

Funcionamiento conyugal en padres de familia que llevan a sus hijos a una evaluación psiquiátrica

Mauricio Leija Esparza,¹ Israel Itzaman Jiménez Navarro,² Lidia Karina Macías Esparza³

Artículo original

ABSTRACT

Background

In recent decades, research on families with psychopathology has demonstrated the relationship between childhood mental disorders and problems in the marital subsystem.

Objective

To describe the degree of marital adjustment in a group of parents who sought psychiatric care for their children and compare it with the severity of the psychopathology present in children.

Method

The study included a group of 48 children and 76 parents. The children's psychopathology was assessed using the MINI-Kid, while their parents' degree of dyadic adjustment was evaluated through the Dyadic Adjustment Scale (EAD-13).

Results

A total of 72.9% of the children had at least one parent who reported a low dyadic adjustment. The EAD-13 scores of each member of the couple showed low correlation ($p < 0.05$). Moreover, there was a negative correlation ($p < 0.05$) between the EAD-13 scores answered by the mothers (the lower the score, the lower the adjustment) and the number of diagnoses present in the children. However, a comparison of the means of the number of diagnoses present in the children, according to the degree of adjustment perceived by the fathers, showed that those with a high adjustment had children with a higher number of psychiatric diagnoses ($p < 0.05$).

Discussion and conclusion

The results suggest that denied or concealed conflict, at least by the father, and marital difficulties perceived by the mother, led to children's increased susceptibility to psychopathology.

Ignoring marital conflict in the assessment of children and adolescents has huge implications in the evolution, prognosis and response to treatment of pediatric patients.

Key words: Dyadic adjustment, couple relationship, marital satisfaction, child psychopathology.

RESUMEN

Antecedentes

Recientemente, la investigación en familias con psicopatología ha demostrado la relación entre los trastornos mentales infantiles y los problemas en el subsistema conyugal.

Objetivo

Describir el ajuste conyugal de un grupo de padres de familia que solicitaron atención psiquiátrica para sus hijos, y asociarlo con la gravedad de la psicopatología presente en éstos.

Método

Se incluyó a un grupo de 48 niños y adolescentes, y a 76 progenitores. La psicopatología infantil se evaluó por medio de la MINI-Kid y el ajuste conyugal se evaluó mediante la Escala de Ajuste Diádico (EAD-13).

Resultados

El 72.9% de los menores tuvo al menos un progenitor que reportó un bajo ajuste diádico. La correlación entre las puntuaciones de la EAD-13 obtenidas de cada miembro de las parejas fue baja ($p < 0.05$). Existió una correlación negativa ($p < 0.05$) entre las puntuaciones de la EAD-13 contestadas por las madres (cuanto menos se puntúa, menor es el ajuste) y el número de diagnósticos presentes en los hijos. Sin embargo, al comparar las medias del número de diagnósticos presentes en los menores, según el grado de ajuste percibido por los padres (varones), se encontró que aquellos que presentaban un alto ajuste tenían hijos con un mayor número de diagnósticos psiquiátricos ($p < 0.05$).

Discusión y conclusión

El conflicto negado por parte del padre y las dificultades conyugales percibidas por la madre redundan en una mayor predisposición de los hijos a la psicopatología.

Ignorar el conflicto conyugal tiene enormes implicaciones en la evolución, pronóstico y respuesta al tratamiento de los pacientes pediátricos.

Palabras clave: Ajuste diádico, relación de pareja, satisfacción marital, psicopatología infantil.

¹ Clínica de Niños y Adolescentes del Instituto Jalisciense de Salud Mental.

² Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

³ Instituto Bateson de Psicoterapia Sistémica A.C.

Correspondencia: Mauricio Leija Esparza. Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME). Av. Zoquipan 1000-A, Col. Zoquipan, CP. 45170, Zapopan, Jalisco, México. Tel: (01-33) 3633 - 9383 ext. 254. E-mail: mauricio.leija@gmail.com

Recibido primera versión: 17 de enero de 2014. Segunda versión: 30 de octubre de 2014. Aceptado: 20 de enero de 2015.

ANTECEDENTES

Desde que se inició el estudio de las familias, a mediados del siglo pasado, muchos investigadores, inspirados por los trabajos de Gregory Bateson,^{1,2} encontraron otra forma de comprender la psicopatología infantil. Anteriormente, el enfoque individual, impulsado principalmente por el psicoanálisis, constituía el modelo principal para comprender los problemas emocionales y de conducta de los niños.

