderline patients. *American Journal Psychiatry*, 135(7): 792-796.

- Gunderson, J. G. (1984). *Borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gunderson, J., Zanarini, M. y Kisiel, C. (1991). Borderline personality disorder: A review of data on DSM-III-R descriptions. *Journal of Personality Disorders*, 5, 340– 352.
- Gunderson, J. G. (2001). *Borderline Personality Disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Gunderson, J. G. (2007). Disturbed relationships as a phenotype for borderline personality disorder: *American Journal of Psychiatry*, 164, 1637–1640.
- Gunderson, J. G. y Lyons-Ruth, K. (2008). BPD's Interpersonal Hypersensitivity Phenotype: A Gene Environment Developmental Model. *Journal of Personality Disorders*, 22, 22-41.
- Gunderson, J. G. (2009). Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 166, 530-539.
- Herman, J. L. y van der Kolk, B. A. (1987) Traumatic antecedents of borderline personality disorder. In B.A. van der Kolk (Ed.), *Psychological trauma (pp.11-126)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Herpertz, S. C., Zanarini, M., Schulz, C. S., Siever, L., Lieb, K., Moller, H. J. (2007). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders. *World Journal of Biological Psychiatry*, 8(4), 212-244.
- Hibbs, E. D., Hamburger, S. D., Lenane, M., Rapoport, J. L., Kreusi, M. J. P., Keysor, C. S., y Goldstein, M. J. (1991). Determinants of expressed emotion in families of disturbed and normal children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 757–770.
- Hirst, M. (2005). Carer distress: a prospective, population-based study. *Social Science & Medicine*, 61, 697-708.
- Hoffman, P. D., Buteau, E., Hooley, J. M., Fruzzetti, A. E., y Bruce, M. L. (2003). Family members' knowledge about borderline personality disorder: Correspondence with their levels of depression, burden, distress, and expressed emotion. *Family Process*, 42, 4, 469-478.

- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., y Buteau, E. (2007). Understanding and engaging families: An education, skills and support program for relatives impacted by borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16, 1, 69-82.
- Hooley JM. Expressed emotion -a review of the critical literature. *Clinical Psychology Review* 1985; 5. 119-39.
- Hooley JM. An introduction to expressed emotion measurement and research. In Goldstein MJ, Hand I, Hahlweg K. (Eds.), *Treatment of schizophrenia: family assessment and intervention*. Springer- Verlag, Berlin. 1986; 25-34.
- Hooley, J. M. (1987). The nature and origins of expressed emotion. In K. Hahlweg & M. J. Goldstein (Eds.), *Understanding major mental disorder: The contribution of family interaction research*. New York: Family Process Press. pp. 176–194
- Hooley, J. M., y Licht, D. M. (1997). Expressed emotion and causal attributions in the spouses of depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 298-306.
- Hooley, J. M. y Richters, J. E. (1995). Expressed Emotion: A developmental perspective. En Cicchetti, D. & Toth, S. L. (Eds.). *Emotion, cognition, and representation*, Rochester, NY: University of Rochester Press. 6, 133-166.
- Hooley, J. M. y Hoffman, P. D. (1999). Expressed Emotion and Clinical Outcome in Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 10, 1557-1562.
- Hooley, J. M., y Gotlib, I. H. (2000). A diathesis-stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome. *Applied and Preventive Psychology*, 9, 3, 135-151.
- Hooley, J. M. y Campbell, C. (2002). Control and controllability: beliefs and behavior in high and low expressed emotion relatives. *Psychological Medicine*, 32, 1091-1099.
- Iglesias, C. y Hernández, M. (2000). ¿Dónde está el límite?. *Anales de Psiquiatría*, 16, 48-53.
- Karney, B.R. y Bradbury, T.N. (1995). Assessing longitudinal change in marriage: An introduction to the analysis of growth curves. *Journal of Marriage and the Family*, 1091-1108.
- Karney, B.R. (2001). Depressive symptoms and marital satisfaction in the early years of

marriage: Narrowing the gap between theory and research. In *Marital and Family Processes in Depression: A Scientific Foundation for Clinical Practice*. Washington, DC: American Psychological Association. (pp. 45-68).

Kendler, K. S., Aggen, S. H., Czajkowski, N., Roysamb, E., Tambs, K., Torgersen, S. y Reichborn-Kjennerud, T. (2008). The Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for DSM-IV Personality Disorders: A Multivariate Twin Study. *Archives of General Psychiatry*, 65(1), 1438-1446.

Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 641-685.

Kernberg, O. y Yeomans, F. E. (2013). Borderline personality disorder, bipolar disorder, depression, attention deficit/hyperactivity disorder and narcissistic personality disorder: Practical differential diagnosis. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 77(1), 1-22.

Kiecolt-Glaser, J. K., y Newton, T. L. (2001). Marriage and health: his and hers. *Psychological bulletin*, 127(4), 472.

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Lazarus, R. S. (1993). From Psychological stress to the emotions. A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.

Leff, J. P., y Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families: It's significant for mental illness*. New York: Guilford Press.

Leff, J., Berkowitz, R., Shavit, N., Strachan, A., Glass, I. y Vaughn, C. (1989). A trial of family therapy and relatives group for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 154, 58-66.

Lee, G., Barrowclough, C. y Lobban, F. (2014). Positive affect in the family environment protects against relapse in first-episode psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 3, 367-76.

Li, C. Y. y Murray, M. (2015). A review of conceptualization of expressed emotion in caregivers of older adults with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 24(3-4), 332-343.

- Lin, N. (1986). Conceptualising social support. En N. Lin, A. Dean y T. W. Ensel (eds.), *Social support, life events and depression* (pp. 103-105). Nueva York: Academic Press.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E. y Suarez, A. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. y Kehrer, C.A. (1993). Borderline personality disorder. En D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*, 2o edición, 396-446. New York: Guildford Press.
- Linehan, M.M. (1993). *Skills training manual for treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Links, P. S., Heslegrave, R. y van Reekum, R. (1999). Impulsivity: Core Aspect of Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorder*, 13(1), 1-9.
- López, S.R., Hipke, K.N., Polo, A.J., Jenkins, J.H., Karno, M., Vaughn, C. y Snyder, K.S. (2004). Ethnicity, expressed emotion, attributions, and course of schizophrenia: Family warmth matters. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 428-439.
- Marino, M. F. y Zanarini, M. C. (2001). Relationship between EDNOS and its subtypes and Borderline Personality Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 349-353.
- Materson, J. (1972). *Treatment of the borderline adolescent: A developmental approach*. New York: Wiley.
- Materson, J. F. y Rinsley, D. B. (1975). The borderline syndrome: The role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *International journal of Psycho-Analysis*, 56, 163-177.
- Materson, J. (1976). *The psychotherapy of the Borderline Adult: A developmental approach*. New York: Brunner/Mazel.
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Ralevski, E., Morey, L. C., Gunderson, J. G., Skodol, A. E., Shea M. T., Zanarini, M. C., Bender, D., Stout R. L. Yen, S. y

