

Impacto del riesgo psicosocial y de la interacción madre-bebé en la etapa escolar: diez años de seguimiento*

MARÍA AMPARO FERREROS V¹, PALOMA SAN ROMÁN VILLALÓN²,
JOSÉ L. PEDREIRA MASSA³

RESUMEN

Son escasas las investigaciones sobre la epidemiología de los riesgos precoces del desarrollo, y más aún las investigaciones longitudinales sobre factores de riesgo y su impacto en el desarrollo posterior del sujeto. En este trabajo se pretende evaluar si existe o no relación entre el riesgo psicosocial y la disfunción en la interacción madre-bebé, que acontece durante el primer año de vida del niño, con la aparición de problemas cognitivos, conductuales, psicosomáticos y/o emocionales en la etapa escolar. PALABRAS CLAVE: estudio longitudinal, riesgo psicosocial, etapa escolar.

ABSTRACT

IMPACT OF PSYCHOSOCIAL RISK AND MOTHER-BABY INTERACTION IN THE SCHOOL PERIOD: A TEN YEAR FOLLOW-UP. There are few investigations on the epidemiology of early developmental risks, and even fewer longitudinal investigations on risk factors and their impact on subsequent individual development. The aim of this study is to evaluate whether there is a relationship between psychosocial risk and dysfunction in mother-baby interaction during the first year of life, and the appearance of cognitive, behavioural, psychosomatic and/or emotional disorders during the school period. KEY WORDS: longitudinal study, psychosocial risk, school age.

RESUM

IMPACTE DEL RISC PSICOSOCIAL I DE LA INTERACCIÓ MARE-BEBÈ EN L'ETAPA ESCOLAR: DEU ANYS DE SEGUIMENT. Són escasses les investigacions sobre l'epidemiologia dels riscos precoços del desenvolupament, i més encara les investigacions longitudinals sobre factors de risc i el seu impacte en el desenvolupament posterior del subjecte. En aquest treball, es pretén avaluar si existeix o no relació entre el risc psicosocial i la disfunció en la interacció mare-bebè, que succeeix durant el primer any de vida del nen, amb l'aparició de problemes cognitius, conductuals, psicosomàtics i/o emocionals en l'etapa escolar. PARAULES CLAU: estudi longitudinal, risc psicosocial, etapa escolar.

Interés social y relevancia de la investigación

Las investigaciones actuales ponen en evidencia que no todos los sujetos expuestos al mismo factor de riesgo van a padecer un mismo tipo de trastorno mental, siendo importante conocer si los trastornos mentales detectados en la infancia y

la adolescencia continúan en el mismo rango de trastornos y en similares categorías en la edad adulta (continuidad homotópica u homotípica), o si se modifica la categoría diagnóstica permaneciendo el rango de trastorno mental (continuidad heterotópica o heterotípica), o si ese rango de caso o de trastorno mental desaparece en etapas posteriores.

* Trabajo ganador del IV Premio de Investigación convocado por la Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente. 1. Psiquiatra, Servicio de Psiquiatría del Hospital Dr. Peset (Valencia). 2. Psiquiatra, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (Albacete). 3. Paidopsiquiatra, Hospital Infantil Universitario del Niño Jesús (Madrid).
Institución a la que debe atribuirse el trabajo: Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.
Correspondencia: ampferreros@hotmail.com

La observación de niños en situaciones de alto riesgo psicosocial y su evolución posterior en muchos casos dentro de la “normalidad” y, en otros casos, asociados a la aparición de diferentes trastornos psicopatológicos (LASA, 1989), nos llevaron a interesarnos en la identificación de las circunstancias que pudieran ser determinantes en la evolución del niño para incidir en una detección más temprana de los problemas.

La concesión de una beca de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha en 1995, permitió realizar un estudio observacional en el que se valoraron a todos los sujetos nacidos ese año y pertenecientes al Centro de Salud Zona I de Albacete. Este trabajo forma parte de esa investigación longitudinal (tercer corte transversal) y corresponde a la etapa escolar (6-11 años). Intenta destacar los contenidos psicosociales y vinculares con su impacto en el desarrollo posterior del sujeto. Se ha considerado muy especialmente el entorno más inmediato del niño –la familia y la escuela–, y las consecuencias que la situación de riesgo psicosocial temprano pueden originar en el niño de 9-10 años. Por otro lado, se aportan datos de prevalencia de trastornos mentales a los 9-10 años de una Zona Básica de Salud de Albacete.

Objetivos

Objetivo principal. Evaluar si existe o no relación entre el riesgo psicosocial y la disfunción en la interacción madre-bebé, que acontece durante el primer año de la vida del niño, con la aparición de problemas cognitivos, conductuales, psicósomáticos y/o emocionales en la etapa escolar.