El desarrollo de la investigación en familias con psicopatología demostró la estrecha relación entre los trastornos mentales de los niños y los problemas en el sistema familiar, específicamente en el subsistema conyugal.

En la década de los setenta, autores como Salvador Minuchin^{3,4} y Mara Selvini-Palazzoli⁵ señalaron que las dificultades y los conflictos en la relación conyugal generaban un contexto que favorecía el desarrollo de psicopatología en los niños y adolescentes.

También, en la década de los setenta, Julián de Ajuriaguerra publicó su *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, obra clásica ampliamente estudiada y comentada por los interesados en los trastornos mentales de los niños. En dicha obra señaló que "en algunos casos bastó con tratar a determinados miembros del grupo familiar para mejorar el estado del niño".⁶

Unos años más tarde, Ajuriaguerra y Marcelli publicaron *Psychopathologie de l'enfant*; en esta obra hablaron sobre la relación entre la desavenencia de los progenitores y el estado de salud mental del menor: "rara vez el niño se mantiene fuera de la desavenencia; habitualmente participa de ella, pasiva o activamente".⁷

El advenimiento de la medicina basada en la evidencia en los años noventa, condujo a los investigadores a estudiar la psicopatología infantil por medio de una metodología más rigurosa, que pudiera generar resultados en términos cuantitativos. En 1995, King et al.⁸ encontraron una menor satisfacción conyugal en los padres de pacientes que habían requerido hospitalización psiquiátrica en comparación con un grupo control. En el 2002 Nomura et al.⁹ encontraron que los hijos expuestos a conflictos familiares y a la depresión de sus progenitores padecían en mayor proporción psicopatología. En el 2006, Cabrera et al.¹⁰ encontraron que la satisfacción marital, la satisfacción parental, el conflicto marital y el estrés parental eran importantes en la explicación de la variabilidad de las conductas de ajuste psicológico de los hijos.

A pesar de estas investigaciones, aún se sabe relativamente poco acerca de cómo los distintos tipos de "calidad" en las relaciones de pareja influyen en el bienestar de los niños. Hay que señalar que el constructo de "calidad" en la relación conyugal es complejo y abarca conceptos no siempre fáciles de describir, tales como satisfacción, felicidad, ajuste e integración.¹¹

El interés por evaluar objetivamente la calidad en la relación conyugal llevó a Spanier a desarrollar la medida más ampliamente utilizada de ajuste marital, la *Escala de Ajuste*

Diádico (EAD).¹² Como prueba de ello, Spanier señaló que en la década que siguió a su creación fue empleada en más de mil estudios.¹³

El uso de este instrumento, sin duda, puede facilitar la evaluación de la relación conyugal de los padres de familia que buscan atención psiquiátrica para sus hijos. Cabe señalar que la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, por medio de los parámetros prácticos respectivos, ha recomendado que todo niño que acuda a consulta con un psiquiatra infantil debe recibir también una evaluación familiar;¹⁴ esto implica, por supuesto, la evaluación del ajuste diádico.

La presente investigación tiene como objetivo describir las características y la calidad de la relación de pareja de los padres de familia* que buscaron atención psiquiátrica para sus hijos y asociarla con la gravedad de la psicopatología presente en éstos.

MÉTODO

El estudio incluyó a un grupo de 48 niños y adolescentes con edades comprendidas entre los 6 y los 16 años, y a 76 padres de familia (47 mujeres y 29 hombres). En el 58.33% de los niños y adolescentes (N=28) fue posible contar con la participación de ambos padres de familia.

Los niños y adolescentes que participaron en el estudio fueron traídos por iniciativa de sus progenitores, por primera vez, a una evaluación psiquiátrica a la Clínica de Niños y Adolescentes del Instituto Jalisciense de Salud Mental.

Los padres de familia que aceptaron participar en el estudio firmaron una carta de consentimiento bajo información y los niños y adolescentes dieron su asentimiento de manera verbal. Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Jalisciense de Salud Mental y quedó inscrito en la Secretaría de Salud del Estado de Jalisco.

