

Características familiares y factores de riesgo en niños y adolescentes con trastornos de salud mental

LUIS JAVIER SANZ¹, FERNANDO BURGUILLO², CONSUELO ESCUDERO³,
SUSANA FERNÁNDEZ DE LA VEGA⁴, MAR JIMÉNEZ⁵

RESUMEN

El presente estudio analiza si la prevalencia de los trastornos de salud mental de los padres sobre los hijos puede considerarse como factor de riesgo. Se recogieron datos correspondientes a una muestra de 395 pacientes del Programa de niños y adolescentes de los Servicios de Salud Mental de Getafe, encontrando que un 41% tenían algún familiar en tratamiento y que en la mayor parte de los casos (26%), este familiar era la madre. Asimismo, se confirmó la existencia de una mayor proporción de niños con tratamientos largos entre los que tenían antecedentes familiares, especialmente cuando estos correspondían a la madre. Finalmente, tratamos de definir el perfil de la población diana que potencialmente se podría beneficiar más de intervenciones preventivas. PALABRAS CLAVE: prevención, factor de riesgo, antecedentes familiares.

ABSTRACT

FAMILY CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH MENTAL HEALTH DISORDERS. This paper presents a research study which aims to analyze if the prevalence of a mental illness in the parents over their children can be considered as a risk factor. The sample used consists of 395 patients from Child and Adolescents Program of the Mental Health Services of Getafe (Spain). We found the existence of familial antecedents in 41% of them, and in most of these cases (26%) the relative was the mother. Following these results, we confirmed the existence of longer lasting treatments among the children with family antecedents especially when these concerned their mothers. Finally, we tried to define a target sample profile for preventive interventions. KEY WORDS: prevention, risk factor, familial antecedents.

RESUM

CARACTERÍSTIQUES FAMILIARS I FACTORS DE RISC EN NENS I ADOLESCENTS AMB TRASTORNS DE SALUT MENTAL. El present estudi analitza si la prevalença dels trastorns de salut mental dels pares en relació als fills pot considerar-se com a factor de risc. Es van recollir dades corresponents d'una mostra de 395 pacients del Programa de nens i adolescents dels Serveis de Salut Mental de Getafe i es va trobar que un 41% tenia algun familiar en tractament i que en la major part dels casos (26%) aquest familiar era la mare. També es va confirmar l'existència d'una major proporció de nens amb tractaments llargs entre aquells que tenien antecedents familiars, especialment quan aquests corresponien a la mare. Per últim, vam tractar de definir el perfil de la població diana que potencialment es podria beneficiar més d'intervencions preventives. PARAULES CLAU: prevenció, factor de risc, antecedents familiars.

El objetivo del trabajo es el estudio de un segmento de la población de niños y adolescentes que acuden al Servicio de Salud Mental de Getafe, con el fin de planificar un trabajo preventivo en salud mental infanto-juvenil. Numerosos estudios demuestran la enorme influencia que

los trastornos mentales en los padres tienen en la salud mental de sus hijos, constituyéndose como uno de los principales factores de riesgo.

Concretamente, estudios realizados sobre hijos de padres con trastorno del ánimo demuestran que tener un

1. Psicólogo clínico, Servicio de Salud Mental de Getafe; 2. Psiquiatra, Servicio de Salud Mental de Parla; 3. Psicóloga clínica, Coordinadora del programa de atención a niños y adolescentes, Servicio de Salud Mental de Getafe; 4. Psicólogo clínico, Servicio de Salud Mental de Villaverde; 5. Psiquiatra, Servicio de Salud Mental de Getafe

Correspondencia: Consuelo Escudero. Servicio de Salud Mental de Getafe. Avenida de los Ángeles 53 - 28902, Getafe, Madrid (España)

progenitor deprimido es uno de los predictores más potentes de depresión y otros trastornos en niños y adolescentes (Burt et al. 2003). También se ha contrastado que los chicos con alteraciones ansiosas tienen una mayor probabilidad de que los padres padezcan este tipo de trastorno (Rosebaum et al. 1992). A pesar de que se sabe que existe una asociación entre dificultades psicológicas de los padres y problemas en el niño, se desconocen los mecanismos por los que se da esta conexión, y no se ha podido determinar la importancia relativa de factores genéticos o ambientales para explicarla. Se han planteado distintas teorías explicativas, algunas de ellas basadas en el papel del apego y los efectos que tiene un familiar con trastorno mental en cada momento evolutivo (Sánchez y Sanz, 2004). Se han descrito las características de las madres deprimidas en la interacción con sus hijos y como esto genera un apego de tipo inseguro (Hering et al. 2002). En general, las hipótesis se centran en el estilo relacional que se da entre un progenitor con trastorno mental y sus hijos.