- Pagano, M. (2005). Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: toward a hybrid model axis II disorders. *American Journal Psychiatry*, 162(5), 883-889.
- McMain, S., Korman, L. M. y Dimeff, L. (2001) Dialectical behavior therapy and the treatment of emotional dysregulation. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 183-196.
- Méndez, A., Orta, E., y Peñate, W. (2004). Primeros datos de validación de una escala para evaluar la emoción expresada (EEE). *Análisis y Modificación de Conducta*, 30,
- Mendieta, D. C. (1997). La conducta autolesiva en el trastorno límite de la personalidad. Instituto Nacional de Psiquiatría. *Información Clínica*, 8, 28-29.
- Miller C.J., Miller S.R., Newcorn J.H. y Halperin J.M. (2008). Personality characteristics associated with persistent ADHD in late adolescence. *Journal of Abnormal Children Psychology*, 36, 2, 165-73.
- Millon, T. (1969/1976). *Psicopatología moderna: Un enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos*. Barcelona: Salvat.
- Millon, T. y Escovar, L.A. (1999). La personalidad y los trastornos de personalidad: Una perspectiva ecológica. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carrobbles (Eds.), *Manual de Psicopatología y trastornos psiquiátricos* (pp. 3-34). Madrid: Siglo XXI.
- Millon, T. y Davis, R. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond*. Nueva York: Wiley.
- Millon, T. y Davis, R. (2001). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.
- Montero I, Gómez-Beneyto M, Ruiz I, Puche E y Adam A (1990). Expresividad emocional y evolución de la esquizofrenia: una réplica al trabajo de Vaughn. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*; 18 (6): 387-95.
- Moran, P., Rendu, A., Jenkins, R., Tylee, A., y Mann, A. (2001). The impact of personality disorder in UK primary car: a 1 year follow up of attenders. *Psychological Medicine*, 31, 1447-1454.
- Ovejero, A. (1990). Apoyo Social y Salud. En S. Barriga y J.M. León (eds.), *Psicología de*

- la Salud* (pp.107-134). Madrid: Sedal.
- Paris, J. y Zweig-Frank, H. (2001). A 27 year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), 482-487.
- Parker, G. y Johnson, P. (1987) Parenting and schizophrenia: an australian study of Expressed Emotion. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 21: 60-6.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist*, 30, 583-594.
- Pérez-Pareja, B., Quiles, Y., Romero, C., Pamies-Aubalat, L., y Quiles, M. J. (2014). Malestar psicológico y emoción expresada en cuidadores de pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria. *Anales de psicología*, 30, 1, 37-45.
- Pieters, G. y Storms, G. (2002). Expressed emotion. A review of assessment instruments. *Clinical Psychology Review*, 22, 321-341.
- Pritchard, J. C. (1835). *A treatise on insanity and other disorders affecting the mind*. London: Sherwood, Gilbert & Piper.
- Richman y Sokolove (1992). The experience of Aloneness, Object Representation, and Neurotic Patients. *Psychoanalytic Psychology*, 9, 77-91.
- Robles, T. F. y Kiecolt-Glaser, J. K. (2003). The physiology of marriage: Pathways to health. *Physiology and behavior*, 79(3), 409-416.
- Roig, M., Abengózar Torres, M. y Serra Desfilis, E. (1998). La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. *Anales de Psicología*, 14(2), 215-227.
- Rosenthal, R., Muran, J., Pinsker, H., Hellerstein D. y Winston, A. (1999). Interpersonal change in brief supportive psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice Research*, 8, 55-63.
- Sánchez, E., (2001). Prevalencia de los trastornos de la personalidad en una muestra de adictos a opiáceos en tratamiento. *Revista de Psicología General Aplicada*, 54, 95-102.
- Samuels, J., Eaton, W. W., Bienvenu, O. J., Brown, C. H., Costa, P. T. y Nestadt, G. (2002). Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample.

The British Journal of Psychiatry, 180, 6, 536-542.

Scheirs, J. G. M. y Bok, S. (2007) Psychological Distress in Caretakers or Relatives of Patients With Borderline Personality Disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 53, 3, 195-203.

Selva, G., Bellver, F. y Carabal, E. (2005). Epidemiología del trastorno límite de la personalidad. En Cervera, G., Haro, G. y Martínez-Raga, J. (Eds.), *Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica* (pp. 17-39). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Sepúlveda, A. R., Todd, G., Whitaker, W., Grover, M., Stahl, D. y Treasure, J. (2010). Expressed emotion in relatives of patients with eating disorders following skills training program. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 603-10

Sepúlveda, A. R., Anastasiadou, D., del Río, A. M., y Graell, M. (2012). The Spanish Validation of Level of Expressed Emotion Scale for Relatives of People with Eating Disorders. *The Spanish journal of psychology*, 15, 2, 825-839.

Silverman, J. M., Pinkham, L., Horvath, T. B., Coccaro, E. F., Klar, H., Scheer, S., y Siever, L. J. (1991). Affective and impulsive personality disorder traits in the relatives of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1378-1385.

Skodol, A. E., Oldham, J. M. y Gallaher, P. E. (1999). Axis II Comorbidity of substance use Disorders among patients referred for treatment of Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 733-738.

Skodol, A.E., Pagano, M.E., Bender, D. S., Shea, M. T., Gunderson, J. G., Yen, S. y McGlashan, T. H. (2005). Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder over two years. *Psychological Medicine*, 35, 443-451.

Soloff, P. H., Lynch, K. G., Kelly, T., Malone, K. y Mann, J. (2000). Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: A comparative study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 601-608.

Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 15-28.

- Stern, A. (1938), Psychoanalytic investigation and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467-489.
- Struening, E. L., Stueve, A., Vine, P., Kreisman, D. E., Link, B. G., y Herman, D. B. (1995). Factors associated with grief and depressive symptoms in caregivers of people with serious mental illness. *Research in Community and Mental Health*, 8, 91-124.
- Swartz, M., Blazer, D., George, I. y Winfeld, I. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of Personality Disorders*, 4, 257-272.
- Tardy, C. H. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13, 187-202. .
- Torgersen, S. (1994). Genetics in borderline conditions. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 379, 19-25.
- Torgersen, S., Kringlen, E. y Cramer, V. (2001), The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590-596.
- Torgersen, S. (2007) En: Oldham, J. M., Skodol, A. E., Bender, D. S. (Dir.) *Tratado de los Trastornos de la Personalidad*. (p. 131-143). Ed. Barcelona: Elsevier Masson.
- Torgersen, S. (2009). The nature (and nurture) of personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50, 624-632.
- Tyrer, P., Gunderson, J., Lyons M., y Tohen, M. (1997). Extent of comorbidity between mental state and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*. 11, 242-259.
- Van Os J., Hanssen, M., Bijl, R. V. y Vollebergh, W. (2001). Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urban-rural comparison. *Archives of General Psychiatry*, 58, 663-668.
- Van Wijngaarden, B., Schene, A. H., Koeter, M., Vázquez-Barquero, J. L., Knudsen, H. C., Lasalvia, A., y McCrone, P. (2000). Caregiving in schizophrenia: development, internal consistency and reliability of the Involvement Evaluation Questionnaire-European Version EPSILON Study 4. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 39, 21-27.