Los niños y adolescentes cumplieron los siguientes criterios de inclusión: debían haber acudido en compañía de al menos uno de sus progenitores y tener una edad comprendida entre los 6 y los 16 años. Se excluyeron del estudio aquellos que presentaron alguna deficiencia cognitiva incapacitante. Para que los padres de familia fueran incluidos en el estudio, debían vivir con el otro miembro de la pareja (aunque éste no asistiera a la evaluación) independientemente de su estado civil. Se excluyeron aquellos que, tras solicitar la consulta, declararon no saber leer ni escribir.

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

1. *Mini-International Neuropsychiatric Interview para niños y adolescentes (MINI-Kid)*. La Mini-International

* Cuando hacemos uso del término "padres de familia" nos referimos de manera general a ambos progenitores; cuando hacemos uso del término "padres" nos referimos únicamente a los progenitores masculinos.

Neuropsychiatric Interview (MINI), desarrollada para adultos, es una entrevista diagnóstica estructurada de duración breve que explora los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV y la CIE-10.¹⁵ Existen datos publicados sobre su confiabilidad y su validez de acuerdo con el SCID y el CIDI.^{16,17} El *MINI-Kid* fue desarrollado por los mismos autores del *MINI* con la finalidad de contar con un instrumento que fuese más corto y fácil de administrar en comparación con otros aplicables a niños y adolescentes. Utiliza un lenguaje más fácil de entender para este grupo de edad y conserva las características esenciales del *MINI*.

En octubre del 2004, en la Reunión de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, se presentó el estudio de validez y confiabilidad en México de la versión en español del *MINI-Kid*. La confiabilidad interevaluador y la temporal fueron de 0.9 a 1 y de 0.60 a 0.75, respectivamente, y la validez concurrente con entrevista clínica abierta realizada por un experto en psicopatología infantil y de la adolescencia fue de 0.35 a 0.50.*

2. *Escala de Ajuste Diádico (EAD)*. La *EAD* ha sido el instrumento más utilizado en la evaluación de la calidad y el ajuste de la pareja.^{13,18} Fue desarrollada como una escala multidimensional, aplicable al matrimonio y a otro tipo de parejas. La versión original está compuesta por 32 reactivos que ofrecen una puntuación global del ajuste diádico. Es una escala autoaplicada tipo Likert con puntuaciones que van del 0 al 151; a mayor puntuación existe un mayor ajuste conyugal. Tradicionalmente se ha utilizado aplicándola a un solo miembro de la pareja. Consta de cuatro subescalas: *Consenso*, *Satisfacción*, *Cohesión* y *Expresión de Afectos*, que pueden emplearse de forma aislada sin perder fiabilidad ni validez. Los estudios psicométricos realizados informan, generalmente, de una adecuada fiabilidad de consistencia interna con valores que oscilan entre 0.50 y 0.96, tanto para la escala global como para las distintas subescalas. Por su parte, los estudios de validez ofrecen correlaciones elevadas con otras medidas de ajuste y satisfacción marital.¹²

La *EAD* cuenta con una versión validada en población mexicana.¹⁹ Actualmente, existe una versión breve de 13 reactivos (*EAD-13*) cuyo punto de corte es 44. La *EAD-13* conserva las subescalas de *Consenso*, *Cohesión* y *Satisfacción*, con valores de fiabilidad de consistencia interna de 0.73, 0.70 y 0.63, respectivamente. La fiabilidad para la escala total es de 0.83. El análisis de validez convergente mostró que tanto la escala global de la *EAD-13*, como sus distintas subescalas, correlacionaron de forma positiva con la subescala de *Aserción del Cuestionario de Aserción en la Pareja* y de forma negativa con las subesca-

las de *Agresión*, *Sumisión* y *Agresión pasiva*.¹⁸ Esta versión fue la utilizada en la presente investigación.

Análisis estadístico

Se utilizaron los parámetros de la estadística descriptiva para analizar las características sociodemográficas de los niños y adolescentes que participaron en el estudio, así como los diagnósticos obtenidos con la entrevista *MINI-Kid*. También se utilizaron los parámetros de la estadística descriptiva para el análisis inicial de las escalas aplicadas a los progenitores.