Las hipótesis formuladas fueron:

1. Los casos de disfunción en la interacción madre-bebé presentan en su evolución características conductuales, psicósomáticas, cognitivas o emocionales diferentes a los casos que no la presentaron.
2. Los grupos de alto y moderado riesgo psicosocial detectados en el primer año de vida, que a los tres años presentaron trastornos del desarrollo en algún área, continúan presentando trastornos en la etapa escolar.
3. Los casos que presentaron trastornos de recién nacidos (de la alimentación, sueño) evolucionan con el desarrollo a otras patologías.
4. La incidencia de trastornos psicopatológicos disminuye cuando existen factores de protección que actúan en el niño escolar (individuales, familiares,

sociales, etc.).

5. La prevalencia de trastornos mentales en niños entre 6 y 11 años es de un 15-20%.

Material y método

Entre 1995 y 1996 se realizó un estudio observacional transversal entre los recién nacidos en el año 1995 en una zona de salud (Zona I) de Albacete, con el fin de detectar lo más precozmente posible niños con algún retraso en su desarrollo evolutivo e identificar los factores de riesgo psicosocial que pudieran estar incidiendo en la maduración del bebé y conocer las interacciones que se producían entre la madre y el entorno. El total de niños nacidos en la Zona I ese año fue de 249, pero por diversos motivos hubo que descartar a 23 sujetos (tasa de respuesta del 90,8%).

A cada niño se le realizó una historia clínica, en la que se recogió información sobre los padres, genograma, embarazo y parto, características antropométricas, test de Apgar y necesidad o no de incubadora. Se les aplicaron tres escalas de evaluación: Escala de desarrollo de Brunet-Lezine, escala de Hameury y escala RAF de Lebovici y se obtuvieron tres grandes grupos según la puntuación en la escala de Hameury:

- “Alto riesgo psicosocial” (Hameury \geq 25): 17 casos, prevalencia de 7,5%.
- “Moderado riesgo psicosocial” (Hameury \geq 20): 29 casos, prevalencia del 12,8%.
- “Grupo sin riesgo psicosocial” (Hameury $<$ 20): 180 casos, 79,6% de la muestra.

La valoración longitudinal se realizó a lo largo de 1998, cuando los niños tenían 3 años. Fueron incluidos todos los niños de la muestra inicial, pero hubo 38 sujetos que no pudieron ser valorados (pérdida del 16,8%; tasa de respuesta del 83,2%). A los padres se les volvió a realizar una entrevista sobre su salud física y psíquica, y la de sus hijos. A los niños se les aplicó la escala CBCL 2-3 años y la Escala de Hameury. En cuanto a la puntuación total de esta última escala, a los 3 años, se obtuvo que un 3,7% de los sujetos (7 casos) estaba en situación de “alto riesgo”, mientras que un 7,4% (14 casos) se encontraba en una situación de “riesgo moderado”.

El presente estudio se realizó en la etapa escolar (8-10 años) y corresponde al tercer corte transversal. Se estudiaron los nacidos en 1995 pertenecientes a la Zona de Salud I de Albacete y que fueron valorados consecutivamente de recién nacidos y a los 3 años (se

excluyeron los que no reunían ambas premisas). Como los anteriores, es un estudio de seguimiento en doble fase. La primera fase, “de cribaje”, detecta posibles casos sobre población general según la línea de corte establecida para el instrumento de *screening* empleado (CBCL). La segunda fase, o “de diagnóstico”, se dirige a la confirmación de los casos (criterios DSM-IV) utilizando la ESPI.

Los instrumentos de evaluación empleados fueron el SDQ de Goodman para padres (P 4-16) y maestros (M 4-16); el CBCL de Achenbach y Edelbrock (CBCL 4-16) para padres y maestros; el Listado de Acontecimientos Vitales Estresantes en la Infancia acaecidos en los últimos 6 meses (AVE-Protocolo de Pedreira) y la Entrevista Semiestructurada (ESPI) de Pedreira (1990).

Captación de la muestra

Para la localización y reclutamiento de los niños y niñas, se partió de los datos que constaban en los historiales clínicos. Se contactó con los padres, con la Delegación de Educación, con el centro de salud Zona I (INSS y/o servicios sociales de zona), y con los maestros y se les citó en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) o se acudió al domicilio. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de los padres y el asentimiento verbal del niño para poder participar en el estudio. En esta primera fase del estudio los padres rellenaron el CBCL, el SDQ, y el AVE y los maestros el CBCL y el SDQ.

La obtención de la muestra en la segunda fase se hizo teniendo en cuenta la puntuación total del CBCL de padres, estableciendo como puntos de corte: 44,6 (niños), y 35 (niñas), que coinciden con los puntos de corte que mayor sensibilidad y especificidad han mostrado en investigaciones anteriores (Pedreira y Sardinero, 1996). Se obtuvo así un grupo de “posibles casos”. Aleatoriamente, se configuró un “grupo control” extraído de la muestra restante y constituido por el mismo número de sujetos que no reunían criterios de “posible caso”. En esta fase se contactó nuevamente con los padres de los sujetos de ambos grupos, para realizar la ESPI en la USMIJ o en el domicilio, con el fin de detectar “casos”.

