

Hijos de padres psicóticos. Revisión bibliográfica: implicaciones preventivas, de apoyo y terapéuticas

Pilar Sánchez del Hoyo* y Luis Javier Sanz Rodríguez**

RESUMEN

Este trabajo supone una profundización y reflexión sobre la influencia de los padres psicóticos en el entorno familiar y el desarrollo de los hijos, a través de la revisión de los estudios e investigaciones existentes sobre el tema. Se intenta llegar a una aproximación más real a la enfermedad mental, sus consecuencias y realizar un apoyo, prevención y tratamiento más adecuados, teniendo en cuenta no sólo al enfermo, sino también al progenitor sano y a los hijos, manteniendo en lo posible la integridad familiar. PALABRAS CLAVE: Padres psicóticos, desarrollo infantil, enfermedad mental grave.

ABSTRACT

This paper reflects in depth on the influence of psychotic parents on family environment and child development, through a review of the existing literature and research on this subject. A more realistic approach to mental illness and its consequences is aimed at. Appropriate support, prevention and treatment, of the patient and also the healthy parent and children, whilst safeguarding family integrity, is considered. KEY WORDS: Psychotic parents, child development, severe mental illness.

RESUM

Aquest treball suposa una profundització i reflexió sobre la influència dels pares psicòtics en l'entorn familiar i el desenvolupament dels fills, a través de la revisió dels estudis i investigacions existents sobre el tema. S'intenta arribar a una aproximació més real a la malaltia mental, a les seves conseqüències, i realitzar-ne un suport, prevenció i tractament més adequats, tenint en compte no només el malalt, sinó també el progenitor sa i els seus fills, mantenint tant com sigui possible la integritat familiar. PARAULES CLAU: pares psicòtics, desenvolupament infantil, malaltia mental greu.

.....

* *Psicóloga clínica. Servicios de Salud Mental de Parla (Madrid).*

** *Psicólogo Clínico. Servicio de Salud Mental de Getafe (Madrid).*

Correspondencia: Luis Javier Sanz Rodríguez. C/ Mayor, 23, 2ªA - 28891 (Madrid)

Las connotaciones positivas de la maternidad y la paternidad contrastan con las connotaciones negativas que suscita la realidad de la enfermedad mental grave. El balance entre el cuidar a los demás frente a la incapacidad para cuidar de uno mismo no es fácilmente reconciliable en un individuo concreto. Pero a pesar de esta contradicción entre la paternidad y la locura, a menudo ambas coexisten. En los equipos de salud mental se trata a un número de pacientes con trastornos mentales graves que son padres. Las personas con esquizofrenia tienen las mismas aspiraciones y afrontan los mismos retos asociados a la paternidad que las demás personas. Establecer una relación de pareja y tener hijos son hitos fundamentales para la vida de muchos hombres y mujeres, marca la transición hacia la edad adulta y la madurez, y a menudo son acompañados de ceremonias o ritos especiales. La paternidad, en concreto, desempeña un rol social especialmente valorado en todas las culturas humanas. El derecho a tener hijos y criarlos es reconocido como un derecho humano elemental por las Naciones Unidas. La reproducción es considerada como un derecho fundamental en nuestra sociedad y no puede ser denegada utilizándose como único criterio la enfermedad mental (White et al., 1995).

Para algunas mujeres con esquizofrenia, la maternidad conlleva una mejoría de las redes sociales, una reducción de los sentimientos de confusión acerca de su identidad y la adquisición de un rol social significativo. No obstante, para otras, la maternidad se asocia al duelo, a la pérdida y a la frustración. El estigma que recae sobre la esquizofrenia crece cuando se trata de padres con trastornos psicóticos. Los trastornos mentales graves se caracterizan por deterioros sustanciales en la cognición, el ánimo, la percepción, la conducta y el juicio. En la vida cotidiana, la enfermedad mental grave está a menudo marcada por la incapacidad para abastecerse adecuadamente de comida, ropa y refugio, lo que se traduce en una incapacidad del sujeto para proveer del medio adecuado para el desarrollo del niño. Aunque se sabe que las tasas de matrimonio y fertilidad son menores entre los esquizofrénicos comparados con otros trastornos mentales graves o “grupos control”, se conoce muy poco acerca de las mujeres con enfermedades mentales crónicas de nuestra sociedad que tienen hijos y deben cuidarlos. Se desconocen las cifras exactas acerca de las mujeres en esta situación, pero su importancia está infraestimada por la atención específica que reciben (Castle et al., 2000).

