

Factores de riesgo para el diagnóstico de trastorno mental en edad escolar*

CARLAMARINA RODRÍGUEZ PEREIRA¹ Y PALOMA ORTIZ SOTO²

RESUMEN

El objetivo de este estudio es identificar la posible asociación entre algunos factores importantes para la vinculación del bebé y recibir un diagnóstico de trastorno mental en la edad escolar. Se realiza un estudio de casos y controles con muestra ambulatoria del Distrito Retiro de Madrid, formada por 220 menores de entre 6 y 12 años (110 casos y 110 controles). A través de un cuestionario de factores de riesgo se evalúa la presencia durante los tres primeros años de vida de factores de riesgo y protectores, así como variables descriptivas y de control. El análisis de datos consistió en un análisis descriptivo, análisis bivariante (OR) y análisis multivariante (Regresión Logística Binaria). Los factores de riesgo y protectores que mantienen la significación estadística a lo largo de los dos modelos de regresión son: cambios de cuidador, antecedentes psiquiátricos de los padres, ingresos hospitalarios, lactancia artificial, lactancia durante al menos 6 meses y ser el primogénito. Acumular más de tres factores se asocia significativamente al diagnóstico. Los resultados confirman la hipótesis de partida, siendo necesario un estudio prospectivo, con mayor muestra para superar algunas de las limitaciones del presente trabajo. **Palabras clave:** *factor de riesgo, factor protector, trastorno mental, estudio casos y controles.*

ABSTRACT

Risk factors for the diagnosis of mental disorder at school age. The aim of this study is to identify the possible correlation between some important factors for infant bonding and receiving a diagnosis of mental disorder at school age. A case-control study was carried out with an outpatient sample from the Retiro district of Madrid, consisting of 220 children aged 6 to 12 years (110 cases and 110 controls). A risk factor questionnaire was used to evaluate the presence of risk and protective factors during the first three years of life, as well as descriptive and control variables. Data analysis consisted of descriptive analysis, bivariate analysis (OR) and multivariate analysis (Binary Logistic Regression). The risk and protective factors that maintain statistical significance across the two regression models are: caregiver changes, parental psychiatric history, hospital admissions, artificial breastfeeding, breastfeeding for at least 6 months and being the firstborn. Accumulating more than three factors is significantly associated with the diagnosis. The results confirm the initial hypothesis, and a prospective study with a larger sample is needed to address some of the limitations of the present study. **Keywords:** *risk factor, protective factor, mental disorder, case-control study.*

RESUM

Factors de risc per al diagnòstic de trastorn mental en edat escolar. L'objectiu d'aquest estudi és identificar la possible associació entre alguns factors importants per a la vinculació del nadó i rebre un diagnòstic de trastorn mental durant l'edat escolar. Es va realitzar un estudi de casos i controls amb una mostra ambulatoria del districte del Retiro de Madrid, formada per 220 menors d'entre 6 i 12 anys (110 casos i 110 controls). Mitjançant un qüestionari de factors de risc, es va avaluar la presència de factors de risc i protectors durant els tres primers anys de vida, així com variables descriptives i de control. L'anàlisi de dades va consistir en una anàlisi descriptiva, anàlisi bivariant (OR) i anàlisi multivariant (regressió logística binària). Els factors de risc i protectors que mantenen la significació estadística en ambdós models de regressió són: canvis de cuidador, antecedents psiquiàtrics dels pares, ingressos hospitalaris, lactància artificial, lactància durant almenys 6 mesos i ser el primogènit. L'acumulació de més de tres factors es va associar significativament amb el diagnòstic. Els resultats confirmen la hipòtesi inicial, tot i que fan necessari un estudi prospectiu amb una mostra més gran per superar algunes de les limitacions d'aquest treball. **Paraules clau:** *factor de risc, factor protector, trastorn mental, estudi de casos i controls.*

*En este artículo se presentan algunos resultados pertenecientes a un estudio más amplio que constituye una tesis doctoral (Rodríguez, 2016).

¹Psicóloga especialista en Psicología Clínica. Doctora en Psicología. Responsable del Hospital de Día Infantojuvenil de Oviedo (SESPA). Profesora Asociada de la Universidad de Oviedo. Colaboradora docente en la Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA). Presidenta de la Subcomisión de Psicología Clínica de Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental del Principado de Asturias. ²Psiquiatra infantil y de la adolescencia. Psicoterapeuta de niños y adolescentes. ADI Atención al Desarrollo Integral, Madrid. Contacto: carlamarinarodriguezpe@gmail.com

Recibido: 14/8/23 - Aceptado: 23/9/24

Introducción

El primer estudio sistemático de epidemiología en psiquiatría de niños y adolescentes fue realizado por Lapouse y Monk (1958) e informó de una alta prevalencia de trastornos emocionales y conductuales en niños de entre seis y 12 años. Desde ese primer estudio y el conocido con diagnósticos clínicos de Rutter (Rutter et al. 1976), los estudios de epidemiología han ido aumentando paulatinamente siendo los resultados en ocasiones discordantes; principalmente porque son realizados con diferentes tipos de poblaciones, pero también debido a carencias metodológicas. Algunas dificultades específicas de estos estudios tienen que ver con la definición de “caso” y el uso de instrumentos de evaluación adecuados y adaptados a las poblaciones específicas.

