

TRASTORNO MENTAL INFANTO-JUVENIL Y
DISFUNCION FAMILIAR

Zapata R.
Muñoz J.
Lahortiga F.
Cervera S.

Departamento de Psicología Médica y Psiquiatría.
Clínica Universitaria y Facultad de Medicina.
Universidad de Navarra
Pamplona.

INTRODUCCION

El estudio de la enfermedad mental puede abordarse con validez bajo diferentes aspectos: aberraciones químicas en los neurotransmisores, acontecimientos vitales, desarrollo de la personalidad y patrones de comunicación intrafamiliar, son ejemplo de ellos. Empíricamente puede hablarse de una interacción entre los diferentes aspectos de la enfermedad que en general tienden a mantenerla.

El aspecto familiar es difícil de evaluar, pero el hacerlo es importante, pues se ha demostrado que la gravedad de la enfermedad mental correlaciona directamente con el grado de disfunción familiar (Lewis, 1976) -no entramos en la discusión acerca de si esta disfunción tiene origen genético o ambiental-.

El objetivo de este trabajo ha sido estudiar la posible relación entre el diagnóstico clínico, el tipo y el grado de disfunción familiar y las actitudes de los padres.

MATERIAL Y METODOS

La muestra está constituida por todos los sujetos en edad infanto-juvenil que han sido atendidos en nuestras consultas ambulatorias a lo largo de los tres últimos meses de 1985, con cociente intelectual normal en el test de Raven o Leiter.

Los datos exigidos para la cumplimentación de las variables en estudio han sido obtenidos a través de entrevistas (entre 5 y 8) de unos 45 minutos de duración, mantenidas tanto en forma individual con el paciente y con cada uno de los miembros familiares, como con el conjunto del grupo familiar.

Se han tenido en cuenta para el estudio, las variables demográficas sexo y edad, las clínicas diagnóstico y grado de patología familiar y las psicosociales actitudes paternas y tipos de familia patógena.

Para el diagnóstico se ha seguido la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) adaptada por la O.M.S., sección V, en su novena revisión (O.M.S.,1978).

El grado de patología familiar (ausente, leve, grave y severa) se ha valorado atendiendo a los siguientes aspectos: Autoridad, coaliciones intrafamiliares, identidad de los miembros, expresión afectiva y comunicación, y eficacia ante los problemas.

En las actitudes predominantes de los padres se han tenido en cuenta los aspectos básicos de aceptación, contacto emocional, normatividad y operatividad, cada uno de ellos con sus respectivas dos posibilidades: Sobreprotección-rechazo, afectiva-fría; exigente-consentidora; coercitiva-ausente; y, finalmente, el acontecimiento de la vida, enfermedad como actitud significativa.

Para los tipos de familia patógena se han seguido los criterios de Ackerman (1961) que, como se sabe, recoge siete posibilidades:

1. Grupo familiar aislado del medio exterior con fracaso emocional en la integración con la comunidad.
2. Grupo familiar sobreintegrado con el exterior e incompleto y fragmentado interiormente.
3. Grupo familiar con discusión o conflicto entre los padres y esfuerzo compensador hiperprotector.
4. Grupo familiar con primacía absoluta de los motivos y necesidades de los padres.
5. Grupo familiar con inmadurez de los padres. Familia dependiente.
6. Grupo familiar rebelado contra las normas y costumbres de la sociedad.
7. Grupo familiar desintegrado.

En el trabajo hemos contemplado el grupo cero, como tipo familiar normal.

TRASTORNO MENTAL INF.-JUV. Y DISFUNCION FAMILIAR

Para el análisis de los resultados se ha utilizado el procedimiento estadístico de significación de diferencias entre porcentajes.

RESULTADOS

La muestra está constituida por 31 pacientes (18 del sexo masculino y 13 del femenino), de edades comprendidas entre 3 y 18 años, ambos inclusive (Tabla 1).

Tabla 1

Distribución de la muestra según sexo y edad

Edad	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Primera infancia (1 a 5 1/2)	0	0.0	4	30.8*	4	12.9
Segunda infancia (5 1/2 a 10 1/2) (5 1/2 a 12)	7	38.9	2	15.4	9	29.0
Juventud (10 1/2 a 20) (12 a 21)	11	61.1	7	53.8	18	58.1
TOTAL	18	100	13	100	31	100

* $p < 0.05$

El total de los pacientes se distribuye en cinco diagnósticos, y algo más de las tres cuartas partes se agrupan en síntomas o síndromes especiales (29.0%), perturbaciones emocionales (29.0%) y trastornos neuróticos (25.8%). (Ver tabla 2).