- Vaughn, C. y Leff J. (1976) The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry*; 129 : 125-137.
- Weisman, A. G., Nuechterlein, K. H., Goldstein, M. J. y Snyder, K. S. (2000). Controllability perceptions and reactions to symptoms of schizophrenia: a within-family comparison of relatives with high and low Expressed Emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 167-171.
- Widiger, T. A. (2012). *The Oxford Handbook of Personality Disorders*. New York: Oxford University Press.
- Winn, S., Perkins, S., Walwyn, R., Schmidt, U., Eisler, I., Treasure, J., Yi, L. (2007). Predictors of mental health problems and negative caregiving experiences in carers of adolescents with bulimia nervosa. *In J Eat Disord*, 40, 171-178.
- Winnicott, D (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 89-97.
- Zanarini, M. C. (1993). BPD as an impulsive spectrum disorder. En J. Paris (Ed.), *Borderline personality disorder: etiology and treatment*, 67-85. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Zanarini, M. C., Kimble, C. R. y Williams, A. A. (1994). Neurological dysfunction in borderline patients and Axis II control subjects. En J. K. Silk (dir.), *Biological and neurobehavioral studies of borderline personality disorder* (p.159-175). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Zanarini, M. C. y Frankenburg, F. R. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 11, 93-104.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Silk, K. R., Hudson, J. L. y Mc Sweeney, L. B. (2006). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: A 10 year follow non patient sample. *American Journal of Psychiatric*, 164, 920-935.
- Zlotnick, C., Rothschild, L. y Zimmerman, M. (2002). The role of gender in the clinical presentation of patients with borderline personality disorder. *Journal of personality disorder*, 16, 27-282.

- REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA -

VII. ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto de manera libre mi participación en el estudio:

“Emoción expresada y Carga del cuidador en pacientes con TPL”

Entiendo la naturaleza y el propósito de los procedimientos que entraña el presente estudio que se me han comunicado previamente.

Entiendo que la investigación está diseñada para promover el conocimiento científico y que el Centro Clínico Previ usará los datos que yo le proporcione sólo y exclusivamente para esta investigación.

Entiendo que los datos que proporciono serán considerados como confidenciales. Mi nombre o cualquier otra información no se harán públicos en ninguna presentación o publicación de la investigación. El procesamiento y uso de mis datos anónimos se llevará a cabo y se almacenará en papel y en formato electrónico durante 5 años.

Entiendo que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin dar ningún tipo de explicación y sin ningún tipo de inconveniente para mí.

Nombre y apellidos en MAYÚSCULAS: _____

Nombre del PACIENTE: _____

DNI: _____

Fecha y Lugar: _____

Firma del participante: _____

ANEXO 2

DATOS PERSONALES

NOMBRE TERAPEUTA:	CENTRO: <input type="checkbox"/> CASTELLÓN <input type="checkbox"/> VALENCIA <input type="checkbox"/> ALICANTE
NOMBRE PACIENTE:	CÓDIGO:
EDAD:	SEXO:
NIVEL ESTUDIOS: <input type="radio"/> PRIMARIO <input type="radio"/> SECUNDARIA <input type="radio"/> DIPLOMATURA <input type="radio"/> LICENCIATURA/GRADO <input type="radio"/> DOCTORADO/MASTER.	OCUPACIÓN ACTUAL:
ESTADO CIVIL: <input type="radio"/> SOLTERA <input type="radio"/> CASADA <input type="radio"/> DIVORCIADA <input type="radio"/> VIUDA	HIJOS:

DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE

DIAGNÓSTICO (Motivo de consulta): _____

FECHA (en la que recibe el diagnóstico principal) (DD/MM/AAAA): _____

OTROS DIAGNÓSTICOS: _____

PRIMER DIAGNÓSTICO (si es diferente al anterior) Y FECHA (en la que lo recibe):

AÑOS EN TRATAMIENTO: PSICÓLOGO _____ PSIQUIATRA _____

Nº INGRESOS HOSPITALARIOS TOTALES _____. ÚLTIMO AÑO: _____

Nº ASISTENCIAS PU: (intervención en crisis, agitación, autolisis...): _____

Nº INTENTOS DE SUICIDIO: _____. ÚLTIMO AÑO: _____. IDEAS DE MUERTE ACTIVAS: SI / NO

Nº INTENTOS PARASUICIDAS: _____. ÚLTIMO AÑO: _____

CONDUCTAS AUTOAGRESIVAS: SI/NO. ¿PRESENTES EN ÚLTIMO AÑO? SI / NO. NIVEL DE GRAVEDAD: LEVE/MODERADO/GRAVE

CONDUCTAS HETEROAGRESIVAS: AMBIENTE / OTRAS PERSONAS. ÚLTIMO AÑO: SI / NO. NIVEL DE GRAVEDAD: LEVE/MODERADO/GRAVE

CONSUMO DE TÓXICOS: SI/NO. TIPO: THC ____ COC ____ ANF ____ HE ____ . TIEMPO _____

CUMPLE CRITERIOS: CONSUMO ESPORÁDICO ____ ABUSO ____ DEPENDENCIA ____

ALCOHOL SI / NO. TIEMPO DE CONSUMO: ____ . TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: SI/NO

CUMPLE CRITERIOS: CONSUMO ESPORÁDICO ____ ABUSO ____ DEPENDENCIA ____

¿EN TRATAMIENTO EN RECURSO ESPECÍFICO? SI /NO. TIEMPO DE TTO: ____ ACTUALMENTE: S/N

PROBLEMÁTICAS EN OTRAS ÁREAS DE VIDA:

- ÁREA SOCIAL / FAMILIAR / OCUPACIONAL (NIVEL GRAVEDAD: LEVE/MODERADO/GRAVE)

* Problemas con menores (p.ej. problemas de conducta): SI ____ NO ____ . GRAVEDAD: L/M/G

* Económicos y/o laborales: SI ____ NO ____ . GRAVEDAD: L/M/G

* Exclusión social y/o aislamiento social: SI ____ NO ____ . GRAVEDAD: L/M/G

* Educativas u ocupacionales: SI ____ NO ____ . GRAVEDAD: L/M/G

- ÁREA LEGAL: (NIVEL GRAVEDAD: LEVE/MODERADO/GRAVE)

* Ámbito Civil (problemas de custodia, separación o divorcio, etc.): SI ____ NO ____ . GRAVEDAD: L/M/G

* Ámbito penal (delitos derivados de sus alteraciones conductuales: consumo, robo, agresiones a terceros, etc...): SI ____ NO ____ . GRAVEDAD: L/M/G

- ÁREA SALUD:

* Otros problemas de salud física en el paciente: _____

¿Recibe tratamiento farmacológico? _____

* Problemas de salud física o psicológica en familiares: _____

VALORACIÓN DEL NIVEL DE ADAPTACIÓN DEL PACIENTE A SUS ÁREAS DE VIDA (EEAG/DSM-IV): _____

FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO EN PREVI: _____

TIPO DE TRATAMIENTO QUE RECIBE: AMBULATORIO (INDIV. / GRUPAL) / CENTRO DE DIA / 24H

¿PARTICIPA LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO? INDIVIDUAL ____ GRUPAL ____

¿ACTITUD DE COLABORACIÓN DEL PACIENTE? SI / NO . ¿Y LA FAMILIA? SI / NO

CUIDADORES: _____ -----

TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO: SI / NO. AÑOS EN TRATAMIENTO: _____.