En los últimos años han proliferado los programas preventivos, y existen experiencias importantes en torno a la prevención de los problemas psicopatológicos en el ámbito infanto-juvenil. Hasta el momento han sido los trastornos externalizantes (trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastornos de conducta, etc.) los que han acaparado una mayor atención, pero también se han desarrollado programas orientados a la prevención de los trastornos internalizantes (ansiosos y depresivos). Uno de los más destacados sería el programa elaborado por Beardslee y colaboradores (Beardslee, 1990; Beardslee et al. 1992, 1998), que consiste en una intervención preventiva de tipo psicoeducativo de orientación cognitiva, donde se trabaja sobre la construcción de la experiencia de la enfermedad dentro de cada familia.

En este trabajo se trata de explorar la influencia que en esta población concreta pueden tener los antecedentes de los padres en el desarrollo de trastornos en los niños, y determinar las variables que caracterizan a este grupo, con el objetivo de encontrar las coordenadas sobre las que diseñar una estrategia preventiva.

Metodología

Nos planteamos si existe alguna relación entre la psicopatología de los niños y adolescentes de nuestra comunidad y la presencia o no de trastornos de salud mental en sus familiares cercanos. De la misma forma nos planteamos si estas diferencias podrían verse influidas por factores sociodemográficos que nos permitan posteriormente

desarrollar estrategias preventivas para la salud mental de niños y adolescentes. Para intentar dar respuesta a estas preguntas diseñamos un primer estudio observacional con datos retrospectivos de la totalidad de pacientes atendidos entre septiembre de 2002 y septiembre de 2003, obteniendo una muestra de 395 niños y adolescentes. El protocolo de recogida de datos constaba de los siguientes ítems:

- *Variables del paciente:* género, edad en el momento de la primera consulta, origen de la demanda asistencial, diagnóstico, duración del tratamiento, motivo del alta y familiares en tratamiento.

- *Variables relacionadas con la situación familiar:* convivencia, número de hermanos y orden de fratría; edad, nivel educativo y situación laboral de sus progenitores.

- *Variables del familiar en tratamiento, si lo hubiera:* estado civil, diagnóstico y duración del tratamiento.

La categorización de diagnósticos de los pacientes la realizamos mediante la CIE 9, que es la clasificación diagnóstica utilizada en los Servicios de Salud Mental de Madrid, agrupadas en: Trastornos del desarrollo y retrasos mentales (315, 317, 318, 319 y 299); Trastornos adaptativos, neuróticos y reacciones de estrés (300, 308, 309, 311 y 313); Alteraciones de la conducta (312 y 314); Otros diagnósticos (301 y 307). Asimismo, para los diagnósticos de los familiares se utilizaron las siguientes categorías: Trastornos psicóticos (295, 296, 297 y 298); Trastornos neuróticos (300); Reacciones de estrés y trastornos adaptativos (308 y 309); Otros diagnósticos (301, 303 y 307). En los casos en los que aparecía más de un diagnóstico se incluyó solo el principal. Por último, se realizó un análisis descriptivo y relacional mediante tablas de contingencia. El software empleado para el análisis de los datos fue el SPSS para Windows versión 11.5.

Resultados

A continuación se presentan los resultados del estudio divididos en dos grandes apartados: I) resultados de toda la muestra y II) resultados por subgrupos.

I) *Resultados de la muestra*

Datos de los pacientes: La muestra total estaba integrada por 395 pacientes atendidos en un periodo de 12 meses. Sus características son:

Edad: la media de edad de los sujetos en el momento de la primera consulta fue 11,04 años y la desviación estándar (DS) de 4,24. Se clasificó a los niños en tres grupos en función de la edad, resultando distribuidos de la siguiente manera: un 9,9% eran menores de seis años, un 41,7% tenían entre seis y doce años (edad de latencia) y el 48,3%

restante eran sujetos mayores de doce años. Respecto al género, un 54,2% eran varones y un 45,8% mujeres.