En Estados Unidos, se informa de que del 2 al 25 % de los niños en edad escolar y el 13 % de los preescolares padecen un trastorno emocional o conductual (Brandenburg et al., 1990; Lavigne et al., 1993). Según Kessler et al. (2005), la mitad de todos los casos de trastornos mentales que duran toda la vida empiezan sobre los 14 años de edad. Las tasas de prevalencia globales encontradas se sitúan entre 14-20 % de la población infantil y juvenil, siendo el rango 17-20 % el más repetido. De estos porcentajes, el 2 % corresponde a trastornos graves, el 7-8 % a trastornos de gravedad moderada, y el resto a psicopatología leve. La Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere una prevalencia del 20 % de trastornos mentales de niños y adolescentes en todo el mundo, de los que entre el 4 y el 6 % de los niños y adolescentes padecen un trastorno mental grave (OMS, 2005).

Los factores de riesgo (y protectores), definidos como características o eventos cuya presencia se asocia con un incremento o disminución de la probabilidad de que aparezca un resultado específico, no son necesariamente eventos discretos o características estáticas que puedan ser identificadas y clasificadas. El factor de riesgo es un concepto relacional, ya que se refiere a una característica, evento o experiencia que se relaciona con un resultado particular. Por otra parte, el estatus de factor de riesgo es condicional, ya que la relación factor de

riesgo-resultado depende de un número de condiciones, incluyendo características del propio factor de riesgo (por ejemplo duración, intensidad, ritmo de exposición durante el desarrollo), de la población (por ejemplo edad, sexo, etnia), o de otras variables con las cuales el factor de riesgo podría asociarse (por ejemplo presencia o ausencia de otras características, eventos o experiencias del individuo), y características del resultado (por ejemplo cómo y cuándo el resultado es definido y medido). Por último, un factor de riesgo es un concepto procesual, pues de alguna forma influye, inicia, o altera procesos críticos dentro de la vida de la persona o los sistemas dentro de los que la persona funciona.

La investigación sobre “factores de riesgo” es inherentemente evolutiva desde que se enfoca en las influencias y resultados a lo largo del tiempo y los procesos que los conectan (Kazdin et al., 1997). Los factores de riesgo varían en la extensión con la cual son robustos a través de condiciones y en su fuerza y dirección del efecto (Kazdin et al. 1997). El hecho de que exposiciones previas a estresores graves o permanentes incrementen la respuesta a otros estresores menos intensos de la vida diaria es una idea común a los diferentes modelos etiológicos. Esto se ha denominado *efecto acumulativo o procesos de sensibilización conductual*.

El factor de riesgo trastoca el desarrollo biológico, cognitivo y emocional, pudiendo producir la aparición de un trastorno psicopatológico. Debido a esto, conceptos como vulnerabilidad y resiliencia pueden considerarse conceptos cercanos al de factor de riesgo.

Los factores de protección operan para promover un desarrollo adaptado y para diluir o contrabalancear el impacto negativo de los factores de riesgo, reduciendo la probabilidad de que estos lleguen a producir consecuencias negativas. Los factores protectores también pueden funcionar de manera interactiva, tal que la presencia de alguno de ellos reduzca el riesgo de consecuencias negativas dentro de un grupo de alto riesgo, pero que tenga un impacto limitado dentro de un grupo con riesgo menor (Glantz, 1992).

Tanto los teóricos psicoanalíticos como los teóricos del apego sitúan en la primera infancia

los momentos críticos en el desarrollo afectivo, emocional y cognitivo del niño. Actualmente, las neurociencias están avalando estos principios teórico-clínicos, ya que sitúan la mayor parte del desarrollo cerebral secuencial y dependiente del uso en la infancia temprana (Fonagy et al., 2001). La evidencia científica parece confirmar que un apego sano o seguro es un factor importante a la hora de conseguir una buena salud mental. La calidad del apego quedaría determinada, siguiendo a Belda (2007), por una serie de factores, tanto del neonato (temperamento, prematuridad, lesiones cerebrales, discapacidades físicas y mentales, complicaciones en el período intrauterino y perinatal) como de los cuidadores y su entorno (sensibilidad, red de apoyo social, nivel socioeconómico, relaciones de pareja, ambiente laboral, trastornos psicopatológicos, personalidad y número de hijos).

En contraste con la idea predominante, los niños son más vulnerables al trauma y la negligencia que los adolescentes y los adultos. Cuanto menor es el niño, más probable es que pueda desarrollar problemas profundos y duraderos tras el trauma. La negligencia severa en los primeros años de vida puede tener un impacto devastador incluso si, un niño es cambiado del ambiente negligente (Perry, 2002) y cuanto más tiempo permanece en ese tipo de ambiente, más aumenta su vulnerabilidad (O'Connor et al., 2000).

