

TRASTORNOS PSIQUICOS EN GRUPOS DE ADOLESCENTES CON ESTRUCTURA FAMILIAR TIPICA Y ATIPICA. UN ESTUDIO COMPARATIVO.

P. Rodriguez Ramos, E. Asenjo Rodriguez, P. Jimeno Marco, T. Monsalve Aulestiarte, M^a Amor Fernandez Alvarez.

«CENTRO DE CONDUCTA INFANTO-JUVENIL. A.I.S.N MADRID»

PALABRAS CLAVE: Adolescentes. Anomalías Familiares. Trastornos psíquicos.

«La paternidad enriquece y arruina, cerca y destruye, libera y somete, genera agonia y éxtasis, y no puede compararse a ninguna otra experiencia humana»

FRENCH, A.P.

1.— INTRODUCCION

En cualquier familia la aparición de anomalías en las esferas psíquicas, biológica y social, ya sea por carencia o mal funcionamiento en algunas de ellas, va a dar lugar a conflictos en los demás niveles, y como resultado final en el desarrollo de las personas que constituyen esa familia.

En la actualidad, y en nuestro país no se puede conocer más que de forma muy fragmentaria, la cantidad de niños

o adolescentes que forman parte de una familia con anomalías suficientemente importantes en su estructura o en su funcionamiento como para ser calificadas de familias atípicas.

Los censos de población no son útiles para conocer la cantidad de niños o adolescentes que se encuentran en estas condiciones anómalas. Podemos conocer el número de divorcios, pero no el de hijos de padres divorciados, ni el tamaño de su fratria, ni la edad. En los casos de viudez ocurre lo mismo, y también en las adopciones. Los casos de trastornos psíquicos graves, o enfermedades invalidantes también pueden ser conocidos, grosso modo, pero no los hijos de padres que se encuentran en estas situaciones.

Además de desconocer la cantidad de niños o adolescentes que viven en familias consideradas como atípicas, carecemos de datos sobre los trastornos psicopatológicos de dicha población, ya se trate de la incidencia o prevalencia de tras-

tornos psíquicos o del tipo de trastornos que se presentan y la intensidad de los mismos.

Los estudios realizados sobre hijos de familias anómalas se han tenido que realizar sobre grupos especiales de esta población (niños inadaptados de escuelas residenciales KELLMER, 1965), en estudios comparativos reducidos de grupos escolares enviados a tratamiento psiquiátrico comparados con grupos control de las mismas características (WOFF, 1968), o en cuentas más amplias sobre la población adolescente (GREGORY, 1965), cuyos resultados no pueden aplicarse a otros países sin dar lugar a posibles sesgos debido a diferencias socioculturales y económicas.

Según el estudio de GREGORY (1965), uno de cada ocho adolescentes de quince años pertenecía a familias disgregadas, siendo los casos más frecuentes, divorcio o separación y muerte del padre. En este estudio también se ofrecen algunos datos que ponen en evidencia variaciones en las cifras de orfandad y divorcio según estratos sociales, mostrando una mayor incidencia de ambos en las familias obreras. Los divorcios también mostraban diferencias de presentación entre la población urbana y rural, siendo menos frecuentes en esta.

Las investigaciones que comparan poblaciones de niños y adolescentes con trastornos psíquicos con población general como referencia muestran diferencias. Los de BANNISTER (1945) mostraban que entre los enviados a clínicas de guía uno de cada ocho era huérfano y uno de cada cuatro procedía de familias rotas, mientras que en el grupo control uno de cada dieciocho era huérfano y uno de cada doce procedía de hogares rotos. El estudio de WOLFF y ACTION (1968), es más reciente, y compara niños de escuela primaria. En él un 28% del grupo enviado a tratamiento psiquiátrico procedía de hogares rotos, mientras que solo el 6% del grupo de referencia se encontra-

ban en esta situación de anomalía familiar. Desde otro punto de vista KELLMER PRINCLE (1961), analizaba la procedencia de niños que reciben tratamiento residencial, encontrando tasas altas de atipicidad familiar: 19% con padres divorciados, 17% con padrastros, 15% ilegítimos, 9% huérfanos y 8% adoptados.

Son escasos en la bibliografía los estudios de población más orientativos, que son los que estudian la sintomatología de los hijos de familias atípicas comparándolos con un grupo de adolescentes control. En este sentido solo existen algunos datos referidos a Trastornos de Conducta (muy en relación con actos delictivos y el ya citado de WOLFF y ACTION 1966, y GREGORY (1965), encuentra que entre los adolescentes que presentaban Trastornos de Conducta de incidencia máxima se daba entre hijos de padres divorciados o separados, y a continuación entre hijos varones de padres fallecidos, ocupando el tercer lugar las hijas de madres fallecidas, apoyando así la hipótesis de una falta de identificación adecuada con el padre del mismo sexo. No encontrando diferencias entre las diversas clases sociales. Aparte de los Trastornos de Conducta no se pueden hacer otras precisiones en cuanto a mayor incidencia de trastornos psíquicos en hijos de familias atípicas ni en cuanto a las características de estos trastornos.

Las vivencias reales o ficticias de pérdida de seres queridos son un factor de reconocida importancia en el desarrollo de los trastornos depresivos. En la **orfandad**, con una pérdida dramáticamente intensa y real, parece darse una condición suficientemente traumática para dar lugar a la aparición de trastornos adaptativos importantes. Cuando muere uno de los progenitores no solo se pierde el vínculo con él, sino también con una parte del progenitor superviviente, quien se encuentra en situación de duelo más intensa que la de los hijos. El duelo mantenido y los cambios de la familia

(económicos, sociales y de relación entre los miembros) pueden configurar rasgos similares o diferentes en los trastornos emocionales y de conducta de los huérfanos. Las variaciones en la resolución, la aparición del padrastro o madrastra, y las distintas soluciones en sentido favorable o desfavorable para comprender las características psicopatológicas de un adolescente huérfano.

Según los estudios de poblaciones huérfanas, los hijos se ven más afectados por la muerte del progenitor del mismo sexo, y más cuando las relaciones previas entre los padres no habían sido adecuadas (HILGARD 1960). Existen diferencias según la edad a que tiene lugar el impacto. Las consecuencias psicológicas son mayores cuando la edad de incidencia son las 3 - 4 años (RUTTER 1966), por las necesidades de identificación existentes en esa etapa del desarrollo. Según los estudios de estos y otros autores las consecuencias psicológicas a largo plazo son más importantes que las experiencias del hecho de la muerte del padre/madre y del duelo.

El estudio de ELIZUR (1982) ofrece datos reveladores de la importancia a corto y medio plazo de la orfandad sufrida antes de los diez años. Un 40% de los niños estudiados muestran Trastornos de Conducta de intensidad severa, y dificultades importantes en las funciones sociales a los cuarenta y dos meses de la pérdida del padre en guerra. Este trabajo tiene un interés complementario ya que las condiciones del soporte social son semejantes para todos, y aparentemente buenas, pues está realizado en niños y niñas de kibbutzs. De este trabajo se puede deducir un apoyo a la idea de que el hecho de la orfandad es traumático a largo plazo independientemente del soporte social y de la superación del duelo por el conyuge superviviente.

Las **separaciones o divorcios** suponen la pérdida de uno de los padres para el hijo/a, y existen referencias bibliográ-

ficas en que se reflejan algunas características de personalidad de hijos de familias divorciadas atribuidos al hecho de la pérdida. BOHANNAN (1980), señala diferencias según la edad en que aparece el divorcio, con duelo e incompreensión en edades tempranas, así como regresiones diversas en su conducta; esta situación es similar, aunque menos intensa, en los hijos en edad escolar. Los adolescentes reaccionan con coraje y aislamiento, intentando no tomar partido, aunque comprenden racionalmente la situación. En todas las edades surgen sentimientos de culpa en los hijos por las propias limitaciones que puedan haber conducido al divorcio. En cualquier caso la adaptación, asimilación y superación dependen notablemente de las nuevas perspectivas de vida que se establezcan a partir de la separación, con las reestructuraciones de una nueva familia con padrastro/madrastra. La superación del divorcio y el establecimiento de nuevos proyectos orientados hacia el futuro, son más importantes que el hecho del divorcio en lo que se refiere a las consecuencias emocionales para los hijos. El estudio de BOHANNAN y ERICHSON (1978) apuntan datos para sustentar estas ideas: los hijastros de segundos matrimonios tienen un rendimiento escolar similar a los hijos de familias típicas, y lo mismo ocurre con las características de su integración social y sentimientos de bienestar personal. HETHERINGTON y COLS (1982) en su estudio llegan a conclusiones similares, estableciendo algunos factores de buen/mal pronóstico según los comportamientos de padres e hijos posteriores al divorcio.