Origen de la demanda: más de la mitad (59,1%) acudieron a petición de su pediatra, un 25,4% a petición de la familia y un 10,1% fueron remitidos desde la escuela. Casi todos estaban en edad escolar, el 82,5% escolarizados según su edad y un 10,2% había repetido curso.

Diagnósticos: un 63% fueron diagnosticados de trastornos adaptativos, neuróticos y reacciones de estrés, un 12,9% de alteraciones de la conducta y un 11,4% de trastornos del desarrollo y retraso mental.

Duración de los tratamientos: la media era de 480,26 días (DS: 776,25), es decir, aproximadamente 1 año y 4 meses, con la siguiente distribución: 80,3% menos de dos años de tratamiento y un 19,7% más de dos años. En cualquier caso, los datos de duración del tratamiento lógicamente no son definitivos ya que los niños que siguen en contacto continuarán engrosando esta cifra. A enero de 2005, seguían en contacto un tercio de estos niños, mientras que el resto había sido dado de alta.

Datos de las familias

Convivencia: El 74,2% de los niños convivía con ambos progenitores, un 18,5% sólo con la madre y el 7,3% restante con otros familiares. Eran familias formadas por una media de 1,1 hermanos (DS: 0,37), siendo un 16% familias numerosas (tres hijos o más). En cuanto al orden de la fratría, un 62% eran primeros hijos, un 29% segundos y un 7% terceros. Del mismo modo, un 39% eran primogénitos con hermanos, un 34% benjamines y un 22% hijos únicos.

Cuando el niño realizó su primera consulta, el padre tenía una media de 42,29 años (DS: 6,70) y la madre 39,38 años (DS: 6,87). El nivel educativo más frecuente en las madres eran los estudios de segundo grado (50,3%), y en los padres los estudios primarios (48,4%). El 84,5% de los padres trabajaba mientras que el 44,1% de las madres se clasificaba como ama de casa.

Asociaciones en función del diagnóstico

Los trastornos más frecuentes eran los adaptativos, neuróticos y reacciones de estrés, siendo mucho más frecuente en las mujeres que en los varones (70% frente a 57%). Sin embargo, en las alteraciones de conducta la proporción se invierte, su frecuencia entre los varones era casi el triple que en las mujeres (18% a 7%). En los varones también eran más frecuentes los trastornos del desarrollo y los retrasos mentales ($\chi^2: 17,415$, $p = 0,001$) –Tabla 1–.

En cuanto a los segmentos etarios encontramos que el diagnóstico más frecuente en los niños menores de 6 años era el de trastornos del desarrollo y retrasos mentales (28%), mientras que entre los 6 y 12 años y en los mayores

de 12 el más frecuente era el de trastornos adaptativos, neuróticos y reacciones de estrés ($\chi^2: 22,842$; $p = 0,001$) –Tabla 1–.

En relación al tipo de convivencia observamos que la prevalencia de las alteraciones de conducta fue similar entre los pacientes que vivían con ambos progenitores, solo con la madre y con otros familiares. Sin embargo hay diferencias significativas en la proporción de trastornos del desarrollo y retrasos mentales siendo menor en los pacientes que vivían solo con la madre y con otros familiares y mayor en los que convivían con ambos progenitores. La proporción de trastornos adaptativos, neuróticos y reacciones de estrés fue menor en los pacientes que vivían con ambos progenitores y mayor en los que vivían solo con la madre y con otros familiares ($\chi^2: 14,642$; $p = 0,023$).

En cuanto a la situación laboral la prevalencia de los trastornos adaptativos, neuróticos y reacciones de estrés fue similar en los hijos de madres que están trabajando y en los de las amas de casa. Sin embargo hallamos diferencias significativas en los trastornos del desarrollo que fue mayor en los hijos de las amas de casa y menor en los pacientes cuyas madres trabajaban, mientras que las alteraciones de conducta aumentaron en los hijos de madres que trabajan y disminuyeron en los pacientes cuyas madres eran amas de casa ($\chi^2: 20,623$; $p = 0,002$).

Cabe destacar un aumento significativo de trastornos adaptativos, neuróticos y reacciones de estrés en los hijos de padres que trabajan y una disminución en los que sus padres no trabajan, mientras que la proporción de trastornos del desarrollo y retrasos mentales casi se triplicó en los hijos de padres que no trabajan frente a los que trabajan ($\chi^2: 17,035$; $p = 0,001$). La proporción de alteraciones de conducta fue similar en ambos grupos.