Objetivos e hipótesis

Partiendo de la Hipótesis General de que los potenciales factores de riesgo que hacen su aparición durante los tres primeros años de vida, alterando la adecuada vinculación con los cuidadores principales, generan un aumento del riesgo a desarrollar trastornos mentales que se manifestaría en periodos posteriores, se plantean como objetivos generales: aumentar el conocimiento sobre el inicio de las manifestaciones de los trastornos mentales en edad escolar y analizar la asociación entre la exposición durante los tres primeros años de vida del niño de los potenciales factores de riesgo y/o protectores y la aparición, en edad escolar, de trastornos mentales.

Método e instrumentos

Para responder a estos objetivos e hipótesis se lleva a cabo un estudio de casos y controles con población clínica ambulatoria. La muestra del estudio está compuesta por 220 menores residentes en el Distrito de Retiro de Madrid, habiendo estimado el tamaño adecuado según las tablas de Lwanga y Lemeshow (1991) entre 50 y 90 sujetos por grupo.

Los criterios de inclusión en el grupo de casos fueron: niño/a residente en distrito de Retiro, remitido al servicio infanto-juvenil por primera vez, tener entre seis y 12 años y diagnóstico de trastorno mental según CIE-9. Los criterios de exclusión son: haber sido diagnosticado de trastorno mental orgánico y/o retraso mental antes de los 6 años en el mismo u otro centro.

Los criterios de inclusión para el grupo de controles fueron: niño entre seis y 12 años residente en el distrito de Retiro, que acude a consulta del pediatra a la *revisión del niño sano* o consulta por enfermedad menor sin diagnóstico de trastorno mental y aceptación por padre o madre de la participación en el estudio. Los criterios de exclusión son: menores con retraso mental o trastorno mental actual, con antecedentes de consulta a salud mental infanto-juvenil, diagnósticos o tratamientos previos, encontrarse en proceso de evaluación o tratamiento en el momento de realizarse la recogida de información o haber sido diagnosticado o tratado psiquiátrica o psicológicamente con anterioridad, tanto en centros públicos como privados y superar el punto de corte en la Lista de Síntomas Pediátricos (PSC-17) (Gardner, et al. 1999).

El reclutamiento de los controles se llevó a cabo en el centro de atención primaria (CAP) de Adelfas (Madrid), al que se acudió durante varios meses en distintos días de la semana para solicitar al tutor de los menores la participación en el estudio. Se solicitó la participación a 123 familias, de las cuales aceptaron participar 117. Se realiza una entrevista en la que se rellena el *Cuestionario de Factores de Riesgo* y la escala de cribado de diagnóstico (con el objetivo de valorar la posible existencia de síntomas que indicarían remisión a Salud Mental). Se eliminan cinco participantes por superar la nota de corte o por tener antecedentes de diagnósticos o tratamientos previos.

Se eliminan otros dos participantes por faltar mucha información.

La muestra de “casos” se seleccionó a través de la revisión de las historias clínicas desde 2005 hasta 2010, incluyéndose todos aquellos en los que se cumplían los criterios de inclusión y no existían criterios de exclusión. También se eliminaron aquellos casos en los que por no finalización de la evaluación no se obtiene información suficiente. Del total de pacientes nuevos atendidos (428), 131 tenían entre seis y 12 años. De estos, 127 reciben un diagnóstico y 118 no tienen antecedentes. Finalmente, se eliminan ocho casos por no tener información suficiente, con lo que se incluyen 110 casos en el estudio.

Variables

La *Variable Efecto o Resultado* se define como presencia/ausencia de trastorno mental, con independencia de la categoría diagnóstica, y es esta la variable que se utiliza para definir el grupo de “casos” del estudio.

Todos los *factores de riesgo o protectores* que han sido tenidos en cuenta en el estudio se definen siempre referidos a los tres primeros años de vida del niño y pueden verse agrupados en diferentes categorías en la Tabla 1 del anexo.

Se consideran, además, el sexo, la edad, variables *clínico-demográficas* relacionadas con la situación de la familia y la situación escolar del niño en el momento de recogida de la información.

Instrumentos de evaluación

Cuestionario de Factores de Riesgo. Cuestionario elaborado ad hoc para el estudio utilizando el *Modelo de Historia Clínica Infanto-Juvenil* utilizado en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Centro de Salud Mental de Retiro y el *Cuestionario Clínico-Biográfico Infantil* (CCBI) de Rodríguez Sacristán (2000). Tras una pequeña prueba piloto (aplicada a 10 casos y 10 controles) y una valoración de expertos, se realiza una depuración y corrección para confeccionar el cuestionario final.