Tradicionalmente, la literatura científica acerca de la esquizofrenia y la paternidad se ha centrado, sobre todo, en la identificación de los factores de riesgo que podrían influir negativamente en el desarrollo del niño. Los hijos de padres psicóticos tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades mentales y muestran tasas más altas de alteraciones de conducta y de las emociones. La importancia que se concede a la herencia en los hijos de padres psicóticos ha dado lugar a numerosos trabajos (Burman et al., 1987; Decina et al., 1991; Schiffman et al., 2002). De hecho, es muy difícil distinguir entre lo que en principio es genético y lo que responde a la influencia del medio ambiente y a los patrones relacionales familiares.

Sin embargo, es claro que la psicosis de los padres no ocasiona psicosis infantil; la etiología no es un problema tan simple (Winnicott, 1980). Otros autores han reseñado otros factores ambientales que pueden influir en el desarrollo de los niños en familias en las que existe la enfermedad mental. Los problemas de pareja, las tensiones y desacuerdos entre miembros de la familia, la marginación social y la carencia de apoyos son frecuentes entre las familias con algún enfermo mental. Los miembros de la familia temen ser agredidos físicamente por el miembro psicótico de la familia y los ingresos económicos se hallan limitados por la enfermedad, dejando a los niños en una vulnerabilidad económica, así como emocional y biológica (Dunn, 1993).

En conclusión, independientemente de la etiología y la vía de transmisión, hay consenso acerca de que distorsiones graves en la vida familiar temprana de un niño pueden tener efectos a largo plazo en su desarrollo posterior (Rutter, 1972). Diferentes publicaciones y estudios han mostrado que la existencia de trastornos mentales graves en los padres supone un riesgo en el desarrollo de los hijos y es más frecuente la existencia de patología mental en ellos que en la

población infantil general. Por todo ello, en este trabajo se pretende revisar algunas aportaciones procedentes de diferentes autores acerca de las implicaciones en la crianza de los hijos por parte de padres que se ven afectados de trastornos mentales graves como la esquizofrenia o estados afines.

Revisión bibliográfica

El entorno de los niños que viven con un padre psicótico afecta a su desarrollo. Los estudios sobre la primera infancia destacan la importancia del afecto y de los vínculos con las figuras parentales para el desarrollo evolutivo del niño. La psicosis implica alteraciones tanto del pensamiento como del ánimo que influyen ampliamente en el afecto y la conducta del individuo, con implicaciones sobre su capacidad para desempeñar adecuadamente el papel de padres.

Spitz enfatizó la importancia para el desarrollo del niño de la reciprocidad en las interacciones afectivas materno-filiales (Spitz, 1969). Por su parte, Mahler consideró el vínculo parental como un elemento esencial para el niño, a la vez que destacó la importancia del carácter interactivo de la relación madre-hijo (Mahler, 1975). Bowlby teorizó que el vínculo, que comienza en la infancia con una relación continua y cálida con la madre u otra figura de apego, es la piedra angular de la salud mental del adulto (Bowlby, 1951; 1969). Stern enfatizó la naturaleza intersubjetiva del proceso de desarrollo y le asignó una importancia crítica a la interacción afectiva de la figura parental con el niño. Él creía que esta interacción hacía posible compartir y modificar afectos entre progenitor e hijo, impulsar progresivamente el futuro desarrollo del niño y constituir las bases de su sentido del *self*. Si la interacción parental y las respuestas afectivas apropiadas son críticas para el desarrollo del niño, los síntomas psicóticos de un padre cuya afectividad es inadecuada o que se encuentra gravemente limitada, o que está fuera de contacto con la realidad, podría tener consecuencias muy importantes para el niño (Stern, 1985).