Asociaciones en función de la duración del tratamiento

Entre los varones, un 78% de los tratamientos duran menos de 2 años y un 24% dos años o más, mientras que entre las mujeres el 86% de los tratamientos duran menos de 2 años y el 14% dos años o más ($\chi^2: 6,107$; $p = 0,009$). También encontramos diferencias significativas en función de los grupos de edad. La mayor proporción de tratamientos que duran más de dos años se da entre los pacientes que tienen entre 6 y 12 años ($\chi^2: 6,514$; $p = 0,039$) –Tabla 2–.

En cuanto al nivel educativo de los progenitores encontramos datos coincidentes y significativos. Así, a mayor nivel educativo, tanto en la madre ($\chi^2: 6,291$; $p = 0,043$), como en el padre ($\chi^2: 8,648$; $p = 0,013$), menor proporción de tratamientos que duran más de dos años –Tabla 2–.

Asociaciones en función del motivo del alta

Se encontraron diferencias significativas en la proporción de las altas por fin de tratamiento, mayor en los pacientes que viven con ambos progenitores que los que viven solo con la madre. En otras palabras, es mayor la proporción de altas voluntarias y abandonos en los casos de los pacientes que viven solo con la madre ($\chi^2: 17,518$; $p = 0,008$) –Tabla 3–.

En relación a los motivos del alta en función de la situación laboral de los progenitores encontramos las siguientes diferencias significativas estadísticamente. Es mayor la proporción de altas por fin de tratamiento entre los hijos de madres que son amas de casa y menor en los que sus madres trabajan ($\chi^2: 14,049$; $p = 0,029$). Sin embargo, cuando los que trabajan son los padres la relación se invierte, aumentan las altas por fin de tratamiento y disminuyen cuando no trabajan ($\chi^2: 8,900$; $p = 0,031$). Es decir, es mayor la proporción de altas voluntarias y abandonos entre los hijos de madres que trabajan fuera de casa y de padres que no trabajan –Tabla 3–.

II) Resultados por subgrupos

De los 395 casos que componen la muestra, un 41% (163 sujetos) tenían algún familiar en tratamiento –de los cuales 103 era la madre– y un 59% (232 sujetos) de los pacientes no tenían ningún familiar en tratamiento.

De este modo, dividimos la muestra en tres grupos:

- pacientes que no tenían ningún familiar en tratamiento (59%).
- sujetos cuyas madres acudían como pacientes al programa de adultos de los servicios de salud mental (26%).
- pacientes que tenían otros familiares en tratamiento en nuestro centro: padres, hermanos, tíos, abuelos, etc. (15%).

Comparando estos tres grupos (sin familiares en tratamiento, con la madre en tratamiento y con otros familiares en tratamiento) encontramos que es mayor la proporción de niños con tratamientos largos entre los que tienen antecedentes familiares (25%), más aún si es en la madre (29,1%), que entre los que no tienen antecedentes familiares (14,2%). ($\chi^2: 11,228$; $p = 0,004$) –Tabla 4–.

Respecto al origen de la demanda, el porcentaje de casos que acudieron a petición de su pediatra fue significativamente más alto ($\chi^2: 8,898$; $p = 0,064$) en el grupo de niños sin familiares en tratamiento (62%) que en los otros dos grupos (53% en el grupo con la madre en tratamiento y 56% en el de otros familiares en tratamiento).

Por otro lado, encontramos que es mayor la proporción de niños con familias numerosas entre los que tienen antecedentes familiares (21,2% hijos de madres en tratamiento y 25,9% niños con familiares en tratamiento) frente al grupo de pacientes sin familiares en tratamiento (11,4%),

siendo las diferencias significativas estadísticamente ($\chi^2: 9,728$; $p = 0,008$) –Tabla 5–.

En relación a la situación en la fratría, encontramos una proporción similar en los tres grupos respecto al porcentaje de benjamines e hijos únicos, pero la presencia de hijos medios es significativamente menor en el grupo de niños sin familiares en tratamiento (17%) frente a los niños con madres en tratamiento (33%) y otros familiares (38%) ($\chi^2: 12,675$; $p = 0,049$). También se hallaron diferencias respecto a la proporción de primogénitos en los tres grupos: la presencia de primogénitos fue mayor en el grupo de niños sin familiares en tratamiento (57%) frente a los niños con madres en tratamiento (44%) y otros familiares (35%) ($\chi^2: 10,442$; $p = 0,005$).