TABLA 2

Distribución de los pacientes según sexo, diagnóstico, grado de disfunción familiar y tipo familiar de ACKERMAN.

	Hombres (n=18)		Mujeres (n=13)		Total (N=31)	
	n	%	n	%	n	%
DIAGNOSTICO						
Trastornos neuróticos (300)	4	22.2.	4	30.8	8	25.8
Trastornos de personalidad (301)	3	16.7	0	0.0	3	9.7
Alt. de las funciones corporales (306)	1	5.6	1	7.7	2	6.5
Síntomas o síndromes especiales (307)	6	33.3	3	23.1	9	29.0
Perturbaciones emocionales (313)	4	22.3	5	38.5	9	29.0
GRADO DE DISFUNCION FAMILIAR						
Normal	0	0.0	1	7.7	1	3.2
Leve	12	66.7*	3	23.1	15	48.4
Grave	5	27.8	5	38.5	10	32.3
Severa	1	5.5	4	30.8	5	16.1
TIPO FAMILIAR DE ACKERMAN						
0	1	5.6	0	0.0	1	3.2
1	1	5.6	1	7.7	2	6.5
2	6	33.2	1	7.7	7	22.6
3	8	44.4	9	69.2	17	54.8
4	1	5.6	0	0.0	1	3.2
5	0	0.0	1	7.7	1	3.2
6	0	0.0	0	0.0	0	0.0
7	1	5.6	1	7.7	2	6.5

* p < 0.05

TRASTORNO MENTAL INF.-JUV. Y DISFUNCION FAMILIAR

El 48.4% de los casos presentan un grado de disfunción familiar leve, predominando entre ellos los hombres ($p < 0.05$), con un 66.7%. Los casos con disfunción familiar grave (32.3%) y severa (16.1%) no presentan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los sexos.

En cuanto al tipo familiar de Ackerman, el 54.8% de los casos pertenecen al tipo familiar número 3, o grupo familiar con desunión o conflicto entre los padres y esfuerzo compensador hiperprotector. Le siguen en proporción, con un 22.6% los pacientes con un grupo familiar tipo 2 o grupo familiar sobreintegrado con el exterior y vida interior incompleta o fragmentada.

Entre los padres (varones), sobre un total de 60 actitudes recogidas, el 63.3% corresponden a actitud exigente (23.3%), a actitud afectiva (20.0%) y a actitud fría (20.0%), no siendo estadísticamente significativa la variable sexo (Tabla 3).

TABLA 3

Distribución de los pacientes según sexo y actitudes paternas.

ACTITUDES PATERNAS	Hombres (n=38)		Mujeres n=24)		Total (n=60)	
	n	%	n	%	n	%
Sobreprotectora	2	5.6	0	0.0	2	3.3
Rechazo	1	2.8	0	0.0	1	1.8
Afectiva	7	19.4	5	20.9	12	20.0
Fría	7	19.4	5	20.9	12	20.0
Exigente	9	25.0	5	20.9	14	23.3
Consentidora	3	8.3	2	8.3	5	8.3
Coercitiva	3	8.3	4	16.6	7	11.7
Ausente	4	11.2	1	4.1	5	8.3
Enfermedad	0	0.0	2	8.3	2	3.3

Entre las madres (N=61), el 85% de las actitudes corresponden a actitud afectiva (26.3%), actitud exigente (21.3%), actitud sobreprotectora (19.7%) y actitud coercitiva (18.0%). Aten-

diendo al sexo del paciente destacan las mayores proporciones, estadísticamente significativas, de actitud materna afectiva ($p < 0.01$) y consentidora ($p < 0.05$) con respecto a los hijos varones y la mayor proporción también estadísticamente significativa ($p < 0.001$) de actitud materna coercitiva con respecto a los hijos del propio sexo (Tabla 4).

TABLA 4

Distribución de los pacientes según sexo y actitudes maternas.