Para el análisis bivariado, se utilizó la prueba *t* de *Student* para determinar las diferencias en las puntuaciones de la *EAD-13* aplicadas a cada miembro de las 28 parejas participantes. Asumiendo no direccionalidad, se determinó, mediante la prueba de *correlación de Pearson*, el grado de asociación entre las puntuaciones de la *EAD-13* de cada miembro de las parejas que participaron, así como para determinar el grado de asociación entre la puntuación de la *EAD-13* de cada uno de los progenitores y el número promedio de diagnósticos presentes en cada hijo (este último valor fue considerado como un estimador de la gravedad de la psicopatología). Este análisis se realizó con todos los padres de familia participantes, sin importar que acudieran solos o con su pareja.

Finalmente, se utilizó la prueba *t* de *Student* para muestras independientes, para comparar las medias del número de diagnósticos que presentaban los hijos, agrupados de acuerdo con el grado de ajuste diádico expresado por la madre y también de acuerdo con el grado de ajuste expresado por el padre. Este último análisis también se realizó con todos los progenitores participantes.

Todos los análisis estadísticos fueron realizados con el programa IBM SPSS® versión 21. Se estableció el nivel de significancia de *p* con un valor <0.05.

RESULTADOS

El promedio de edad de los pacientes fue de 10.2 años ($DE \pm 2.9$). La mayoría de los niños y adolescentes fueron varones, provenientes del municipio de Zapopan, Jalisco, además de ser estudiantes de primaria (cuadro 1).

El diagnóstico más frecuente encontrado en esta muestra pediátrica fue el trastorno negativista desafiante (77.1%), seguido del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (60.4%) y posteriormente el trastorno disocial (37.5%) (cuadro 2). La media del número de diagnósticos presentes en los niños y adolescentes fue de 4.0 ($DE \pm 2.29$).

La frecuencia de pacientes del sexo femenino que sólo presentó trastornos internalizados fue mayor que el encontrado en el sexo masculino (17.6% *vs.* 3.2% respectivamente). En cambio, los trastornos externalizados, sin otra

* Palacios L, de la Peña F, Heinze G. (2004, octubre). Validez y confiabilidad del *MINI-KID*. Poster presentado en el Congreso de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Washington, D.C., Estados Unidos de América.

Cuadro 1. Características sociodemográficas de los niños y adolescentes que participaron en el estudio

	N	%
Edad		
6-9 años	23	47.9
10-13 años	16	33.3
14-16 años	9	18.7
Sexo		
Masculino	31	64.6
Femenino	17	35.4
Escolaridad		
Jardín de niños	1	2.1
Primaria	27	56.3
Secundaria	20	41.7
Preparatoria	0	0.0
Lugar de residencia (municipio)		
Guadalajara	12	25.0
Zapopan	22	45.8
Tlajomulco de Zúñiga	3	6.3
Tlaquepaque	3	6.3
Tonalá	4	8.3
Otros municipios	4	8.3

comorbilidad, se presentaron con mayor frecuencia en los hombres (35.5% *vs.* 11.8% en mujeres). Sin embargo, la mayor parte de los pacientes presentaron trastornos internalizados y externalizados a la vez (61.3% en varones *vs.* 70.6% en mujeres).

Cabe señalar que el 72.9% de la muestra de niños y adolescentes tenía al menos un progenitor cuya puntuación en la EAD-13 resultó con un bajo ajuste diádico (algunas parejas no mostraron concordancia respecto al ajuste conyugal, por lo que decidimos resaltar el hecho de que al menos uno obtuviera una puntuación que correspondiera a bajo ajuste diádico. Hasta la fecha no existen datos publicados sobre cómo estimar el ajuste diádico si se aplica la escala a ambos miembros de la pareja).

Del total de las 28 parejas que contestaron el instrumento, 7 (25%) tuvieron ambos un alto ajuste diádico y 13 (46.4%) tuvieron ambos un bajo ajuste. El resto de las parejas participantes no mostraron concordancia respecto al ajuste conyugal. Seis parejas (21.4%) mostraron un bajo ajuste de acuerdo con lo contestado por la madre y un alto ajuste de acuerdo con lo contestado por el padre. Dos parejas (7.1%) mostraron un alto ajuste de acuerdo con la madre y un bajo ajuste de acuerdo con el padre.

La media de las puntuaciones de la EAD-13 contestadas por las madres (37.93) resultó por debajo del punto de corte (bajo ajuste diádico) y la media de las puntuaciones de sus parejas (44.75) resultó discretamente por arriba del punto de corte (alto ajuste).