D. W. Winnicott: la importancia del medio

Winnicott señala en sus trabajos la importancia de la estabilidad y continuidad del medio, tanto en sus aspectos físicos como emocionales, como necesarios para el desarrollo del niño. La etapa en la que se encuentra el menor cuando aparece un acontecimiento traumático, es un factor a considerar en el estudio del efecto de los padres psicóticos en los hijos (Winnicott, 1981).

Las características psicóticas de los padres, sobre todo cuando se trata de la madre, afectan al desarrollo del niño, sin embargo la opinión de este autor es que la enfermedad del niño es exclusivamente del niño, aunque en la etiología las fallas ambientales resulten decisivas. Diferencia la psicosis en una madre, ya que hay ciertos efectos que sólo tienen que ver con la relación madre-hijo –dado que ésta se inicia desde el primer momento de vida del niño–, de los efectos de la psicosis del padre, que no repercuten en los niños en la más temprana infancia. La vida de los niños se ve seriamente perturbada cuando la madre se encuentra en un estado caótico. En la etapa en que necesitan que la madre se ocupe de ellos, pueden sentirse abandonados.

Si la actitud materna resulta contradictoria y confusa, mostrando a la vez rechazo y protección, no estará disponible ante las necesidades de apoyo, afecto y protección del menor, y el desarrollo de éste se verá comprometido, de forma que su verdadero *self* no llegará a formarse o quedará oculto tras un “falso *self*”.

Winnicott observa que hasta los niños muy pequeños pueden aprender a percibir el estado de ánimo de los padres y prepararse para soportar sus cambios de ánimo; sin embargo, lo que les resulta traumático es la imposibilidad de predecir cuál será su reacción. Considera que la amenaza de una inminente desintegración de la estructura familiar no lleva necesariamente a una enfermedad clínica de los hijos, en algunos casos puede provocar un crecimiento emocional

premature, una independencia y un sentimiento de responsabilidad igualmente prematuros. Esto tampoco es salud, aun cuando exhiba rasgos sanos.

Cuando hay un padre enfermo no siempre es cierto que el otro miembro de la pareja asuma adecuadamente su función paterna. Ocurre en muchos casos que el progenitor sano se aleja para proteger su propia cordura o por no entender la enfermedad, dejando abandonados a los hijos a la psicosis del otro progenitor, sobre el cual recae la responsabilidad de los hijos. Según este autor, la existencia de una seria enfermedad mental no impide que los padres soliciten ayuda para sus hijos en el momento adecuado y puedan colaborar al menos, en parte, en el tratamiento.

Los niños que atendemos, en la medida que necesitan acudir a la terapia, están atravesando fases en las que retroceden y vuelven a experimentar, o experimentan por primera vez con nosotros, las relaciones tempranas que no fueron satisfactorias en su historia pasada.

Winnicott afirma que no debería permitirse que una familia se desintegre debido a la psicosis de uno de los hijos o de uno de los progenitores, salvo que exista una actitud cruel o de tremendo descuido. Es importante intervenir y apoyar a estas familias (Winnicott, 1980).

E. J. Anthony: implicaciones en el desarrollo infantil

Anthony ha estudiado el impacto en la vida familiar y las consecuencias en los hijos de la enfermedad mental, o física, grave en un progenitor. Estas son:

- El niño puede ver la enfermedad como una perturbación cuya consecuencia es una desorganización importante en la vida familiar.
- Puede considerar la enfermedad como un comportamiento desviado y explicar así la actitud negligente de su madre en sus obligaciones familiares y educativas.
- Puede pensar que la enfermedad impide a cada uno de sus padres desempeñar el rol familiar tradicional.
- Puede entenderlo como una crisis de adaptación.
- El hijo puede pensar que la enfermedad no le permite contactar con sus padres.
- El niño puede considerar la enfermedad como un reto e intentar reconstituir y salvar a su familia.