Pediatric Symptom Checklist-PSC-17 (Gardner et al., 1999). Escala de cribado de psicopatología abreviada por Gardner de la original (PSC) de 35 ítems. Sus estudios proporcionaron una validación, tanto estadística (Gardner et al.,

1999) como clínica (Gardner et al., 2007) de la forma del PSC de 17 ítems, situándose el punto de corte en 15 puntos.

Análisis de datos

Tras una depuración de la base de datos comprobando el número de perdidos aceptable en las variables cualitativas (menos del 5 %), se realiza un análisis descriptivo de ambos grupos y se comprueba la equivalencia en las variables sociofamiliares y educativas. El segundo paso consistió en un análisis bivalente de cada uno de los factores de riesgo con la variable efecto principal utilizando la Odds Ratio (OR). El tercer paso es un análisis multivariante. Primero se realiza un análisis estratificado de forma exploratoria para detectar los posibles factores que pudiesen estar asociados entre sí y, por lo tanto, potencialmente funcionar como variables de confusión. Se llevan a cabo regresiones logísticas binarias con cada uno de los factores de riesgo y protectores que resultaron significativamente asociados al trastorno mental en el análisis bivalente. Se realizan dos modelos de regresión con cada uno de los factores: en un primer bloque, se incluyen las variables control seleccionadas por mostrar asociación con la variable resultado. En un segundo bloque, se introducen aquellos factores de riesgo que están asociados con el factor de riesgo estudiado en el modelo. Para todos los análisis, se ha utilizado el paquete estadístico informatizado SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 15.0 para Windows (IBM Corp. 2006).

Resultados

Análisis de características sociofamiliares y educativas

De los 220 niños que forman la muestra total, el 48,8 % son niñas y el 51,4 %, niños. Hay un mayor porcentaje de varones en el grupo de casos, siendo la diferencia estadísticamente significativa. La media de edad es de 8,86 años y no es estadísticamente diferente en ambos grupos. En ambos grupos, todos los niños se encuentran tutelados por uno o ambos padres. La mayoría conviven con ambos padres, que están casados, con nivel económico medio, trabajando en ocupaciones de alta cualificación y con un

nivel educativo medio. Ambos grupos son equivalentes en todas las variables sociofamiliares, excepto en el nivel económico, la ocupación de la madre, el nivel educativo del padre y la madre y la inmigración, existiendo asociación estadísticamente significativa entre estas cinco variables y recibir un diagnóstico de trastorno mental en edad escolar.

Ambos grupos son comparables en todas las variables educativas, excepto en la edad de escolarización, siendo significativamente más tardía en el grupo de casos, en el tipo de centro escolar (mayor número de centros privados en el grupo de casos) y en el rendimiento (significativamente peor en el grupo de casos).

En cuanto a los diagnósticos en el grupo de casos, el 49,1 % estaban diagnosticados de trastorno emocional y la segunda categoría más frecuente fueron los trastornos del comportamiento (12,7 %).

Resultados del análisis principal bivalente

Se encuentra una asociación estadísticamente significativa ($Z = -4,042$; $p < 0,000$) entre *número de ingresos hospitalarios y número de intervenciones quirúrgicas* ($Z = -2,631$; $p < 0,000$) antes de los tres años y recibir un diagnóstico de trastorno mental en edad escolar.

En cuanto a las variables dicotomizadas, pueden verse en las tablas 2 y 3 del anexo los resultados ordenados en función del signo de la asociación (apareciendo primero la asociación de signo positivo) y del tamaño de la OR.

Todos los factores de riesgo que resultan estar asociados de forma positiva con el diagnóstico de trastorno mental se utilizan para generar la variable número de factores de riesgo sumando el número de factores a los que se ha expuesto cada sujeto. Una vez realizado este análisis, dicotomizamos la variable utilizando la mediana en tres o más factores o menos y se obtiene una OR de 9,467 con un IC (4,675-19,168).

Resultados del análisis multivariante

En la tabla 3 del anexo, se presentan los resultados de los dos modelos de regresión, donde pueden verse subrayados los cuatro factores de riesgo que mantienen la significación a lo largo de los dos modelos, en orden de fuerza de la asociación con el diagnóstico: *cambios de*

cuidador, antecedentes psiquiátricos, lactancia artificial e ingresos hospitalarios. Aunque va disminuyendo la magnitud de la OR con los sucesivos ajustes, la mayor parte de los factores mantienen una OR destacada, aunque pierdan significación estadística. Tanto la variable *cambios de cuidador* como *lactancia artificial*, en lugar de moderar el tamaño de la OR, aumenta en el modelo final. Se presentan también las OR ajustadas para los factores protectores (ver tabla 4 del anexo), subrayando los dos que mantienen la significación después de ser ajustados por las variables control y los otros factores con los que se asocian: únicamente, la *lactancia durante seis o más meses y ser el hijo primogénito*. Todos los factores protectores pierden fuerza con los ajustes, pero la *lactancia durante seis meses* continúa mostrando un descenso del riesgo del 70 %.