El hecho de la **adopción** es valorado de distintas formas según las perspectivas que se toman para el análisis. Mirando hacia el pasado la adopción puede considerarse con el fin de un desarrollo vital traumatizado y el comienzo de un proceso de reestructuración que ofrece un ambiente más estable en el que se pueden solucionar los conflictos anterio-

res. Si se analizan las perspectivas de futuro de la misma adopción pueden exponerse dificultades potenciales para la adaptación de los padres y el hijo/a al nuevo grupo que acaban de constituir. Además el hecho de la adopción significa una ruptura en la que los padres biológicos, conocidos o no, renuncian al hijo/a en todos los aspectos, incluyendo los lazos afectivos, reales o ficticios. Para un adolescente descubrir que es adoptado supone poner en marcha los sentimientos antes señalados, vinculándolos de formas diferentes, y con consecuencias también distintas, a los padres biológicos (fantasmas ausentes) y a los adoptivos con los que conviven. Discusiones que apoyan puntos de vistas retrospectivos o prospectivos se han realizado por diversos autores (CHESS 1975), (BERNARD 1974), (SOROSKY. 1977).

Las reacciones del hijo/a y padres adoptivos ante cualquier conflicto de relación surgen en ellos a partir de premisas distintas, no mejores o peores, que los existentes en las familias «típicas». El contexto emocional y de interacción será también distinto, al moverse entre desconocimientos y fantasías sobre la calidad de origen del hijo adoptado, de las características de aceptación del mismo por parte de los padres adoptivos, y del temor de los padres adoptivos a no ser aceptados como «padres» por el hijo/a adoptado.

La convivencia con padres que presentan **trastornos psíquicos graves** y sostenidos, así como la descalificación habitual al otro conyuge, separando o no, por parte del padre que convive con el hijo/a, ofrecen una imagen muy poco constructiva para el establecimiento de identificaciones positivas en el hijo del mismo sexo y para el desarrollo de su personalidad, o para la creación de una imagen ideal del sexo opuesto atractiva y positiva. Los padres de los niños con trastornos psíquicos presentan trastornos moderados o graves con más frecuencia

que los padres de los niños normales (WOLFF 1970). En el caso de los padres, los trastornos psicopatológicos tienen que ser de gran intensidad para provocar en los hijos, efectos similares a los de las madres (WOLFF y ACTION 1986).

Diversas investigaciones en nuestro país y en el extranjero han puesto de manifiesto trastornos de personalidad, conductas asociales y rasgos neuróticos en hijos de padres alcohólicos, sin conclusiones definitivas sobre las afectaciones mayor o menor sobre los hijos del mismo sexo o del opuesto, y sobre la intensidad según sea el padre o la madre el efecto al alcoholismo.

2.— MATERIAL Y METODO

En el Centro de Conducta, dedicado al estudio y tratamiento de trastornos emocionales y de conducta en niños y adolescentes, se han revisado las fichas de recogida de datos de los últimos 400 pacientes atendidos, a fin de tomar aquellos de edad igual o superior a los doce años y separarlos en dos grupos según presentasen anomalías familiares, o no.

De los 236 mayores de 12 años se eliminaron 26 por motivos diversos: en 11 casos por carecer de datos fiables al no haber sido evaluados directamente por los miembros del equipo, o por carecer de datos familiares suficientes. En otros 12 casos los motivos fueron la presencia de Encefalopatía acompañantes a, o causales de su alteración emocional o de conducta y/o deficit intelectual, o casos de separación de los padres inferior a un año.

La división de los casos en los dos grupos quedó tal como se inserta en la Tabla 1 con los números de adolescentes de cada sexo existentes en cada grupo.

El grupo de adolescentes con familia anómala se formaba con aquellos que presentasen datos familiares de las siguientes características:

TABLA 1: DISTRIBUCION POR FAMILIAS Y SEXOS

ADOLESCENTES	NUMERO	(%)	SEXOS
TOTAL CASOS ESTUDIADOS	210	100'00%	S.MASCULINO 140 66'66%
			S.FEMENINO 70 33'33%
FAMILIA TIPICA	153	72'85%	S.MASCULINO 102 66'66%
			S.FEMENINO 51 33'33%
FAMILIA ATIPICA	57	27'14%	S.MASCULINO 38 66'66%
			S.FEMENINO 19 33'33%

- Trastornos psíquicos graves en uno o ambos padres, que se mantengan de forma crónica o intermitente y/o que muestren signos de deterioro (psicosis esquizofrénica, Psicosis afectiva bipolar o depresión resistente, alcoholismo crónico con embriaguez patológica).
- Adoptados.
- Separación de los padres superior a un año. Divorcio o existencia de padrastro o madrastra.
- Orfandad superior a un año.
- Enfermedades crónicas en los padres que por sus características y/o intensidad daban lugar a invalidez importante en el desarrollo de la vida sociolaboral y familiar, o a tratamientos hospitalarios prolongados.
- Hijos de madres solteras.
- Hijos de familias emigrantes con separaciones prolongadas y repetidas de uno o ambos padres.

Una vez seleccionado el grupo, se analizan las frecuencias de aparición de los síntomas estudiados, los diagnósticos y los motivos de consulta, comparando

los resultados con los del grupo de adolescentes que no presentan anomalías familiares del tipo de las referidas.

Se han seleccionado 9 categorías sintomáticas entre las valoradas en la Historia Clínica por considerar que podrían estar más relacionados con el grado de adecuación-inadecuación en el funcionamiento familiar. Como control de síntomas se han recogido Enuresis y Encopresis en ambos casos. (Anexo 1).

El diagnóstico se ha realizado por dos de nosotros (P.R.R. y E.A.R.), de acuerdo al DSM III, utilizando en cada caso el diagnóstico principal, comparando posteriormente la selección del mismo en prueba cruzada. Para el estudio de los casos se han unido diversos diagnósticos en grupos coherentes, pudiendo así realizar una comparación más productiva sin que ello de lugar a conclusiones erróneas. En el grupo de Trastornos de Ansiedad se han incluido los de inicio de la infancia y adolescencia y los correspondientes a los Trastornos por Ansiedad. Los Trastornos Adaptativos aparecen con manifestaciones diversas. En el grupo de Trastornos de Conducta no se han hecho

TIPOS DE ANOMALIA FAMILIAR				
			TOTALES	
	Nº	%	Nº	%
MADRE FALLECIDA	3	5'26	13	22'80
PADRE FALLECIDO	10	17'54		
MADRE ENFERMA PSIQUICA	7	12'28	16	28'07
PADRE ENFERMO PSIQUICO	7	12'28		
PADRES ENFERMOS PSIQUICOS	2	3'50		
PADRES SEPARADOS	15	26'31		
MADRE O PADRE ENFERMO CRONICO	7	12'26		
ADOPTADO	3	5'25		
MADRE SOLTERA	1	1'75		

subdivisiones; por responder los cuatro tipos a un Trastorno común.

En los grupos de Familia Típicas (FT) y Familias Atípicas (FA), se han realizado otros subgrupos por sexos para su posterior comparación: de una parte, la sintomatología de varones con anomalía fa-

miliar se ha comparado con la de los varones con estructura familiar típica. La misma comparación se ha realizado entre los grupos de sexo femenino.

No se han realizado comparaciones según el nivel socioeconómico. Por tratarse de un Centro Oficial, predomina la

agrupación de pacientes en clase media-baja y baja, lo que no permite hacer comparaciones entre las diversas clases sociales. En lo referente al nivel profesional, las proporciones que resultan del total de pacientes estudiados es similar en ambos grupos.

RESULTADOS

Del total de adolescentes que forman parte del estudio (210), 153 corresponden al grupo de Familias Típicas (73'85%) y 57 casos formaban el grupo de Familias Atípicas (27'14%). TABLA 1.

La distribución por sexos entre ambos grupos es coincidente, ya que aparece un 33% de hembras frente a un 66% de varones, tanto en las Familias Típicas como en las Atípicas. TABLA 2.

La distribución por edades nos muestra un máximo en ambos grupos de los 12-13 años, 22'8% de las Atípicas y un 24'18% de las Típicas, para ir descendiendo el número de adolescentes atendidos a medida que crecen en edad. Se aprecia un ligero incremento en los 15 años en el grupo de Familias Típicas.

Los 57 casos de Familias Atípicas se han recogido distribuidos por el tipo de anomalía en la Tabla 2. Las anomalías más abundantes, citadas en frecuencia decreciente, son Enfermedades Psíquicas de uno o ambos padres, Separación o Divorcio de los padres y la muerte de uno o ambos padres. Las proporciones de presentación de estas tres formas de atipicidad son muy similares. Las formas de atipicidad menos frecuentes corresponden a Madre Soltera, Adopción y Enfermedad crónica invalidante de uno de los padres.

La Tabla 3 recoge los datos referentes a Síntomas en número y porcentaje, en cada uno de los distintos grupos de familia típica y familias atípicas, así como los correspondientes a los subgrupos de sexo masculino y femenino entre los ca-

sos de familias típicas y atípicas. También se han incluido los síntomas en los tres grupos de anomalía familiar que cuentan con más casos.