Para este autor, la enfermedad produce tres tipos de respuesta:

- Crecimiento y diferenciación, como si la enfermedad tuviera un efecto estimulante.
- Derrumbamiento.
- Auténtico contagio, sobre todo cuando el niño está muy enamorado.

Anthony propone cuatro tipos de intervención:

- Intervenciones compensatorias, destinadas a desarrollar los recursos yoicos, a reforzar la confianza en sí mismo a través de asociaciones, excursiones, actividades, etc.
- Las intervenciones que suponen una psicoterapia individual o de grupo.
- Las intervenciones catárticas, empleadas durante las fases agudas o las recaídas de los padres. Se les invita a hablar sobre su experiencia de la enfermedad y la influencia que puede tener tanto en el interior como en el exterior de la familia. Se trata de trabajar los sentimientos de temor, vergüenza y culpa.
- Las intervenciones correctoras, que favorecen la diferenciación de sí mismo y la toma de conciencia de lo que separa al niño de sus padres (Anthony, 1980).

M. Rutter: los factores de riesgo

Para M. Rutter, el daño proviene de la carencia o distorsión del cuidado, más que de la pérdida. Los trastornos mentales tienen un impacto grave en el niño cuando éste está incluido en la enfermedad del padre/madre; por ejemplo, cuando el niño está implicado directamente en la sintomatología, si es víctima de una conducta agresiva u hostil o si está incluido en los delirios

del padre. No excluye, sin embargo, que la presencia del progenitor muy enfermo puede tener un efecto madurativo en el desarrollo. También se puede ver afectado el niño si la enfermedad modifica el ambiente familiar, como una separación del niño de su progenitor o si hay disputas maritales (Rutter, 1994).

El autor considera, igualmente, que es posible evitar que los hijos de personas con enfermedades psíquicas graves sufran trastornos mentales. En un estudio longitudinal, que realizó con niños hijos de padres enfermos mentales, halló que un tercio de los mismos no presentaban alteraciones conductuales o emocionales en un seguimiento a cuatro años. La hostilidad, la irritabilidad, la agresión y la violencia de los padres son factores de riesgo más importantes que las manifestaciones psicóticas o los síntomas afectivos. Los niños de este estudio no son meros receptores pasivos, sino que varía su susceptibilidad a la influencia de la enfermedad mental en sus autoconceptos, estilos de pensamiento y conducta (Rutter, 1984).

Por lo tanto, Rutter insiste en que diferentes formas de trastorno mental grave producen diferentes efectos en los hijos. El dato empírico que sustenta esta idea es el hallazgo de una correlación significativa entre el nivel de funcionamiento maternal y la competencia en el niño, de modo que las alteraciones cognitivas y del estado de ánimo de las madres con esquizofrenia tienen menos impacto que el empobrecimiento emocional e intelectual característicos del desorden afectivo grave (Rutter, 1995).

D. P. Bourdier: la hipermaduración en los niños

P. Bourdier opina que los padres psicóticos no transmiten directamente su enfermedad, ni parecen perturbar a sus hijos de manera espectacular. Existe en el menor una necesidad de encontrar una explicación al comportamiento extraño del padre o madre enfermos y al cuidado a veces benevolente y, a veces, malvado. Observa que cuando el niño conoce la enfermedad parental, tiene la posibilidad de desligarse de la relación psicótica fusional. Según este autor, lo esencial para su evolución es, ante todo, la posibilidad que le ofrece o le niega la estructura familiar de tomar distancia con los trastornos del progenitor enfermo y de identificarse con imágenes sustitutivas.