Respecto al nivel educativo de los progenitores, se encontraron diferencias significativas ($\chi^2: 11,508$; $p = 0,021$) en la proporción de madres con estudios superiores entre los tres grupos, de forma que los estudios superiores eran mucho menos frecuentes en el grupo de hijos con madres en tratamiento (un 2,0%) que en los otros dos grupos (7,7% sin antecedentes familiares y 7,7% con otros familiares en tratamiento). Cuando lo que se analizaba era el nivel educativo de los padres, el grupo con padres con un nivel educativo más bajo era el de los pacientes con otros familiares en tratamiento (donde no se encontró ningún caso de padre con nivel educativo de tercer grado) frente a los otros dos grupos 7,9% sin antecedentes familiares y 4,3% con madres en tratamiento ($\chi^2: 9,900$; $p = 0,042$) –Tabla 6–.

Se hallaron, también, diferencias entre los tres grupos respecto a la situación laboral de la madre, de forma que en el grupo de pacientes con madres en tratamiento el porcentaje de amas de casa (50%) era significativamente mayor frente a los otros dos grupos (29% en niños sin antecedentes familiares y 24% en niños con otros familiares en tratamiento) ($\chi^2: 19,095$; $p = 0,001$).

Por último, en cuanto al diagnóstico de los familiares en tratamiento, destacamos al grupo de madres por ser el más numeroso. Un 64% del total estaban diagnosticadas de trastornos neuróticos, un 25,8% de trastornos adaptativos y reacciones de estrés, un 4,5% de trastornos psicóticos y el 5,6% restante correspondía a la categoría de otros diagnósticos. No obstante, hay que destacar que no hemos hallado ninguna correlación estadística entre los diagnósticos de las madres y familiares en tratamiento y los diagnósticos de los niños y adolescentes, ni en ninguna de las variables analizadas.

Discusión y conclusiones

Dentro de los datos encontrados, el más relevante es la elevada proporción de niños y adolescentes que acuden a consulta y que tienen un familiar en tratamiento por presentar algún tipo de trastorno en salud mental (41%), siendo la mayor parte de las veces la madre. Este dato apoya la importancia de los antecedentes familiares (sobre todo si se trata de la madre) como factor de riesgo. La menor proporción de padres en tratamiento puede estar relacionada con la menor tendencia de los varones a consultar, y estaría en consonancia con los datos epidemiológicos en adultos. Una de las limitaciones del estudio es la dificultad para establecer la dirección de la causalidad entre la problemática del niño y la de los padres. Muchos de los progenitores que no seguían tratamiento alguno, presentaban sin embargo diversos tipos de trastornos que no habían sido diagnosticados ya que en ningún momento habían solicitado consulta. Así pues no han podido ser incluidos en la muestra por no ser un dato cuantificable. Se ha observado, por ejemplo, que un alto porcentaje de mujeres que llevan a sus hijos para evaluación o tratamiento por depresión están en el momento de la consulta deprimidas y sin tratamiento (Ferro et al., 2000). Además, la información obtenida de niños a través de madres deprimidas puede reflejar una tendencia a evaluar de una forma negativa a sus hijos, de manera que podrían llegar a consultar por problemas evolutivamente normales. Por otro lado, cuando los problemas del niño son graves y requieren un tratamiento prolongado puede ser necesaria la atención a la salud mental de los padres. Por tanto, la relación entre dificultades psicológicas de los padres y los problemas en el niño no es unidireccional, a pesar de que en la mayoría de los casos, en nuestro estudio, es la madre quien consulta primero, muchas veces antes incluso de nacer el niño.

En el caso de los trastornos afectivos se ha hablado de las dificultades en la formación de un buen vínculo (Recart et al., 1995). Algunos autores (Mazet y Stoleru, 1993) describen los efectos negativos de la depresión materna en los primeros momentos de la vida, observando pobreza en las interacciones, ausencia o insuficiencia de la armonía afectiva. El bebé disminuye su expresión hacia el entorno, lo que a su vez confirma la creencia de la madre en su incapacidad y depresión. Los adolescentes hijos de madres deprimidas tienen un mayor riesgo de padecer depresión, comportamientos suicidas u otras patologías. Las madres de adolescentes deprimidas son más negativas, críticas y hostiles con sus hijos, estando menos disponibles (Herring y cols, 2002).