Para conocer las diferencias entre Familias Típicas y Familias Atípicas, se ha realizado una triple comparación según las asociaciones: 1.— Tipo de anomalía-perfil sintomático, 2.— Tipo de familia-perfil diagnóstico, 3.— Tipo de familia-motivo de demanda. Se han cuantificado y analizado las diferencias entre Familias Típicas y Atípicas en cada caso.

1.— Tipo de familia - Perfil sintomático (Figura 1). Los síntomas incluidos en el estudio muestran un incremento en los porcentajes de presentación de todos los síntomas a excepción de Miedos (porcentaje casi igual en ambos grupos). La diferencia a favor del grupo de Familia Atípica es pequeña en los casos de Hiperactividad y Trastornos del Sueño. En los casos de problemas de Interacción Familiar y de Irritabilidad es donde la diferencia es mayor, con porcentajes muy superiores para el grupo de Familia Atípica, en ambos casos, el estudio estadístico da una diferencia significativa (P 001). Como síntomas de referencia se han tomado las frecuencias de presentación de Enuresis y Encopresis en ambos grupos, aquí las frecuencias de aparición son algo mayores en el grupo de FT (Enuresis: Familia Típica = 16'99%; Familia Atípica = 15'78% / Encopresis: Familia Típica = 4'57%; Familia Atípica = 1'75%), Las diferencias no son estadísticamente significativas en ninguno de los casos.

2.— Tipo de familia - Perfil Diagnóstico (Figura 2). La comparación de diagnósticos entre FT y FA, también ofrece diferencias importantes en algunos casos. Los adolescentes de FA son diagnósticados de Trastornos Adaptativos en un 35'08% de los casos, mientras que los de FT lo reciben en un 19'99% (P 001). Los Trastornos de Conducta también muestran un incremento notable a favor del grupo de FA, 14,03% frente a un

TABLA 3

FAMILIAS TIPICA				FAMILIAS ATIPICAS												
S. FEM.	S. MAS.	TOTAL	SINTOMAS	TOTAL	S. MAS.	S. FEM.	PADRES SEPARA.	PADRES E. PSQ.	PADRES FALLEC.	TOTAL	S. MAS.	S. FEM.	PADRES SEPARA.	PADRES E. PSQ.	PADRES FALLEC.	
27	52,9	62	89	58,7	77,1	44	76,3	29	78,9	15	80,6	3	68,7	1	87,7	11
6	11,7	29	35	22,8	31,5	18	44,7	17	5,2	1	66,6	0	24,9	4	14,1	2
16	31,3	47	63	41,1	78,9	44	89,4	34	52,6	10	86,6	3	68,7	11	61,5	8
1	1,9	5	6	3,9	10,5	6	15,7	6	0,0	0	13,3	2	6,2	1	7,7	1
10	19,6	47	57	37,2	42,1	24	52,6	20	21,05	4	46,6	7	37,4	6	38,5	5
20	39,2	58	78	50,9	52,6	30	44,7	17	68,4	13	33,3	5	62,4	10	61,6	8
20	39,2	51	71	46,4	52,6	30	50,0	19	57,8	11	46,6	7	49,9	8	61,6	8
12	23,5	23	35	22,8	22,8	13	15,7	6	38,8	7	20,0	3	31,2	5	14,1	2
18	35,2	13	31	20,2	29,8	17	23,6	9	42,10	8	20,0	3	37,4	6	38,5	5
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº

FIG. 1

- PERFILES SINTOMATICOS DE LAS FAMILIAS
TIPICAS Y ATIPICAS -

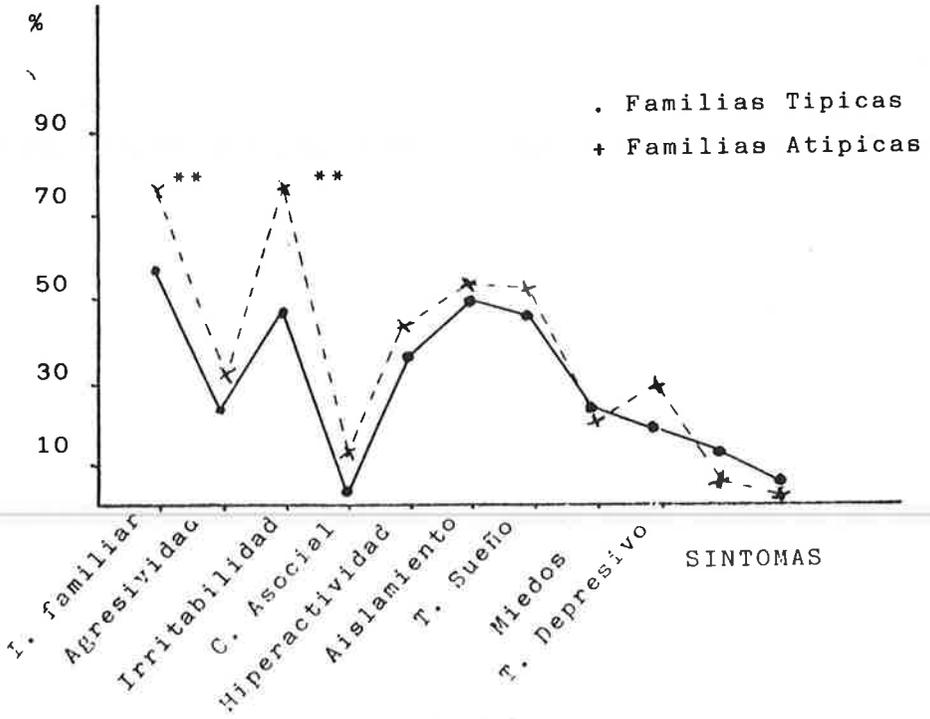
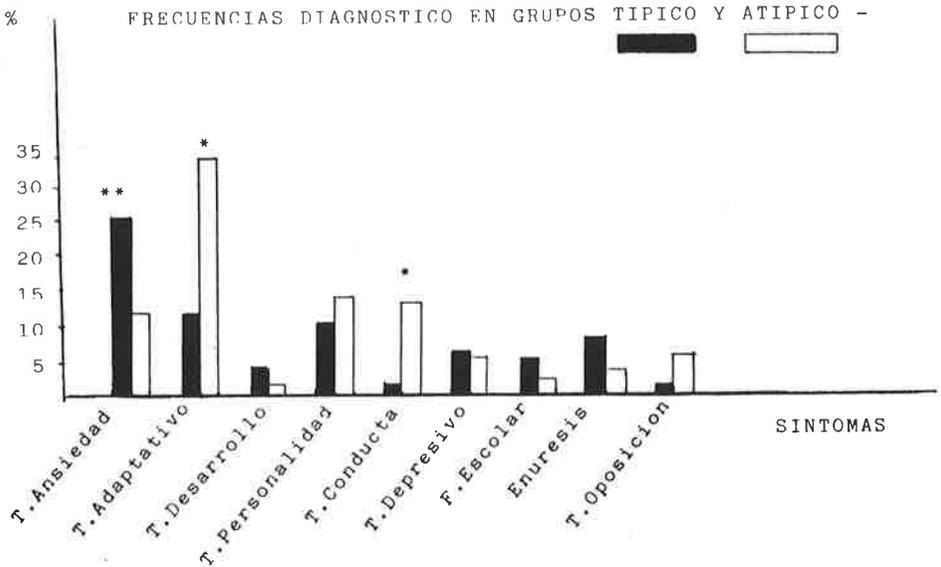


FIGURA 2



1'96% en las familias de estructuras típicas (P 0'05). Los Trastornos de Personalidad también son aplicados en mayor porcentaje de casos en las FA, 14'03% frente al grupo de FT. Inversamente, los diagnósticos de Enuresis y Fracaso Escolar, aparecen en una proporción ligeramente mayor en las FT. La mayor diferencia a favor de las FT se da en los Trastornos de Ansiedad, con un 26'14% de los casos diagnosticados en el grupo frente a un 11'11% en el grupo de FA (P 0'01).

3.— Tipo de Familia -Motivo de Demanda (Figura 3). La tercera comparación entre los dos grupos de FT y FA, se hizo sobre los motivos de consulta, agrupados por quejas o peticiones de padres en grupos característicos. La intención de esta comparación es conocer las conductas más llamativas y menos aceptadas por cada grupo familiar, y las sospechas de la familia sobre salud/enfermedad de sus hijos, que pueden aparecer en los llevados a consulta por estudio o sin motivos específicos. Mientras en las FT el problema escolar es el primer motivo de consulta, 32'02% de los casos, en las FA el lugar de preferencia es el ocupado por las denominadas conductas por exceso (C+) (33'33%). Las conductas por defecto (C-) tienen una proporción similar de aparición en ambos grupos. El motivo de consulta Enuresis es más frecuente en el grupo de FT que en el de FA (12'41% y 5'26%). LOs que son traídos a consulta sin quejas específicas, y con intención de valorar su estado, forman un grupo proporcionalmente más numeroso entre las FT (10'45%) que entre las FA (5'26%), lo que parece estar relacionado, tanto con un incremento de la patología como con una mayor sensibilización ante el hecho de la anomalía familiar y su relación con la patología de los hijos. En los casos de la conducta por exceso de diferencia encontrada entre ambos grupos estadísticamente significativa (P 0'01).