Muchos hijos de madres esquizofrénicas parecen bien adaptados. Se trata de una adaptación aparente. La hipermaduración de estos niños no significa normalidad. Podría llamarse precocidad, autonomía, sobreadaptación, hipercontrol, nociones todas ellas que nos hacen pensar en mecanismos de identificaciones masivas. Bourdier les describe como niños que impresionan por corteses, de una cierta reserva, que no demandan nada. Les sentimos sin oposición ni hostilidad marcada, controlan sus afectos, como si no sintieran nada. Su mundo lúdico es limitado y no tienen *hobbies*. Se portan bien y su adaptación escolar es buena, tanto en los aprendizajes, como en las conductas. Es común su calma, su capacidad de estar solos, de apreciar las situaciones, las relaciones, etc., desarrollada a partir de su facultad de percibir la enfermedad de los padres y sus variaciones.

Entre estos “niños maduros”, Bourdier distingue tres tipos: 1) los caracterizados por unos resultados escolares brillantes. Hay un sobreinversión de la inteligencia y del lenguaje y puede haber derrumbamientos repentinos; 2) aquellos en el que destaca el sobreinversión de los mecanismos de control. Los niños son tranquilos, sus afectos limitados y su rendimiento escolar más modesto y 3) los casos donde la hipermaduración funciona con flexibilidad. Estos niños suscitan cualidades apreciables y trazas de originalidad. No tienen la presentación mejor, ni la más conforme, pero suelen tener mejor evolución.

La hipermaduración de estos niños no tiene que ver únicamente con los problemas de custodia, sino que se remite a un cierto distanciamiento entre la gravedad de la psicosis parental y la competencia de la función parental, en particular maternal. Bourdier piensa que la madre psicótica es tan capaz como otras de sentir la preocupación materna primaria descrita por

Winnicott, pero puede también abandonar bruscamente a su hijo, generalmente a un sustituto, sobre todo cuando el niño emite señales de independencia y no le satisface. Puede entonces volverse rechazante, delegando su rol a un sustituto o a una institución y el niño puede convertirse en cuidador del enfermo.

La mejoría de la psicosis no va unida a una mejora en la función paterna o materna. En esta etapa pueden verse las manifestaciones más inquietantes para el niño –rechazo, no reconocimiento, etc.–. Se dan expresiones como “este no es mi hijo” o “este no es un bebe... no me interesa” (Bourdier, 1972).

S. Lebovici: implicaciones para el tratamiento

Para S. Lebovici, vivir con un padre psicótico supone pertenecer a un sistema donde la comunicación está muy perturbada. Cuando trabajamos con hijos de padres psicóticos es importante tener en cuenta las relaciones reales y fantasmáticas de sus padres con sus propios padres, pues el niño puede ser receptor de proyecciones de las imagos parentales de los enfermos adultos.

Las madres psicóticas pueden dar a sus pequeños un afecto cálido, aunque irregular. Numerosas observaciones muestran el efecto nocivo que puede darse en muchos casos cuando el niño es cuidado por una abuela o familiar que le esconde de una manera ambigua la existencia de una madre psicótica. De ahí el interés que tienen aquellos servicios que ayuden a las madres con sus hijos pequeños, tales como hospitales de día –donde puedan hacerse cargo de sus hijos–, guarderías especializadas para ayudarlas en los cuidados diurnos, ayudas domiciliarias, etc.

Se ha constatado que el conocimiento de la enfermedad mental interviene en la maduración del niño, a partir del momento en que son reconocidos e identificados oficialmente los trastornos. De ahí la importancia de los programas preventivos que trabajan con los niños, lo que representa una protección para él, pero también para la familia. Esto no supone privar a la madre de sus funciones específicas sino procurar, por todos los medios –para su propio interés y del niño–, que se instaure una relación maternal saludable, que pueda prolongarse a pesar de la enfermedad de los padres (Lebovici, 1989).