Otro aspecto encontrado en nuestro estudio es la mayor proporción de tratamientos largos cuando hay familiares en tratamiento, y aún más largos cuando este familiar es la madre, lo que nuevamente apoyaría la necesidad de realizar un trabajo preventivo. La duración del tratamiento tiene que ver con la dificultad del caso, pero también con la adherencia al tratamiento, teniendo en cuenta el gran número de altas por abandono. Los niños cuyos familiares están en tratamiento son derivados en menor medida a demanda del pediatra, en comparación con el grupo de niños sin antecedentes. La explicación más sencilla es que los propios padres conocen los servicios de salud mental y están más sensibilizados con este tipo de problemas. Además, los profesionales que trabajan con los padres también pueden percibir la necesidad de un apoyo para los niños y sugerírselo. Pero podría haber otro tipo de variables que expliquen el aumento de la demanda de tratamiento de los padres para sus hijos: la tendencia a proyectar y a hacer al niño depositario de los problemas personales o conyugales, o bien el sesgo hacia la valoración negativa que incluirá las conductas de sus hijos.

Una variable que diferencia los padres en tratamiento de los que no lo están es el nivel de estudios, más bajo entre los del primer grupo. Se ha determinado el nivel educativo como un factor de riesgo para padecer trastorno mental. También es diferente la situación laboral de la madre en ambos grupos: entre las madres en tratamiento hay más amas de casa, la mitad, frente a una cuarta parte de las que no están en tratamiento. Podría tener que ver con los mayores obstáculos que encuentran las personas con dificultades psicológicas para la integración en el entorno laboral, pero también, con los problemas para acceder a los dispositivos asistenciales de quien se encuentra sujeto a horarios laborales. Este dato había que interpretarlo dentro del contexto sociocultural de la muestra, perteneciente a la clase media o media-baja.

En el análisis de la muestra total, llaman la atención distintos datos. En primer lugar, la baja proporción de niños menores de 6 años, en relación a otros segmentos etarios, siendo la mayor parte de ellos derivados por su pediatra. La interpretación de este hallazgo seguramente tiene que ver con los problemas para la detección precoz de los trastornos mentales en niños hasta la entrada al colegio. Otro dato que quizá contraste con la experiencia clínica es que las tres cuartas partes de los niños o adolescentes que acuden a consulta viven con ambos progenitores. Tenemos la impresión de que hay más parejas separadas de lo que se refleja en los datos, debido a que se registran en la entrada en el servicio y no se modifican en el transcurso del trata-

miento.

En cuanto a las diferencias por sexo, acuden más niños que niñas a consultar, en consonancia con lo encontrado en otras investigaciones realizadas en España (Equipo Metra, 2003; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002) que reflejan una mayor presencia de varones en los dispositivos asistenciales. Se encuentran las diferencias esperables en el tipo de diagnóstico: en los varones aparece el triple de trastornos de tipo externalizante que en las niñas, grupo en el que prevalecen los trastornos internalizantes. Se prevé que la tendencia hacia la externalización tienda a igualarse con los cambios sociales y la transformación de los roles masculino y femenino (WHO, 2003). Por otro lado, se da una mayor duración de los tratamientos en los varones, lo que quizá esté relacionado con el tipo de trastornos predominantes (externalizantes), que denotan una menor capacidad para la elaboración, la introspección y una mayor tendencia a la proyección.

Se da una mayor duración del tratamiento en aquellos pacientes que tienen entre 6 y 12 años, coincidiendo con la edad de latencia. Dado que no existen diferencias en cuanto al motivo del alta, no podemos atribuir la mayor duración a que exista en este grupo una mayor adherencia al tratamiento. Tampoco hay grandes diferencias en cuanto al tipo de trastorno; ya que en este segmento etario y en los mayores de 12 años, hay prácticamente la misma proporción de trastornos de tipo neurótico y de conducta en los tres grupos de edad. Por lo tanto la explicación debemos buscarla en las características propias del periodo de latencia, o para ser más exactos, a los problemas que han impedido a estos niños entrar en ella y cumplir con las metas de su desarrollo. Este periodo se caracteriza por una construcción y refuerzo del yo debido a la represión de los objetivos sexuales de las pulsiones, puestas ahora al servicio de la socialización y el aprendizaje. Las relaciones de objeto se extienden fuera de la familia y se transforman en identificaciones, consolidando de esta forma las capacidades del yo para controlar la realidad y sus conflictos internos.