TIPO DE TRATAMIENTO:

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO (0-10): _____

ASISTENCIA A OTROS RECURSOS (P.ej. UCA, Centro Ocupacional, etc.)

TIPO DE RECURSO:

1. ----- TIEMPO EN TRATAMIENTO _____

2. ----- TIEMPO EN TRATAMIENTO _____

3. ----- TIEMPO EN TRATAMIENTO _____

4. ----- TIEMPO EN TRATAMIENTO _____

¿ACTUALMENTE? SI ____ . Especifica: 1. ____ 2. ____ 3. ____ 4. ____ .

NO ____ . Especifica último año en tratamiento: _____ .

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN FAMILIARES
DE PACIENTES
CON
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD LÍMITE

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE REPERCUSIÓN FAMILIAR

Introducción

En la prestación de la asistencia psiquiátrica se dedica mucha atención a los problemas psíquicos del paciente. Sin embargo, en los últimos años se empieza a considerar también a los familiares, a los familiares que conviven con el paciente y otras personas involucradas en su cuidado.

Usted está implicado en el cuidado de alguien que tiene problemas psíquicos. Este cuestionario tiene como fin evaluar si esta situación tiene consecuencias personales para usted.

Como rellenar el cuestionario.

Cada pregunta (con excepción de la número 10) tiene **una única respuesta** posible. En la mayoría de ellas puede indicar su respuesta poniendo una cruz en la casilla correspondiente, aunque en algunos casos le pediremos que escriba su contestación (por ejemplo, su edad). Las preguntas de la 16 a la 42 tratan de la frecuencia con que ha ocurrido algo y las opciones de respuesta aparecen en una escala gradual, de **nunca a (casi) siempre**.

Es posible que no necesite contestar algunas preguntas. En el cuestionario se le indicará cuáles son las preguntas que pueden ser pasadas por alto y con qué pregunta debe continuar en ese caso.

Aunque es posible que haga ya mucho tiempo que está experimentando las consecuencias de su implicación en el cuidado de una persona con problemas psíquicos, con este cuestionario intentamos investigar fundamentalmente su situación actual. La mayoría de las preguntas se refieren a las experiencias que se han producido durante las **últimas cuatro semanas**, aunque hay algunas que se refieren a periodos anteriores. En estos casos siempre se indica que la pregunta se refiere a un momento diferente.

Su participación en el estudio es anónima y todos los datos que proporcione serán tratados confidencialmente. Si tiene alguna objeción con respecto a alguna determinada pregunta, puede indicarlo en el cuestionario y no está obligado a responderla.

Por favor, responda el cuestionario pregunta por pregunta. Hágalo tranquilamente, recuerde que no hay respuestas correctas o erróneas. Es muy importante que exprese sus propias experiencias. Le agradecemos su colaboración.

Fecha en la que se rellena el cuestionario:/..../ 20....

Antes de que le preguntemos por sus experiencias, quisiéramos saber algo sobre su modo de vida y su relación con el paciente.

1. *¿Cuántos años tiene Usted?*

Tengo años.

2. *¿Cuál es su sexo?*

mujer

varón

3. *¿Qué estudios ha cursado?*

¿Los ha terminado?

(rellenar la respuesta)

sí

no

.....

.....

.....

4. *¿Cuál es su estado civil?*

soltero / soltera

casado / casada o convivencia con pareja

divorciado / divorciada

viudo / viuda

5. *¿Cómo vive?*

- vivo solo (SIGA CON LA PREGUNTA 7)
- vivo con mi pareja y/o hijos
- vivo con mis padres y/o hermanos / hermanas
- vivo con otros familiares
- vivo con amigos o conocidos
- de otra forma:.....(rellenar respuesta)

6. *¿Cuántas personas conviven en su hogar? (Por ejemplo: Una familia, un grupo que vive junto, una piso de estudiantes, etc.)*

Mi hogar se compone de personas (rellenar el número)

7. *¿Qué edad tiene el paciente?*

El paciente tiene años.

8. *¿Qué sexo tiene el paciente?*

- mujer
- varón

9. *¿En qué año empezó el paciente a tener problemas psíquicos?*

En el año

10. *En este momento, ¿está recibiendo ayuda el paciente por sus problemas psíquicos? (Esta pregunta puede tener más de una respuesta)*

- no sé si el paciente recibe ayuda. no, el paciente no recibe ayuda.
- sí, ayuda del médico de cabecera o asistencia social.
- sí, ayuda del centro de salud mental, policlínica psiquiátrica, psicólogo o psiquiatra

- sí, tratamiento en hospital de día/centro de día
- sí, internado en un hospital psiquiátrico o en un departamento psiquiátrico de un hospital general
- sí, el paciente vive en piso protegido
- sí, de otra forma: (rellenar respuesta)

11. *¿ Qué relación tiene con el paciente?*

S
oy
su
:

- padre / madre (también padrastro/madrastra o padre adoptivo/madre adoptiva)
- hija / hijo
- hermano / hermana
- otro tipo de parentesco
- esposo / esposa / pareja
- amigo / amiga
- vecino / vecina
- compañero / compañera - de trabajo - / - de estudios -
- otra: (rellenar respuesta)

12. *¿Forma el paciente parte de su hogar?*

- no
- s

13. *¿Cuántos días de las últimas cuatro semanas ha convivido el paciente con usted?*

- ningún día
- parte de esas cuatro semanas, días
- todos los días de esas cuatro semanas

14. *Por termino medio, ¿cuántas horas a la semana ha tenido usted contacto personal o telefónico con el paciente en las últimas cuatro semanas? (No cuente las horas de dormir, cuando convivan en la misma casa)*

- menos de 1 hora a la semana (SIGA CON LA PREGUNTA 37) [
] 1 a 4 horas a la semana
- de 5 a 8 horas a la semana
- de 9 a 16 horas a la semana
- de 17 a 32 horas a la semana
- 32 o más horas a la semana

Las siguientes preguntas se refieren a la atención y el cuidado que ha dado al paciente en las últimas cuatro semanas.