Análisis de los datos

Se utilizó el procedimiento alpha de Cronbach en todas las subescalas y para ambos sexos por separado para estimar la fiabilidad de los instrumentos utilizados

(CBCL y SDQ). La subescala de competencia social del CBCL se descartó en los análisis estadísticos, ya que como apuntan Achenbach y Edelbrock (1983) puede introducir sesgos clasificatorios a la hora de la categorización de los sujetos y su valor es meramente descriptivo (Verhulst et al, 1985; Pedreira y Sardinero, 1996). Para obtener el coeficiente de validez fue preciso calcular un coeficiente de correlación entre las puntuaciones en las escalas y en la entrevista ESPI y se calcularon, además, los coeficientes de correlación “chi” cuadrado, coeficientes de contingencia e índice kappa.

Variables del estudio

Se tuvo en consideración variables de interacción madre-bebé, de desarrollo, de comportamiento y factores psicosociales recogidas en el estudio de 1995-1998 mediante la escala RAF de Lebovici, la escala de Brunet-Lezine, CBCL 2-3 años y la escala ERPS de Hameury. En este periodo de seguimiento se recogieron las variables del CBCL, SDQ y AVE y las variables que se refieren a trastornos psicopatológicos obtenidos mediante la entrevista ESPI.

Tratamiento estadístico de las variables de estudio

Se realizó un análisis descriptivo, comparativo bivariable y multivariante de todas las variables de estudio. La estimación poblacional de estos parámetros se realizó a través del intervalo de confianza del 95%. Asimismo se calculó la sensibilidad y especificidad del CBCL en relación con la ESPI y las tasas globales de prevalencia de trastornos y los patrones de comorbilidad en la muestra de la población estudiada.

Resultados

Datos de seguimiento longitudinal

El total de la muestra de la valoración longitudinal fue de 149 sujetos (pérdida del 20,75% –39 sujetos–); tasa de respuesta del 79,25% de la muestra a los 3 años. De ellos, 83 fueron niños (56%) y 66 niñas (44%). El 39,5% de la muestra se localizó fuera de la Zona I, lo que indica una amplia dispersión geográfica desde 1995. El número de casos clínicos obtenido en el presente estudio fue de 36, de los cuales 23 eran niños (27,7% de los niños), y 13 niñas (19,7% de las niñas), siendo la prevalencia estimada en la muestra de estudio de 24,16%. El 6,04% (9 casos) fueron de *alto riesgo* y 14 (9,39%) de *moderado-alto riesgo* teniendo en cuenta los grupos que se establecieron en 1995.

A través de la prueba de simetría de McNemer se obtuvo que el 30,7% de los casos que eran de riesgo en el primer año, continuaban siéndolo a los 3 años. De los 18 casos de riesgo detectados en la primera fase, 10 abandonaron el seguimiento en algún momento. Los 8 restantes permanecieron en situación de riesgo hasta el estudio actual.

Si tenemos en cuenta las subescalas CBCL cumplimentadas por los padres, el 33,6% de la muestra presentaba una puntuación de caso en la subescala internalización (punto de corte en las niñas de 12,45 y 20 en los niños). Por género, el 43,4% de los niños (36 sujetos) cumplieron el criterio de caso en esta subescala, mientras que tan sólo el 21,2% de las niñas (14) lo hicieron. En cuanto a la subescala de externalización (punto de corte 18 para las niñas y 23 para los niños), obtenemos 48 casos con puntuación de caso (32,2%) de los que 29 son niños (34,9%) y 19 niñas (28,8%).

- *Prevalencia por trastorno obtenida mediante ESPI*: trastorno de ansiedad de separación, 16%; depresión mayor, 11,9%; trastorno en el control de esfínteres, 10,6%; trastorno por déficit de atención (TDA), 10,6%; trastorno de ansiedad excesiva, 9,7%; trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), 6,6%; neurosis depresiva, 6,1%; trastorno de la alimentación, 4,8%; trastorno negativista, 4,8%; trastorno conversivo, 1,7% y trastorno de la conducta, 1,3%.
- *(Co)morbilidad general según criterios DSM-IV*: El 62,5% de la muestra presenta dos o más trastornos y en 16 sujetos (22,2%) no se halló ninguno. Las cifras de sujetos que tienen uno, dos o tres trastornos son muy similares (11, 11 y 12 sujetos, respectivamente). Se hallaron solo dos sujetos con 8 trastornos y otros 2 con 9 trastornos.
- *(Co)morbilidad por sexos*: Si dividimos la muestra por sexos, la comorbilidad en niños fue del 69%. En 7 de los 42 niños estudiados (16,7%) no se halló ningún trastorno, siendo la mediana de comorbilidad de 3 trastornos. En el caso de las niñas, el 43,3% tenía dos o más trastornos, mientras que en 12 de ellas (40%) no se objetivó ningún trastorno. La mediana de comorbilidad fue de un solo trastorno.

