

Medicentro 2000;4(3)

UNIVERSIDAD CENTRAL "MARTA ABREU"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

ARTÍCULO ORIGINAL

Algunas particularidades del funcionamiento familiar en niños de 8 a 10 años con trastornos neuróticos

Por:

MSc. Vivian Guerra Morales¹, MSc. Osana Molerio Pérez² y Lic. Qaed Saleh Ahmed Al Gunedi³.

1. MSc. en Psicología Médica. Profesora Auxiliar de Psicología Clínica de la Universidad Central.
2. MSc. en Psicología Médica. Asistente. Profesora de Psicología de la Salud de la Universidad Central.
3. Licenciada en Psicología. República Democrática de Yemen.

RESUMEN

La presente investigación fue realizada con el objetivo de determinar los factores propios del medio que favorecen la aparición de los trastornos neuróticos infantiles, y explorar algunas de las particularidades que distinguen las relaciones familiares en los pacientes estudiados. La muestra quedó conformada por 30 niños de 8 a 10 años de edad, subdivididos en dos grupos: el de estudio, integrado por 15 escolares con trastornos neuróticos, y el de control, con igual cantidad de niños psíquicamente sanos. Ambos grupos de niños no debían tener deficiencia intelectual asociada. Se utilizó un muestreo pareado donde cada niño del grupo estudio tenía su homólogo en edad, sexo y nivel de escolaridad. El procesamiento de los datos se realizó apoyándonos en el paquete estadístico SPSS, y se conjugó con un análisis cualitativo de la información obtenida del método diagnóstico aplicado: historia vital, dibujo libre, entrevista al niño, y la técnica "Viajando con mi familia". Los resultados permiten afirmar que las familias de niños con trastornos neuróticos se caracterizaron por una disfuncionalidad familiar, lo que genera en los menores una carencia de afecto fuertemente vivenciada.

Descriptor DeCS: trastornos neuróticos, relaciones familiares

SUMMARY

This investigation was aimed at determining those factors in the environment that provoke neurotic disorders in children and to explore some of the features that characterize the family relationships in the study patients. This sample was composed of 30 children of 8 to 10 years of age subdivided into two groups: Study group and control Group. The former was composed of 15 school children with

neurotic disorders, and the latter with the same number of psychically healthy children. Both groups of children had no associated intellectual pathology. A matched sampling was used in which every child has counterpart with other children of the same age, sex, and schooling. The data processing was carried out with the support of the statistic system SPSS, combining it with a qualitative analysis of the information collected from the diagnosis methodology applied, vital record, free drawing, interview to the child, and the technique "Traveling with my family". Results allow us to confirm that the relatives to children with neurotic disorders were characterized by a family dysfunction that provoke in youngsters a lack of affection clearly lived.

Subject headings: neurotic disorders, family relations

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la personalidad infantil constituye una preocupación en los momentos actuales. Para lograr este objetivo es necesario llevar a cabo una sistemática labor educativa donde se integran varios factores: la sociedad, la escuela y la familia. Esta última resulta de gran valor, si nos referimos al desarrollo potencial del ser humano, al reconocerla como el primer contacto social donde se vincula el niño, y constituye un sistema social primario que lo acompaña durante toda la vida; mediante ella se adquiere una elevada carga emocional, y se forman las premisas naturales que inciden directamente en la creación de bases sólidas que garantizan la formación del infante.

El estudio de la familia es un tema que, no por ser antiguo, ha perdido actualidad e importancia.

Se han dedicado numerosas investigaciones a esta temática, y es así que nos encontramos con múltiples definiciones de familia, todas cargadas de un alto nivel de elaboración personal, que generalmente jerarquizan un determinado enfoque del problema, ya sea estructural o dinámico.

En la evaluación psicológica del sistema familiar con enfoque diagnóstico-terapéutico, es necesario tener en cuenta tres aspectos fundamentales: estructura, organización y funcionamiento¹. Cada uno de ellos incluye un conjunto de indicadores; sólo haremos referencia a los investigados en el presente trabajo.