Las diferencias en las medias de las puntuaciones de la EAD-13 obtenidas de cada miembro de la pareja, de acuerdo con la prueba *t* de Student, resultaron estadísticamente significativas ($p < 0.05$).

La prueba de correlación de Pearson mostró una asociación baja ($r = 0.37$) en las puntuaciones totales de la EAD-13 obtenidas en cada uno de los miembros de las parejas; esta correlación resultó estadísticamente significativa ($p < 0.05$). Las subescalas de *Consenso* y *Cohesión* no mostraron correlación ($r = 0.16$ y 0.15 , respectivamente); sí la hubo, en cambio, en la subescala de *Satisfacción*, siendo esta asociación moderada ($r = 0.50$) y estadísticamente significativa ($p < 0.01$).

La prueba de correlación de Pearson no mostró asociación ($r = 0.26$) entre las puntuaciones de las EAD-13 contestadas por los padres y el número de diagnósticos presentes en los hijos. En cambio, existió una correlación negativa ($r = -0.32$) y estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre la puntuación promedio en la EAD-13 de las madres y el número de diagnósticos presentes en los hijos; es decir, entre más bajo era el ajuste diádico de acuerdo con la percepción de la madre, el hijo tendía a presentar un mayor número de diagnósticos psiquiátricos.

Como puede observarse en el cuadro 3, las madres con un alto ajuste diádico tenían hijos con un menor número de diagnósticos psiquiátricos en comparación con las madres

Cuadro 2. Frecuencias de las categorías del *MINI-Kid* diagnósticas a los niños y adolescentes que participaron en el estudio

	N	%
Por categoría diagnóstica		
Trastorno depresivo mayor	15	31.30
Riesgo de suicidio	17	35.40
Trastorno distímico	5	10.40
Trastorno bipolar	0	0.00
Trastorno de angustia	9	18.80
Agorafobia	12	25.00
Trastorno de ansiedad de separación	12	25.00
Fobia social	14	29.20
Fobia específica	8	16.70
Trastorno obsesivo-compulsivo	1	2.10
Trastorno por estrés postraumático	0	0.00
Abuso/dependencia de alcohol	2	4.20
Abuso/dependencia de sustancias	1	2.10
Trastorno de tics	1	2.10
TDAH	29	60.40
Trastorno disocial	18	37.50
Trastorno negativista desafiante	37	77.10
Esquizofrenia	2	4.20
Anorexia nerviosa	0	0.00
Bulimia nerviosa	1	2.10
Trastorno de ansiedad generalizada	8	16.70
Trastorno adaptativos	0	0.00
Por grupo de psicopatología		
Trastornos afectivos	24	50.00
Trastornos ansiosos	29	60.40
Trastornos de externalizados	44	91.60
Trastornos por consumo de sustancias	3	6.25
Trastornos psicóticos	2	4.10
Otros trastornos	2	4.10

MINI-Kid= Mini-International Neuropsychiatric Interview para niños y adolescentes.

Cuadro 3. Comparación de las medias del número de diagnósticos presentes en los menores según el grado de ajuste diádico percibido por los progenitores

			t Student		
			t	gl	p
Madres	Alto ajuste	Bajo ajuste			
	N=15	N=32			
	Media (DE)	Media (DE)			
	3.60 (2.32)	4.25 (2.30)	-0.90	45.0	0.37
Padres	Alto ajuste	Bajo ajuste			
	N=12	N=16			
	Media (DE)	Media (DE)			
	5.17 (2.48)	3.31 (2.12)	2.13	26.0	0.04

DE= Desviación estándar.

con un bajo ajuste. Sin embargo, esta diferencia no resultó estadísticamente significativa ($p=0.37$).

En el caso de los padres, quienes presentaban un alto ajuste diádico, tenían hijos con un mayor número de diagnósticos psiquiátricos en comparación con los padres que tenían un bajo ajuste. Este fenómeno fue opuesto al observado con las madres de los participantes y resultó ser estadísticamente significativo ($p<0.05$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En el presente estudio se evaluó el grado de ajuste conyugal de los padres de familia que llevaron a sus hijos a una consulta de psiquiatría infantil y se comparó con la gravedad de la psicopatología presente en éstos.