Estadística analítica o inferencial

Riesgo psicosocial y subescalas SDQ

Las relaciones estadísticamente significativas entre las subescalas SDQ y el grupo de alto riesgo psicosocial en el primer año de vida, aparece con la subescala de

Conducta Prosocial ($p = 0,006$). El 93,6% presenta una puntuación anormal, el 5,6% de los casos presenta una puntuación límite, siendo normal el 0,8%.

Respecto a los “casos sin riesgo” el 66,7% presentaban una puntuación normal, el 7% límite y anormal el 11,1%. En el “grupo de moderado-alto riesgo psicosocial”, las relaciones estadísticamente significativas aparecen con la subescala de Puntuación Total de Dificultades ($p = 0,043$); El 57,1% presentaba puntuación anormal, el 21,4% límite, y el 21,4% normal. Del “grupo sin riesgo”, presentaban una puntuación normal el 48,3%, mientras que encontramos idéntico porcentaje (25,8%) para las puntuaciones límite y anormal.

En cuanto a las relaciones estadísticamente significativas entre variables del primer año y subescalas SDQ, la subescala de hiperactividad aparece como estadísticamente significativa en relación con la profesión de la madre ($p = 0,011$), los problemas de conciliación del sueño ($p = 0,001$), los trastornos del sueño ($p = 0,001$) y la presencia de enfermedades en el primer año de vida ($p = 0,045$).

Con respecto a la subescala problemas de conducta, las relaciones estadísticamente significativas aparecen únicamente con la profesión del padre ($p = 0,003$). En cuanto a la subescala de conducta prosocial, las relaciones estadísticamente significativas aparecen con la presencia de acontecimientos vitales graves ($p = 0,020$), de depresión puerperal ($p = 0,036$), la existencia de enfermedad del padre ($p = 0,034$), el ítem “el bebé no quiere dormir solo” ($p = 0,050$), la relación madre-bebé disarmónica ($p = 0,007$) y la interacción madre-bebé excitada ($p = 0,028$).

En la subescala resiliencia, el sexo femenino ($p = 0,017$) y la profesión de los padres (0,040) aparecen como protección frente al estrés. El embarazo no deseado ($p = 0,042$), la profesión del padre ($p = 0,013$), el desempleo del padre ($p = 0,012$) y la clase social ($p = 0,024$) aparecen como estadísticamente significativos en la subescala de Puntuación total de Dificultades.

En cuanto al tercer año de vida, el “grupo de moderado-alto riesgo psicosocial”, resulta actualmente estadísticamente significativo con la subescala de Problemas de Conducta ($\alpha = 0,039$) y con la Subescala de Conducta Prosocial ($\alpha = 0,041$).

Relaciones estadísticamente significativas entre casos detectados por ESPI y variables del primer y tercer año

Entre las variables recogidas el primer año y los casos detectados por ESPI, aparecen relaciones estadísticamente significativas ($p = 0,010$) entre desempleo del

padre y los trastornos de ansiedad, somatoforme y de conducta perturbadora. El grupo de “alto riesgo psicosocial” se asocia de forma significativa ($p = 0,001$) con el trastorno depresivo, somatoforme y de conducta perturbadora.

En las variables recogidas el tercer año, las relaciones estadísticamente significativas aparecen entre el “grupo de moderado-alto riesgo” y el trastorno depresivo y somatoforme ($p = 0,05$), así como con el trastorno de conducta perturbadora ($p = 0,005$).

Regresión logística

Al aplicar la regresión logística a los casos con uno o más trastornos aparecen las variables del primer año “padre enfermo” (OR 8,3; $p = 0,003$), “padre menor de 30 años” (OR 12,3; $p = 0,04$), pertenencia al “grupo moderado riesgo psicosocial” (OR 1,3; $p = 0,009$) relacionadas de forma significativa.

Acontecimientos vitales significativos en los casos CBCL y Hamenury ≥ 25

El cambio de centro escolar (OR 10,4; $p = 0,008$); divorcio de los padres (OR 7,25; $p = 0,03$); cambio de status económico (OR 1,09; $p = 0,05$); aumento de las discusiones entre los padres (OR 7,25; $p = 0,03$); dejar pendientes las tareas (OR 8,67; $p = 0,000$); suspensos en la escuela (OR 7,58; $p = 0,001$); no realizar actividades extraescolares cuando se tiene interés (OR 4,12; $p = 0,031$) son acontecimientos vitales estresantes significativos en los casos detectados en el estudio.

La pérdida del trabajo del padre (OR 1,12; $p = 0,022$); separación de los padres (OR 9,23; $p = 0,003$); divorcio de los padres (OR 13,73; $p = 0,002$); muerte de uno de los abuelos (OR 0,75; $p = 0,027$); llegada de un familiar adulto (OR 10,4; $p = 0,011$) son AVE significativos en los casos de alto riesgo psicosocial al nacimiento y los tres años.