Discusión

En el presente estudio, se ha tratado de sistematizar la observación clínica de que la presencia en la infancia temprana de acontecimientos que dificultan la adecuada vinculación y apego con los cuidadores principales o que provocan un elevado estrés, genera vulnerabilidad a la manifestación en etapas posteriores de trastornos emocionales. Se han seleccionado potenciales factores de riesgo que suponen una interrupción o un obstáculo en el proceso de vinculación normal, con el objetivo de aumentar el conocimiento sobre los factores concretos sobre los que se podría intervenir en nuestra población. Una consecuencia de seleccionar los casos incidentes en la franja de edad escolar es que posiblemente se descarten algunos trastornos graves, ya que es más probable que provoquen consultas antes de los seis años o hagan su aparición en la adolescencia, pero se ha querido estudiar la franja de edad en la que suelen producirse el mayor número de consultas.

La mayor parte de los estudios epidemiológicos que utilizan muestras clínicas estudian diagnósticos concretos; sin embargo, en el presente estudio, se utiliza el hecho de que haya o no diagnóstico, de forma que lo que trata de diferenciar es el desarrollo saludable del que cursa con problemas psicológicos, utilizando para ello

el diagnóstico clínico y no medidas de ajuste psicológico. Los controles son menores cuyos padres cumplen con el *programa del niño sano*, por lo que muestran preocupación preventiva y utilización de los servicios sanitarios. Todos los menores eliminados del estudio por puntuar en la escala de cribado estaban ya derivados a salud mental, por lo que concluimos que la derivación desde pediatría estaba funcionando de forma adecuada.

La primera diferencia en las características sociodemográficas de ambos grupos la encontramos en el nivel económico declarado. Contrariamente a lo esperado (Reiss, 2013), este es más elevado en el grupo de casos. Este resultado puede estar relacionado con el tipo de muestra perteneciente a una zona que destaca por el nivel socioeconómico medio-alto y al hecho de que lo que se mide es la atribución que la persona hace sobre su propio nivel económico. El nivel educativo más elevado aparece con una frecuencia significativamente mayor tanto en las madres como en los padres del grupo de casos en comparación con el grupo de controles. Por ello, se utiliza el análisis de datos para corregir la confusión que podría introducir en los resultados. En cuanto a las ocupaciones laborales, sí que hay diferencias estadísticamente significativas en la ocupación laboral de las madres, con tendencia a ocupaciones más cualificadas en el grupo de controles. Esta podría ser una explicación a que la incorporación laboral de la madre funcione como un factor protector.

Como cabía esperar, en el grupo de casos se encuentra un porcentaje significativamente mayor de varones, concretamente el 60,9 % de los niños que reciben diagnóstico. Este resultado es coincidente con el estudio METRA (2003), realizado con muestra madrileña y concordante con la literatura científica (Rutter, 2002). Los diagnósticos más prevalentes también son concordantes con otros estudios de prevalencia en nuestro entorno. Por lo que, a pesar de las particularidades de nuestra muestra, podemos considerar generalizables nuestros resultados. En cuanto a la opinión de algunos autores (Rutter et al., 2003) de que el hecho de ser varón o mujer podría aumentar el riesgo a estar expuesto a determinados factores de riesgo, en nuestro estudio los varones tienen más probabilidad de

recibir lactancia natural, de ser calificados como “difíciles” y aumentaría en casi tres veces la posibilidad de sufrir situaciones de maltrato y negligencia. Por ello, el sexo ha sido una variable control utilizada en los modelos de regresión.

Un resultado destacable es que el factor de riesgo más fuertemente asociado con el diagnóstico ha sido *cambios de cuidador*. En la clínica infantil se ha observado cierta coincidencia entre problemas psicológicos y la aparición en la anamnesis de interrupciones e irregularidades en los cuidados recibidos por el menor durante los primeros años. Se pretendía evaluar la estabilidad de los cuidados, variable que no suele estar incluida en los estudios de factores de riesgo a gran escala pero que sí aparecen en los protocolos sanitarios de detección de riesgo para la salud mental (Jiménez, 2002). En este trabajo, se considera únicamente el número de veces que el cuidador auxiliar cambia, definiendo como exposición el haber tenido un mínimo de tres cuidadores diferentes a los progenitores. No se ha registrado la cualidad o el tipo de cuidadores, pero es probable que estos niños, a lo largo de estos años, hayan combinado cuidadores de la propia familia, con cuidadores externos en el propio domicilio con la guardería. Este resultado apoyaría la idea de la necesidad de estabilidad en los cuidados y de la importancia del vínculo. Esta variable, como cabría esperar, está asociada a la incorporación laboral de la madre, pero también a los antecedentes psiquiátricos y a la situación de riesgo del menor, factores que han sido controlados en el análisis multivariante. Por lo que, además de la necesidad de incluir a terceros en el cuidado debido al trabajo, podría haber otras razones, como una menor capacidad de los padres para hacerse cargo de los cuidados o mantener su estabilidad.