Llama la atención la elevada frecuencia de los trastornos externalizados, encabezados por el trastorno negativista desafiante, seguido por el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el trastorno disocial. Los trastornos externalizados y los trastornos combinados (internalizados y externalizados a la vez) representaron la principal causa de consulta psiquiátrica, muy por encima de los trastornos internalizados sin comorbilidad.

Las diferencias que observamos, en cuanto a la distribución de la muestra en los grupos de trastornos con respecto al sexo, han sido reportadas por otros autores. En los hombres predominan los trastornos externalizados y en las mujeres, los internalizados.²⁰⁻²²

Resulta relevante que casi tres cuartas partes del total de niños y adolescentes participantes en el estudio (72.9%) tuvieron al menos un progenitor que reportó un bajo ajuste diádico. Este resultado señala la necesidad de contar con servicios que puedan evaluar y tratar a las parejas en las instituciones de salud que ofrecen atención psiquiátrica para niños y adolescentes. Realizar intervenciones en niños y adolescentes, sin tratar a los padres de familia que presen-

tan un bajo ajuste diádico, implica el mantenimiento de un factor de riesgo relacionado con el desarrollo y la persistencia de la psicopatología. Desafortunadamente, debido a la limitación de recursos en las instituciones públicas de salud, el trabajo terapéutico con parejas no es una intervención habitual, aun cuando se trate de instituciones dedicadas al cuidado de la salud mental.²³

En nuestros resultados, no son de menor importancia las diferencias con respecto al sexo en las medias de las puntuaciones de las EAD-13 obtenidas de los progenitores. Las madres obtuvieron una media en la EAD-13 que representó un bajo ajuste diádico, mientras que sus parejas obtuvieron una media que representó un alto ajuste (apenas cinco décimas por arriba del punto de corte). Este hallazgo resultó estadísticamente significativo y con ello se hizo evidente una diferencia en la evaluación que cada miembro de la pareja hacía de la propia relación. Cabe la posibilidad de que algunas madres pudieran padecer depresión. Es posible también que su ánimo depresivo haya contribuido a percibir más negativamente su relación de pareja y a que sus actitudes y técnicas de crianza no hayan sido las adecuadas (lo cual constituye, asimismo, un factor de riesgo para la salud mental de los hijos). No fue nuestro objetivo evaluar la psicopatología de los progenitores; sin embargo, no queda duda de que la presencia de trastornos mentales, muchas veces con una clara implicación biológica, representa un factor de riesgo para el mantenimiento de conflictos conyugales.

En contraste con nuestros resultados, un estudio no publicado realizado en Barcelona no encontró diferencias en las medias de las puntuaciones de la EAD-13 de cada miembro de una muestra de parejas que representaban una población no clínica.*

A pesar de estas diferencias de puntuación, la prueba de correlación de Pearson permitió demostrar que existió un grado de correlación baja en las puntuaciones totales de la EAD-13 aplicada a cada miembro de la pareja. Si bien no se podría tener la expectativa de encontrar una correlación lineal exacta entre las puntuaciones de cada miembro de una pareja, la presencia de una correlación baja, estadísticamente significativa, nos muestra un proceso de construcción individual en donde la relación de pareja es percibida y calificada de manera muy diferente por cada uno de sus miembros. Podemos deducir que las parejas que participaron en el estudio distaban en su mayoría de mantener una relación conyugal que significase un proceso mutuo y recíproco. Esto puede considerarse un indicador de patología en la relación de pareja.

Al realizar la prueba de correlación de Pearson con las subescalas del instrumento, encontramos que no existió correlación en cuanto a las subescalas de *Consenso* y *Cohesión*, sin embargo, existió una correlación moderada y estadísticamente significativa en la subescala de *Satisfacción*. Parece, por tanto, que las parejas coincidían más en cuanto al grado de satisfacción (o de insatisfacción) que experimentaban en

* Salla M. *El paper de la construcció del si mateix i de la parella en la qualitat de la relació de parella*. Tesis de doctorado no publicada. Catalunya: Universitat de Barcelona; 2010.

torno a la relación, que en lo referente a otros temas relacionados a la vida conyugal.