15. *¿Cuántas veces en las últimas cuatro semanas ha animado usted al paciente para que se aseara? (Por ejemplo, bañarse, lavarse los dientes, vestirse, peinarse, etc.)*

- nunca a veces regularmente a menudo (casi) siempre

16. *¿Cuántas veces en las últimas cuatro semanas ha ayudado usted al paciente en su aseo personal? (Por ejemplo, bañarse, lavarse los dientes, vestirse, peinarse)*

- nunca a veces regularmente a menudo (casi) siempre

17. *¿Cuántas veces en las últimas cuatro semanas ha animado usted al paciente para que comiera?*

- nunca a veces regularmente a menudo (casi) siempre

18. *¿Cuántas veces en las últimas cuatro semanas ha animado usted al paciente a que hiciera algo? (Por ejemplo, pasear, charlar, practicar algún hobby, chapuzas)*

- nunca a veces regularmente a menudo (casi) siempre

19. ¿Cuántas veces en las últimas cuatro semanas ha tenido que acompañar al paciente para que saliera de casa porque no se atrevía a salir él solo?

nunca a veces regularmente a menudo (casi) siempre

20. ¿Cuántas veces en las últimas cuatro semanas **ha vigilado usted** que el paciente tomara sus medicinas?

sin tratamiento farmacológico
 nunca
 a veces
 regularmente
 a menudo
 (casi) siempre

21. ¿Cuántas veces en las últimas cuatro semanas **ha vigilado usted** que el paciente no hiciera cosas peligrosas? (Por ejemplo, prender fuego a algo, dejar el gas abierto, olvidarse de apagar un cigarrillo)

nunca a veces regularmente a menudo (casi) siempre

22. ¿Cuántas veces en las últimas cuatro semanas **ha vigilado usted** que el paciente no se hiciera daño? (Por ejemplo, cortarse, tomar demasiadas pastillas, quemarse, intento de suicidio)

nunca a veces regularmente a menudo (casi) siempre

23. ¿Cuántas veces en las últimas cuatro semanas **ha vigilado usted** que el paciente descansara lo suficiente por la noche?

nunca a veces regularmente a menudo (casi) siempre

24. ¿Cuántas veces en las últimas cuatro semanas **ha vigilado usted** que el paciente no tomara demasiado alcohol?

nunca a veces regularmente a menudo (casi) siempre

25. ¿Cuántas veces en las últimas cuatro semanas **ha vigilado usted** que el paciente no

tomara drogas?

nunca a veces regularmente a menudo (casi) siempre

26. *¿Cuántas veces en las últimas cuatro semanas ha tenido usted que hacer algo que normalmente el paciente es capaz de hacer por si mismo? (Por ejemplo, las tareas domésticas, manejar sus asuntos financieros, hacer compras, cocinar etc)*

nunca a veces regularmente a menudo (casi) siempre

27. *¿Cuántas veces, en las últimas cuatro semanas, ha **animado** usted al paciente para que se levantara por la mañana?*

nunca a veces regularmente a menudo (casi) siempre

28. *¿Cuántas veces, en las últimas cuatro semanas, el paciente no le ha dejado dormir por la noche?*

nunca a veces regularmente a menudo (casi) siempre

29. *¿Cuántas veces, en las últimas cuatro semanas, ha sido tensa la relación tensa entre el paciente y usted, como consecuencia del comportamiento del paciente?*

nunca a veces regularmente a menudo (casi) siempre

30. *¿Cuántas veces, en las últimas cuatro semanas, ha provocado el paciente una disputa?*

nunca a veces regularmente a menudo (casi) siempre

31. *¿Cuántas veces, en las últimas cuatro semanas, le ha molestado el comportamiento del paciente?*

nunca a veces regularmente a menudo (casi) siempre

32. *¿Cuántas veces, en las últimas cuatro semanas, le han dicho **otros** que les ha molestado el comportamiento del paciente?*

nunca a veces regularmente a menudo (casi) siempre

33. *¿Cuántas veces, en las últimas cuatro semanas, se ha sentido amenazado por la persona?*

nunca a veces regularmente a menudo (casi) siempre

34. *¿Cuántas veces, en las últimas cuatro semanas, ha considerado usted la posibilidad de cambiarse de casa como consecuencia del comportamiento del paciente?*

nunca a veces regularmente a menudo (casi) siempre

35. *¿Cuántas veces, en las últimas cuatro semanas, ha tenido usted la posibilidad de dedicarse a sus quehaceres personales? (Por ejemplo, trabajo, escuela, hobbies, deporte, visita a la familia)*

nunca a veces regularmente a menudo (casi) siempre

36. *¿Cuántas veces, en las últimas cuatro semanas, se ha **preocupado** usted por la **seguridad** del paciente?*

nunca a veces regularmente a menudo (casi) siempre

37. *¿Cuántas veces, en las últimas cuatro semanas, se ha **preocupado** por la **ayuda** que recibe el paciente?*

nunca a veces regularmente a menudo (casi) siempre

38. *¿Cuántas veces, en las últimas cuatro semanas, se ha **preocupado** usted por la **salud** del paciente?*

nunca a veces regularmente a menudo (casi) siempre

39. *¿Cuántas veces, en las últimas cuatro semanas, se ha **preocupado** usted de cómo se mantendría el paciente económicamente, si usted ya no le pudiera asistir más?*

nunca a veces regularmente a menudo (casi) siempre

40. *¿Cuántas veces, en las últimas cuatro semanas, se ha **preocupado** por el **futuro** del paciente?*

nunca a veces regularmente a menudo (casi) siempre

41. *¿Cuántas veces, en las últimas cuatro semanas se ha **preocupado** usted por su **propio futuro**?*

nunca a veces regularmente a menudo (casi) siempre

42. *¿En las últimas cuatro semanas, ha sentido los problemas psíquicos del paciente como una **carga** para usted?*

nunca a veces regularmente a menudo (casi) siempre

43. *¿En qué medida está usted acostumbrado a que el paciente tenga problemas psíquicos?*

nunca a veces regularmente a menudo (casi) siempre

44. *¿En qué medida se siente capacitado para tratar con los problemas psíquicos del paciente?*

nunca a veces regularmente a menudo (casi) siempre

45. *¿En qué medida ha cambiado la relación entre usted y el paciente **desde el comienzo** de los problemas psíquicos?*

nunca a veces regularmente a menudo (casi) siempre

siguientes preguntas queremos comprobar si los problemas psíquicos tienen consecuencias económicas para usted o su familia / hogar.

¿En las últimas cuatro semanas ha tenido usted gastos extras por el paciente en:

	si	no
46. Contratar personas que ayuden en el cuidado del paciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Daño causado por el paciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Los gastos excesivos del paciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Los gastos de viaje del paciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Medicinas para el paciente?
51. El pago de las deudas del paciente?
52. Otros gastos extras:
53. *¿Está en tratamiento con su médico de cabecera a causa de sus problemas?*

sí

no

54. *¿Ha tenido que acudir a un trabajador social, a un psicólogo, a un psiquiatra o a un centro de salud mental a causa de sus problemas?*

sí

no

55. *¿Toma alguna medicina para sus dolencias?*

sí

no

Si una persona con problemas psíquicos tiene hijos, esta situación puede tener también consecuencias para ellos.

56. *¿Tiene hijos el paciente?*
(contar también hijos adoptados e hijastros)

no (SIGA CON LA PREGUNTA 81)

sí : hijos (rellenar el número)

57. *¿Alguno de los hijos es menor de 16 años?*

no (SIGA CON LA PREGUNTA 81)

sí, hijos del paciente tienen menos de 16 años (rellenar el número).