Otro resultado relevante es el efecto de la lactancia materna debido a la escasez de estudios en relación a la salud mental. Se analiza tanto la diferencia entre ser amamantado con leche materna o artificial como la duración de la lactancia materna. En algunos estudios, se concluye que la relación entre la lactancia materna y la salud mental es confusa (Kwok et al., 2013) pero la lactancia de menos de tres meses estaba asociada a peor comportamiento y autoestima. En el estudio de Fergusson y Woodward

(1999), la lactancia prolongada no mostró tener ningún efecto protector significativo en trastornos de conducta o problemas de salud mental en adolescentes. Sin embargo, otros estudios encuentran que la lactancia materna promueve el ajuste psicosocial y bienestar global entre niños y adolescentes (Oddy, et al., 2010; Montgomery et al. 2006). A pesar de la disparidad de resultados, existe consenso tanto en la literatura clínica como en la investigación en considerar la lactancia materna como factor protector de la salud mental del niño y favorecedor del vínculo de apego (Crowell y Waters, 2005). Existe más controversia en cuanto a la duración óptima de esta, siendo la investigación muy escasa, debido probablemente a la baja prevalencia de la lactancia materna de larga duración como en el presente estudio, en el que la frecuencia por encima del año es extremadamente baja. Es necesaria la realización de estudios con tamaños de muestra mucho mayores que exploren la posibilidad de una relación que podría no ser dosis-respuesta.

Una posible alternativa al efecto protector de la lactancia materna sobre la salud mental infantil podría ser que su elección y conseguir mantenerla durante más meses sea un marcador para otras características maternas y del bebé favorables para la salud mental. De hecho, una gran parte de los factores considerados desfavorables para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna (Asociación Española de Pediatría, 2004) son, al mismo tiempo, conocidos factores de riesgo para la salud mental infantil, así como los factores favorecedores son factores protectores de la salud mental materno-infantil. En este estudio, se han controlado mediante el análisis multivariante gran número de estas posibles variables explicativas (nivel educativo de la madre, su ocupación laboral, los factores perinatales y la enfermedad del niño), conservando tanto la lactancia artificial como la duración de la lactancia y la fuerza de su asociación con el trastorno mental en edad escolar.

Ni la elección de lactancia materna ni su duración están asociadas a los antecedentes psiquiátricos de la madre. Sin embargo, es menos probable que la madre mantenga la lactancia durante seis meses o más si sufrió trastornos psíquicos durante el periodo postparto. En la

presente muestra, de forma concordante con los datos que maneja la Asociación Española de Pediatría (2004), las madres que se encontraban en situación laboralmente activa en el momento de quedarse embarazadas son más propensas a elegir la lactancia materna en lugar de leche artificial y también es más frecuente que la mantengan por más tiempo. Sin embargo, un dato menos esperable es que la incorporación laboral tras el parto no sólo no impide la lactancia materna si no que parece favorecerla.

Un tercer resultado interesante es que aquellos menores calificados por sus madres como bebés de temperamento difícil tienen el doble de probabilidad de recibir un diagnóstico de trastorno mental. La variable utilizada es muy similar a la utilizada en el Proyecto Temperamento Australiano (ATP) (Sanson et al., 1985), que ellos denominaron “percepción global de la madre”. En ambos casos, informaría más sobre la relación madre-hijo que sobre características objetivas del temperamento del niño. En el ATP utilizaron una escala en la que las madres calificaron a sus niños como “mucho más fácil que la media”, “fácil”, “como la media”, “más difícil” o “mucho más difícil”. Una puntuación de “más difícil” o “mucho más difícil” fue considerada como un factor de riesgo potencial y demostraron previamente su valor predictivo (Broussard y Hartner, 1970; Carey, 1982). En otro estudio posterior de Sanson et al. (1991), el factor de riesgo, considerado independientemente más fuerte en la infancia temprana, fue la percepción global de la madre de que su hijo es más difícil que la media. Estos autores informan de un resultado similar al del presente estudio, con un incremento entre el 4 y el 9 % en la proporción de niños con problemas en preescolar comparados con la muestra total.

Por último, en esta muestra, haber estado expuesto a más de tres factores de riesgo durante los tres primeros años de vida aumenta más de nueve veces el riesgo de recibir un diagnóstico, siendo coincidente con otros estudios (Rutter et al., 1970; Sanson, 1991; Artigue, 2013).

El principal sesgo al que se hace frente en este tipo de estudios es a la adecuada selección de participantes. Se pretendió garantizar la pertenencia a la misma población y a las mismas cohortes de nacimiento que han tenido la misma

posibilidad de ser detectados y valorados por salud mental. Son seleccionados de forma independiente de la exposición a los distintos factores. El hecho de estudiar una población clínica, pese a conllevar quizá cierto sesgo de representatividad con la población general, es una aportación del estudio, ya que existen muy pocos en nuestro ámbito con muestras clínicas.