ACTITUDES MATERNAS	Hombres (n=33)		Mujeres (n=28)		Total (n=61)	
	n	%	n	%	n	%
Sobreprotectora	7	21.3	5	17.8	12	19.7
Rechazo	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Afectiva	12	36.4**	4	14.3	16	26.3
Fría	1	3.0	3	10.7	4	6.5
Exigente	5	15.1	8	28.6	13	21.3
Consentidora	4	12.1*	0	0.0	4	6.5
Coercitiva	3	9.1***	8	28.6	11	18.0
Ausente	1	3.0	0	0.0	1	1.7
Enfermedad	0	0.0	0	0.0	0	0.0

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

*** $p < 0.001$

Poco más de la mitad (57.2%) de las actitudes paterno-maternas corresponden a cuatro posibilidades, que de mayor a menor proporción son los siguientes: Actitud paternoexigente-maternosobreprotectora (19.4%); actitud paternoafectiva-maternoexigente (16.1%); actitud paternofría-maternoexigente (13.0%) y actitud paternoexigente-maternoexigente (9.7%). La actitud paternoexigente-maternoexigente es significativamente mayor ($P < 0.05$) para los pacientes de sexo femenino (ver Tabla 5).

El análisis de las variables en función de la edad de los pacientes no muestra diferencias significativas relevantes.

TABLA 5

Distribución de sexos según actitudes paterno-maternas

Actitudes paterno-maternas	Hombres (n=18)		Mujeres (n=12)		Total (N= 31)		
	n	%	n	%	n	%	
Afectiva	Sobreprotectora	2	11.2	0	0.0	2	6.5
	Fría	1	5.5	0	0.0	1	3.2
	Exigente	2	11.2	3	23.0	5	16.1
Fría	Sobreprotectora	1	5.5	0	0.0	1	3.2
	Afectiva	1	5.5	0	0.0	1	3.2
	Exigente	0	0.0	4	30.8 *	4	13.0
	Consentidora	1	5.5	0	0.0	1	3.2
Exigente	Sobreprotectora	1	5.5	0	0.0	1	3.2
	Afectiva	4	22.1	2	15.4	6	19.4
	Fría	0	0.0	2	15.4	2	6.5
	Exigente	2	11.2	1	7.7	3	9.7
Consentidora-Exigente	Consentidora	1	5.5	0	0.0	1	3.2
	Exigente	1	5.5	0	0.0	1	3.2
Coercitiva-Afectiva		1	5.5	0	0.0	1	3.2
Enfermedad-Afectiva		0	0.0	1	7.7	1	3.2

* p < 0.05

TABLA 6

Distribución de los pacientes según diagnóstico y grado de disfunción familiar

Diagnóstico	Normal (n=1)		Leve (n=15)		Grave (n=10)		Severa (n=5)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trastornos neuróticos	0	0.0	5	33.0*	2	20.0	1	20.0
Trastornos personalidad	0	0.0	0	0.0	2	20.0	1	20.0
Alteraciones func. corporales	0	0.0	2	14.0	0	0.0	0	0.0
Síntomas o Síndromes especiales	0	0.0	5	33.0*	3	30.0	1	20.0
Perturbación emocional	1	100.0	3	20.0	3	30.0	2	40.0

* p < 0.05 respecto al grupo con grado de disfunción familiar normal del correspondiente diagnóstico.

DIAGNOSTICO Y GRADO DE DISFUNCION FAMILIAR

El diagnóstico trastornos neuróticos y el de síntomas o síndromes especiales (Tabla 6) se da con mayor frecuencia ($p < 0.05$) entre las familias con grado de disfunción leve que entre las familias normales (33% y 0% respectivamente en ambos casos).

DIAGNOSTICO Y TIPO FAMILIAR DE ACKERMAN

El análisis de la variable diagnóstico, en función de los tipos familiares de Ackerman, muestra que los trastornos neuróticos se dan con mayor frecuencia ($p < 0.01$) asociados al tipo familiar de Ackerman nº 3 (35%) que a los tipos familiares 0, 4, 5, 6 y 7 (todos ellos con 0%).

Los trastornos de personalidad aparecen de forma más frecuente ($p < 0.05$) en el tipo familiar de Ackerman 2 (43%) que en el 3 (0%).

Los síntomas o síndromes especiales se dan con mayor frecuencia ($p < 0.01$) en el tipo familiar de Ackerman 3 (35%) que en los tipos 5, 6 y 7 (todos ellos con 0.0%).