Discusión

Acerca de la prevalencia

La tasa de prevalencia de trastornos psicopatológicos obtenida en este estudio es de 24,16%, similar a la estimada por Verhulst (26%) en 1985, Costello (22%) en 1988 y Pedreira y Sardinero (25%) en 1996. Las tasas obtenidas son de puntuaciones detectadas por figuras parentales, pero no pueden ni deben ser presentadas como prevalencia de trastornos, sino como niveles de preocupación de alarma de los padres.

La muestra del presente estudio resulta demasiado pequeña para extraer conclusiones sobre diferencias

por patrones de comportamiento según el sexo, además de no ser un objetivo directo de la investigación. Resulta evidente que es necesario investigar con más atención las diferencias culturales en los patrones de comportamiento de los niños y niñas y el papel que juega la actitud parental en estas diferencias, quedando los datos para su explotación en posteriores investigaciones.

Los tipos de trastornos más prevalentes encontrados han sido los de ansiedad de separación (16,8%), seguidos del trastorno depresivo mayor (11,9%), trastornos por déficit de atención y trastornos esfinterianos (10,6% para ambos sexos), trastorno de ansiedad excesiva (9,7%), y trastornos por hiperactividad y déficit de atención (6,6%). El mayor porcentaje de trastornos de ansiedad y depresivos encontrados en esta muestra podría deberse a una cierta afinidad en la asociación entre los síntomas emocionales y los relacionales con quejas somáticas, en oposición a los trastornos por conducta perturbadora, que suelen presentarse con mayor frecuencia en otros contextos de la vida de los niños y niñas (Starfield et al, 1980).

Patrón de comorbilidad

La comorbilidad entre las diferentes categorías diagnósticas examinadas del Eje I (DSM-IV) muestra que en ambos sexos existe una alta comorbilidad (62,5%). Tanto en niños (69%) como en niñas (43,3%), los trastornos de ansiedad (tanto de separación como por ansiedad excesiva) son los que más se asocian entre sí, y con el resto de trastornos (depresivos y esfinterianos).

De los estudios revisados, únicamente los de Bird et al. (1988) y Bonet (1991) informan de patrones de comorbilidad en sus investigaciones. Bird muestra que, en al menos la mitad de los niños de 4 a 16 años examinados se da esta circunstancia. Aporta una alta proporción de niños y niñas clasificados en la categoría afectiva, trastornos por déficit de atención y trastornos de ansiedad, que fueron también clasificados en el área Conducta/Oposición. Por su parte, Bonet destaca las asociaciones más frecuentes entre los diferentes cuadros de ansiedad entre sí, y entre los trastornos por déficit de atención con hiperactividad y los trastornos de conducta por oposición.

Puede concluirse, en espera de nuevas confirmaciones, que la presentación psicopatológica en la infancia tiene como característica *específica* un patrón polisintomático y multiaxial, siendo preciso delimitar en qué circunstancias algunos trastornos son sintomáticos, en

qué otras situaciones son efectos del desarrollo y cuándo son trastornos que expresan otro síndrome (Pedreira, 1991).

Impacto del riesgo psicosocial en el recién nacido y a los 9-10 años

Los sujetos que presentan problemas en la escala de internalización a los 9-10 años, ya presentaban problemas cuando tenían 3 años (psicosomáticos, emocionales, de conducta y/o en puntuación total), y los que presentan problemas de externalización, ya presentaban a los 3 años problemas conductuales, cognitivos y/o psicossomáticos. Por tanto, se puede afirmar que el riesgo psicosocial en el recién nacido no desaparece con el paso del tiempo, permaneciendo en algunos casos hasta los 3 años y, en otros, hasta los 9-10 años.

San Román y Pedreira (2002) planteaban en la investigación precedente, que la existencia de excitación en la interacción madre-bebé está relacionada con retrasos en los aspectos cognitivos a los tres años. En los niños detectados con problemas en la escala prosocial-SDQ vemos como antecedente en el primer año de vida dificultades en la interacción madre-bebé: relación madre bebé disarmonica y excitación en la relación, así como depresión puerperal y acontecimientos vitales graves en las figuras parentales. Por tanto, los niños con problemas en la interacción madre-bebé presentaban a los 9-10 años más problemas de socialización que cuando en esta relación no ha habido problemas.

Grossman, Grossman, Spangler, Suess y Unzner (1985) y Rutter (1995) comprueban que niños definidos por sus padres como irritables tenían dificultades relacionales con sus cuidadores, lo cual propiciaba un vínculo inseguro-evitativo. De esta forma se ratificaba la implicación del temperamento en la determinación del vínculo, destacando la habilidad materna como un factor importante sobre todo cuando hablamos de niños ansiosos.

En la bibliografía consultada aparecen múltiples referencias que relacionan la depresión materna con la existencia de un vínculo inseguro (Lyons-Ruth et al, 1987; Shaw y Vondra, 1993), problemas cognitivos y de lenguaje (Murray, 1992) y problemas de interacción social (Lazartigues y Boudet, 1986; Field, 1995; Weinberger et al, en prensa).