¿Cuántas veces durante las últimas cuatro semanas ha ocurrido que el hijo o los hijos:

	nunca	a veces	a menudo	no sé
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Durmieran mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Siguieran mal las clases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Tuvieran miedo a su padre o madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Hicieran novillos en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Fueran problemáticos o pesados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Jugaran menos con los amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Se avergonzaran de su madre o padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Tuvieron que alojarse en casa de vecinos, familiares o amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LEE (Level of Expressed Emotion)

(Kazarian, Cole, Malla and Baker, 1990; Adaptación española Sepúlveda, et al., 2010)

A continuación se presenta una lista de afirmaciones que se pueden aplicar comúnmente a las personas que cuidan de un familiar o amigo. Por favor lee cada afirmación e indica sinceramente rodeando con un círculo V (Verdadero) o F (Falso) si la persona que te cuida a ti, debido a tu enfermedad, ha actuado o no de esta manera durante **el último mes**.

		Verdadero	Falso
1	Cuando está molesta/o le calmo.	V	F
2	Le digo que no tiene control sobre sí misma/o.	V	F
3	Soy comprensiva/o con ella/él incluso cuando no cumple mis expectativas.	V	F
4	No le pongo nerviosa/o.	V	F
5	Le digo que sólo quiere atención cuando no se encuentra bien.	V	F
6	Le hago sentirse culpable por no cumplir mis expectativas.	V	F
7	No me considero demasiado protector con ella/él.	V	F
8	Me enfado perdiendo los estribos.	V	F
9	Soy comprensivo con ella/él cuando no se encuentra bien.	V	F
10	Puedo ver su punto de vista.	V	F
11	Siempre estoy entrometiéndome.	V	F
12	No pierdo el control cuando las cosas empiezan a ir mal.	V	F
13	No le ayudo cuando está disgustada/o o no se encuentra bien.	V	F
14	Le critico si no cumple mis expectativas.	V	F
15	Le culpo por las cosas que no van bien.	V	F
16	Le hago sentirse valiosa/o como persona.	V	F
17	No sé cómo manejar sus sentimientos cuando no se encuentra bien.	V	F
18	Le digo que ella/él crea estos problemas para vengarse de mí.	V	F
19	Comprendo sus limitaciones.	V	F
20	Puedo mantener el control en situaciones estresantes.	V	F
21	Intento que se sienta mejor cuando está disgustada/o o enferma/o.	V	F
22	Soy realista acerca de lo que puede hacer y de lo que no puede hacer.	V	F
23	Estoy siempre husmeando en sus asuntos.	V	F

24	Escucho todo lo que me tiene que decir.	V	F
25	Expreso que no está bien buscar ayuda profesional.	V	F
26	Me enfado con ella/él cuando las cosas no van bien.	V	F
27	Tengo que saberlo todo acerca de lo que hace o le pasa.	V	F
28	Mi presencia le relaja.	V	F
29	Le acuso de estar exagerando cuando se encuentra mal.	V	F
30	Insisto en saber dónde va.	V	F
31	Me enfado con ella/él sin motivo.	V	F
32	Soy una persona considerada cuando está disgustada.	V	F
33	Cuenta con mi apoyo cuando lo necesita.	V	F
34	Me entrometo en sus asuntos privados.	V	F
35	Puedo manejar bien el estrés.	V	F
36	Soy comprensiva/o si comete un fallo.	V	F
37	No hurgo en su vida.	V	F
38	Me vuelvo impaciente con ella/él cuando se encuentra mal.	V	F
39	Tengo expectativas demasiado altas para ella/él.	V	F
40	No hago muchas preguntas personales.	V	F
41	Hago que las cosas empeoren cuando no van bien.	V	F
42	Le acuso a menudo de inventarse cosas cuando no se encuentra bien.	V	F
43	Pierdo los estribos" cuando no hace algo bien.	V	F
44	Me desespero cuando las cosas no van bien.	V	F
45	Intento tranquilizarle cuando no se encuentra bien.	V	F

INVENTARIO DE EXPERIENCIA DEL CUIDADOR (ECI-S)

(Szmukler et al., 1996; Validación española por Sepúlveda et al., 2011)

A continuación se presenta una lista de afirmaciones que se pueden aplicar comúnmente a las personas que cuidan de un familiar o amigo. Nos gustaría que leyeras cada uno de ellos y decidieras con qué frecuencia has pensado o sentido lo descrito en este **último mes**. A continuación, rodea con un círculo la alternativa que más te sientas identificada/o. Si no te ha sucedido **nunca** o **rara vez** rodea los números **0** ó **1**. Si te ha sucedido **algunas veces** rodea el número **2**. Si te sucede **a menudo** o **casi siempre**. Rodea con un círculo los números **3** ó **4**.

Durante el pasado mes con qué frecuencia has pensado en:

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Casi siempre
1 Ocultar la enfermedad de tu hija/o.	0	1	2	3	4
2 Sentirte incapaz de hablar con otros sobre la enfermedad de tu hija/o.	0	1	2	3	4
3 Tu dificultad de administrar el dinero.	0	1	2	3	4
4 Tener que apoyar a tu hija/o.	0	1	2	3	4
5 Qué clase de vida tu hija/o podría haber tenido.	0	1	2	3	4
6 El riesgo de que tu hija /o se suicide.	0	1	2	3	4
7 He aprendido más sobre mí misma/o.	0	1	2	3	4
8 He contribuido a que otros comprendan esta enfermedad.	0	1	2	3	4
9 No puedo hacer las cosas que quisieras.	0	1	2	3	4
10 Los profesionales de la salud mental no me toman en serio	0	1	2	3	4
11 Su dependencia de ti.	0	1	2	3	4
12 Tener que ayudar a tu hija/o a ocupar el día.	0	1	2	3	4
13 Que he contribuido a su bienestar.	0	1	2	3	4
14 Ella/él participa de forma significativa en las tareas del hogar.	0	1	2	3	4
15 El efecto en tus finanzas si llega a empeorar su enfermedad.	0	1	2	3	4
16 Tener que tratar con psiquiatras.	0	1	2	3	4