Otro posible sesgo es la recogida retrospectiva de la información con un periodo de recuerdo largo. Esto afectaría por igual a los informantes de ambos grupos, aunque podría haber diferencias en la información que se brinda al evaluador debido a la diferencia de contexto en niños sanos y niños que están siendo evaluados en consulta de salud mental. Por último, los posibles sesgos introducidos por variables ajenas a la relación que se trata de estudiar han tratado de reducirse a través del análisis de datos.

Una aportación de este estudio ha sido incluir variables consideradas con frecuencia en las evaluaciones clínicas, como la *percepción materna del temperamento del niño y de la crianza*, la *lactancia* o los *cambios de cuidador*. Estos tres factores han obtenido resultados relevantes y son elementos sobre los que cabe la posibilidad de intervención. Se hace necesario un estudio con diseño prospectivo para analizar el efecto protector de la incorporación laboral de la madre y la duración de la lactancia materna.

Conclusiones

La elevada magnitud de la asociación de la mayor parte de los factores de riesgo con el diagnóstico de trastorno mental en edad escolar permite concluir que la presencia de estos durante los primeros tres años influye en el desarrollo psicoafectivo.

Aunando los criterios de magnitud de la asociación, significación estadística y significación clínica podemos decir que los factores de riesgo más fuertemente asociados con el diagnóstico de trastorno mental en edad escolar y con mayor relevancia en el presente estudio son: haber vivido más de tres cambios de cuidador auxiliar, tener al menos uno de los padres con algún antecedente psiquiátrico, haber requerido al menos un ingreso hospitalario, haber sido alimentado con leche artificial y ser calificado por la

madre como un niño/a de temperamento difícil.

La lactancia materna beneficia la salud mental del niño y lo que parece protector es mantenerla al menos seis meses, lo cual disminuye en un 70 % el riesgo de recibir un diagnóstico de trastorno mental entre los seis y los 12 años. Se produce un efecto acumulativo de los factores de riesgo, de forma que aquellos niños que acumulan más de tres de los factores de riesgo tienen más de nueve veces más riesgo.

Bibliografía

- Artigue, J. (2013). El LISMEN, un cuestionario para explorar los factores de riesgo en salud mental. *Temas de Psicoanálisis*, 5, 1-20.
- Asociación Española de Pediatría (AEP) (2004). *Monografía nº5, Lactancia Materna: guía para profesionales*. Recuperado en: <https://www.spao.es/images/formacion/pdf/biblioteca/entrada-biblioteca-fichero-58.pdf>
- Belda Oriola, J. C. (2007). La información como prevención primaria en salud mental infantil. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 10, 63-69.
- Brandenburg, N. A., Friedman, R. M. y Silver, S. E. (1990). The epidemiology of childhood psychiatric disorders: Prevalence findings from recent studies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(1), 76-83.
- Broussard, E. R. y Hartner, M. S. S. (1970). Maternal perception of the neonate as related to development. *Child Psychiatry and Human Development*, 1, 16-25.
- Carey, W. B. (1982). Validity of parental assessments of development and behavior. *American Journal of Diseases of Childhood*, 136, 97-99.
- Crowell, J. y Waters, E. (2005). Attachment representations, secure-base behavior, and the evolution of adult relationships: The Stony Brook Adult Relationships Project. En K. E. Grossman y E. Waters (Eds.). *Attachment from infancy to adulthood: the major longitudinal studies*. (pp. 223-244). Guilford Press.
- Equipo METRA. (2003). *Menores con trastornos psíquicos y contexto familiar. Un estudio en la Comunidad de Madrid*. Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas de Madrid.