Desde el enfoque estructural, existe coincidencia al señalar que la familia en su maduración atraviesa un ciclo de la vida constituido por diferentes fases, las cuales tienen sus propias características, presiones y satisfacciones que pueden variar en diferentes culturas: formación, extensión, contradicción y disolución.

De igual manera, en su desarrollo aparecen crisis, las cuales pueden ser normativas o transitorias (adaptación de un cónyuge a otro, nacimiento del primer hijo, educación de éstos), y no transitorias o trascendentales (por desmembramiento: muerte de un hijo; por incremento: un embarazo no deseado; por desmoralización: alcoholismo, y por desorganización: roles mal definidos)².

Al referirnos a la estructura familiar, podemos distinguir varios tipos de familia: nuclear, extensa, ampliada, uniparental y combinadas, entre otras.

Desde el punto de vista organizativo nos dedicamos a profundizar en la autoridad, reflejando el grado de participación de los familiares en la toma de decisiones y estableciendo niveles. Los roles se identifican como patrones de conducta establecidos para el cumplimiento de las funciones familiares (qué, quiénes realizan determinadas tareas)³.

Un elemento de gran valor lo constituyen los estilos educativos, que determinan la educación impartida por los adultos hacia el menor; de ahí que se reconozca la existencia de situaciones familiares inadecuadas, dentro de las cuales encontramos: sobreprotección, permisividad, rigidez, inconsistencia, rechazo y conflicto. En este sentido la comunicación cobra un papel fundamental, pues se considera como un mecanismo cognitivo y afectivo que se realiza entre los miembros de la familia, mediante mensajes verbales que deben ser directos y claros.

Consideramos el funcionamiento familiar como la manera en que el sistema familiar, unido como grupo, es capaz de enfrentar la crisis, expresar los afectos, permitir el crecimiento individual de sus miembros, respetarse mutuamente, producir intercambio e interacción constante entre ellos, y respetar la autonomía y el espacio del otro. La comunicación debe ser clara y directa, las funciones de sus miembros deben estar bien establecidas, al igual que la responsabilidad, y debe predominar la flexibilidad en el sistema. Cuando se cumplen estos aspectos, algunos autores definen a las

familias como funcionales⁴.

Entre las funciones del grupo familiar se encuentra: permitir la satisfacción de necesidades de subsistencia y afectivas, constituir una matriz de relaciones interpersonales positivas, permitir el desarrollo de la identidad individual y patrones psicosexuales adecuados, favorecer el proceso de socialización, estimular el aprendizaje y promover un sistema de valores e ideología.

En diferentes hogares se manifiestan dificultades en los indicadores anteriormente expuestos, y puede reconocerse la influencia del sistema familiar en la génesis y manifestación de múltiples alteraciones psíquicas que devienen en diferentes etapas evolutivas, y repercuten negativamente en el estado de salud mental de los infantes; expresión de ello lo constituyen los trastornos neuróticos infantiles, que se manifiestan como motivo de consulta frecuente en las instituciones de salud donde se atiende dicha población.

Estos trastornos son de causa funcional, sin una base orgánica demostrable, en la que los niños tienen una evaluación de la realidad mediatizada por expresiones de ansiedad, como núcleo básico, a través de múltiples modalidades. Su comienzo es insidioso, al menos de un año de evolución, asociado a circunstancias negativas desfavorables que no producen una deformación marcada de la realidad⁵. Es importante referir que dado el proceso de desarrollo de la propia formación de la personalidad infantil, los procesos patológicos son poco estructurados.

A partir de este contexto real en que hemos ubicado el estudio de los trastornos neuróticos, se evidencia la necesidad actual de profundizar en el conocimiento de este nivel de funcionamiento, y poder contribuir tanto a su diagnóstico como a su tratamiento, e iniciar así una línea investigativa en la cual nos propusimos: determinar los factores propios del medio que favorecen la aparición de los trastornos neuróticos infantiles, y analizar algunas particularidades que distinguen las relaciones familiares en la muestra estudiada.

MÉTODOS

Se realizó un estudio exploratorio descriptivo a 30 niños de edad escolar, seleccionados mediante un muestreo incidental, que fueron distribuidos de la siguiente forma: 15 niños con trastornos neuróticos conformaron el grupo estudio, seleccionados a partir del criterio especializado de psicólogos y psiquiatras de los servicios de Salud Mental de Villa Clara y Sancti Spiritus, y 15 niños supuestamente sanos psíquicamente, el grupo control, seleccionados del mismo contexto escolar que el anterior. Cada integrante del grupo estudio tenía su homólogo en edad, sexo y grado en el grupo control; se tuvieron en cuenta las siguientes variables para su selección: que estuvieran comprendidos entre las edades de 8 a 10 años y que no presentaran deficiencias intelectuales asociadas.

El método de trabajo quedó constituido por: historia vital, dibujo libre, entrevista al niño y la técnica "Viajando con mi familia". Esta última fue creada por la autora y colaboradores en el año 1995, en el Departamento de Psicología de la Universidad Central de Las Villas.

Se utilizaron dos sesiones de trabajo individual en condiciones adecuadas de aislamiento, iluminación y ventilación, cuya duración estuvo determinada por el ritmo de trabajo de cada niño.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos se analizaron de forma cuantitativa y cualitativa; se realizó una discriminación de las diferencias entre ambos grupos estudiados, y se caracterizó lo particular del funcionamiento familiar en niños con trastornos neuróticos.

Entre las variables sociodemográficas seleccionadas, en la muestra investigada prevalecieron niños de 8 años que cursaban el cuarto grado, con primacía del sexo masculino y procedentes de la provincia de Villa Clara.

Este comportamiento no coincide con los resultados obtenidos en algunas investigaciones desarrolladas sobre esta temática, donde las niñas ocupan lugares prevalentes⁶. No obstante, similares resultados se alcanzaron por Pérez Villar⁷ en una investigación desarrollada en 1988 en Cuba, donde existió primacía del sexo masculino. En general, se denota lo relativo de la asociación de la variable sexo al trastorno estudiado.

Al valorar los acontecimientos vitales presente en ambos grupos, pudimos observar que fue común la presencia de un suceso vital desestabilizador de la salud mental de los menores; el de mayor incidencia en el grupo estudio lo constituyó el divorcio mal dirigido, combinado con un ambiente familiar conflictivo (tabla 1).

Tabla 1 Distribución de los sucesos vitales.

Sucesos vitales	Grupo estudio		Grupo control	
	No.	%	No.	%
Divorcio de los padres	11	73,4	2	13,3
Cambio de escuela	2	13,3	0	0
Cambio de residencia	2	13,3	1	8,7

En el grupo de niños psíquicamente sanos se evidenciaron en menor medida estos acontecimientos, y su aparición se compensó con el predominio de ambientes familiares armónicos, lo que disminuyó sus consecuencias patógenas.

Mediante estos resultados, corroboramos la existencia de un suceso vital de gran sentido personal para el niño en la manifestación de los trastornos neuróticos. Ellos, por sí solos, no determinan la disfuncionalidad psíquica; su efecto patógeno resulta potencializado por los conflictos del ambiente familiar en que se desarrollan. En el grupo objeto de estudio, el divorcio constituyó la contingencia vital de mayor significación en la instauración del trastorno neurótico infantil.

Resultados similares fueron encontrados en sus investigaciones por Castillo, García y Díaz^{8,9}, donde las peleas frecuentes o ruptura temprana de la familia por divorcio parecen haber constituido un conjunto nocivo desencadenante de alteraciones crónicas, las que a su vez influyeron en la instauración de las llamadas neurosis^{8,9}.

Fierro y Jiménez consideran de gran importancia el efecto del estrés familiar en niños y adolescentes, al valorar las alteraciones presentes en los menores estudiados¹⁰⁻¹².

La estructura familiar del grupo de pacientes con trastornos neuróticos se caracteriza por la primacía de familias ampliadas y combinadas (33,3%). En las primeras se estructura, dentro del mismo núcleo familiar, la integración de varias personas: abuelos, tíos, primos, cuñados y amigos; las segundas se presentaron como consecuencias del índice de divorcio observado y la vinculación del niño a dos hogares. Obsérvese cómo el ámbito de interrelaciones entre los miembros de la familia se amplía, lo cual favorece la manifestación de dificultades en las relaciones interpersonales y la estabilidad de las crisis no transitorias a las que están sometidos. Además, es significativa la presencia de trastornos psíquicos en algún familiar responsable de la educación del menor (tabla 2).