- ANEXOS -

17 Ella/él está siempre presente en tu mente.	0	1	2	3	4
18 Si tú has hecho algo para enfermarla/le.	0	1	2	3	4
19 Ella/él ha mostrado fortaleza en afrontar su enfermedad.	0	1	2	3	4
20 Que he logrado mayor confianza en mi relación con los demás.	0	1	2	3	4
21 Cómo el resto de la familia no comprende tu situación.	0	1	2	3	4
22 Ella/él es una buena compañía.	0	1	2	3	4
23 He llegado a ser más comprensiva/o con otras personas con problemas.	0	1	2	3	4
24 Ella/él piensa mucho en la muerte.	0	1	2	3	4
25 Sus oportunidades perdidas.	0	1	2	3	4
26 Cómo tratar con los profesionales de salud mental.	0	1	2	3	4
27 Sentirme incapaz de recibir visitas en casa.	0	1	2	3	4
28 Cómo se lleva ella/él con otros miembros de la familia.	0	1	2	3	4
29 Respalдарle cuando se queda sin dinero.	0	1	2	3	4
30 El resto de la familia no entiende la enfermedad.	0	1	2	3	4
31 Cómo ella/él intenta autolesionarse deliberadamente.	0	1	2	3	4
32 Que me siento más cercano con algunos miembros de mi familia.	0	1	2	3	4
33 Me he vuelto más cercano con mis amigos.	0	1	2	3	4
34 Comparto algunos de sus gustos o intereses.	0	1	2	3	4
35 Me siento útil en la relación con mi hija/o.	0	1	2	3	4
36 Los profesionales de salud mental no entienden tu situación.	0	1	2	3	4
37 Si ella/él mejorará algún día.	0	1	2	3	4
38 El estigma de tener un familiar con una enfermedad mental.	0	1	2	3	4
39 Cómo explicar su enfermedad a otras personas.	0	1	2	3	4
40 Otros familiares abandonan el hogar por los efectos de la enfermedad.	0	1	2	3	4

- ANEXOS -

41	Ayudarle para establecerse en un alojamiento.	0	1	2	3	4
42	Cómo poner una queja sobre el cuidado profesional que recibe.	0	1	2	3	4
43	He conocido personas que me han ayudado.	0	1	2	3	4
44	He descubierto fortalezas en mí misma/o.	0	1	2	3	4
45	Sentirme incapaz de dejarla sola/o en casa.	0	1	2	3	4
46	El efecto de la enfermedad entre los menores en la familia.	0	1	2	3	4
47	La enfermedad está causando la ruptura familiar.	0	1	2	3	4
48	Ella/él mantiene malas compañías.	0	1	2	3	4
49	Cómo la enfermedad afecta a los eventos especiales de la familia.	0	1	2	3	4
50	Averiguar cómo funcionan los hospitales o los servicios de salud mental.	0	1	2	3	4
51	El conocimiento de los médicos sobre los servicios disponibles para las familias.	0	1	2	3	4
52	La dificultad para obtener información sobre la enfermedad.	0	1	2	3	4

Durante el pasado mes con qué frecuencia has pensado que ella/él ha estado:

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Casi siempre
53 Malhumorado	0	1	2	3	4
54 Imprevisible	0	1	2	3	4
55 Retraído	0	1	2	3	4
56 No comunicativo	0	1	2	3	4
57 Faltando de interés	0	1	2	3	4
58 Lento al hacer las cosas	0	1	2	3	4
59 Poco fiable al hacer las cosas	0	1	2	3	4
60 Indeciso	0	1	2	3	4
61 Irritable	0	1	2	3	4
62 Desconsiderado	0	1	2	3	4
63 Actuando de forma imprudente	0	1	2	3	4
64 Suspical	0	1	2	3	4
65 Apariencia física avergonzante	0	1	2	3	4
66 Actuando de forma extraña	0	1	2	3	4

Versión breve de la Escala de Ajuste Diádico (EAD-13)

(VERSIÓN PAREJA)

Instrucciones. La mayoría de las personas muestra algún tipo de desacuerdo en sus relaciones. Indique, por favor, el grado aproximado de acuerdo o desacuerdo **entre usted y su pareja** en cada uno de los elementos que figuran a continuación.

	Siempre en desacuerdo	Casi siempre en desacuerdo	A menudo en desacuerdo	A veces en desacuerdo	Casi siempre de acuerdo	Siempre de acuerdo
1. Manejo de finanzas familiares						
2. Demostraciones de cariño.						
3. Amistades.						
4. Relaciones con los familiares próximos,						
5. Tareas domésticas.						
	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
6. ¿Con qué frecuencia han pensado en el divorcio o separación?						
7. ¿Lamenta haberse casado (o decidido vivir juntos)?						
8. ¿Con qué frecuencia discuten usted y su pareja?						
	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi todos los días	Todos los días	
9. ¿Besa a su pareja?						
	En ninguna	En casi ninguna	En algunas	En la mayoría	En casi todas	
10. ¿Participan juntos en actividades fuera de la pareja?						
	Nunca	Menos de 1 vez al mes	1-2 veces al mes	1-2 veces a la semana	1 vez al día	Más a menudo incluso
11. ¿Dialogan tranquilamente sobre cualquier cosa?						
12. ¿Colaboran juntos en un proyecto?						

13. De las frases que siguen, ¿cuál refleja mejor su forma de ver el futuro de su relación?	
0	Nuestra relación nunca podrá tener éxito y no hay nada más que yo pueda hacer para preservarla.
1	Sería bueno que nuestra relación tuviera éxito, pero me niego a hacer más de lo que ya hago.
2	Sería bueno que nuestra relación tuviera éxito, pero no puedo hacer mucho más de lo que ya hago para que así sea.
3	Deseo mucho que nuestra relación tenga éxito y pondré de mi parte lo necesario para que así sea.
4	Deseo muchísimo que nuestra relación tenga éxito y haré todo lo que pueda para que así sea.
5	Deseo a toda costa que nuestra relación tenga éxito y haría lo imposible porque fuera así.

**Versión breve de la Escala de Ajuste Diádico (EAD-13)
(VERSIÓN FAMILIAR)**

Instrucciones. La mayoría de las personas muestra algún tipo de desacuerdo en sus relaciones. Indique, por favor, el grado aproximado de acuerdo o desacuerdo entre **usted y el familiar del que cuida** en cada uno de los elementos que figuran a continuación.

	Siempre en desacuerdo	Casi siempre en desacuerdo	A menudo en desacuerdo	A veces en desacuerdo	Casi siempre de acuerdo	Siempre de acuerdo
1. Cuestiones económicas.						
2. Demostraciones de cariño.						
3. Amistades.						
4. Relaciones con los familiares próximos.						
5. Tareas domésticas.						
	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
6. ¿Con qué frecuencia han pensado que deje de convivir con ustedes?						
7. ¿Lamenta haber tenido a su familiar (hijo, hermano...)?						
8. ¿Con qué frecuencia discuten usted y su familiar?						
	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi todos los días	Todos los días	
9. ¿Besa a su familiar?						
	En ninguna	En casi ninguna	En algunas	En la mayoría	En casi todas	
10. ¿Participan juntos en actividades fuera de la familia?						

	Nunca	Menos de 1 vez al mes	1-2 veces al mes	1-2 veces a la semana	1 vez al día	Más a menudo incluso
11. ¿Dialogan tranquilamente sobre cualquier cosa?						
12. ¿Colaboran juntos en un proyecto?						
13. De las frases que siguen, ¿cuál refleja mejor su forma de ver el futuro de la relación con su familiar						
0	Nuestra relación nunca podrá ir bien y no hay nada más que yo pueda hacer para preservarla.					
1	Sería bueno que nuestra relación fuera bien, pero me niego a hacer más de lo que ya hago.					
2	Sería bueno que nuestra relación fuera bien, pero no puedo hacer mucho más de lo que ya hago para que así sea.					
3	Deseo mucho que nuestra relación vaya bien y pondré de mi parte lo necesario para que así sea.					
4	Deseo muchísimo que nuestra relación vaya bien y haré todo lo que pueda para que así sea.					
5	Deseo a toda costa que nuestra relación vaya bien y haría lo imposible porque fuera así.					