Estudios retrospectivos

Existen muchos trabajos que tratan sobre la relación entre trastornos mentales en los padres y alteraciones psíquicas en los hijos. En algunos trastornos, como la esquizofrenia, está la carga genética añadida. Se han realizado algunos estudios con muestras con niños de padres esquizofrénicos cuyo objetivo era examinar en qué medida los hijos de padres psicóticos están a su vez amenazados y examinar cuales son los factores causales. Una dificultad añadida es que la patología social y familiar es patente en el grupo de madres esquizofrénicas y, por lo tanto, no se puede tener en cuenta únicamente los factores genéticos.

C. I. White y otros autores: la perspectiva de los padres

Estos autores realizan una investigación sobre la población atendida por los Servicios de Salud Mental de Massachussets con la intención de describir e identificar los casos de mujeres con trastornos mentales graves y que tienen a su cargo hijos pequeños. Parten de la idea de que los niños que viven con madres con esquizofrenia o trastornos afectivos mayores están en riesgo de ser sometidos a factores psicosociales tales como la crianza inadecuada, patrones pobres de comunicación y situaciones ambientales caóticas. Desde esta perspectiva, tratan de estudiar aquellos factores que actúan como mediadores o reductores de riesgo y que protegen al niño de padecer una enfermedad mental (White et al., 1995).

Las áreas susceptibles de modificación y mejora incluyen:

- Conciencia de la familia sobre la naturaleza y la expresión de la enfermedad del progenitor.

- Competencia personal y social de los niños y las habilidades de afrontamiento.
- Patrones de comunicación dentro de las unidades familiares.
- Reducción del caos en el sistema familiar.

Otros factores influyentes son los eventos vitales recientes, la percepción del estrés y el temperamento y personalidad del niño. Se han atribuido efectos positivos paliativos al apoyo ambiental y social, así como a los mecanismos internos de afrontamiento.

B. Dunn: la perspectiva de los hijos

Hay numerosos trabajos en la literatura centrados en el tema de los posibles efectos en el desarrollo infantil de la presencia de un miembro psicótico en el núcleo familiar, pero se ha estudiado muy poco acerca de las experiencias de estos niños desde su propia perspectiva. Tratando de abordar este punto de vista, Dunn ha realizado un estudio con adultos que crecieron con una madre psicótica. La proporción de madres psicóticas con respecto a padres psicóticos es de 2 a 1, debido a que la aparición de la esquizofrenia es normalmente posterior en las mujeres que en los varones, el matrimonio y la procreación se da antes en las mujeres y éstas tienen más posibilidades de encontrar pareja y tener niños antes de su primer episodio psicótico. Además, los niños suelen permanecer con la madre cuando los padres no viven juntos, incluso en los casos en que la madre padece una enfermedad mental grave. Por todo ello, las mujeres psicóticas desempeñan mucho más el papel de figura cuidadora que los padres psicóticos (Dunn, 1993).

De todos los recuerdos sobre la infancia de los sujetos que comprendían la muestra, emergieron cinco temas comunes:

1. Experiencias de abuso y negligencia, atención poco consistente, tanto por parte de la madre como del padre. El sentido de la realidad distorsionado de sus madres tenía un efecto profundo sobre su capacidad para satisfacer las necesidades básicas de sus hijos de manera consistente. Estos niños se convierten en cuidadores de sus madres y hermanos pequeños. Algunos de ellos sufrieron maltrato físico (el 33%) y se pusieron pocas medidas para protegerles. En relación a los padres, éstos son vistos como no disponibles ni física ni emocionalmente para ellos.
2. Experiencias de aislamiento respecto a sus iguales, sus comunidades y propias familias. Nadie les hablaba de la enfermedad de sus madres. Los episodios psicóticos y los trastornos de conducta, que suscitaban miedo y confusión, permanecían sin explicación, dejando a los niños en un estado de confusión acerca de su propia realidad y una sensación de estar aislado respecto de la familia.
3. Sentimientos de culpa y la creencia de que ellos causaron o contribuyeron a la enfermedad de sus madres. Se sentían fieles a sus madres y las expresiones de culpa estaban unidas a los sentimientos de lealtad.
4. Los contactos con los servicios de salud mental son vividos como negativos. Sus madres eran alejadas para ser hospitalizadas, pero raramente recibían explicaciones sobre lo que estaba pasando o lo que podían esperar. Los contactos directos con profesionales de la salud mental fueron descritos con mucha más intensidad como desagradables, evocadores de culpa o incluso perjudiciales.