Dentro de los datos referentes al diagnóstico, nos encontramos con que la mayor parte de las derivaciones realizadas a petición de la escuela son por casos diagnosticados de trastornos de conducta, debido, seguramente, a la interferencia a la que dan lugar en el aula, quedando más desatendidos en el ámbito escolar otro tipo de trastornos que no perturban el ritmo de las clases. El mayor número de diagnósticos de trastorno generalizado del desarrollo se da en hijos menores, mientras que las alteraciones de conducta se dan más en los niños que tienen hermanos peque-

ños.

En lo referente al tipo de convivencia observamos que la mayor proporción de abandonos se da cuando los niños viven solo con la madre, lo que podría tener que ver con las mayores dificultades para cumplir con el tratamiento, con problemas en la diferenciación madre-hijo o con la instrumentalización del hijo en casos de separaciones. El mayor número de altas por fin del tratamiento aparece cuando la madre es ama de casa, dadas, posiblemente, las menores dificultades para asistir. También es importante el impacto que el desempleo del padre tiene en las familias: cuando es el padre el que no trabaja se da una mayor tasa de abandonos y altas voluntarias.

En definitiva, dado el alto número de niños que asisten a los servicios de salud mental con familiares que están en tratamiento por presentar diversos trastornos psíquicos, nos parece pertinente la planificación y ejecución de programas preventivos dirigidos a todo el grupo familiar. Los datos del estudio ofrecen un perfil del grupo diana: familias con antecedentes familiares de trastornos en salud mental, con dos o más hijos y cuyos progenitores tienen un bajo nivel cultural y problemas laborales.

Nota

Colaboraron en distintas etapas del estudio: I. Elustondo, F. García-Villanova, A. Guzmán, I. Marcote, A. Martínez, A. Sánchez y J. L. Santos.

Bibliografía

BEARDSLEE, W. R. (1990). Development of a clinician based preventive intervention for families with affective disorders. *J. Preventive Psychiatry and Allied Disciplines*, 145: 63-69.

BEARDSLEE, W. R.; HOKE, L.; WHEELLOCK, I.; ROTHBERG, P.; VAN DE VELDE, P.; SWATLING, S. (1992). Preventive intervention for families with parental affective disorders: initial findings. *Am. J. Psychiatry*, 149: 1335-1340.

BEARDSLEE, W. R.; VERSAGE, E. M.; GLADSTONE, T. R. (1998). Children of affectively ill parents: a review of the past ten years. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 37: 1134-1141.

BURT, S. A.; KRUEGER, R. F.; MCGHE, M.; IACONO, W. (2003). Parent-child conflict and the comorbidity among childhood externalizing disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*; 60: 505-513.

EQUIPO METRA (2003). *Menores con trastornos psíquicos y contexto familiar. Un estudio en la Comunidad de Madrid*. Madrid, Universidad Pontificia de Comillas.

FERRO, T; VERDELI, H; PIERRE, F; WEISSMAN, M. M (2000). Screening for depresión in mothers bringing their offspring for evaluation or treatment of depresión. *Am. J. Psychiatry*, 157, 375-379.

HERRING, M.; KASLOW, N. J. (2002). Depresión and Attachment in families: a child-focused perspective. *Family Process*, 41 (3): 494-518.

MAZET, P.; STOLERU, S. (1993) *Psychopathologie du Norrisson et du Jeune Enfant*. Paris, Masson.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2002). *Informe de situación de Salud Mental*. Madrid.

RECART, C.; HEIMANN, J. P.; LARRAGUIBEL, M.; SIUS, P.; GÓMEZ, A. (1995). Hijos de padres con trastorno del ánimo. *Acta psiquiát Psicol. Am lat.* 41 (1): 40-44.

ROSENBAUM, J. F.; BIDERMAN, J.; BOLDUC, E. A.; HIRSHFELD, D. R.; FE, S. V.; KAGAN, J. (1992). Comorbidity of al anxiety disorders as risk for childhood-onset anxiety in inhibited children. *Am. J. Psychiatry*, 149 (4): 475-481.