Sin duda, resultó también relevante el resultado que arrojó la prueba de correlación de Pearson al medir el grado de asociación existente entre las puntuaciones de la EAD-13 de cada uno de los progenitores y el número de diagnósticos presentes en los niños y adolescentes. Existió una correlación negativa y estadísticamente significativa entre las EAD-13 de las madres y el número de diagnósticos presentes en sus hijos. Entre más bajo era el ajuste diádico de acuerdo con la percepción de la madre, el hijo tendía a presentar un mayor número de diagnósticos psiquiátricos. De acuerdo con esta prueba estadística, la percepción del padre sobre la relación de pareja no resultó relevante en cuanto al número de diagnósticos presentes en los hijos.

Sin embargo, la relación entre el grado de ajuste diádico percibido por el padre y el número de diagnósticos de los hijos se pudo establecer por medio de la prueba *t* de Student. Los padres que presentaban un alto ajuste diádico tenían hijos con un mayor número de diagnósticos psiquiátricos en comparación con los padres que tenían un bajo ajuste. Este resultado es en apariencia confuso y contradictorio si olvidamos que lo que la EAD-13 mide en realidad no es el ajuste diádico, sino la percepción que se tiene de él. ¿Cómo es que si un padre percibe un alto ajuste en su relación conyugal encontramos una mayor morbilidad psiquiátrica en sus hijos? ¿Representa este "alto ajuste" una negación, más aún si consideramos que la mayoría de estos padres tenía una pareja que percibía un bajo ajuste? ¿La negación de uno de los progenitores en torno al conflicto conyugal representa un elemento relacionado con mayor morbilidad psiquiátrica en los hijos?

Desde principios del siglo pasado, Carl Jung abordó el tema de la "falsa actitud familiar" y escribió: "el niño es a tal punto una parte de la atmósfera psicológica de los progenitores, que las dificultades secretas e irresueltas entre ellos son susceptibles de influir notablemente en su salud [...] Casi diría que el conflicto abierto o la dificultad visible jamás ejercen tal efecto infeccioso, y sí, en cambio, las dificultades y problemas que los padres guardan ocultos o inconscientes".²⁴

En la mayor parte de la muestra estudiada resultó evidente la presencia de un conflicto conyugal que perdió toda importancia ante la preocupación por un hijo sintomático. La mayoría de los padres de familia que acudieron al Instituto Jalisciense de Salud Mental a solicitar que sus hijos fueran evaluados por un psiquiatra mantenían una relación de pareja con bajo ajuste; esto era más frecuente cuando los niños y adolescentes exhibían una mayor morbilidad. De este modo, la demanda de los padres de familia fue de una evaluación psiquiátrica para sus hijos y no de un tratamiento encaminado a mejorar su relación de pareja. Aquí resulta importante recordar lo expresado por Saucedo y Maldonado: "como los niños ocupan la jerarquía más baja en el sis-

tema familiar, están sujetos a las decisiones de los adultos respecto a quién debe ser evaluado y tratado".²⁵ Iniciar un tratamiento psiquiátrico en un menor de edad sin evaluar al resto del sistema familiar, sólo porque sus progenitores así lo solicitan, nos enfrenta a problemas éticos que no debemos soslayar.

Debido a que cada miembro de la pareja calificaba su relación de manera diferente, sin que fuera posible encontrar una correlación alta o siquiera moderada en las puntuaciones de la EAD-13, el resultado de este instrumento debe tomarse con precaución cuando se aplica a un solo miembro de la pareja. La EAD-13, más que evaluar el ajuste en sí, nos permite valorar la *percepción* del ajuste diádico. Si los padres de familia que llevan a sus hijos a tratamiento psiquiátrico perciben un bajo ajuste en la relación de pareja, será necesario realizar un *reencuadramiento*²⁶ que permita el abordaje sistémico de sus problemas.

Pasar por alto los conflictos conyugales tiene enormes implicaciones en la evolución, pronóstico y respuesta al tratamiento de los pacientes en edad pediátrica. Si un niño recibe un tratamiento psicofarmacológico o psicoterapéutico individual, pero el contexto en que se produjo la psicopatología no cambia, la intervención realizada es sólo un paliativo de los síntomas. Las medidas paliativas, como sucede en toda la práctica médica, sólo deben adoptarse cuando se han agotado los recursos terapéuticos disponibles al momento de la intervención.

Comenzar un tratamiento sin tener claridad sobre lo que está sucediendo con la pareja puede provocar que el especialista de niños complique más los problemas de la familia. Sin saberlo, puede creer que está estableciendo una alianza con uno de los progenitores, pero en realidad estará participando en una coalición encubierta entre ellos.

Sin duda, una limitación importante de nuestra investigación fue que la gravedad de la psicopatología de los niños y adolescentes sólo se estimó con base en el número de diagnósticos psiquiátricos (comorbilidad) y no se evaluó el funcionamiento psicosocial. También, la muestra de padres de familia no fue homogénea; predominaron las mujeres, y no todas las familias estuvieron en las mismas condiciones, pues en algunos casos sólo se obtuvo información de un progenitor.

Los resultados de este estudio apoyan el modelo sistémico para la comprensión de la psicopatología infantil y permiten hacer énfasis en la necesidad de contar con servicios de terapia de pareja en las instituciones que ofrecen atención a la salud mental de niños y adolescentes.

Financiamiento

Ninguno.

Conflicto de intereses

Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland J. Toward a Theory of Schizophrenia. *Behavioral Science* 1956; 1(4):251-264.
2. Bateson G. Steps to an ecology of mind; collected essays in anthropology, psychiatry, evolution, and epistemology. San Francisco: Chandler Publishing Company; 1972.
3. Minuchin S. Families and family therapy. Massachusetts: Harvard University Press; 1974.
4. Minuchin S, Rosman BL, Baker L. Psychosomatic families; anorexia nervosa in context. Massachusetts: Harvard University Press; 1978.
5. Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G. Paradox and counterparadox; a new model in the therapy of the family in schizophrenic transaction. New York: Jason Aronson; 1978.
6. Ajuriaguerra Jd. Manuel de psychiatrie de l'enfant. Paris: Masson; 1970.
7. Marcelli D, Ajuriaguerra Jd. Psychopathologie de l'enfant. Segunda edición. Paris: Masson; 1984.
8. King CA, Radpour LN, Michael W, Segal HG, Jouriles EN. Parents' marital functioning and adolescent psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63(5): 749-753.
9. Nomura Y, Wickramaratne PJ, Warner V, Mufson L, Weissman MM. Family discord, parental depression, and psychopathology in offspring: ten-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41(4): 402-409.
10. Cabrera VE, Guevara IP, Barrera F. Relaciones maritales, relaciones paternas y su influencia en el ajuste psicológico de los hijos. *Acta Colombiana de Psicología* 2006; 9(2): 115-126.
11. Day RD, Hair E, Moore KA, Kaye K, Orthner DK. Marital quality and outcomes for children and adolescents: a review of the family process literature. Washington, DC: The office of the assistant secretary for planning and evaluation; 2009.
12. Spanier GB. Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *J Marriage Fam* 1976; 38(1): 15-28.
13. Spanier GB. Improve, refine, recast, expand, clarify: don't abandon. *J Marriage Fam* 1985; 47(4):1073-1074.
14. Josephson AM, AACAP Work Group. Practice Parameter for the Assessment of the Family. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46(7):922-937.
15. Sheehan D, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(supl 20):22-33.
16. Sheehan D, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K et al. Reliability and validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. *European Psychiatry* 1997;12: 232-241.
17. Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry* 1997; 12: 224-231.
18. Santos-Iglesias P, Vallejo-Medina P, Sierra J. Propiedades psicométricas de una versión breve de la Escala de Ajuste Diádico en muestras españolas. *Int J Clin Health Psychol* 2009; 9(3): 501-517.
19. Moral de la Rubia J. Estudio de validación de la Escala de Ajuste Diádico (DAS) en población Mexicana. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM* 2009; 19(1): 113-138.
20. Rosenfield S. Gender and dimensions of the self: Implications for internalizing and externalizing behavior. En: Frank E (ed). *Gender and its effects on psychopathology*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2000.
21. Martel MM. Sexual selection and sex differences in the prevalence of childhood externalizing and adolescent internalizing disorders. *Psychol Bull* 2013; 139(6): 1221-1259.
22. Gaub M, Carlson CL. Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(8): 1036-1045.
23. Vallina O, Lemos S. Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema* 2000; 12(4): 671-681.
24. Jung CG. *Psychologie und Erziehung*. Zürich: Rascher Verlag; 1950.
25. Saucedo JM, Maldonado JM. La Familia: su dinámica y tratamiento. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2003.
26. Minuchin S, Fishman HC. Family therapy techniques. Massachusetts: Harvard University Press; 1981.