En cuanto a los problemas psicopatológicos observados, los niños presentan problemas de comportamiento con una tendencia más externalizante y tienen más problemas de internalización que las niñas (72% frente

28%). Respecto a los resultados del CBCL en función del sexo, a los 3 años (San Román, Pedreira, 2002), sólo encontramos diferencias en la subescala "conductual" del CBCL, objetivándose una mayor frecuencia de problemas de conducta en los varones. Esto coincide con los datos aportados por la literatura en los que describen a los niños más agresivos y oposicionistas y a las niñas más tímidas y con más problemas del sueño (Koot y Verhulst, 1991). Maccoby y Jacklin (1980). Además apuntan que la conducta agresiva presenta diferencias por sexos a los 6 años de edad y por debajo de ésta. Sin embargo, algunas publicaciones mantienen un cambio en cuanto a la presencia de agresión en niños y niñas, justificándolo a partir de los cambios socioculturales y de rol del sexo femenino. En nuestra muestra sólo se cumplió cuando estimamos como punto de corte el percentil 25, y no así en el 50, 75 y 95, en que no encontramos diferencias significativas.

De acuerdo con Fergusson et al. (1994), existe una evidencia creciente en torno a la asociación entre problemas conductuales y de salud mental en la infancia-adolescencia, y las características de la infancia, la familia y el estilo parental. Señalan, a su vez, que se ha podido observar que los niños que están en mayor situación de riesgo son aquellos que se ven enfrentados a una acumulación de circunstancias adversas, tales como dificultades económicas, situación de pobreza, aislamiento social, enfermedad mental de alguno de los padres, prácticas de crianza inapropiadas para su desarrollo, o bien, abuso y conflictos familiares.

En muchas ocasiones, las reacciones de los padres que viven en situaciones difíciles condicionan de forma importante la calidad de vida de sus hijos. Si estas reacciones son punitivas y las prácticas de parentalidad incompetentes, se pone en grave peligro el desarrollo de las competencias del niño, aumentando la probabilidad de que desarrollen problemas socioemocionales, comportamentales y/o síntomas psicossomáticos, además de reducir sus aspiraciones y expectativas (Mcloyd, 1989).

Esto puede llegar a plantearnos que la información facilitada por los padres puede estar mediatizada por su sesgo perceptivo, "exagerando" los problemas de sus hijos. De hecho, se ha visto en algunos trabajos que el aislamiento social de la madre y la propia conducta aversiva que ésta dirige hacia su hijo, son variables que están directamente relacionadas con sus sesgos perceptivos (Wahler, 1980; Cerezo y Pons-Salvador, 1996). En todo caso, esta percepción que los padres tienen del

comportamiento de sus hijos influirá en cómo se comporten con ellos.

Apenas existen investigaciones donde se estudie el papel del padre en la crianza del niño, pero su papel es fundamental en el desarrollo de éste. En la mayoría de las investigaciones, los datos provienen de las figuras maternas, y tan solo el 1% de los estudios incluyen padres solos, y la mitad de los que incluyen padres y madres no realizan análisis separados para cada uno de ellos (Phares, 1992; Phares, Lopez, Fields, Kamboukos, Duhig, 2005), lo que debe ser tenido en cuenta en futuras investigaciones.

El interés por el padre surge en un momento en que los roles familiares ligados al género están cambiando. Ya en la investigación realizada a los 3 años, San Román, Pedreira et al. (2002) destacaban el papel del padre en relación con el cuidado del bebé, ya que cuanto menos se ocupaba de él en el primer año de vida, mayor riesgo psicosocial existía. La enfermedad paterna o el desempleo son antecedentes frecuentes en los niños con trastornos psicopatológicos en la muestra estudiada.

Tanto el padre como la madre son figuras importantes para niños y niñas, en un principio como figuras de apego (Bowlby, 1982) y, posteriormente, como modelos en el proceso de socialización. Brazelton (1993) afirma que el proceso del embarazo, el parto y el vínculo temprano se ve fuertemente influido por las actitudes del padre. La presencia y el apoyo afectuoso de éste ayudan a la mujer a potenciar el rol materno, y tiene una influencia directa en el desarrollo del hijo. Cyrulnik (2005) afirma que un marido que desertiza el mundo de la madre, la vuelve desertizante para su hijo. Y, al contrario, un hombre que desea ocupar su puesto de marido y de padre, transmite calor a la madre y participa en el triángulo relacional. Cuando una madre está sola con su bebé transmite su sufrimiento si está deprimida. El niño deja de jugar, sus desarrollos se ralentizan y toda novedad le inquieta. Esta situación clínica ilustra hasta qué punto participa el padre en la resiliencia.