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL (MOS)

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de la que Usted dispone:

1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre).

Escriba el nº de amigos íntimos ____ y familiares cercanos ____.

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda, ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? Marque con un círculo uno de los números de cada fila.

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en cama.	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar.	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto.	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato.	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace.	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse.	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.	1	2	3	4	5

13. Alguien cuyo consejo realmente desee.	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse.	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas.	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.	1	2	3	4	5

PROCOLO DE EVALUACIÓN
PARA PACIENTES CON
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD LÍMITE

1. Indica tu relación con la persona que te cuida (rodea con un círculo uno): Madre, Padre, Hermano, Hermana, Esposo/ a, otro pariente (P.ej. Abuela, tía), Amigo/ a, Otro

2. ¿Has estado conviviendo con esta persona durante estos últimos tres meses? (rodea uno)

Sí No

3. ¿Cuántas horas diarias compartes con la persona que te cuida en un día laboral típico durante estos últimos tres meses? horas al día entre semana.

4. ¿Cuántas horas diarias compartes con la persona que te cuida en un día de fin de semana típico durante estos últimos tres meses? horas al día/ fin de semana.

LEE (Level of Expressed Emotion)

(Kazarian, Cole, Malla and Baker, 1990; Adaptación española Sepúlveda, et al., 2010)

A continuación se presenta una lista de afirmaciones que se pueden aplicar comúnmente a las personas que cuidan de un familiar o amigo. Por favor lee cada afirmación e indica sinceramente rodeando con un círculo V (Verdadero) o F (Falso) si la persona que te cuida a ti, debido a tu enfermedad, ha actuado o no de esta manera durante estos tres últimos meses:

	Verdadero	Falso
1. Cuando estoy molesta/o me calma	V	F
2. Me dice que no tengo control sobre mí misma/o.	V	F
3. Es comprensiva/o conmigo incluso cuando no cumplo sus expectativas.	V	F
4. No me pone nerviosa/o.	V	F
5. Me dice que sólo quiero atención cuando no me encuentro bien.	V	F
6. Me hace sentir culpable por no cumplir sus expectativas.	V	F
7. No le considero demasiado protector/a conmigo.	V	F
8. Se enfada perdiendo los estribos.	V	F
9. Es comprensivo/a conmigo cuando no me encuentro bien.	V	F
10. Puede ver mi punto de vista.	V	F
11. Siempre está entrometiéndose.	V	F
12. No pierde el control cuando las cosas empiezan a ir mal.	V	F
13. No me ayuda cuando estoy disgustada/o o no me encuentro bien.	V	F
14. Me critica si no cumplo sus expectativas.	V	F
15. Me culpa por las cosas que no van bien.	V	F
16. Me hace sentir valiosa/o como persona.	V	F

17. No sabe manejar mis sentimientos cuando no me encuentro bien.	V	F
18. Me dice que yo creo estos problemas para vengarme de ella/él.	V	F
19. Comprende mis limitaciones.	V	F
20. Puede mantener el control en situaciones estresantes.	V	F
21. Intenta que me sienta mejor cuando estoy disgustada/o o enferma/o.	V	F
22. Es realista acerca de lo que puedo y no puedo hacer.	V	F
23. Está siempre husmeando en mis asuntos.	V	F
24. Escucha todo lo que le tengo que decir.	V	F
25. Expresa que no está bien buscar ayuda profesional.	V	F
26. Se enfada conmigo cuando las cosas no van bien.	V	F
27. Tiene que saberlo todo acerca de lo que hago o me pasa.	V	F
28. Su presencia me relaja.	V	F
29. Me acusa de estar exagerando cuando me encuentro mal.	V	F
30. Insiste en saber dónde estoy.	V	F
31. Se enfada conmigo sin motivo.	V	F
32. Es una persona considerada cuando está disgustada.	V	F
33. Cuento con su apoyo cuando lo necesito.	V	F
34. Se entromete en mis asuntos privados.	V	F
35. Puede manejar bien el estrés.	V	F
36. Es comprensiva/o si cometo un fallo.	V	F
37. No hurga en mi vida.	V	F
38. Se vuelve impaciente conmigo cuando me encuentro mal.	V	F
39. Tiene expectativas demasiado altas hacia mí.	V	F
40. No hace muchas preguntas personales.	V	F
41. Hace que las cosas empeoren cuando no van bien.	V	F
42. Me acusa a menudo de inventarme cosas cuando no me encuentro bien.	V	F
43. Pierde los "estribos" cuando no hago algo bien.	V	F
44. Se desespera cuando las cosas no van bien.	V	F
45. Intenta tranquilizarme cuando no me encuentro bien.	V	F

Versión breve de la Escala de Ajuste Diádico (EAD-13)
(VERSIÓN FAMILIAR)

Instrucciones. La mayoría de las personas muestra algún tipo de desacuerdo en sus relaciones. Indique, por favor, el grado aproximado de acuerdo o desacuerdo entre usted y su familiar en cada uno de los elementos que figuran a continuación.

	Siempre en desacuerdo	Casi siempre en desacuerdo	A menudo en desacuerdo	A veces en desacuerdo	Casi siempre de acuerdo	Siempre de acuerdo
1. Cuestiones económicas.						
2. Demostraciones de cariño.						
3. Amistades.						
4. Relaciones con los familiares próximos.						
5. Tareas domésticas.						
	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
6. ¿Con qué frecuencia han pensado que deje de convivir con ustedes?						
7. ¿Lamenta haber tenido a su familiar (hijo, hermano...)?						
8. ¿Con qué frecuencia discuten usted y su familiar?						
	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi todos los días	Todos los días	
9. ¿Besa a su familiar?						

	En ninguna	En casi ninguna	En algunas	En la mayoría	En casi todas	
10. ¿Participan juntos en actividades fuera de la familia?						
	Nunca	Menos de 1 vez al mes	1-2 veces al mes	1-2 veces a la semana	1 vez al día	Más a menudo incluso
11. ¿Dialogan tranquilamente sobre cualquier cosa?						
12. ¿Colaboran juntos en un proyecto?						
13. De las frases que siguen, ¿cuál refleja mejor su forma de ver el futuro de la relación con su familiar?						
0	Nuestra relación nunca podrá ir bien y no hay nada más que yo pueda hacer para preservarla.					
1	Sería bueno que nuestra relación fuera bien, pero me niego a hacer más de lo que ya hago.					
2	Sería bueno que nuestra relación fuera bien, pero no puedo hacer mucho más de lo que ya hago para que así sea.					
3	Deseo mucho que nuestra relación vaya bien y pondré de mi parte lo necesario para que así sea.					
4	Deseo muchísimo que nuestra relación vaya bien y haré todo lo que pueda para que así sea.					
5	Deseo a toda costa que nuestra relación vaya bien y haría lo imposible porque fuera así.					

