



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología
y Enfermería en Salud Mental

PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL PERCEPTION OF INTRAFAMILY RELATIONSHIPS IN ADOLESCENTS WHO ATTEND A MENTAL HEALTH UNIT

Paloma Ruiz Sastre

palomaruizsastre@gmail.com

Psicopatología adolescente, relaciones familiares, estructura familiar, fratría
Adolescent psychopathology, family relationships, family structure, phratry

RESUMEN

Estudios previos han establecido que la calidad de las relaciones familiares podrían estar relacionados con la aparición de diversas psicopatologías en la niñez. El objetivo de esta investigación es analizar si existe un patrón relacional familiar diferente según la psicopatología juvenil manifestada. Asimismo, se pretende explorar si existen diferencias en cuanto a la aparición de alguna psicopatología y aspectos estructurales del sistema familiar. Se ha utilizado la *Escala de Relaciones Intrafamiliares* (Rivera Heredia y Andrade Palos, 2010), siendo aplicada a una muestra de 38 adolescentes de entre 12 y 17 años que acuden a una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Andalucía. Para la puesta en práctica de este estudio se contó con la aprobación del Comité de Ética correspondiente. Los datos se sometieron a análisis estadísticos descriptivos y correlacionales, así como comparación de medias en función de las categorías diagnósticas (ANOVA). Se han encontrado datos que sugieren que, independientemente del sufrimiento psíquico del menor, aquellos adolescentes que ocupan posiciones más avanzadas entre sus hermanos tienden a informar de mayores dificultades en las relaciones entre los miembros de la familia. Además, se demuestra que estas dificultades son también más comúnmente referidas entre aquellos adolescentes que conviven con mayor número de personas en casa. Por otro lado, los resultados alcanzados indican que no existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de los adolescentes sobre las relaciones en sus familias según la psicopatología manifestada.

PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

A mediados del siglo XX, Vigotsky establece el sentido ecológico del desarrollo infantil. Esto implica los condicionantes del entorno en la construcción del ser humano (Corral y Pardo, 2001; Vigostky, 1978). Siguiendo esta línea, otros autores, como Bronfenbrenner (1987), asumen estos postulados y contribuyen a su extensión en las relaciones personales y sociales. Estas teorías comienzan a tomar impulso y se difunden entre los especialistas, de modo tal que el niño deja de ser considerado una construcción interior en desarrollo para ser contemplado como fruto de interacciones del entorno con su propia subjetividad en un proceso dinámico (Allué, 2000; García Caballero, 1995).

El interés por el estado de salud/enfermedad de la población infanto-juvenil ha fomentado la proliferación de numerosos estudios de tipo epidemiológico (Schwab-Stone y Briggs-Growan, 1998), etiológico (Krueger y Piasecki, 2002), de evaluación (Lemos, 2003), tratamiento (Boix, Rosa-Alcázar, Olivares-Olivares, 2002), etc. Desde el modelo de la **psicopatología del desarrollo**, el análisis de las variables influyentes tanto personales como contextuales en el origen y/o mantenimiento de los problemas sigue generando investigaciones. Dentro de los factores contextuales, el *sistema familiar* ha sido considerado como uno de los agentes fundamentales. La mayoría de investigaciones recalcan la importancia que la familia tiene como factor de soporte psicosocial o de riesgo en la aparición de problemas interpersonales, emocionales, sociales y del desarrollo de los niños y adolescentes (Benites Morales, 2010).

El ambiente familiar es una entidad formativa en el desarrollo de cualquier niño, la cual provee factores protectores y, a la vez, actúa como una de las fuentes de estrés. Ha sido establecido que la calidad de las relaciones familiares y los patrones de interacción podrían estar relacionados con el desarrollo y curso de diversos patrones de psicopatología de la niñez (Chang, Blasey, Ketler y Steiner, 2001; Peris y Baker, 2000; Stubbe, Zahner, Goldstein y Leckman, 1993).

Hay investigaciones que centran sus esfuerzos en explorar aspectos relacionados con la comunicación y expresión intrafamiliar. Así, Kerr y Stattin (2000) indicaron que la revelación espontánea de los infantes, es decir, la facilidad y naturalidad con que los niños eran capaces de expresar y compartir con sus familiares aspectos referentes a sus experiencias y emociones, se relacionaba con un buen ajuste psicológico. Otros estudios han demostrado que las dificultades de comunicación entre padres e hijos está relacionada con la aparición de signos de *depresión* y *ansiedad* en los menores (Fieldt, Diego y Sanders, 2001). Oliva, Parra, Sánchez y López (2007) encontraron relación positiva entre niveles adecuados de comunicación y variables como el desarrollo psicosocial, bienestar emocional y ajuste.

PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Otros factores investigados se refieren al ámbito de la afectividad intrafamiliar. Sáez y Rosselló (2001) exploraron el nivel de aceptación que los padres mostraban hacia sus hijos, hallando resultados que ponían de manifiesto que un mayor nivel de críticas se relacionaban con *depresión* y *problemas de conducta* en los adolescentes, resultados que posteriormente corroboraron Iglesias y Romero (2009). Por su parte, Ramírez (2002) observó que el afecto negativo correlacionaba con la conducta agresiva y *problemas de atención*. Bajos niveles de calidez emocional y altos niveles de rechazo correlacionan con *ira* y *hostilidad* entre los adolescentes (Muris, Meesters, Morren y Moorman, 2004). También, otros estudios han hallado relación entre el rechazo parental percibido por el hijo y síntomas de *ansiedad*, *depresión*, *aislamiento social*, *problemas somáticos* y agresividad (Gracia y cols., 2005). Oliva, Parra, Sánchez y López (2007) destacaron la relación existente entre el afecto y el buen ajuste manifestado por los adolescentes. Aquellos chicos que percibían mayor afecto por parte de sus padres, mostraban mayores niveles de desarrollo personal y social.

Algunos estudios han explorado la relación de los estilos educativos con la aparición de disfuncionalidad psicológica y/o comportamental de niños y adolescentes. Ramírez (2002) encontró que el estilo autoritario se relaciona con *depresión* y *ansiedad*. Según los resultados analizados, altos niveles de vigilancia por parte de los padres están vinculado con una peor adaptación por parte de los hijos (Fieldt, Diego y Sanders, 2001). En esta misma línea, otros autores (Hasebe, Nucci y Nucci, 2004) relacionaron el excesivo control parental sobre los adolescentes con *síntomas internalizantes*. Las familias democráticas, por el contrario, parecen promover estilos de afrontamiento adaptativos y protectores de la depresión y la soledad (Richard de Minzi, 2005).

En cuanto a la composición familiar, en lo referido al subsistema parental, se han encontrado datos reveladores de diferencias. Parece que los adolescentes que viven con ambos padres o sólo con la madre, perciben a la madre de manera más afectuosa, presentando además mayores niveles de autonomía y comunicación intrafamiliar. De igual modo, cuando convivían con ambos padres, percibían a los padres más controladores (Rosa-Alcázar y Parada-Navas, 2014).

El estudio pormenorizado de las dinámicas familiares de niños y adolescentes que presentan alguna alteración psicológica lo encontramos en aquellas investigaciones centradas en población clínica, realizando estudios que pretenden relacionar variables asociadas al clima familiar y los diagnósticos infantiles.

Un meta-análisis en torno al estudio de las relaciones existentes entre varios factores asociados a las dinámicas familiares y la depresión en adolescentes sugiere los siguientes hallazgos.

PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Por una parte, la calidez afectiva parece mostrar una vinculación sólida con la aparición de alteraciones emocionales de tipo depresivo (McLeod y cols., 2007). Asimismo, se han encontrado resultados que evidencian una relación bien estabilizada entre la presencia de conflictos entre los padres y depresión en los hijos (Bögels y Brechman-Toussaint, 2006; Cummings y Davies, 2010; Cummings y Schatz, 2012). Por otra parte, se han encontrado resultados que evidencian la correlación existente entre la aversión percibida por los adolescentes proveniente de sus padres y mayor vulnerabilidad en los hijos de presentar depresión (Yap y cols., 2007). De este modo, podemos considerar adecuados niveles de autonomía como factor protector de alteraciones emocionales en los adolescentes. Otros factores no han encontrado evidencia consistente en su relación con signos de depresión en niños y adolescentes, tales como la vigilancia paterna y control conductual (Hamza y Willoughby, 2011). Otros resultados sitúan como factores de riesgo de la depresión la disciplina paterna inconsistente (Schaefer, 1965) y la retirada y negligencia por parte de los progenitores (Yap y cols., 2010).

Distintos autores sugieren que la sintomatología ansiosa se genera en la familia (Barrett, 1998). Relaciones intrafamiliares coercitivas provocan ansiedad en los hijos (Doll y Lyon, 1998). Un ambiente familiar inadecuado, provoca déficits en el desarrollo emocional y genera distintos niveles de ansiedad y de desórdenes ansiosos (Hansen, Sanders, Scott y Last, 1998; Johnson, 1998), especialmente si los padres sufren ansiedad y/o depresión y si se producen conflictos y discordias de forma sostenida. De hecho, parece que la presencia de ansiedad en los padres es el factor más importante en el desarrollo de la ansiedad en el niño (Cobhan y cols., 1998). Aquéllos que son criados en ambientes de abuso físico y emocional tienen más posibilidades de desarrollar trastornos psicológicos y conductuales. Existen evidencias de que los conflictos maritales y la disfuncionalidad familiar predicen desajustes emocionales en los hijos (Bögels y Brechman-Toussaint, 2006; Cummings y Davies, 2010). Por otra parte, parece que la presencia de uno de los progenitores con una conducta de sobreprotección para con sus hijos puede contribuir al desarrollo de reacciones ansiosas en los hijos (Barrett, 1998). Además, los niños emocionalmente afectados suelen interactuar de forma inadaptada, lo que exacerba sus ya afectadas relaciones interpersonales y amplifica sus alteraciones emocionales (Jadue, 2000).

En cuanto a las conductas violentas, al revisar la literatura, encontramos resultados que demuestran que éstas correlacionan negativamente con un adecuado funcionamiento familiar (medido según las dimensiones referidas a la unidad y apoyo percibido) (Bonilla Castellón, Núñez Fadda, Domínguez Mora y Callejas Jerónimo, 2017).

PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Además, existen evidencias de que los adolescentes que presentan conductas violentas a su vez muestran mayor malestar psicológico, con sintomatología de tipo depresivo, de ansiedad e ideación suicida (Estévez y Jiménez, 2015; Villarreal-González, Sánchez-Sosa, Veiga y del Moral-Arroyo, 2011). De manera complementaria, encontramos hallazgos del efecto protector que el apoyo y calidez afectiva de los padres, la comunicación abierta y escasa conflictividad ejerce sobre la participación de los adolescentes en conductas violentas (Jiménez, Estévez y Murgui, 2014; Lereya y cols., 2013). Algunas investigaciones han relacionado la aparición de conductas agresivas en adolescentes con familias disfuncionales, con manifestaciones de agresividad, alcoholismo, sentimientos de rechazo hacia los hijos e irresponsabilidad en su cuidado (Norroño Morales, Cruz Segundo, Cadalso Sorroche y Fernández Benítez, 2002).

Otras investigaciones se han centrado en el estudio de las dinámicas familiares de chicos con diagnóstico de trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH), no encontrándose una clara asociación entre el clima familiar y la aparición de la sintomatología mencionada (Rey, Walter, Plapp y Denhire, 2000). Los hallazgos encontrados en estudios previos indican que en las familias con un niño con TDAH el clima familiar se ubica dentro de los rangos promedios al ser comparado con el grupo normativo (Billing y Moos, 1982; Moos y Moos, 1986). No obstante, sí existen hallazgos que relacionan mayor gravedad y persistencia de los síntomas asociados al TDAH en los casos con menores niveles de cohesión, expresividad e independencia y mayor conflictividad familiar (Baker, Heller y Hender, 2000; Daley, Sonuga-Barke y Thompson, 2003; Montiel-Nava, Montiel-Barbero y Peña, 2005).

Realizando una amplia revisión de la literatura, queda patente que la atención a la familia parece un elemento clave en la prevención de problemas de salud mental.

Partiendo de las investigaciones previas, el presente estudio nace del interés por conocer cómo son las relaciones intrafamiliares de los adolescentes que presentan algún sufrimiento psicológico basándonos en sus propias percepciones de las mismas. La revisión de la literatura ofrece variadas investigaciones que exploran las características funcionales y estructurales de las familias de niños y adolescentes con una psicopatología específica, sin que sean frecuentes los estudios que pretendan comparar según grupos diagnósticos. El objetivo general de esta investigación es analizar si existe un patrón relacional similar entre las familias de menores con alteraciones emocionales semejantes y si dichos perfiles en las dinámicas relacionales intrafamiliares son diferentes según los diagnósticos emitidos por los profesionales que los atienden.

PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Las hipótesis propuestas han sido: a) existirán disfuncionalidades en las relaciones intrafamiliares percibidas de los adolescentes que son atendidos por algún tipo de malestar psicológico e inadapción; b) las relaciones intrafamiliares percibidas presentarán diferencias según la sintomatología psicopatológica manifestada.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo accidental (no probabilístico). Un total de 38 adolescentes de entre 12 y 17 años participaron de forma voluntaria en el estudio. De ellos, el 52'6% eran chicas y el resto chicos. Dividiendo las edades en dos periodos, la muestra estuvo compuesta por un 42'1% de adolescentes de entre 12 y 14 años, lo que podríamos denominar *adolescencia temprana*, y un 55'3% con edades comprendidas entre 15 y 17 años, o *adolescencia tardía*. Todos ellos acuden a una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil perteneciente al Sistema Nacional de Salud Pública de Andalucía.

En cuanto al resto de variables sociodemográficas medidas, la mitad de los adolescentes encuestados eran los más pequeños de entre sus hermanos, el 44'7% eran los mayores y sólo el 2'6% ocupaban la posición intermedia. Con respecto al número de personas que residen en sus casas, en la mitad de los casos convivían cuatro personas (*estándar*), en un 31'6% menos de cuatro (*pequeñas*), y en el 15'8% de los casos vivían más de cuatro personas en el domicilio familiar (*grandes*).

Se procuró la representatividad de los grupos en función de la variable de interés, esto es, las categorías diagnósticas. Se incluyeron todo tipo de psicopatologías, registrándose datos de adolescentes cuyos diagnósticos emitidos por especialistas en Salud Mental (psicólogos clínicos y psiquiatras), siguiendo la clasificación diagnóstica CIE-10 (OMS) correspondían a Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (18'4%), trastornos de la conducta alimentaria (10'5%), trastornos de las emociones de inicio en la infancia y adolescencia (18'4%), trastornos de ansiedad (7'9%), trastornos de adaptación (5'3%), trastornos del espectro del autismo (10'5%), trastornos psicóticos (5'3%), trastorno disocial y otros trastornos de conducta (incluyendo consumo de tóxicos) (13'1%), y trastornos del comportamiento social y fobia social (7'9%). El porcentaje de casos perdidos fue de 2'6%. En el gráfico 1 podemos observar la distribución de la muestra según el juicio clínico profesional.

PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

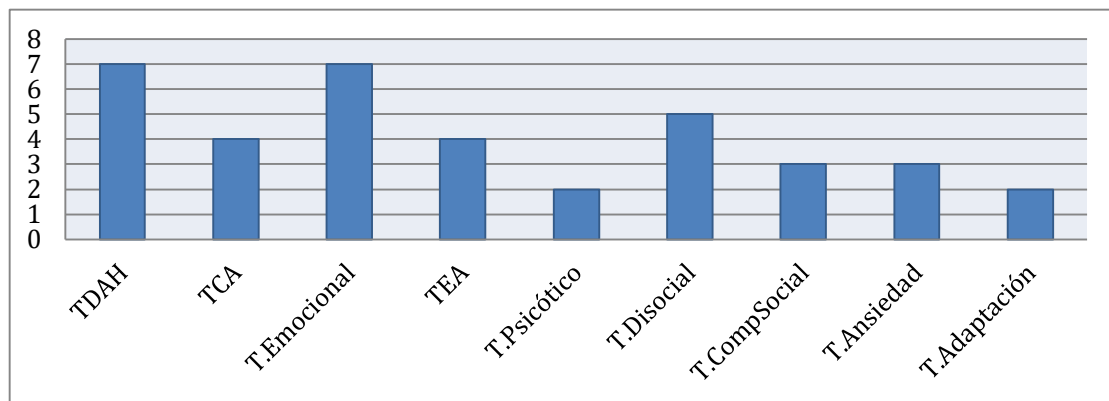


Figura 1. Frecuencia absoluta de la muestra según el juicio clínico.

Se decidió recategorizar los grupos diagnósticos siguiendo la clasificación de Achenbach para facilitar el análisis de datos según el objetivo principal del estudio. De este modo, la muestra quedó distribuida en *trastornos internalizantes* (39'5%), incluyendo trastornos de ansiedad, trastornos de adaptación, trastornos de las emociones, trastornos de la conducta alimentaria; *trastornos externalizantes* (31'6%), conformado por trastornos de conducta, consumo de tóxicos, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastorno disocial; y *trastornos mixtos* (26'3%), donde se incluyen aquellos relacionados con alteraciones del pensamiento y de las relaciones sociales (trastornos psicóticos, trastornos del espectro autista, y trastornos del comportamiento social). Dicha distribución queda reflejada en el gráfico 2.

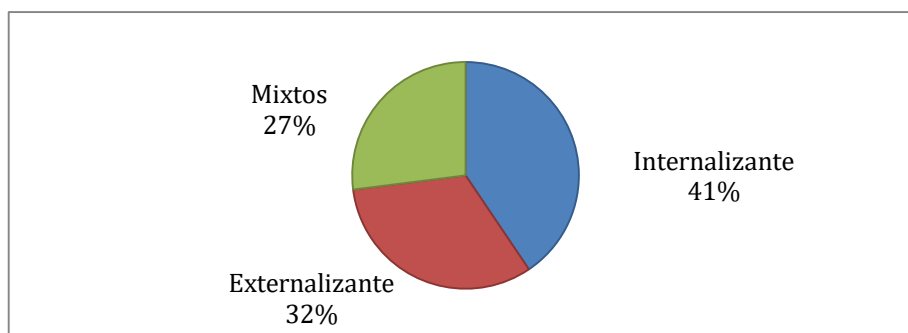


Figura 2. Distribución de la muestra según las categorías diagnósticas descritas por Achenbach en frecuencias relativas.

MATERIALES

Se empleó la *Escala de Relaciones Intrafamiliares* (ERI) en su versión intermedia (Rivera Heredia y Andrade Palos, 2010). Consta de 37 ítems con opciones de respuesta tipo Likert (1-5) y es autoaplicable.

Dicha escala incluye la percepción que se tiene del grado de unión familiar, el estilo de la familia para afrontar problemas, para expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio.

PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Mediante este instrumento se miden tres dimensiones: la dimensión de **unión y apoyo** mide la tendencia de la familia a realizar actividades en conjunto, de convivir y de apoyarse mutuamente. Se asocia con un sentido de solidaridad y de pertenencia con el sistema familiar. Por su parte, la dimensión de **expresión** mide la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto. Por último, la dimensión de **dificultades** se refiere a los aspectos de las relaciones intrafamiliares considerados como indeseables y problemáticos, identificándose con el grado de percepción de conflicto dentro de la familia. Todas las dimensiones evaluadas cuentan con estudios previos que demuestran una fiabilidad de entre 0'90 y 0'94 (Rivera-Heredia, Andrade Palos, 1999).

PROCEDIMIENTO

Para la puesta en práctica de la presente investigación, se contó con la aprobación del Director de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del área hospitalaria en cuestión, así como la aceptación del proyecto por parte del Comité de Ética.

Los participantes fueron informados de la finalidad de la investigación y la privacidad con que los datos serían tratados. Su colaboración fue voluntaria. A aquéllos que accedieron a participar, se les solicitó un consentimiento informado firmado tanto por parte del menor como de su representante legal. Posteriormente, respondieron de manera autoinformada a la escala mencionada.

ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron tratados de manera global y confidencial, garantizando la privacidad de los participantes. Se sometieron a análisis estadísticos descriptivos y correlacionales, así como comparación de medias en función de las categorías diagnósticas y siguiendo el objetivo central del estudio. Se empleó un diseño transversal y se tuvieron en cuenta las puntuaciones medias en cada una de las subescalas evaluadas con el fin de obtener puntuaciones con un intervalo de valores similar a las respuestas iniciales de los participantes. El paquete informático empleado fue el *SPSS 15.0*.

PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

RESULTADOS

Los datos fueron sometidos a análisis descriptivos, calculando las medias y desviaciones típicas obtenidas en las tres subescalas evaluadas en el conjunto total de participantes y en función de las agrupaciones efectuadas según las categorías diagnósticas.

Además, se realizó la comparación de medias para el objetivo principal de la presente investigación, empleando el análisis de varianza (ANOVA de un factor).

Por último, y aprovechando el tipo de diseño, se realizaron cálculos correlacionales entre las variables sociodemográficas evaluadas y las subescalas medidas.

Los valores estadísticos descriptivos que se van a emplear a continuación para la comparación de los datos son la media (\bar{x}) y la desviación típica (S_x).

En lo que respecta a los valores medios referidos por los adolescentes respecto a las relaciones intrafamiliares percibidas, las tres subescalas se sitúan cercanas al valor intermedio (3), si bien aquellas que evalúan la unidad y apoyo percibidos ($\bar{x}=3'55$) y la facilidad con la que consideran pueden expresar sus opiniones ($\bar{x}=3'41$) tienden a mostrar más acuerdo que las dificultades referidas ($\bar{x}=2'67$).

Se presentan a continuación los resultados obtenidos según el objetivo central del estudio, es decir, las diferencias en la percepción de las relaciones intrafamiliares en función de la psicopatología presentada.

Siguiendo la clasificación de Achenbach mencionada anteriormente, se aprecian mínimas diferencias en los valores descriptivos (media y desviación típica) en las subescalas medidas y en función de los grupos diagnósticos establecidos, así como elevados índices de dispersión, tal como puede observarse en la tabla 2.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos (media y desviación típica) en las subescalas medidas en función de las categorías diagnósticas.

Subescalas	Categorías diagnósticas	Media	Desviación típica
UNIÓN Y APOYO	INTERNALIZANTES	3'60	,909
	EXTERNALIZANTES	3'46	,965
	MIXTOS	3'47	,777
EXPRESIÓN	INTERNALIZANTES	3'43	,982
	EXTERNALIZANTES	3,21	1,029
	MIXTOS	3'53	,875
DIFICULTADES	INTERNALIZANTES	2'72	,623
	EXTERNALIZANTES	2'56	1'049
	MIXTOS	2,70	,921

PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Para el análisis pormenorizado de las diferencias entre las medias encontradas, se realizó un análisis de varianza (ANOVA de un factor). Asumiendo la homogeneidad de las varianzas mediante la prueba de Levene, podemos concluir que no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las tres subescalas medidas en función de la psicopatología padecida ($p > 0,05$) (ver tabla 3).

Tabla 3. Comparación de medias en las subescalas medidas (Unión y Apoyo; Expresión; Dificultades) en función de las categorías diagnósticas según Achenbach.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Unión y Apoyo	Inter-grupos	,157	2	,078	,098	,907
	Intra-grupos	27,240	34	,801		
	Total	27,397	36			
Expresión	Inter-grupos	,609	2	,305	,323	,726
	Intra-grupos	32,027	34	,942		
	Total	32,636	36			
Dificultades	Inter-grupos	,180	2	,090	,121	,886
	Intra-grupos	25,166	34	,740		
	Total	25,346	36			

Aprovechando las características de la muestra, se decidió realizar análisis correlacionales para conocer si existe relación entre las variables sociodemográficas y los índices medidos respecto a las relaciones intrafamiliares percibidas.

Los datos obtenidos muestran resultados que indican una relación directa ($r = ,285$) y estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre la posición ocupada entre los hermanos y las dificultades intrafamiliares percibidas, esto es, a la luz de los datos analizados, cuando el lugar en el orden de los hermanos es mayor, las dificultades encontradas en las relaciones familiares es mayor.

PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

De igual forma, aquellos adolescentes que viven en hogares con mayor número de personas, encuentran también mayores dificultades en sus familias ($r=,358$), encontrándose una relación entre ambas variables estadísticamente significativa ($p<0'05$). En el resto de variables no se han encontrado correlaciones estadísticamente significativas (ver tabla 4).

Tabla 4. Correlaciones entre las variables objeto de estudio.

		Unión/ Apoyo	Expresi ón	Dificultad es	Categorías diagnóstic as	Posición herman os	Person as en casa
Unión/ Apoyo	Correlación de Pearson	1	,795(**)	-,716(**)	-,065	-,111	-,179
	Sig. (unilateral)		,000	,000	,351	,257	,144
Expresi ón	Correlación de Pearson	,795(**)	1	-,643(**)	,028	-,081	-,220
	Sig. (unilateral)	,000		,000	,436	,317	,095
Dificult ades	Correlación de Pearson	-,716(**)	-,643(**)	1	-,017	,285(*)	,358(*)
	Sig. (unilateral)	,000	,000		,460	,043	,015
Categor ías diagnós ticas	Correlación de Pearson	-,065	,028	-,017	1	-,059	,108
	Sig. (unilateral)	,351	,436	,460		,365	,263
Posición herman os	Correlación de Pearson	-,111	-,081	,285(*)	-,059	1	-,189
	Sig. (unilateral)	,257	,317	,043	,365		,131
Persona s en casa	Correlación de Pearson	-,179	-,220	,358(*)	,108	-,189	1
	Sig. (unilateral)	,144	,095	,015	,263	,131	
Rango de edad	Correlación de Pearson	-,105	0,071	,060	-,347(*)	,048	-,289
	Sig. (unilateral)	,268	,339	,362	,018	,389	,041

PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

CONCLUSIÓN

A la luz de los resultados alcanzados, podemos concluir que no existen diferencias estadísticamente significativas en las percepciones de las relaciones intrafamiliares entre los adolescentes que acuden a Salud Mental según las dificultades emocionales padecidas. No obstante, se han encontrado datos que sugieren que, independientemente del sufrimiento psíquico por el que reciben algún tipo de tratamiento en Salud Mental, aquellos adolescentes que ocupan posiciones más avanzadas entre sus hermanos tienden a informar de mayores dificultades en las relaciones entre los miembros de la familia, esto es, conflictividad y otros aspectos que complican la convivencia y el saludable desarrollo socioafectivo.

Además, se demuestra que estas dificultades son también más comúnmente referidas entre aquellos adolescentes que conviven con mayor número de personas en casa.

DISCUSIÓN

Tal como se describiera en estudios previos, las dificultades en el ambiente familiar parecen estar más presentes en aquellas familias cuyos hijos adolescentes sufren alguna alteración psicológica. Los resultados hallados en la presente investigación corroboran los datos ya alcanzados por Rivera Heredia y Andrade Palos (2010), esto es, las dificultades familiares se relacionan con múltiples síntomas psíquicos en el menor.

Además, parece que ejerce un factor importante la posición ocupada con respecto a los hermanos, siendo los más pequeños los que perciben mayor nivel de dificultades en la familia, independientemente de la psicopatología presentada.

En cuanto a las diferencias en la percepción de las relaciones intrafamiliares según la problemática psíquica, no podemos concluir, según los resultados alcanzados, que éstas tengan lugar. Es decir, entre los adolescentes que acuden a Salud Mental, sea por el motivo que sea, no hay diferencias en la descripción que realizan respecto a la dinámica familiar. Resultaría interesante, pues, fomentar el diseño de nuevas líneas de investigación que permitan comparar las percepciones de adolescentes que presenten alguna alteración emocional y/o comportamental de aquellos otros que no acuden a Salud Mental, permitiendo el análisis de las diferencias entre ambos grupos y que permitan comprobar los resultados encontrados en estudios previos (Chang, Blasey, Ketler y Steiner, 2001; Peris y Baker, 2000; Mardomingo, 2002).

Investigaciones centradas en el estudio de estas variables pueden resultar de gran interés de cara a la prevención y tratamiento de los problemas de salud y ajuste psicológico y emocional de los adolescentes, ya que, al poder demostrar que las relaciones familiares conflictivas, con bajos índices de afectividad y comunicación y altos niveles de dificultades

PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

de relación, pueden constituir factores de riesgo de psicopatología en los hijos menores, se favorecería la inclusión de intervenciones dirigidas al sistema familiar.

Lo que es difícil de esclarecer es si la disfunción observada favorece la aparición de la psicopatología manifestada por los niños y adolescentes o si las alteraciones relacionales intrafamiliares son provocadas por los desajustes emocionales y psicológicos de los hijos. Es decir, no podemos determinar la dirección de la relación encontrada entre los factores. Los hallazgos aquí mostrados pretenden ser el inicio de nuevas investigaciones que profundicen acerca de las cuestiones estructurales y funcionales del sistema familiar, con el objetivo último de poder ayudar a realizar diseños de intervención eficientes que centren sus esfuerzos en potenciar las condiciones familiares.

El presente estudio presenta algunas limitaciones que pueden llegar a cuestionar la validez de los resultados encontrados. Así, mencionamos la no selección de la muestra de manera aleatoria, así como el tamaño muestral reducido. Otra limitación ha sido el instrumento empleado para tomar medidas de la variable objeto de estudio (relaciones intrafamiliares), ya que nos hemos basado exclusivamente en los autoinformes de los adolescentes, pudiendo haber sido importante utilizar el informe del resto de los miembros de la familia. Las limitaciones mencionadas pueden transformarse en perspectivas de trabajo futuras que permitan analizar elementos personales y contextuales para entender de manera más completa la aparición y mantenimiento de las dificultades de salud mental de niños y adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Achenbach, T.M., Edelbrock, C. y Howell, C.T. (1987). Empirically based assessment of the behavioral/emocional problemas of 2 and 3 year old children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15(4), 629-650.
2. Allué, X. (2000). *Pedriatría psicosocial*. Madrid: Ergon.
3. Baker, B.L., Heller, T.L. y Henker, B. (2000). Expressed emotion, parenting stress, and adjustment in Mathers of young children with behavior problems. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines*, 41, 907-915.
4. Barrett, P. (1998). Evaluation of cognitive-behavioral groups tratments for chilhood anxiety disorders. *Journal of clinical child psychology*, 27, 4, 159-468.
5. Benites Morales, L. (2010). Autismo, familia y calidad de vida. *Cultura*, 1-20.
6. Billing, A.G. y Moos, R.H. (1982). Social support and functioning hmong community and clinical groups: a panel model. *Journal of behavioral Medicine*, 5, 295-311.

PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

7. Bögels, S.M. y Brechman-Toussaint, M.L. (2006). Family issues in child anxiety: attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clin. Psychol. Rev.* 26, 834-856.
8. Boix, M., Rosa-Alcázar, A.I. y Olivares-Olivares, P.J. (2011). Papel de la focalización de la atención en el tratamiento de la fobia social generalizada en adolescentes. *Anales de Psicología*, 27, 718-728.
9. Bonilla Castellón, C.E., Núñez Fadda, S.M., Domínguez Mora, R. y Callejas Jerónimo, J.E. (2017). Las relaciones intrafamiliares de apoyo como mecanismo explicativo de a conducta violenta en adolescentes escolarizados. *Universitas Psychologica*, 16(4).
10. Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
11. Chang, K.D., Blasey, C., Ketter, T.A. y Steiner, H. (2001). Family environment of children and adolescents with bipolar parents. *Bipolar Disorders*, 3, 73-78.
12. Cobhan, V., Dadds, M. y Spence, S. (1998). The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 66(6), 893-905.
13. Corral, A. y Pardo, P. (2001) *Psicología evolutiva*. Madrid: UNED.
14. Cummings, E.M. y Davies, P.T. (2010). *Marital conflicto and children: an emocional security perspective*. New York: Guilford Press.
15. Cummings, E.M. y Schatz, J. (2012). Family conflicto, emocional security and child development: translating research findings into a prevention program for community familias. *Clin. Child Family Psychol. Rev.*, 15, 14-27.
16. Daley, D., Sonuga-Barke, E.J. y Thompson, M. (2003). Assesing expressed emotion in Mathers of preschool AD/AH children: psychometric properties of a modified speech sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 53-67.
17. Doll, B. y Lyon, M. (1998). Risk and resilience: implications for the delivery of educational and mental Elath services in the schools. *School psychology review*, 27(3), 348-363.
18. Estévez, E. y Jiménez, T.I. (2015). Conducta agresiva y ajuste personal y escolar en una muestra de estudiantes adolescentes españoles. *Universitas Pschologica*, 14(1), 111-124.
19. Frick, P.J., Lahey, B.B., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Christ, M.A. y Hanson, K. (1992). Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder: parental psychopathology and maternal parenting. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 60, 49-55
20. García Caballero, C. (1995). *Pediatría social*. Madrid: Díaz de Santos.

PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

21. Gracia, E., Lila, M. y Musitu, G. (2005). Rechazo parental y ajuste psicológico y social de los hijos. *Salud Mental*, 28, 73-81.
22. Hamza, C. y Willoughby, T. (2011). Perceived parental monitoring, adolescent disclosure and adolescent depressive symptoms: a longitudinal examination. *Journal Youth Adolescence*, 40, 902-915.
23. Hansen, S., Sanders, S., Scott, M. y Last, C. (1998). Predictors of severity absenteeism in children with anxiety-based school refusal. *Journal of clinical child psychology*, 27(3), 246-254.
24. Hasebe, Y., Nucci, L. y Nucci, M. (2004). Parental control of the personal domain and adolescent symptoms of psychopathology; a cross-national study in the United States and Japan. *Child Development*, 75, 1-14.
25. Heider, D., Matschinger, H., Bernet, S., Alonso, J. y Angermeyer, M. (2006). Relationship between parental bonding and mood disorder in six European countries. *Psychiatry Reseearch*, 143, 89-98.
26. Iglesias, B. y Romero, E. (2009). Estilos parentales percibidos, psicopatología y personalidad en la adolescencia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14, 63-77.
27. Jadue, G. (2000). Algunas características familiares y de la escuela que contribuyen a la etiología de la tensión emocional. *Revista de Psicología de la PUCP*, 18(1).
28. Jensen, P.S., Koretz, D., Locke, B.Z., Schneider, S., Radke-Yarrow, M., Richters, J.E. y Rumsey, J.M. (1993). Child and adolescent psychopathology research: problems and prospects for the 1990s. *Journal of Abnormal child Psychology*, 21, 551-580.
29. Jiménez, T.I., Estévez, E. y Murgui, S. (2014). Ambiente comunitario y actitud hacia la autoridad: relaciones con la calidad de las relaciones familiares y con la agresión hacia los iguales con adolescentes. *Anales de Psicología*, 30(3), 1086-1095.
30. Johnson, G.M. (1998). Students at risk. *School Psychology International*, 19, 221-237.
31. Kerr, M. y Stattin, H. (2000). What parents know, how they know it, and several forms of adolescent adjustment: further support for a reinterpretation of monitoring. *Developmental Psychology*, 36, 366-380.
32. Krueger, R.F. y Piasecki, T.M. (2002). Toward a dimensional and psychometrically-informed approach to conceptualizing psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 485-499.
33. Lemos, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del psicólogo*, 85, 19-28.

PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

34. Lereya, S., Samara, M. y Wolke, D. (2013). Parenting behavior and the risk of becoming a victim and bully/victim: a meta-analysis study. *Child Abuse and Neglect*, 37(12), 1091-1098.
35. Mardomingo, M.J. (2002). *Psiquiatría para padres y educadores. Ciencia y arte*. Madrid: Narcea.
36. McLeod, B.D., Weisz, J.R. y Wood, J.J. (2007). Examining the association between parenting and childhood depression: a meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.* 27, 986-1003.
37. Montiel-Nava, C., Montiel-Barbero, I. y Peña, J.A. (2005). Clima familiar en el trastorno por déficit de atención-hiperactividad. *Psicología Conductual*, 13(2), 297-310.
38. Moos, R. y Moos, B. (1986). *Family environment scale manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
39. Muris, P., Meesters, C., Morren, M. y Moorman, L. (2004). Anger and hostility in adolescents: relationship with self-reported attachment style and perceived parental rearing styles. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 257-264.
40. Musitu, G., Román, J.M. y Gutiérrez, M. (1996). *Educación familiar y socialización de los hijos*. Barcelona: Idea Books.
41. Noroño Morales, N.V., Cruz Segundo, R., Cadalso Sorroche, R. y Fernández Benítez, O. (2002). Influencia del medio familiar en niños con conductas agresivas. *Rev. Cubana Pediatría*, 74(2), 138-144.
42. Oliva, A. (2006). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de Psicología*, 37, 209-223.
43. Oliva, A., Parra, A., Sánchez, I. y López, F. (2007). Estilos educativos materno y paterno: evaluación y relación con el ajuste del adolescente. *Anales de Psicología*, 25, 49-56.
44. Peris, T.S. y Baker, B.L. (2000). Applications of the expressed emotion construct to young children with externalizing behavior: stability and prediction over time. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines*, 41, 457-462.
45. Peris, T.S. y Hinshaw, S.P. (2003). Family dynamics and preadolescent girls with ADHD: the relationship between expressed emotion, ADHD symptomatology, and comorbid disruptive behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines*, 44, 1177-1190.
46. Ramírez, M. (2002). Prácticas de crianza de riesgo y problemas de conducta en los hijos. *Apuntes de Psicología*, 20, 273-282.

PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

47. Restifo, K. y Bögels, S. (2009). Family processes in the development of Routh depression: translating the evidence to treatment. *Clin. Psychol. Rev.* 29, 294-316.
48. Rey, J.M., Walter, G., Plapp, J.M. y Denhire, E. (2000). Family environment in attention deficit hyperactivity, oppositional defiant and conduct disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 453-457.
49. Richard de Minzi, M. (2005). Estilos parentales y estrategias de afrontamiento en niños. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37, 47-58.
50. Rosa-Alcázar, A.I., Parada-Navas, J.L. y Rosa-Alcázar, Á. (2014). Síntomas psicopatológicos en adolescentes españoles: relación con los estilos parentales percibidos y la autoestima. *Anales de Psicología*, 30(1), 133-142.
51. Sáez, E. y Rosselló, J. (2001). Relación entre el ambiente familiar, los síntomas depresivos y los problemas de conducta en adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Interamericana de Psicología*, 35, 113-125.
52. Schaefer, E.S. (1965). Children's reports of parental behavior: an inventory. *Child Dev.* 36, 413-424.
53. Schwab-Stone, M.E. y Briggs-Growan, M.J. (1998). The scope and prevalence of psychiatric in childhood and adolescence. En P. Ferrari (Ed.), *Designing mental Elath services and Systems for children and adolescents: a shrewd investment* (pp. 2-25). Philadelphia: Brunner/Mazel.
54. Stafford, M., Kuh, D.L., Gale, C.R., Mishra, G. y Richards, M. (2016). Parent-child relationships and offspring's positive mental wellbeing from adolescence to early older age. *Journal of Positive Psychology*, 11(3), 326-337.
55. Stubbe, D.R., Zahner, G.E., Goldstein, M.J. y Leckman, J.F. (1993). Diagnostic specificity of a brief measure of expressed emotion: a community study of children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines*, 34, 139-154.
56. Vigostky, L.S. (1978). *Mind in society: the development of higher psychological processes*. Cambridge: Harvard University Press.
57. Villarreal-González, M.E., Sánchez-Sosa, J.C., Veiga, F.H. y del Moral-Arroyo, G. (2011). Development contexts, psychological distress, social self-esteem and school violence from a gender perspective in Mexican adolescents. *Psicosocial Intervention*, 20(2), 171-181.
58. Wicks-Nelson, R. e Israel, A. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente* (3ª ed.) Madrid: Prentice Hall.

PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

59. Yap, M.B.H., Allen, N.B. y Sheeber, L. (2007). Using an emotion regulation Framework to understand the role of temperamento and family processes in risk for adolescent depressive disorders. *Clin. Child Family Psychol. Rev.* 10, 180-196.
60. Yap, M.B.H., Schwartz, O.S., Byrne, M.L., Simmons, J.G. y Allen, N.B. (2010). Maternal positive and negative interaction behaviors and early adolescents' depressive symptoms: adolescent emotion regulation as a mediator. *Journal Res. Adolescence* 20, 1014-1043.
61. Yap, M.B.H., Pilkington, P.D., Ryan, S.M. y Jorm, A.F. (2014). Parental factors associated with depression and anxiety in young people: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 156, 8-23.