Tabla 2 Distribución de los tipos de familia.

Tipos de familia	Grupo estudio		Grupo control	
	No.	%	No.	%
Nucleares	3	20	3	20
Extensas	1	6,6	7	46,6
Unipersonal	2	13,3	3	20
Combinadas	5	33,3	0	0
Ampliadas	5	33,3	2	13,3

Otras de las variables estudiadas en el funcionamiento familiar fueron: estilos educativos, autoridad, afectividad y roles (tabla 3).

Tabla 3 Distribución de indicadores del funcionamiento familiar.

Categorías		Grupo estudio		Grupo control		
		No.	%	No.	%	
Estilos educativos inadecuados	Conflicto	15	100,0	0	0	
	Sobreprotección	13	85,6	9	60,0	
	Rigidez	10	66,6	0	0	
	Inconsistencia	8	53,3	0	0	
	Permisividad	2	13,3	5	33,0	
Autoridad	Matriarcal	13	85,6	4	26,6	
	Patriarcal	2	13,3	11	73,3	
Roles	Sobrecarga	9	60,0	4	26,6	
	Equilibrio	6	40,0	11	73,3	
Afectividad		+	13	86,6	15	100
	Madre	-	2	13,3	0	0
		-	10	66,6	0	0
	Padre	+	5	33,3	15	100,0

Es notorio señalar la existencia de estilos educativos inadecuados en la muestra estudiada, y fue más generalizada su aparición en las familias que educan a niños con trastornos neuróticos; entre ellos, predominó la combinación de conflictos, sobreprotección, rigidez e inconsistencia. La de mayor influencia patógena se asocia a la de conflicto, dada la presencia de un clima familiar emocionalmente negativo, con discusiones frecuentes entre los miembros de la familia, agresividad, entre otros. En resumen, los estilos educativos adoptados por los padres constituyen un factor perturbador de alta significación, al comprobarse la existencia de patrones educativos inadecuados¹³.

En el grupo de niños con trastornos neuróticos, la autoridad es ejercida de forma matriarcal en 13 familias (85,6 %); son las madres las responsables directas de la educación del menor, ejercen la toma de decisiones y, a la vez, son las que más tiempo le dedican al niño. En el 60,0 % constituyen el patrón de conducta a imitar por el niño. Sólo en un 13,3 % de las familias estudiadas es el padre quien ejerce la autoridad.

En cuanto a los roles, se comprobó sobrecarga en la figura materna, ya que en ella se centra el mayor peso del hogar, se evidencia una participación desigual de la pareja en la vida social y política. No se establecen roles individuales para cada miembro de la familia según su edad y posibilidades.

Al referirnos a las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, se encontró la prevalencia de un clima emocional negativo y conflictivo, que repercute en la comunicación y relaciones interpersonales padres-hijos, lo cual favorece la instauración de un código comunicativo claro-directo, pero ineficaz entre ellos.

El vínculo afectivo del niño se establece con ambas figuras (madre-padre); en la mayoría de los casos se observó afectividad positiva hacia la madre (86,6%), aunque las exigencias sociales y familiares a las que deben responder las madres condicionan cambios dinámicos en la expresión del afecto, y sólo el 13,3 % lo establecen en sentido negativo, al no intervenir en la educación de los menores. Con respecto al padre observamos un comportamiento diferente, pues predominó la afectividad negativa hacia éste en el 66,6 %, dado por el poco vínculo educativo y emocional que mantiene con sus hijos, lo que ocasiona necesidades insatisfechas de afecto y seguridad en los niños. Si partimos de reconocer que en la edad infantil el componente afectivo desempeña un papel fundamental a través del vínculo familiar, y que es necesaria la estimulación de emociones positivas en esta etapa de la vida, es fácil comprender las preocupaciones que generan los resultados hasta aquí expresados.

A modo de resumen, en las familias del grupo de niños con trastornos neuróticos se observó la

existencia de una disfuncionabilidad familiar, caracterizada por:

Prevalencia de familias ampliadas y combinadas, con presencia de crisis no transitorias.