A pesar de la visión negativa de los contactos con los servicios de salud mental durante su infancia, casi todos los sujetos del estudio están en tratamiento psiquiátrico o psicológico de adultos y perciben esta psicoterapia como positiva. En terapia, los sujetos tienen la oportunidad de trabajar sus miedos acerca de su propia salud mental, muy comunes entre los hijos de padres psicóticos, así como trabajar sobre el establecimiento de límites, tanto físicos como emocionales, con sus madres. Algunos enfatizaron la relativa seguridad del *setting* terapéutico,

considerándolo como un lugar donde poder comenzar a explorar las relaciones con sus madres que eran vistas, a menudo, como omnipresentes y omnipotentes ante ellos.

5. Búsqueda de apoyo social. Todos los sujetos identificaron una o más personas que consideraron como soporte y ayuda cuando eran niños. En algunos casos se trataba de los abuelos, a menudo eran vecinos, amigos de la familia, profesores o entrenadores. Estas personas estaban disponibles para los niños. Los niños, pocas veces, si es que lo hacían, hablaban con ellos de sus situaciones familiares, pero veían a estas personas como elementos de seguridad.

Estas figuras de soporte eran vistas como asideros del mundo exterior frente a la situación familiar caótica y bizarra, y como proveedores de atención y cuidado. Estos contactos eran iniciados a menudo por los adultos, pero en muchos casos los sujetos describieron una búsqueda activa por su parte, seleccionando aquellas figuras con las que ellos se sentían aceptados y cómodos.

Para concluir este apartado, los participantes confirmaron que las familias de los enfermos mentales experimentan aislamiento social, alienación y marginación por parte de los vecinos y la familia extensa. Existe también un aislamiento autoimpuesto, relacionado con sentimientos de lealtad hacia sus madres y de humillación y vergüenza por su situación. Además del aislamiento estaba la confusión experimentada por estos niños al confrontarse con dos mundos separados, el de su familia, dominado por su madre psicótica y el mundo exterior a la familia, representado por el colegio y sus iguales. La toma de conciencia de estas dos realidades separadas, normalmente durante la adolescencia o la juventud, era acompañada por el dolor de tener que reconocer la enfermedad mental de sus madres, y esto causaba en los sujetos sentimientos de deslealtad y culpa.

Discusión

A la vista de las aportaciones de los distintos autores recogidas en este trabajo se puede apreciar que las necesidades de los padres psicóticos tienen mucho en común con las del resto de los progenitores, aunque existen determinadas áreas que requieren especial atención. La mayoría de ellos encuentran su rol como padres complejo y estresante, a la vez que gratificante. En el caso de padres con trastornos mentales graves habría que añadir el estrés que genera el afrontar sus síntomas y la consiguiente discapacidad, así como el impacto que la marginalización genera. Una preocupación común en todos los padres está relacionada con el futuro de sus hijos, pero en los padres con trastornos mentales graves hay que añadir el miedo a que sus hijos también desarrollen un trastorno mental. Este miedo es muy real y es reforzado por la literatura científica que demuestra un mayor riesgo a padecer trastornos mentales en el caso de hijos de padres psicóticos.

Cada vez atendemos más casos de hijos cuyo progenitor o progenitores padecen un trastorno mental grave. Esto está relacionado en parte con el modo de afrontar y entender la patología, al entender que afecta no sólo al paciente designado, sino también a la familia o personas que le rodean, valorando las consecuencias que pueden tener en los hijos, lo que nos lleva a actuar de una manera preventiva o intervenir precozmente en estos casos.