- Fergusson, D. M. y Woodward, L. J. (1999). Breastfeeding and later psychosocial adjustment. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 13, 144-157.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. y Target, M. (2001). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. Other Press
- Gardner, W., Murphy, M., Childs, G., Kelleher, K., Pagano, M., Jellinek, M., McInerney, T., Wasserman, M., Nutting, P. y Chiapetta, L. (1999). The PSC-17: A brief pediatric symptom checklist with psychosocial problem subscales. A report from PROS and ASPN. *Ambulatory Child Health*, 5, 225-236.
- Gardner, W., Murphy, M., Childs, G., Kelleher, K., Pagano, M... y Jellinek, M. (1995). The PSC-17: a brief pediatric symptom checklist including psychosocial problem subscales: a report from PROS and ASPN. *Ambulatory Child Health*, 5, 225-236.
- Glantz, M. D. (1992). A developmental psychopathology of drug abuse vulnerability. En M. D. Grantz y R. Pickens, *Vulnerability to Drug Abuse*. American Psychological Association.
- IBM Corp (2006). *SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 15.0 para Windows*.
- Jiménez, A. (2002). Detección y atención precoz de la patología mental en la primera infancia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 82, 115-126. Recuperado en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211.
- Kazdin, A., Kraemer, H., Kessler, R., Kupfer, D. y Offord, D. (1997). Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 17(4), 375-406.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. y Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Study Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kwok, M. K., Leung, G. M. y Schooling, C. M. (2013). Breast feeding and early adolescent behavior, self-esteem and depression: Hong Kong's "Children of 1997" birth cohort. *Archives of Disease in Childhood*, 98(11), 887-894.
- Lapouse, R. y Monk, M. A. (1958). An epidemiologic study of behavior characteristics in children. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 48(9), 1134-1144.
- Lavigne, J. V., Binns, H. J., Christoffel, K. K., Rosenbaum, D., Arend, R., Smith, K... y McGuire, P. A. (1993). Behavioral and emotional problems among preschool children in pediatric primary care: prevalence and pediatricians' recognition. *Pediatrics*, 91(3), 649-655.
- Lwanga, S. K. y Lemeshow, S. (1991). *Sample size determination in health studies*. World Health Organization.
- Montgomery, S. M., Ehlin, A. y Sacker, A. (2006). Breast feeding and resilience against psychosocial stress. *Archives of Disease in Childhood*, 91, 990-994.
- O'Connor, C., Rutter, M., English y Romanian Adoptees study team (2000). Attachment disorder behavior following early severe deprivation: Extension and longitudinal follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 703-712.
- Oddy, W. H., Kendall, G. E., Blair, E., De Klerk, N. H., Stanley, F. J., Landau, Zubrick, S. et al. (2003). Breast feeding and cognitive development in childhood: a prospective birth cohort study. *Pediatric and perinatal epidemiology*, 17(1), 81-90.
- Oddy, W. H., Kendall, G. E., Li, J., Jacoby, P., Robinson, M., de Klerk, N. H. et al. (2010). The long-term effects of breastfeeding on child and adolescent mental health: a pregnancy cohort study followed for 14 years. *Journal of Pediatric*, 156, 568-574.
- OMS (2005). *Child and adolescent mental health policies and plans* [en línea]. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/policy/services/9_child%20ado_WEB_07.pdf
- OMS (1977). *CIE-9-Trastornos Mentales y del Comportamiento. Modificación Clínica* (Ministerio de Sanidad y Asuntos sociales). (2014). Recuperado de: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/home.htm>
- Perry, B. D. (2002). Childhood experience and the expression of genetic potential: What childhood neglect tells us about nature and nurture. *Brain & Mind*, 3(1), 79-100. <https://doi.org/10.1023/A:1016557824657>
- Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and

mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 90, 24-31.

Rodríguez, C. (2016). *Factores de Riesgo para el Diagnóstico de Trastorno Mental en Edad Escolar*. Un estudio de casos y controles. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid.

Rutter, M., Tizard, J., Yule, W., Graham, P. y Whitmore, K. (1976). Isle of Wight studies, 1964-1974. *Psychological medicine*, 6(02), 313-332.

Rutter, M. (2002). Development and psychopathology. En M. Rutter (Ed), *Child and Adolescent psychiatry* (pp. 309-324). Blackwell Publishing.

Rutter, M., Caspi, A. y Moffitt, T.E. (2003). Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: Unifying issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 1092-1115.

Rutter, M., Andersen-Wood, L., Beckett, C., Brendenkamp, D., Castle, J., Grootheus, C., Keppner, J., Keaveny, L., Lord, C., O'Connor, T. G. y English and Romanian Adoptees study team. (1999). Quasi-autistic patterns following severe early global privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 537-549.

Sanson, A. V., Prior, M. y Oberklaid, F. (1985). Normative data on temperament in australian infants. *Australian Journal of Psychology*, 37, 185-195

Sanson, A., Oberklaid, F., Pedlow, R. y Prior, M. (1991). Risk Indicators: Assessment of Infancy Predictors of Pre-School Behavioural Maladjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(4), 609-626.

Anexo

Tabla 1. Factores de riesgo analizados en el estudio

Factores de riesgo relacionados con la psicopatología y la estructura familiar
Antecedentes psiquiátricos de los padres Abuso de sustancias de los padres Antecedentes psiquiátricos de familiares Duelo materno durante el embarazo Duelo materno después del parto Trastorno postparto Adopción Convivencia del niño Situación de riesgo Número de hijos Orden en la fratria
Factores de riesgo relacionados con la enfermedad física
Enfermedad física grave y crónica Discapacidad Número de ingresos hospitalarios Número de intervenciones quirúrgicas Enfermedad física crónica/grave de los padres Discapacidad de los padres
Factores de riesgo perinatal
Planificación del embarazo Complicaciones médicas durante el embarazo Parto distócico Parto múltiple Prematuridad Bajo peso al nacer

Factores relacionados con la crianza
Temperamento del bebé
Dificultad en la crianza
Lactancia
Edad de destete
Lactancia durante 6 meses
Lactancia prolongada
Dormir solo
Cambios de cuidador
Guardería
Edad inicio de guardería
Dificultad en la crianza
Factores relacionados con la situación laboral de la madre
Situación laboral activa de la madre durante el embarazo.
Incorporación laboral
Momento de incorporación laboral

Tabla 2. