



El papel de la familia en los trastornos de la infancia y la adolescencia.

La investigación en relación a los factores familiares implicados en la etiología y la evolución de una enfermedad psiquiátrica y médica de un niño, han llevado al desarrollo de ciertas conclusiones relevantes.

Se han utilizado tres áreas de investigación referentes a cómo interactúan las enfermedades infantiles y los procesos familiares:

- Genética de la conducta.
- Emoción expresada.
- Interacción entre la dinámica familiar y las enfermedades en la infancia.

¿Qué es la genética de la conducta?

Su metodología básica es analizar las similitudes entre parientes relacionados genéticamente (por ejemplo, entre gemelos univitalinos o monocigóticos (MZ), bivitalinos o dicigóticos (DZ), entre hermanos de padre y madre, entre medio-hermanos, hermanastros o hermanos adoptados).

¿Qué aspectos incluye la genética de la conducta?

Los aspectos de la familia que pueden influir en el desarrollo de ciertas características o trastornos pueden ser:

- **Componentes genéticos.**
- **Componentes ambientales**, los cuales se dividen en los **compartidos** (son comunes para todos los hermanos) y los **no compartidos** (son específicos de un niño individualmente de la familia).

Se toman estos componentes como factores familiares de riesgo.

¿Cómo se valoran las respectivas contribuciones de la genética y del ambiente?

Se analizan comparando las correlaciones observadas mediante técnicas estadísticas de los factores que son de interés. Por ejemplo, si el factor en concreto creemos que tiene una etiología genética, es decir, debida a uno o más genes que contribuyen ese factor, se esperaría que los gemelos univitalinos, se correlacionasen el doble que los bivitalinos. De la misma forma, que los hermanos de padre y madre se correlacionarían más que los medio-hermanos y éstos más que los adoptados.

Por el contrario, si el factor a estudiar depende del ambiente compartido, entonces tanto los MZ como los DZ, estarán significativamente correlacionados en este factor, como lo estarían los hermanos de padre y madre y los adoptados.

A la inversa, si la etiología es debida primordialmente a un factor ambiental no compartido, entonces ninguna de las parejas de hermanos tendrían que estar relacionados en ese factor.

¿Cuál es el proceso de evaluación?

Se valora el modelo completo con efectos genéticos (A), efectos ambientales compartidos (C) y no compartidos (E). Luego se estudian los modelos con más detalle, por ejemplo el genético y el compartido y se comparan con el completo. Los resultados finales se presentan como estimaciones de "heredabilidad" y "ambientalidad".



¿Qué papel juegan las relaciones paterno-filiales en la genética de la conducta?

La dinámica familiar, como por ejemplo, las interacciones paterno-filiales, son importantes en la etiología o el resultado de una enfermedad infantil. Mientras que, en principio, esto entraría dentro de la categoría de ambiente compartido, estas interacciones también son probablemente no compartidas, es decir, un padre puede tratar a un gemelo o a un hijo de forma distinta que al otro. Las características genéticas tanto del padre como del hijo, juegan un papel en estas interacciones.

De todos modos, los diseños basados en el estudio de los niños permiten entender si la genética *del niño* es importante en como los padres tratan al niño; los diseños basados en los padres permiten una valoración de si las características genéticas *del padre* determinan formas específicas de comportamiento parental.

¿Cómo afecta la genética a los trastornos del niño?

Hay estudios que han establecido que la mayor parte de la psicopatología infantil tienen un componente genético moderado. La heredabilidad encontrada en los Trastornos por déficit de atención con hiperactividad es de entre el 54% y el 82% . En el Trastorno por angustia de separación la heredabilidad era de entre el 31% y el 74%. Los trastornos de conducta y los negativista desafiante tienen una heredabilidad de entre 21%-74%, aunque también incluyen componentes ambientales compartidos, dependiendo del informante.

¿Cómo afecta el ambiente compartido y el no compartido al desarrollo del adolescente?

Muchos procesos familiares que se consideran importantes para desencadenar o agravar los trastornos psiquiátricos en la infancia, pueden, intuitivamente, parece ser influencias ambientales compartidas. Por ejemplo, disciplina inconstante, conflictos maritales, exposición a traumas, divorcio, enfermedad o muerte de uno de los padres, cambio de domicilio, estatus económico, cambio de barrio y demás factores ambientales que se esperaría que fuesen compartidos por todos los hermanos. Sin embargo, estos sucesos pueden haber sido interpretados o experimentados para cada criatura de manera diferente, de tal manera que los sucesos son realmente percibidos de manera no compartida.

Del mismo modo, se tuvieron en cuenta factores del ambiente no compartido como las amistades, interacciones en la escuela, accidentes individuales y enfermedades, etc. Muchos de estos factores tuvieron poco efecto en el resultado del comportamiento. Se examinaron otros aspectos del ambiente no compartido, por ejemplo, si los padres trataban de forma diferente a los hermanos. Se demostró que los adolescentes que recibían tratos preferentemente negativos de sus padres, tenían un riesgo más alto de desarrollar una sintomatología depresiva o antisocial, mientras que los hermanos que eran tratados positivamente, están más "protegidos" de estos trastornos.

Sin embargo, se ha comprobado que algunas interacciones comportamentales parecen estar influenciadas genéticamente. Por ejemplo, las asociaciones cruzadas entre negatividad parental y el comportamiento antisocial o depresivo del adolescente pueden explicarse por factores genéticos en éste. Las características genéticas del adolescente influirán tanto en como el niño trata a sus padres como en la manera de que los padres lo traten a él.