La parentalidad es una cualidad compleja, en la que confluyen aspectos de la pareja, de sus familias de origen y del contexto cultural en el que están inmersos. Está compuesta, entre otras, por funciones socializantes (protectoras y normativas) y funciones nutricias, más sólidas y menos vulnerables que las socializantes, pero más difícilmente compensables o sustituibles cuando se deterioran, resultando las consecuencias de su alteración más destructivas (Linares, 2002).

Conclusiones

- El riesgo psicosocial detectado en el recién nacido no desaparece con el paso del tiempo y actúa como factor de riesgo en el desarrollo de trastornos psicopatológicos a los 9-10 años.
- Los sujetos que en el primer año de vida presentaban problemas de alimentación, trastornos del sueño y/o relación madre-bebé disarmónica presentan en la actualidad más problemas de internalización y externalización que los bebés que no los presentaron.
- Los niños obtienen puntuaciones más altas en el total de problemas de comportamiento, con una tendencia más externalizante (bajo control, *acting-out* y problemas de conducta) en relación con una tendencia más internalizante en las niñas.
- El sexo femenino, la existencia de trabajo del padre y la ausencia de problemas conductuales o cognitivos a los 3 años se comportan como factores protectores en la aparición de trastornos psicopatológicos a los 9-10 años.
- La continuidad o discontinuidad de los síntomas psicopatológicos de los 3 a los 9 años es tanto homotípica como heterotípica.
- En ambos sexos existe una alta comorbilidad (62,5%) de trastornos psicopatológicos. Tanto en niños (69%) como en niñas (43,3%), los trastornos de ansiedad son los que más se asocian entre sí y con el resto de trastornos.
- Las manifestaciones clínicas psicopatológicas en la infancia siguen un patrón polisintomático, siendo necesario delimitar en qué circunstancias algunos síntomas son hallazgos aislados, en qué situaciones son efectos del desarrollo, y cuándo pertenecen a un síndrome.
- La prevalencia estimada de trastornos mentales en los sujetos de 9-10 años en la Zona I de Salud de Albacete fue del 24,1%, siendo el trastorno de ansiedad de separación (16,8%) y el trastorno depresivo mayor (11,9%) los más prevalentes en nuestro estudio.

Agradecimientos

Ayuntamiento de Sant Boi de Llobregat, Fundació Orienta, Óscar David Mayo López, Mila y Bruno, Gema Vega González, Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, Consejería de Educación de Albacete, Ayuntamiento de Albacete, colegios participantes (en especial el colegio "Ave

Maria”) y sus maestros y tutores y a todos los niños y niñas, sus padres y todos aquellos que con sus observaciones y sugerencias han contribuido a la realización de este trabajo.

Bibliografía

ACHENBACH, T. M; EDELBROCK, C. S (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington. University of Vermont. Department of Psychiatry.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV. 4th*. Washington: Versión castellana: DSM-IV manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4 ed. Barcelona: Masson, 1995.

BIRD, H. R ET AL. (1988). Estimates of the prevalence of Childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry*, 45: 1120-1126.

BONET PLA, A (1991). Estudio epidemiológico de la prevalencia de los trastornos psiquiátricos infantiles en una muestra de niños de 8, 11 y 15 años del Municipio de Valencia. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.

BOWLBY, J (1982). *Attachment and Loss*. London: The Hogarth Press.

BRAZELTON, T. B (1993). *Niños y padres. Del año a los tres años*. Barcelona. Emecé Editores.

CEREZO, M. A; PONS-SALVADOR, G (1996). Ecosystem diversity as setting factors in mother's perception of child behavior and indiscriminate mothering. *European J of Psychological Assesment*, 12: 103-111.

COSTELLO, A. J ET AL (1988). Psychopathology in Pediatric Primary Care: The new hidden morbidity, *Pediatrics*, 82, 3: 415-424.

CYRULNIK, B (2005). *Los patitos feos*. Barcelona. Ed. Gedisa.

FERGUSON, D. M; LYNSKEY, M.T (1996). Adolescent resilience to family adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37 (3): 281-292.

FERREROS VILLAR, M. A (2008). Seguimiento longitudinal durante diez años de los factores de riesgo psicosocial e interacciones precoces en la infancia. Tesis Doctoral. Alcalá de Henares.

FIELD, T (1995). Infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 18, 1-13.

GOODMAN, R (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden.

J Child Psychol Psychiat, 40: 791-799.

GOODMAN, R (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Br J Psychiatry*, 177: 534-539.

GOODMAN, R (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.

GROSSMAN, K; GROSSMAN, K. E; SPANGLER, G.; SUESS, G; UNZNER, L (1985). Maternal sensitivity and newborns' orientation responses as related to quality of attachment in northern Germany. En: Bretherton, I. & Waters, E. (Eds.): *Growing points in attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2, Serial N° 209), 233-256.

KOOT, H. M; VERHULST, F. C (1991) Prevalence of problem behavior in Dutch children aged 2-3. *Acta Psychiatrica Scandinavica* ; 83 (367): 1-37.