Una vez comparados los grupos de adolescentes con FT y FA, el posterior desarrollo del trabajo se encaminó al análisis de las formas de presentación de los trastornos en cada sexo de los subgrupos típicos y atípicos.

4.— Diferencia por Sexos. Teniendo en cuenta las variaciones de anomalías sintomáticas que presentan los niños y adolescentes dependiendo de su sexo, hemos comparado dentro de cada uno de los grupos FT y FA la presentación de cada síntoma según los pacientes pertenecían al sexo femenino o al masculino.

Síntomas según sexo en FT (Figura 4).

Dentro del grupo de FT el sexo masculino muestra una proporción de aparición mayor que el femenino, en todos los síntomas excepto en el caso de los Miedos, en el que el porcentaje es similar, y en el de Síntomas Depresivos en donde se produce una inversión de ambos perfiles, con mayor proporción en el sexo femenino, la diferencia en este caso es significativamente estadística (P 0'01); tratándose además del único síntoma que muestra más frecuencia de aparición en el sexo femenino. Entre los otros síntomas con mayor presentación en el sexo masculino, también existen diferencias significativas, tanto en el caso de la Agresividad como en el de la Hiperactividad (en ambos casos P 0'01), y en el Aislamiento (P 0'05). Los problemas de Interacción Familiar tienen una tasa de presentación mayor en el sexo masculino, no siendo significativa la diferencia estadística en este caso.

Síntomas según sexo en FA (Figura 5).

Al realizar la comparación de expresividad de síntomas según sexos en el grupo de FA se aprecian algunas similitudes y algunas diferencias con los resultados por sexos en el grupo de FT. En el grupo de FA la expresión de sintomatología de tipo «activo» (Agresividad, Irritabilidad, Conductas Asociales e Hiperactividad), continua siendo más alta para el sexo masculino que para el femenino, pero en los

FIGURA 3

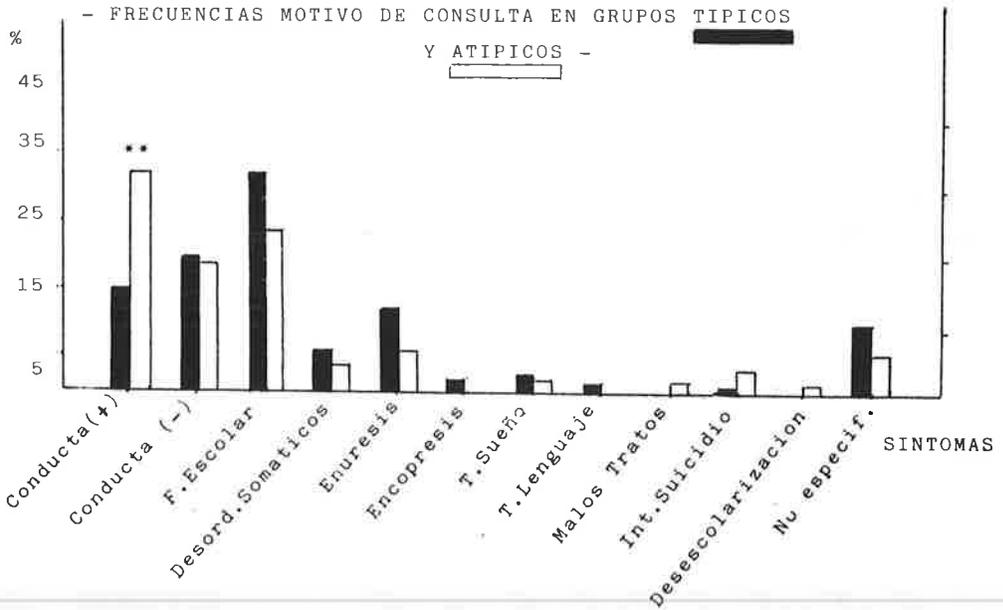


FIG. 4

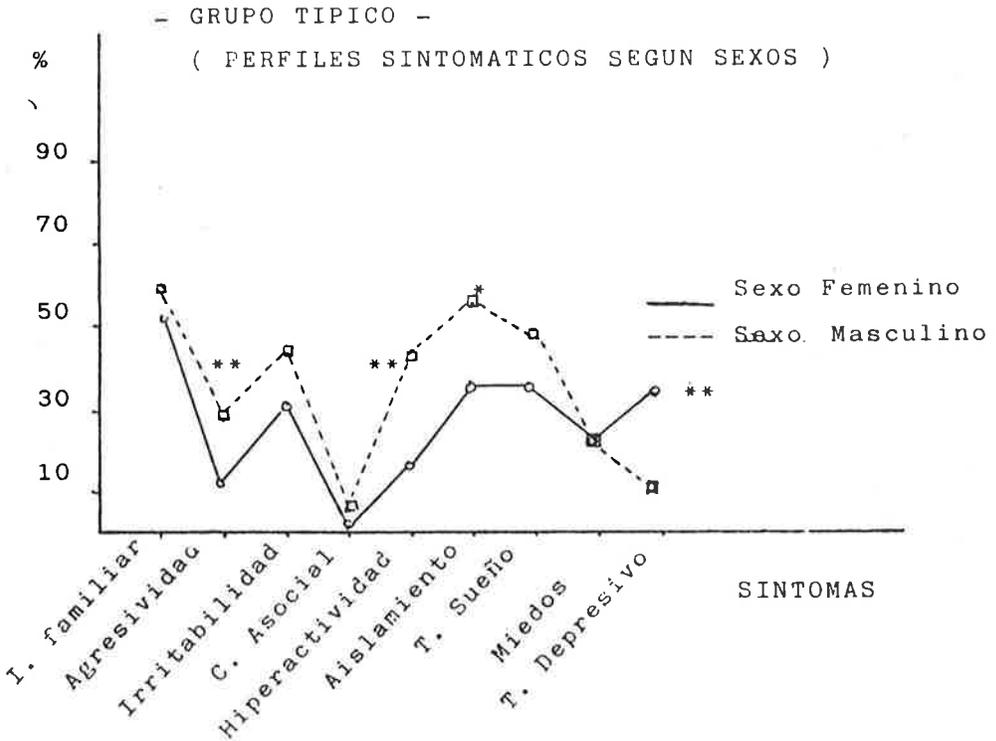
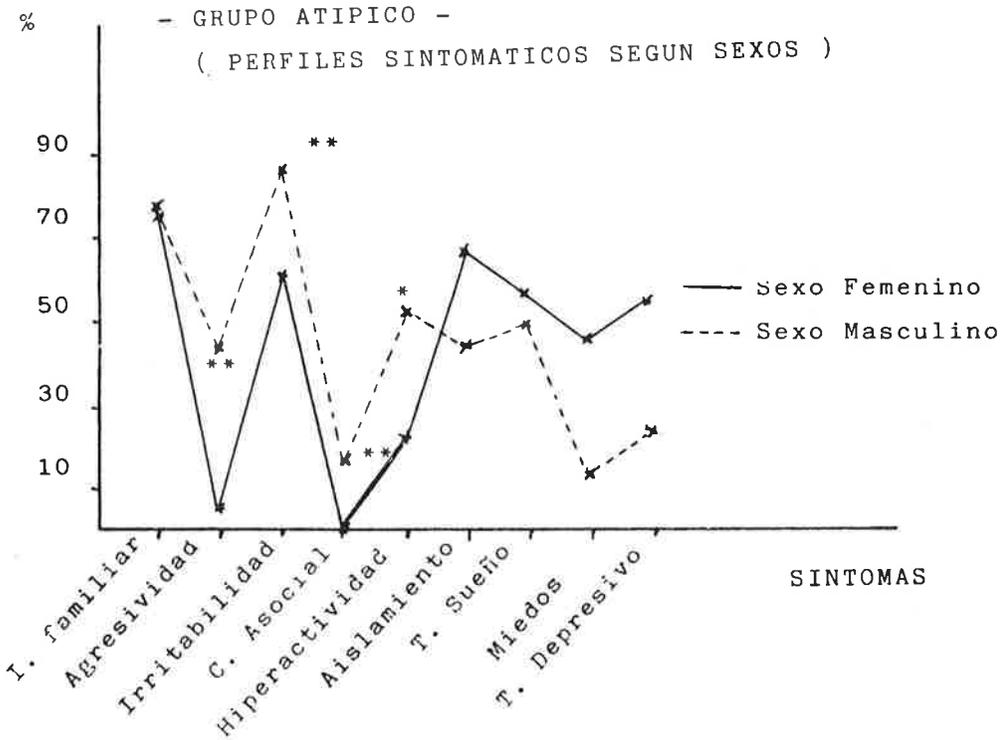