En nuestra opinión, un modo de trabajo comunitario, en coordinación con los diferentes equipos (servicios sociales, servicios educativos, etc.) permite un tratamiento más eficaz y adecuado, utilizando los distintos recursos. Este aspecto es muy importante cuando se trabaja con menores, donde la posibilidad de que establezcan relaciones con otros entornos, personas o actividades permite que puedan desarrollar identificaciones estables y positivas con otras figuras, y conocer otros modos de relación y comunicación, donde estos niños o adolescentes obtengan una imagen más positiva de sí mismos.

En conclusión, en la medida que el menor pueda poner distancias con los trastornos del progenitor enfermo e identificarse con imágenes sustitutivas su desarrollo será más sano. Cuando el menor recibe información de una manera adecuada para su edad sobre la enfermedad de su progenitor su evolución puede ser más favorable. Existe, en muchos casos, una hipermaduración o crecimiento emocional en estos niños, pero esto no significa “normalidad” o salud.

La enfermedad de un progenitor afecta al desarrollo de los hijos, pero es importante separarla de la evolución de los hijos. Los padres psicóticos no transmiten directamente su enfermedad. Es importante contener y apoyar a estos familiares, incorporando ayudas al padre sano y procurando el apoyo, soporte o tratamiento a los hijos, junto con el tratamiento que se realiza con el progenitor enfermo.

BIBLIOGRAFÍA

- ANTHONY E. J, CHILAND C, KOUPERNIK C (1980). *L'enfant à haut risque psychiatrique. L'enfant dans sa famille*, París, PUF.
- BOURDIER P. (1972). L'hypermaduration des enfants de parents de malades mentaux. *Rev. Franc. Psychan*, 1, 19-42.
- BOWLBY J (1951). *Maternal care and mental health*, Geneva, World Health Organization.
- BOWLBY J (1969). *Attachment and loss*. Vol. 1. Attachment, New York, Basic Books.
- BURMAN B, MEDNICK S. A, MACHÓN R. A, ET AL. (1987). Children at High Risk for Schizophrenia: Parent and Offspring Perceptions of Family Relationships. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 364-366.
- CASTLE D. J, MCGRATH J, KULKARNI J (2000). *Women and schizophrenia*, Cambridge, Cambridge University Press.
- DECINA P, MUKHERJEE S, LUCAS, ET AL. (1991). Pattern of illness in parent-child pairs both hospitalized for either schizophrenia or a major mood disorder. *Psychiatry Research*, 39, 81-87.
- DUNN B (1993). Growing up with a psychotic mother: A retrospective study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 177-189.
- LEBOVICI S, RABAIN-LEBOVICI M (1989). Los niños de familias psicóticas. En *Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Tomo VI, Madrid, Biblioteca Nueva.
- MAHLER M (1975). *El nacimiento psicológico del infante humano*, Madrid, Marymar.
- RUTTER M (1972). Maternal Deprivation Reconsidered. *Journal of Psychosomatic Research*, 16, 241-250.
- RUTTER M, QUINTON D (1984). Parental psychiatric disorder: Effects on children. *Psychological medicine*, 14, 853-880.
- RUTTER, M. (1994). Family discord and conduct disorder: cause, consequence or correlate? *Journal of Family Psychology*, 8, 170-186.
- RUTTER, M. (1995). Clinical implications of attachment concepts: Retrospect and prospect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 549-571.
- SCHIFFMAN J, LABRIE J, CARTER J, ET AL. (2002). Perception of parent-child relationships in high-risk families, and adult schizophrenia outcome of offspring. *Journal of Psychiatric Research*, 36, 41-47.
- SPITZ R (1969). *El primer año de vida del niño*, Madrid, Fondo de Cultura Económica.
- STERN D. N (1985). *The interpersonal world of the infant*, New York, Basic Books.

WHITE C. I, NICHOLSON J, SHER W. H, ET AL. (1995). Mothers with Severe mental Illness caring for Children. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 33, 398-403.

WINNICOTT D.W (1980). *La familia y el desarrollo del individuo*, Buenos Aires, Hormé.

WINNICOTT D.W (1981). *El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Barcelona, Laia.