En resumen, el estudio de la genética de la conducta sugiere que tan importante es el papel de las variables genéticas como el del ambiente en el comportamiento de padres e hijos, incluyendo los tipos y modelos de interacción que los miembros de la familia desarrollan unos respecto a los otros. La proporción de la varianza influenciada por la genética varía según los trastornos y mucho del impacto del ambiente es debido a influencias no compartidas más que a las comunes o compartidas.



¿Qué es la Emoción Expresada?

La Emoción expresada (EE) es un método de diagnóstico clínico que ha sido utilizado de forma creciente para estudiar familias con niños con enfermedades físicas o mentales. Los diagnósticos se fundamentan en una serie prefijada de juicios que afectan al clima afectivo y van dirigidas al progenitor o al niño.

¿Cómo se puede evaluar?

La primera entrevista utilizada fue la CFI (Entrevista familiar de Camberwell), que es una entrevista semi-estructurada focalizada en la descripción del desencadenante de la enfermedad, naturaleza de los síntomas, problemas de la familia para tratar al paciente y la relación que mantienen progenitor (encuestado) y el niño enfermo. Se diagnostica por 3 subdimensiones primarias: la crítica, la hostilidad y la implicación emocional exagerada; y por diversas subdimensiones menores (calor del hogar, comentarios positivos...). De todo ello se obtienen los niveles de EE. Es un sistema lento en aprendizaje, administración y puntuación.

Se ha desarrollado un sistema más rápido. Es el FMSS ("muestra de 5 minutos de discurso"). En esta breve entrevista, se le pide al respondedor que comente sus sentimientos y pensamientos hacia el paciente y que describa su relación con él. Al igual que el método anterior, se codifica según su contenido verbal y tono de voz. Resultados altos de EE significan altos niveles de crítica o de implicación emocional exagerada. Aunque la credibilidad del método es adecuada, hay dudas sobre la validez del FMSS.

¿Cómo se relaciona la EE con el diagnóstico?

Hay estudios que certifican que en niños hospitalizados por depresión, aquellos que obtenían niveles de EE altos tenían una probabilidad de mostrar trastornos del estado de ánimo que aquellos niños que volvían a sus casas con EE bajos, independientemente del tratamiento, nivel sociocultural, duración de la enfermedad, comorbidad.

Cabe decir, que hay que tener en cuenta el tipo de trastorno (no es lo mismo un trastorno depresivo que un trastorno de conducta) y la duración del trastorno.

Por otro lado, tampoco hay que olvidar que los niveles de EE también dependen de las características del respondedor. Se han asociado niveles altos de EE con la presencia de diagnóstico psiquiátrico de los padres, independientemente del trastorno del hijo.

¿Qué entendemos por influencia recíproca entre la enfermedad crónica y el proceso familiar?

El papel de la familia puede contribuir en el desarrollo de trastornos médicos en la infancia, a la vez que una enfermedad crónica en la familia influye notablemente en la dinámica familiar.

Se ha visto que los niños que ya tienen una predisposición genética para desarrollar una enfermedad crónica (ejemplo, asma) no tienen más probabilidades de desencadenarla si el cuidado parental es pobre. Por el contrario, la disfunción familiar aumenta en el momento en que se declara la enfermedad al niño.

Por el contrario, las familias que aumentan su cohesión y organización después de la aparición del diagnóstico del asma, muestran un mayor control de la misma. Esto sugiere que los cambios en la dinámica de funcionamiento familiar son una adaptación positiva a la enfermedad, como consecuencia del estrés y de la carga de la enfermedad de por sí.



¿Cómo afecta la enfermedad crónica a la psicopatología?

La enfermedad crónica sigue siendo un factor de riesgo para desencadenar la psicopatología. Comparados con niños sanos, los niños que tienen enfermedades en proceso presentan de 2.2 a 2.4 veces más riesgo de sufrir trastornos emocionales, problemas de conductas y problemas de adaptación escolar. De manera similar, una enfermedad crónica en el niño incrementa la vulnerabilidad parental a la depresión y a conflictos maritales. Es muy importante el nivel de salud mental de base. Cuando se utiliza una terapia focalizada en los padres con hijos enfermos crónicos, se consigue menor estrés en la pareja y mejor funcionamiento del matrimonio.

Todo esto vuelve a probar la hipótesis de que ayudar a que la familia pase el mal trago de la enfermedad mejora la evolución del niño.

¿Qué papel juegan los trastornos por estrés post-traumático?

Hay que tener en cuenta los trastornos de estrés post-traumáticos debidos a las técnicas de tratamiento invasivas y dolorosas (ejemplo, punciones lumbares, biopsias). Suelen darse más a menudo en los padres que en los hijos. Del mismo modo, se ha comprobado que los niños con asma con experiencias negativas anteriores al tratamiento, tienen más dificultades para adherirse a él. A veces, pues, la falta de cohesión en las familias se debe a que han estado traumatizados anteriormente. De la misma manera, los procesos familiares que viven así la aparición de la enfermedad están asociados a peores resultados para los niños. La intervención psicológica y farmacológica anterior a un tratamiento invasivo o doloroso, reducen el estrés post-traumático.

En definitiva, ya sea por qué el conflicto familiar impacta directamente en la enfermedad o afecta indirectamente por vía no adherente o las dos cosas a la vez, parece evidente que un nivel inferior de conflicto familiar puede mejorar la evolución de la enfermedad del niño.