FIG. 5



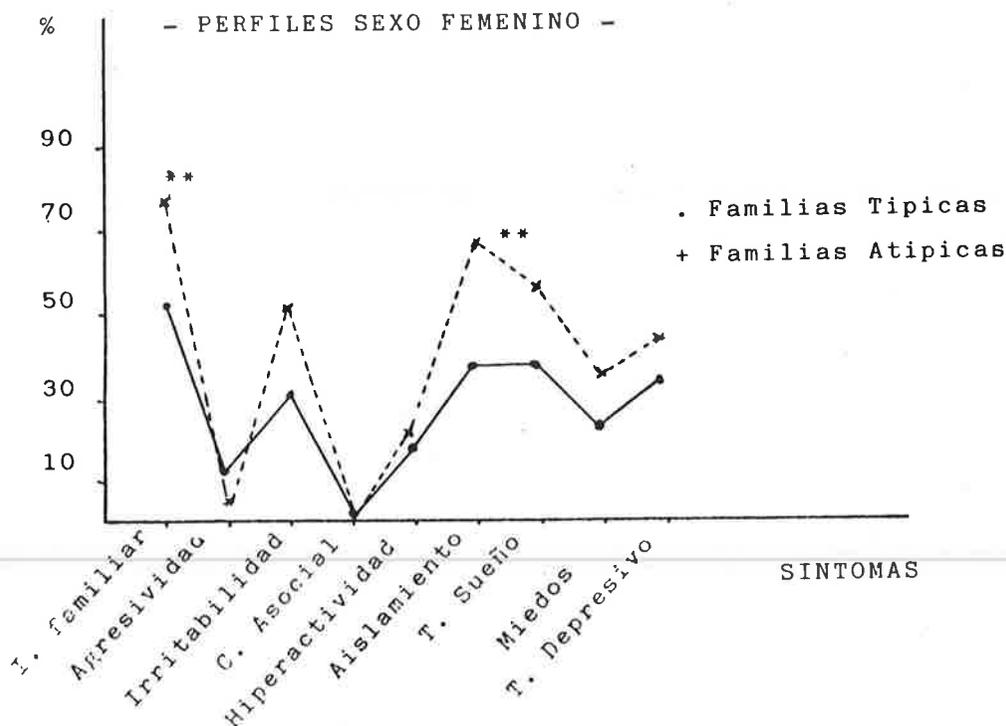
síntomas de tipo «pasivo» (Aislamiento, Trastornos del Sueño, y Miedos), se aprecia una inversión del perfil respecto a la misma comparación pro sexos en el grupo de FT, mostrándose estos síntomas en una proporción más alta para el sexo femenino que para el masculino. En el caso de los síntomas depresivos al expresividad se mantiene más alta en el grupo femenino FA que en el masculino FA, tal y como ocurría en ambos sexos entre los FT. En esta comparación de sexos dentro del grupo FA las diferencias son significativas para los síntomas que hemos denominado «activos»: Agresividad, Irritabilidad, Conductas Antisociales (todos $P < 0.01$) e Hiperactividad ($P < 0.05$). La inversión del perfil sintomatológico en los síntomas de tipo «Pasivo» es un hallazgo específico de las FA y que no ocurre en el grupo de FT. Al analizar los porcenta-

jes de presentación de problemas de Interacción Familiar en el grupo de FA entre ambos sexos no se aprecian diferencias.

Diferencias intrasexos entre FT y FA.

Otra forma de apreciar rasgos específicos en los hijos de FA será comparándolos, en cada sexo, con el correspondiente de FT. En el sexo femenino el perfil sintomático muestra un porcentaje diferente en casi todos los síntomas, siendo mayor en el grupo de FA en todos los casos excepto en Agresividad donde es ligeramente menor (Figura 6), en el resto de los síntomas se observa un porcentaje mayor para el grupo de FA que se hace más evidente en los síntomas de tipo «pasivo» (Aislamiento, Trastornos del Sueño y Miedos), y también en Síntomas Depresivos. De estos cuatro síntomas el único que muestra una diferencia esta-

FIG. 6



dísticamente significativas al comparar los grupos de FT y FA al diferenciar sexos, ni al compararlos en el sexo masculino. Los problemas de Interacción Familiar son mayores entre el grupo femenino de FA respecto a su homólogo de FT, y la diferencia también es significativa ($P < 0.01$).

Para el sexo masculino las diferencias encontradas, al hacer la comparación entre los varones-FT y los varones-FA, se reflejan en la Figura 7. En este sexo la mayor presencia de sintomatología aparece en todos los síntomas de tipo «activo» (Agresividad, Irritabilidad, Conductas Asociales e Hiperactividad). Con diferencias estadísticamente significativas para la Irritabilidad ($P < 0.01$). Esta mayor proporción de presentación de síntomas en los adolescentes de FA del sexo masculino respecto a los FT desaparece e incluso

se invierte al comparar los síntomas de tipo «pasivo», y solo vuelve a ser mayor en el grupo masculino de FA en los Síntomas Depresivos. Para los problemas de Interacción Familiar, tal como ocurre en las comparaciones FA y FT de sexo femenino y de ambos sexos, existe una diferencia significativa ($P < 0.01$), de su mayor presencia en el grupo masculino de FA.

5.— Diferencias de Tipo Anomalia Familiar - Síntomas (TABLA 3)

En este caso se han revisado los porcentajes de presentación de los síntomas estudiados en cada uno de los tres subgrupos de FA más abundantes (padres separados, padres con trastorno psíquicos graves y huérfanos). Existen rasgos sintomáticos que aparecen específicos en cada uno de estos subgrupos.

Entre los hijos de padres separados los

mayores porcentajes corresponden a los síntomas de tipo «activo», que son superiores a cualquier otro conjunto en Agresividad, Irritabilidad, Conductas Sociales e Hiperactividad. Por el contrario, en los Síntomas de tipo «pasivo» los porcentajes de presentación son menores que los correspondientes al grupo de FT.

Los hijos de padres con Trastornos Psíquicos graves, muestran los mayores porcentajes de presentación de síntomas en los de tipo «pasivo», fundamentalmente en Aislamiento, Miedo y Síntomas Depresivos. En el resto de los síntomas los porcentajes de presentación son menores que los de FA y mayores que los de FT.

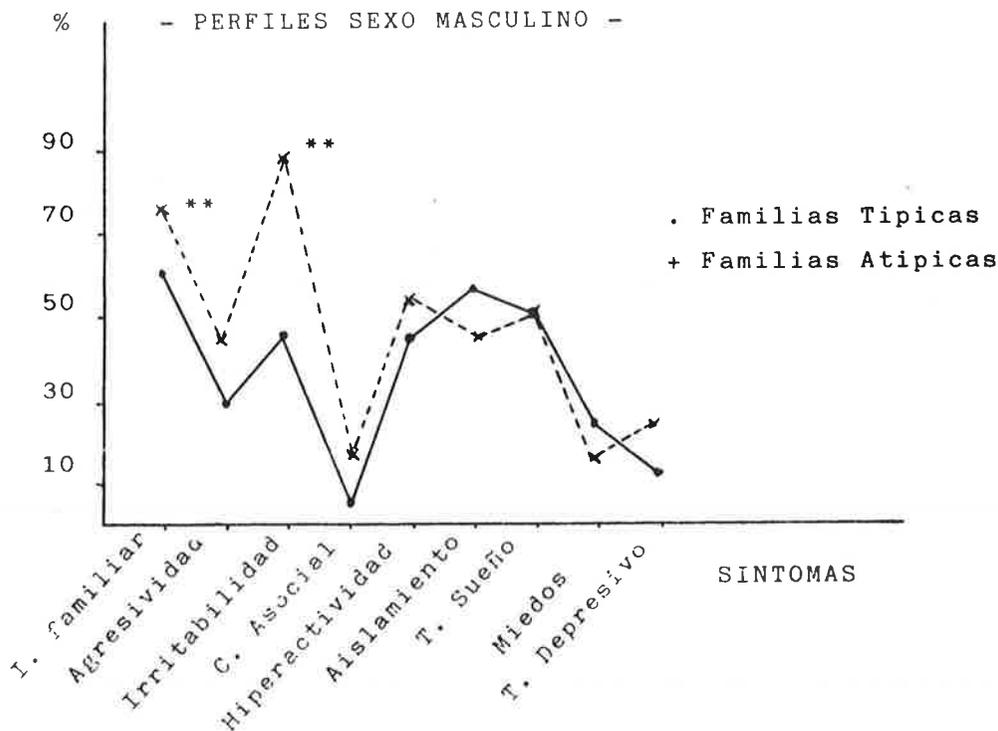
Los huérfanos estudiados constituyen un grupo equilibrado en cuanto a sexos (7/6). En este subgrupo los síntomas cuyos porcentajes de presentación se

muestran más altos son también los de tipo «pasivo» (especialmente Aislamiento, Trastornos del Sueño y Síntomas Depresivos). En el resto de los síntomas los porcentajes de aparición son menores que los del resto del grupo de FA, excepto en el caso de Interacción Familiar.

DISCUSION

La existencia de un 27% de adolescentes con familia atípica entre la población de esa edad atendida en consulta en un Centro de Salud Mental Infantojuvenil coincide con la encontrada por otros autores en condiciones similares (WOLFF 19(8)). En nuestro país MARTIN PRIETO Y DIEZ DE SANTAMARIA (1985), han realizado un estudio prospectivo con la misma intención, obteniendo porcentajes

FIG. 7



inferiores. Esta diferencia es explicada por los autores debido a las características específicas en la mecánica de la recogida de datos y a ser un estudio retrospectivo de pacientes atendidos en cinco años. Las diferencias que pueden encontrarse con trabajos similares merecen un estudio comparativo adecuado siempre que la recogida de datos sea homogénea. Es necesario establecer unos criterios de selección y unos a recoger para lo cual se proponen unos mínimos indispensables en el Anexo II.

En los estudios de población general adolescente realizados fuera de nuestro país las proporciones obtenidas son menores que las encontradas entre adolescentes con trastornos psíquicos. WOLFF y ACTION (1.968) encuentran que entre los niños de diez años, un 6% pertenecen a familias atípicas. GREGORY (1.965), en un estudio de población encuentra un 12% de adolescentes con familia atípica, entre los escolares de esa edad. Comparando estos datos con los recogidos por WOFF y por nosotros en la población adolescente con Trastornos Psíquicos se deduce que los adolescentes de familias atípicas acuden a consulta en mayor proporción que los de familias estructurales. También sugiere un mayor porcentaje de adolescentes con Trastornos Psíquicos en los de familia atípica comparados con los de familias de estructura típica; para confirmar esta ingerencia convendría realizar estudios comparativos más adecuados entre la población general en dos grupos de FT y Fa.

En cuanto a las variaciones por sexos no parecen existir diferencias entre los grupos de FT y FA al menos en lo referido a la cantidad de individuos afectados de un sexo u otro. Tanto en el grupo de FT como en el de FA la proporción de sexo femenino/masculino es de 1/3. Esta ausencia de variación puede interpretarse como una sensibilidad similar en ambos sexos ante el hecho de la anomalía familiar y sus consecuencias en la dinámica familiar. Las características sintomáticas, la for-

ma de reaccionar ante los desajustes derivados de la anomalía familiar, sí resulta diferente en cada sexo analizando los resultados de nuestro estudio tal como haremos más adelante.

No parecen existir datos para hablar de un cuadro sintomático específico de los hijos de FA excepción de la mayor asociación con Trastornos de Conducta señalados por diversos autores. Las actitudes parentales inadecuadas, y la falta de solidez en el grupo familiar son referidas como uno de los elementos destacables en el ambiente de los adolescentes con Trastornos de Conducta (THOMAS 1.968, FRENCH 1.980). Existen factores individuales o familiares que puedan influir sobre la variedad de Trastornos Psíquicos aparecidos. Las diferencias temperamentales de los niños y adolescentes son un elemento importante para comparar las diferencias de reacción ante un mismo hecho, incluso entre los propios hermanos. La diferente atipicidad familiar (separación, enfermedad prolongada, orfandad, etc.) y las formas de resolución o adaptación de cada familia son otro elemento importante.

Los síntomas estudiados en los grupos de familia típica y atípica muestran un incremento cuantitativo en prácticamente todos los síntomas a excepción del Síntoma Miedos. El perfil del grupo atípico es similar al típico, pero con mayor presencia de sintomatología. En los casos de adolescentes pertenecientes a FT, existe un decremento de las posibilidades de la familia como soporte emocional del hijo. Por el contrario en la FT existe una red de apoyo al hijo adolescente en la que puede establecerse una mayor adaptación y presentar una menor sintomatología. La Interacción Familiar, y la Irritabilidad son los elementos que se muestran más altos en las FA, con una diferencia estadísticamente significativa, en el primer caso como una manifestación del mal funcionamiento familiar, y en el segundo como reacción a la inadecuación de la familia en su función de soporte emocional. También es importante valorar la Irritabilidad

como una reacción ante la ausencia de la relación adecuada y de la estabilidad emocional en los padres necesaria para ello, tanto por la falta de comunicación adecuada (Interacción familiar), como por la imagen desorganizada de la propia familia comparándola con otras de su entorno. La mayor frecuencia de presentación de los síntomas estudiados en el grupo de FA se corresponde con el mayor nivel de «Stress» soportado por este tipo de pacientes.

Los diagnósticos encontrados muestran variaciones entre los grupos de FA y FT. Las diferencias son significativas en los casos de Trastorno de Ansiedad, en los Trastornos Adaptativos, y en los Trastornos de Conducta. Los Trastornos de Ansiedad aparecen con una proporción doble entre los casos de FT. Esta diferencia puede explicarse, al menos en parte, por el hecho que entre los familiares algunos Trastornos de Ansiedad que han aparecido con posterioridad a la anomalía familiar, se han diagnosticado como Trastornos Adaptativos con alteraciones de las emociones, al cumplir criterios de este diagnóstico. Otro factor que puede explicar la diferencia es el hecho señalado por diversos autores (BANISTER 1.945; WARDLE 1.961; FRENCH 1.980), en el que se aprecia una mayor abundancia de Trastornos emocionales en la FT, mientras que los Trastornos de Conducta son más abundantes que la FA.

Los Trastornos Adaptativos están presentes entre la FA con una proporción mayor del doble que entre la FT. Nos parece comparable que la existencia de factores estresantes claros en el grupo de FA facilite la decisión diagnóstica hacia este grupo de Trastornos, e incluso que en los casos de duda diagnóstica se pueda inclinar hacia Trastornos Adaptativos con afectaciones emocionales de la conducta o síntomas depresivos en lugar de Trastornos de Ansiedad, Trastornos de Conducta y Trastornos Depresivos, si se cumplen los criterios de Trastornos Adaptati-

vos y se aplica este como primer diagnóstico.

En el caso de los Trastornos de Conducta su mayor aparición en el grupo de FA con diferencias estadísticas significativas, coincide con los hallazgos de diversos autores, tanto al estudiar las características familiares más frecuentes entre los adolescentes diagnosticados de Trastorno de Conducta. (THOMAS 1.960; GREGORY 1.961; FRENCH 1.980). En el trabajo de MARTIN PRIETO Y SAENZ DE SANTAMARIA (1.985) también se recoge una alta incidencia del Trastorno de Conducta entre la FA.

El tipo de problema que lleva a la familia a solicitar consulta nos proporciona datos de las preocupaciones predominantes de la familia, y también de si hay variaciones en ambos grupos de familia en cuanto a su interés por el bienestar psicológico del hijo o más bien por los conflictos en los que el hijo participa activamente.

Al analizar estos datos se aprecian motivos de consulta específicos de las FA únicamente en caso de malos tratos (1 entre las FA).

El resto de los motivos de consulta son similares en su expresión entre ambos grupos, pero existen diferencias en los porcentajes entre FT y FA (ver cuadro). En la FA el motivo de consulta más numeroso, con diferencia estadísticamente significativa, es el de «conducta por exceso». Este tipo de motivo de consulta, de acuerdo a la definición que de él hemos hecho, está muy saturado de comportamientos «activos», que ya hemos visto están incrementados en el grupo atípico respecto al típico, con diferencia claramente significativa en el grupo de Irritabilidad. También los problemas de Interacción Familiar que son más frecuentes con diferencias significativas, entre los adolescentes de FA, tiene una relación notable con las conductas por exceso.

La concordancia motivo de consulta-sintomatología en este caso, apoya la hipótesis que ambos grupos de familias tie-

nen niveles similares de aceptación de los hijos y sus conductas, pero que en el caso de la FA, no cambia dicha aceptación sino que se incrementa la sintomatología y ello da lugar a un incremento de la demanda de «conductas por exceso». La falta de adaptación familiar por las anomalías de su estructura y las consecuencias emocionales de aquella situación, parecen suficientemente importantes como para favorecer por sí mismas el incremento de la sintomatología.

La ausencia de diferencias en la capacidad de tolerar la conducta de los hijos en ambos grupos de familias, viene apoyado por el resto de los motivos de consulta. El motivo escolar es más frecuente entre los adolescentes de estructura de FT. Los datos actuales no establecen diferencias significativas entre el rendimiento académico de los adolescentes de ambos grupos, si acaso el fracaso es mayor entre el grupo atípico. Esta discordancia entre la demanda y los hechos puede deberse a varios motivos, pero puede interpretarse como reveladora de una comprensión del posible fracaso escolar a consecuencia de los conflictos familiares entre las FA, mientras que las típicas parecen más intolerantes ante este tipo de problema. Los datos de demanda de los casos de «Conducta por defecto» parecen quitar argumentos válidos a la hipótesis de que las FA consultan menos por fracaso escolar debido a que tienen escaso interés en el hijo y en su integración psicosocial. El motivo de consulta por «defecto» tiene una presentación similar entre ambas familias. A la vista de este hecho creemos que no se puede atribuir a ambos grupos de FT y FA capacidades diferentes de preocupación por el bienestar psíquico del hijo, e incluso capacidad de percepción de los problemas del hijo adolescente.