ACTITUDES PATERNAS Y DIAGNOSTICO

La actitud paterna fría aparece con mayor frecuencia ($p < 0.05$) tanto en las perturbaciones emocionales (26%) como en el diagnóstico de síntomas o síndromes especiales (23% ; $p < 0.05$) que en las alteraciones de las funciones corporales (0%). La actitud paterna exigente se presenta también en mayor proporción ($p < 0.05$) tanto en las perturbaciones emocionales (26%) como en los síntomas o síndromes especiales (23%) y en los trastornos neuróticos (29%), que en las alteraciones de las funciones corporales (0%).

La actitud materna afectiva se da con mayor frecuencia ($p < 0.01$) entre los pacientes con perturbaciones emocionales (38%) que entre los pacientes con trastornos de personalidad (0%).

La actitud paternoexigente y maternoafectiva aparece con mayor frecuencia ($p < 0.05$) en el grupo de pacientes con diagnóstico de perturbaciones emocionales (34%) que en el de trastornos neuróticos (12.5%).

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Aunque sujetos a los condicionamientos de un determinado contexto sociocultural y clínico, no menos que a un material difícilmente cuantificable, el intento de captar las categorías dinámicas y de comunicación intrafamiliar, como postulan numerosos autores (Jackson D.D., 1965; Meisner W.W., 1966; Minuchin S., 1976), parece válido para el acercamiento diagnóstico, pronóstico y psicoterápico de los trastornos infanto juveniles. Sin duda, la fiabilidad de los resultados va a estar basada en la experiencia clínica y unidad de criterios en la recogida de datos del grupo del entrevistador, apoyada en una clara y específica definición de los conceptos y variables del estudio. De hecho valoramos nuestros hallazgos como fuente de nuevas hipótesis de trabajo. Alguno de ellos, como el que la proporción de actitudes maternas afectiva y consentidora es mayor para con los hijos varones y que la proporción de actitud materna coercitiva es mayor para con los hijos del propio sexo, confirma la opinión más extendida y postulada clásicamente(Haley J., 1974).

Más dificultades de interpretación ofrece el objetivar como más frecuentemente asociadas las actitudes paternas fría y exigente con alteraciones de las funciones corporales que con perturbaciones emocionales o síntomas o síndromes especiales.

El hecho de que el diagnóstico trastornos neuróticos se asocie en mayor proporción al tipo familiar de Ackerman 3 que a los tipos familiares 0, 4, 5, 6 y 7, hace pensar en la mayor influencia neurotizante de un ambiente conflictivo e hiperprotector a la vez.

También el diagnóstico de síntomas o síndromes especiales aparece de forma más frecuente entre las familias con grado de disfunción leve que entre las familias normales y se asocia con mayor frecuencia al tipo familiar de Ackerman 3 que a los tipos familiares 5, 6 y 7.

Finalmente, el que los trastornos de personalidad aparezcan con mayor frecuencia en el tipo familiar de Ackerman 2 que en el 3, es sugerente del fuerte potencial constitucional que puede suponer la falta de apoyo de un grupo sobreintegrado con el exterior y fragmentado interiormente.

En resumen, los resultados nos permiten destacar la importancia de la detección de los grados de disfunción familiar leves y los tipos familiares con conflicto parental y esfuerzo hiperprotector compensador (Tipo 3 de Ackerman) para el adecuado tratamiento de los trastornos neuróticos y síndromes especiales infantojuveniles.

BIBLIOGRAFIA

- Ackerman, N.W., *The Psychodynamics of Family Life*. Basic Books, New York, 1961.
- Haley, J, *Changing Families. A Family Therapy Reader*. Grune-Straton, New York and London, 1974.
- Jackson, D.D., *Family Homeostasis and the Physician*. Calif. Med. 103, 239-242, 1965.
- Lewis, J.M. et al. *No single tread. Psychological Health in Family Systems*. New York, Brunner-Hazel, 1976.
- Meisner, W.W., *Family Dynamics and Psychosomatic Process*. Family Process 5, 142-161, 1966.
- Minuchin S., *Families and Family Therapy*. Harvard University Press, 1974.
- O.M.S., *Trastornos mentales. Glosario y guía para su clasificación según la novena revisión de la Clasificación internacional de enfermedades*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1978.