SÁNCHEZ DEL HOYO, P. Y SAN RODRÍGUEZ, L. J. (2004). Hijos de padres psicóticos. Revisión bibliográfica: implicaciones preventivas, de apoyo y terapéuticas. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 4: 99-107.

WHO (2003). *Caring for children and adolescents with mental disorders*. Geneve.

Características familiares y factores de riesgo en niños y adolescentes con trastornos de salud mental

Tabla 1. Distribución de los diagnósticos por género y grupos de edad. Porcentajes

<i>Diagnósticos</i>	<i>Género*</i>		<i>Grupos de edad*</i>		
	H	M	< 6 años	6-12 años	>12 años
Trastornos del desarrollo y retraso mental	14,0	8,3	28,2	12,8	6,3
Trastornos adaptativos, neuróticos y reacción de estrés	57,5	69,6	35,9	64,6	67,4
Alteraciones de la conducta	18,2	6,6	17,9	12,8	12,1
Otros	10,3	15,5	18,0	9,8	14,2

H (Hombre); M (Mujer)

* $p \leq 0,01$

Tabla 2. Distribución de los tratamientos por grupos de edad y nivel de estudio de los padres y madres. Porcentajes

<i>Duración de los tratamientos</i>	<i>Grupos de edad*</i>			<i>Estudios madres*</i>			<i>Estudios padres*</i>		
	< 6 años	6-12 años	>12 años	1	2	3	1	2	3
Tratamientos cortos	94,9	76,8	80,5	74,7	81,3	95,7	73,1	83,5	95,0
Tratamientos largos	5,1	23,2	9,5	25,3	18,7	4,3	26,9	16,5	5,0

Nivel de estudios: 1. Primarios o menor; 2. Segundo grado; 3. Tercer grado

* $p \leq 0,05$

Tabla 3. Distribución de las altas por tipos de convivencia y situación laboral de la madre y del padre. Porcentajes

<i>Tipos de alta</i>	<i>Convivencia**</i>			<i>Sit. laboral madre*</i>			<i>Sit. laboral padre*</i>	
	P	M	O	1	2	3	1	2
No alta	32,8	31,5	51,7	30,5	38,9	28,6	33,9	30,8
Fin de tratamiento	32,4	20,5	6,9	26,8	32,6	20,6	32,1	17,3
Alta voluntaria/abandono	24,8	41,1	34,5	33,8	19,8	39,7	23,9	42,3
Otros	10,0	6,9	6,9	8,9	8,7	11,1	10,1	9,6

Convivencia: P. Progenitores; M. Madre; O. Otros

Situación laboral de la madre: 1. Trabaja; 2. Ama de casa; 3. Otros

Situación laboral del padre: 1. Trabaja; 2. No trabaja

** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$

Tabla 4. Duración de los tratamientos en función de los antecedentes familiares. Porcentajes

<i>Tipo de tratamiento</i>	<i>Sin familiares en tratamiento</i>	<i>Madre en tratamiento</i>	<i>Otros familiares en tratamiento</i>
Tratamiento largo (2 o más años)	14,2	29,1	25,0
Tratamiento corto (menos de 2 años)	85,8	70,9	75,0

$p \leq 0,01$

Tabla 5. Extensión de las familias con y sin antecedentes familiares. Porcentajes

<i>Tipo de familia</i>	<i>Sin familiares en tratamiento</i>	<i>Madre en tratamiento</i>	<i>Otros familiares en tratamiento</i>
Dos o menos hermanos	88,6	78,8	74,1
Familia numerosa	11,4	21,2	25,9

$p \leq 0,01$

Tabla 6. Nivel educativo de los progenitores en función de los antecedentes familiares. Porcentajes

<i>Grupo</i>	<i>Estudios madres*</i>			<i>Estudios padres*</i>		
	1	2	3	1	2	3
Sin familiares en tratamiento	40,2	52,1	7,7	42,6	49,5	7,9
Madre en tratamiento	42,6	55,4	2,0	54,8	40,9	4,3
Otros familiares en tratamiento	59,6	32,7	7,7	60,0	40,0	--

Nivel de estudios: 1. Primarios o menor; 2. Segundo grado; 3. Tercer grado

* $p \leq 0,05$