El comportamiento de los grupos de adolescentes de cada sexo muestra diferencias en sus perfiles sintomáticos. En el grupo de FT el sexo masculino muestra unos porcentajes significativamente supe-

riores al femenino en Agresividad, Hiperactividad y Aislamiento. En este mismo grupo el sexo femenino presenta únicamente los Síntomas Depresivos con porcentajes significativamente más altos.

El perfil sintomático de los sexos masculino y femenino en el grupo de FA muestra diferencias similares a las de FT, al comparar los síntomas del tipo «activo» (Fig.5 y Fig.4), mostrando mayores porcentajes de presentación en la población masculina tal como era de esperar. Esta semejanza en el comportamiento de cada sexo según síntomas deja de apreciarse y se convierte en diferente al comparar los síntomas de tipo «pasivo» en cada sexo del grupo FA. El sexo femenino de FA parece que tiene preferencia por este tipo de síntomas como forma de reacción a los conflictos que entraña la atipicidad familiar. Según nuestro trabajo, en las familias atípicas el sexo masculino tiende a reaccionar con síntomas de tipo «activo» mientras que el femenino lo haría con los de tipo «pasivo». En la revisión de literaturas hemos encontrado escasas referencias que discriminen por sexos para confirmar o discrepar esta hallazgo. HETHERINGTON (1.982) encuentran diferencias en el comportamiento de hijos divorciados, atendidos o no en consultas de Salud Mental. Los datos de este estudio muestran diferencias entre los sexos similares a las encontradas en nuestros grupos de FA, con mayor agresividad en el sexo masculino y mayor retraimiento social en el femenino. Las diferencias entre sexo muestra una disminución a los cuatro años del divorcio, comparandolos con adolescentes de FT.

Los síntomas depresivos tienen un porcentaje de presentación mayor en el sexo femenino tanto en el grupo de FT como en el de FA. En el caso de FT está diferencia de presentación muestra significación estadística. La existencia de una sintomatología depresiva más abundante entre los adolescentes del sexo femenino coincide con los hallazgos de población adulta que muestra una mayor prevalen-

cia de trastornos depresivos en el sexo femenino. Los diversos factores que pueden influir en este hecho quedan fuera de la intención de este trabajo, pero para su valoración en futuros estudios nos parece importante resaltar que el sexo femenino muestra unos porcentajes menores que el masculino en la presentación de síntomas activos de descarga. Resulta sugestivo pensar que la menor expresividad de reacciones de Agresividad e Irritabilidad podrían favorecer la aparición de sintomatología depresiva.

Entre los padres separados del grupo FA existen diversas situaciones desde la continuidad en los conflictos entre la pareja, con falta de medidas acordadas para establecer la separación definitiva, y uno o varios intentos de reiniciar la relación, hasta los casos del conyuge que vive con el hijo da muestras de haber superado el problema de la separación y realiza una orientación a la vida, estableciendo nuevas vías de desarrollo en el ámbito personal, laboral y social. Revisando los casos de nuestro estudio vemos que únicamente dos padres (sexo femenino) que convivían con los hijos habían dado muestras explícitas o implícitas de iniciar una nueva orientación a sus problemas personales, laborales y sociales, situando la separación como un hecho ya pasado de su vida, con características traumáticas, pero evitando que le hecho de la separación continúe constituyendo el foco conflictivo no resuelto de su vida después de más de un año de haber sucedido. En el resto de los casos faltaba cooperación entre los padres respecto al divorcio y la nueva organización familiar, y el progenitor con quien convivían los hijos no había reestructurado su vida social y/o laboral.

El factor más importante como causa o coadyuvante de los trastornos psíquicos, no sería la estructura familiar atípica, sino el funcionamiento anómalo de dicha familia que no ha podido superar el hecho traumático en merced a los recursos personales del padre o madre que permanecen con los hijos. Son necesarios los es-

tudios comparativos, pero las investigaciones de BONNAHAN (1878 y 1980), aportan datos en este sentido, y WALLESTEIN (1984) señala como factor de riesgo para los hijos la inadecuada readaptación postdivorcio.

En los casos de orfandad el padre superviviente de cada familia, se encuentra ante perspectivas similares a las de los padres separados, aunque parta de un situación familiar y conflictos diferentes en cuanto a sus características cualitativas. Dependiendo de su estructura de personalidad, conflictos psicológicos y experiencias previas, se ve abocado a buscar una solución a sus nuevas condiciones de vida una vez superado el duelo: o continúa como viuda-viudo «respetando» la ausencia de la pareja y con una orientación vital que gira en torno al pasado, o inicia una serie de acciones destinadas a reorientar su vida como individuo, como padre-madre viudo/a, y como ser social y laboral, que le van a permitir organizarse con perspectivas de futuro aunque asumiendo el pasado. Cada una de estas formas de vivir la nueva vida que se presenta tras el duelo tendrá una incidencia diferente sobre el padre o la madre superviviente, que lo decide consciente o inconscientemente, y sobre los hijos con los que continúa formando una familia que ahora es de estructura atípica. En nuestra opinión una vida organizada en torno al pasado supone una cristalización de un episodio de duelo en el que de alguna forma se va a ver incluido el hijo adolescente para poder seguir perteneciendo a la familia. En el segundo caso, tras la fase de duelo, se establecen nuevas formas de relación intra y extrafamiliares con perspectivas de futuro que pueden incluir, aunque no necesariamente, el establecimiento de una nueva pareja, reorganización de tareas en la familia, o cambios de amistades, o integración laboral en el caso de las madres que antes no trabajasen. Estas condiciones claramente diferentes para los padres, suponen una situación de organización y autonomía que afianza los

propios sentimientos de capacidad y evita dependencia de figuras ajenas a la familia nuclear, o al menos, la mitiga. Esta segunda opción de nueva vida, que depende en gran parte del conyuge superviviente, aunque también del soporte familiar y social, proporciona, según nuestra opinión, más perspectivas favorables para el adolescente. En nuestros casos de familias atípicas por orfandad las «decisiones» de los padres supervivientes, se han inclinado más hacia el polo de la organización en torno al pasado, de indefensión, dependencia, y de la cristalización del duelo, que hacia el de perspectivas de futuro y autonomía. Incluso en los casos de madres fallecidas, en los que el padre tiene más permisos sociales para actuar de viudo sin excesivo «respeto» a la madre ausente no ha habido ningún caso de nuevos matrimonios, ni de buena adaptación a la situación, a pesar de contar con hijos ya mayores en los tres casos. Estos padres han organizado su familia con dependencia de tías y abuelas que realizan la sustitución de la madre en muchos casos sólo en el aspecto formal. En los casos los padres reconocen haber organizado una vida personal de amistades de ambos sexos, pero fuera del alcance o conocimiento de los hijos. De las madres viudas, en ningún caso han vuelto a organizarse en parejas estables, una ha conseguido incorporarse a la vida laboral y dos mantienen su anterior trabajo. En cuatro casos las madres siguen tratamientos psicoterapéuticos, al menos dos años después de haber quedado viudas, por problemas derivados del duelo. Estas situaciones de cronificación de la reacción de duelo y de no resolución de las complicaciones que crea la desaparición de uno de los padres por fallecimiento, parecen suficientemente intensas como para considerarse muy importantes en la génesis y mantenimiento de los problemas emocionales y de conducta en estos adolescentes.

CONCLUSIONES

Los adolescentes de FA constituyen más de una cuarta parte del total de la población demandante de asistencia por presentar trastornos psicóticos. Dicha proporción parece ser superior a la que representa dentro de la población general adolescente, aunque este hecho requiere confirmación mediante un estudio adecuado entre los adolescentes y sus familias, de nuestro país.

La expresión de sintomatología muestra un incremento global por parte de los hijos de FA, siendo los rasgos más predominantes los que corresponden a los problemas de Interacción Familiar y de Irritabilidad. Este tipo de síntomas constituiría la respuesta a los problemas familiares y a las dificultades de relación derivadas.

Los Trastornos de Conducta tienen una presentación significativamente más presente entre los adolescentes con FA, tal como se ha observado en otros estudios. Las anomalías en la estructura familiar indican un alto riesgo para la aparición de Trastornos de Conducta en los hijos de dichas familias. Para conocer que características estructurales o funcionales de estas familias pueden influir sobre la aparición de dichos trastornos es necesario realizar estudios prospectivos en los que se tengan en cuenta las diversas variables. Desde el punto de vista asistencial la población infantil y adolescente con FA, requiere una atención preferente que se desarrolle desde el nivel preventivo.

Los datos de la demanda no apoyan la hipótesis de que una mayor intolerancia por parte de la familia lleva a los adolescentes a consulta, más bien sugieren que el aumento de aquellos es debido fundamentalmente al incremento de la sintomatología que incluye las conductas por «exceso». Este motivo de consulta es el más importante en porcentaje entre los hijos de FA y su mayor presentación en ellos es significativa.

No hay indicios de que algunos de los

sexos sea más vulnerable ante la atipicidad familiar. Si existen datos que asocian el sexo a formas diferentes de expresión de los conflictos psicopatológicos de forma más marcada que entre los hijos de FT. Mientras el sexo masculino tiene una mayor proporción de presentación de conductas y síntomas de descarga activa (Irritabilidad, Agresividad, Conductas Asociales, Hiperactividad). Los adolescentes de sexo femenino y familia atípica tienden a incrementar la sintomatología de tipo pasivo (Aislamiento, Miedos y Síntomas Depresivos y Trastornos del Sueño).

RESUMEN

En el Centro de Conducta Infantojuvenil de Madrid se han estudiado las Historias Clínicas de los últimos 210 adolescentes vistos en consulta, agrupándolos en dos categorías según presentasen anomalías familiares (FA): 57 (27,14 %) o no las presentasen. (FAMILIAS TÍPICAS: FT): 153 (72,58 %).

Se analiza la frecuencia de aparición de síntomas, el diagnóstico y los motivos de

consulta, comparando ambos grupos de adolescentes.

Con respecto a SINTOMAS el perfil del grupo atípico es similar al típico pero con una frecuencia de presentación más elevada, sobre todo en los ítems de Irritabilidad e Inteacción Familiar que son estadísticamente significativos. El comportamiento sintomático según sexos demuestra que el masculino tiende a presentar unos síntomas de tipo más activo que el femenino que se comporta más pasivamente. Esto es especialmente válido en el caso de los síntomas depresivos que tienen un porcentaje de presentación mayor en el sexo femenino de ambos grupos.

En el estudio comparativo de DIAGNOSTICO el grupo Típico presenta una proporción doble de Trastornos de Ansiedad, mientras que en el Atípico predominan los Trastornos Adaptativos y de Conducta.

En cuanto a la comparación del MOTIVO DE CONSULTA sólo hay significación estadística en el ítem de Conducta por Exceso, que aparece incrementada en el grupo de Familias Atípicas.

DEFINICION DE LOS SINTOMAS Y CONDUCTAS

ANEXO 1 :

INTERACION FAMILIAR	Cuando existen dificultades en la comunicación entre dos o más personas a nivel de respuesta verbal, gestual, motora o en la forma del mensaje. * * *
AGRESIVIDAD	Patrón repetitivo y persistente de conducta con el que se violan activamente los derechos de los demás de forma física o verbal. * * *
IRRITABILIDAD	Reacciones comportamentales habituales de terquedad intensa, expresiones de coraje, y actividad verbal o física ante estímulos de poca o media intensidad, sin llegar a comportamientos de agresividad. * * *
CONDUCTAS ASOCIALES	Ausencia de interiorización de normas del grupo social habitual. Conductas no ausentes de hurtos, peleas en grupo, agresiones a personas u objetos fuera y/o dentro del ambiente familiar. * * *
HIPERACTIVIDAD	Manifestación habitual de una actividad motora llamativa, de forma continuada y sin objeto concreto. * * *
AISLAMIENTO	Mantenimiento de conductas de evitación de relaciones interpersonales, y de intercambio afectivo, muy fuerte en el ambiente familiar y social. * * *
TRASTORNOS DEL SUEÑO	Existencia regular de alguna de las siguientes anomalías en el inicio o trascurso del sueño: sonambulismo, terrores, somnolencia, insomnio, dificultades de conciliar. * * *
SINTOMAS DEPRESIVOS	Sensaciones mantenidas de abatimiento, indefensión y desesperanza; acompañados por problemas de la conducta de dormir y comer. * * *
MIEDOS	Perturbación angustiosa del ánimo ante objetos específicos, fantasías o situaciones que, en sí mismas, no son amenazantes, acompañados o no de conducta de evitación * * *
CONDUCTAS POR EXCESO (C+)	En este concepto se incluyen todas aquellas conductas inadaptables que se manifiestan a través de un exceso de actividad motora, psíquica y emocional (impulsividad, rabietas, irritabilidad, hurtos, peleas, etc...) * * *
CONDUCTAS POR DEFECTO (C-)	En este concepto se incluyen todas aquellas conductas inadaptables que se manifiestan a través de un déficit de actividad motora, psíquica y emocional (Aislamiento, timidez, miedos, evitación, etc...)

ANEXO II:

Relación de datos considerados de interés para poder realizar estudios comparativos entre diversos trabajos sobre anomalías familiares.

ANEXO II ;

ANOMALIAS FAMILIARES:

- 1.— DIVORCIO. SEPARACION. ABANDONO: SEXO DEL PADRE CON EL QUE CONVIVE.
2. ADOPCION
- 3.— ORFANDAD: SEXO DEL PADRE SUPERVIVIENTE
- 4.— ENFERMEDAD PSIQUICA CRONICA PADRES: SEXO
- 5.— ENFERMEDAD INVALIDANTE PADRES: SEXO

VARIACIONES FAMILIARES:

- 1.— CAMBIOS DEL NIVEL SOCIOECONOMICO
- 2.— REESTRUCTURACION FAMILIAR O NO
- 3.— VARIACIONES EN EL SOPORTE SOCIAL
- 4.— TRASTORNOS PSIQUICO EN LOS PADRES: TIPO
- 5.— TRASTORNOS PSIQUICOS EN OTROS HERMANOS: TIPO

VARIACIONES INDIVIDUALES:

- 1.— EDAD AL APARECER LA ANOMALIA
- 2.— SEXO
- 3.— RASGOS TEMPERAMENTALES
- 4.— TAMAÑO DE LA FAMILIA Y ORDEN
- 5.— FACTORES ASOCIADOS: ENFERMEDADES, TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE, ETC.
- 6.— INTEGRACION SOCIOESCOLAR PREVIA

BIBLIOGRAFIA

- BANISTER H, Y RAVDEN M. : 1945. «The enviroment and the child». British Journal of Psychology, 35.
- BERNAD V.W. : 1976. «Adoption». En American Handbook of Psychiatry S. Arieti Ed. Basic Books. New York.
- BOHANNAN P. y ERICKSON R. : 1978. «Stepping in». Psychol Today, 11.53.
- BOHANNAN P. : 1980 «Marriage and Divorce». En comprehensive Testbook of Psychiatry. Ed. Haplan, Freedman y Sadock. Willians & Wilkins. Baltimore.
- CHESS S. : 1975. «Introducción a la Psiquiatria Infantil». Ed. Paidos, Madrid.
- ELIZUR E. y KAFFMAN M. : 1982. «Children's bereavement reactions following Death of the father». Journal of the Am. Academy of Children Psychiatry. 21,5:474—480.
- FRENCH A.P. : 1980. «Parenthood». En Comprehensive Testbook of Psychiatry. Ed. Kaplan H., Freedman A., Y Sadock., Willians & Wilkins. Baltimore.
- GREGORY I. : 1965. «Anterosperspective data following childhood loss of the parent». Arch. of General Psychiatry. 13.
- METHERINGTON E.M., COX M., y COX R. : 1982. «Effects of divorce on parents and children». En Lamb M.E Ed. Now Traditional families. Pp. 233—288. Lawrence Erlbaum, Hillside, New Jersey.
- HILGARD J.R., NEWMAN M.F. y FISK F. : 1960. «Strength of Adult Ego following childhood bereavement». American Journal of Orthopsychiatry. 30.
- KELLMER PRINGLE M.L. : 1965. «Deprivation and education». Ed. Longmans, London.
- MARTIN PRIETO M.V. y SAENZ DE SANTA MARIA M. : 1985. «Estudio comparativo de patologia en adolescentes con familia normal y no norma». Comunicación personal. XXVII Reunión de la Sociedad Española de Neuropsiquiatria Infanto-juvenil. Cádiz.
- RUTTER M. : 1966. «Children of sick parents». Monografias del Maudsley Hospital nº 16. Oxford Univ. Press.
- SOROSKY M.D. y COLS. : «Comprehensive testbook of Psychiatry».
- THOMAS A, CHESS S, Y BIRCH H.G. : 1968. «Temperamente and Behavior disorders in cildren». N.Y. Univ. Press. New York 1968.
- WARDLE C.J. : 1961. «Two generations of broken homes in the genesis of conduct and behavior disorders in childhood». British Med. Journal. 1961. 2.
- WOFF S, y ACTION W.P. : 1968. «Characteristics of parents of disturbed children». British Journal Psych. 114.
- WOFF S. : 1970. «Trastornos psicicos del niño: causas y tratamientos», Ed. Siglo XXI de España. Madrid Pp. 110—113.

* * *

— Agradecemos a Dña. Ma. Carmen Dalmau Bejarano su paciencia y estrecha colaboración en la elaboración del manuscrito, sus figuras y tablas y la recogida de referencias bibliográficas.