Existencia de antecedentes patológicos familiares, en los que resaltan los referidos a trastornos psíquicos de nivel neurótico.

Autoridad ejercida de forma matriarcal.

Presencia de estilos educativos inadecuados: conflicto, sobreprotección, rigidez e inconsistencia.

Asimetría y sobrecarga de roles en la figura materna.

Utilización de mensajes claros y directos en la comunicación familiar aunque poco afectivos, lo que condiciona un clima emocional negativo en los hogares de los niños con trastornos neuróticos, aspecto este que puede constituir una de las causas de la necesidad de afecto insatisfecha expresada por los mismos.

Al comparar el comportamiento de las categorías psicológicas investigadas en este grupo con los niños sanos psíquicamente, observamos diferencias significativas en las alternativas fundamentales de la prueba de Chi cuadrado utilizada, el test exacto de Fisher y la V de Cramer, con probabilidades inferiores al nivel de significación de 0,05.

En el grupo de niños sanos psíquicamente hubo primacía de las familias extensas (46,6 %), constituida por abuelos, hijos y nietos. Este grupo se caracterizó por la existencia de un estilo educativo inadecuado de sobreprotección y permisividad. Se emplea la persuasión en la educación mediante conversaciones para modelar, disciplinar y educar a los hijos.

La autoridad es ejercida de forma patriarcal en el 73,3 % y sólo en el 26,6 % por la figura materna; además, a pesar de esta tendencia en ese grupo, hay una mayor vinculación de ambos padres en la educación familiar, que transcurre en un ambiente armónico. La madre constituye la persona que más tiempo le dedica al niño, por lo que se refiere como patrón de conducta a imitar en 10 de los niños evaluados.

La afectividad positiva se manifiesta entre todos los miembros de la familia en la totalidad de los niños, a los que ofrecen afecto y seguridad.

Las tareas hogareñas son distribuidas en 11 familias de forma cooperada, y existe responsabilidad individual definida y diferenciada según la edad y las posibilidades; sólo en el 26,6 % hay sobrecarga de roles en la figura materna.

Por ello, las familias de niños psíquicamente sanos mostraron evidentes diferencias en comparación con el grupo anterior, al comprobarse indicadores de funcionabilidad familiar; entre ellos:

Prevalencia de familias extensas.

Autoridad ejercida de forma patriarcal.

Presencia de estilos educativos inadecuados de sobreprotección y permisividad.

Simetría positiva y equilibrio en los roles manifestados por los miembros de la familia.

Utilización de mensajes claros y directos en la comunicación familiar, matizados por una expresión evidente de afecto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez D. Taller Seminario sobre familia. Santa Clara: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 1992.
2. Ruiz R. La familia: concepto, funciones, estructura, ciclo de vida familiar, crisis de la familia y Apgar familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 1990;6(1):58-73.
3. Arez M. Mi familia es así. La Habana: Ciencias Sociales 1990.
4. Chagoya L. Dinámica familiar y patología. México: [s.n.]; 1995.
5. Jiménez MA, Mearín J. Neurosis. Madrid: Acento; 1998.
6. Bragado C, Carrasco I, Sánchez ML, Bersabe RM, Loriga A, Monsalve T. Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes: resultados preliminares. Clín Salud 1995;6(1):67-82.
7. Pérez V. Trastornos psíquicos en el niño y en el adolescente. La Habana: Pueblo y Educación; 1998.

8. Castillo G, García M. Factores predisponentes en un manejo inadecuado de los hijos. Rev Hospital Psiquiátrico La Habana 1994;35(1):33-36.
9. Díaz M. Factores sociales en las neurosis. La Habana: Academia; 1998.
10. Buendía J. Familia y Psicología de la Salud. Madrid: Pirámides; 1999.
11. Vega V. Trastornos psicológicos del niño y del adolescente. La Habana: Universitaria; 1998.
12. González R. Psicopatología del niño y del adolescente. Madrid: Pirámides; 1998.
13. Echeburrúa E. Trastornos de la ansiedad en la infancia. Madrid: Pirámides; 1993.