LASA, A (1989). *Ideas actuales sobre Psicosis Infantil*. Bilbao, Diputación Foral de Bizkaia (ed.) 189-215.

LAZARIGUES, A; BOUDET, C (1986). La mère déprimée et son enfant, effets de la dépression maternelle sur le développement de l'enfant. *Jonctions*, 93: 29-30.

LINARES, J. L (2002). *Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós.

LYONS-RUTH, K; CONNELL, D; ZOLL, D; STAHL, J (1987). Infants at social risk: Relationships among infant maltreatment, maternal behaviour, and infant attachment behaviour. *Developmental Psychology*, 23: 223-232.

MACCOBY, E; JACKLIN, C. N (1980). Psychological sex differences. En: Rutter, M. (ed.). *Scientific Foundations of Child Psychiatry*. London. Heineman Medical.

McLOYD, V. C (1989). Socialization and development in a changing economy. The effects of paternal job and income loss on children. *American Psychologist*, 44: 293-302.

MURRAY, L (1992). The impact of postnatal depression on infant development. *J Child Psychol Psychiatry*, 33: 543-561.

PEDREIRA MASSA, J L (1991). Diagnostic problems in Child and Adolescent Psychiatry. En: Seva, A. (Dir.). *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health*. ANTHROPOS- Prensas Universitarias de Zaragoza. Barcelona. Tomo I: 497-512.

PEDREIRA MASSA, J. L; SARDINERO, E (1996). Prevalencia de los trastornos mentales en la infancia de 6-11

años en atención primaria de salud. *Actas Luso-esp. Neurol. Psiquiatría*, 24, 4: 173-190.

PEDREIRA, J. L.; SAN ROMÁN, P.; RODRÍGUEZ-SACRISTÁN, J.; BARCIA, D (2001). Factores de riesgo psicosocial en la primera infancia. *Seguimiento longitudinal*. Premio Nacional de Investigación Científica IMSERSO-2000. Madrid.

PEDREIRA MASSA, J. L (2001). Factores de riesgo y de estabilización en los procesos mentales de la infancia: Comprendiendo la resiliencia. Informe de Salud de la Infancia en España (Informe SIAS)-4. www.uv.es/sias

PEDREIRA MASSA, J. L; URRÁ, J; SARDINERO, E; MAGRO, R; GOODMAN, R (2001). Indicadores de factores de protección y su impacto en la resiliencia en la edad escolar (6-11 años). Informe de Salud de la Infancia en España (Informe SIAS)-4. www.uv.es/sias

PHARES, V (1992). Where's poppa? The relative lack of attention to the role of fathers in child and adolescent psychopathology. *American Psychologist*, 47, 656-664.

PHARES, V; LOPEZ, E; FIELDS, S; KAMBOUKOS, D; DUGHIG, A. M (2005). Are Fathers Involved in Pediatric Psychology Research and Treatment? *Journal of Pediatric Psychology Advance Access*, published online on March 16.

RUTTER, M (1995). Psychosocial adversity: risk, resilience, and recovery. *Southern African Journal of Child & Adolescent Psychiatry*, 7: 75-88.

SAN ROMÁN VILLALÓN, P (1999). Influencia del riesgo psicosocial en la primera infancia: una perspectiva

longitudinal. Tesis doctoral. Universidad de Murcia.

SAN ROMÁN VILLALÓN, P; PEDREIRA MASSA, J. L; LÓPEZ-TORRES HIDALGO, J; BONETE YÁCER, J. M; CASTELLÓ PONS, T (2002). Impacto del riesgo psicosocial en los bebés y las repercusiones psicopatológicas que genera en el niño/a preescolar: un estudio longitudinal. *www.psiquiatria.com*; 6 (5).

SARDINERO GARCÍA, E; PEDREIRA MASSA, J. L; MUÑIZ, J. L (1997). El cuestionario CBCL de Achenbach: adaptación española y aplicaciones clínico-epidemiológicas. *Clínica y Salud*, 8 (3): 447-480.

SHAW, D. S; VONDRA, J. I (1993). Chronic family adversity and infant attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34: 1205-1215.

STARFIELD, B. ET AL (1980). Psychosocial and Psychosomatic Diagnoses in Primary Care of Children. *Pediatrics*, 66 (2): 159-167. (Orig. 1977).

VERHULST, F. C; AKKERHUIS, G. W; ALTHAUS, M (1985). Mental Health in Dutch Children (I). A cross cultural comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 72 (Suppl. 323).

VERHULST, F. C; BERDEN, G. F; SANDER-WOUDSTRA, J. A (1985). Mental Health in Dutch children (II): The prevalence of psychiatric disorder and relationship between measures. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 324: 1-45.

WEINBERGER, M. K; OLSON, K; BEEGLY, M; TRO-NICK, E. Z (in press). Effects of maternal depression and panic disorder on mother-infant interactive behavior in the Face-to-Face Still-Face paradigm. *Infant Mental Health Journal*.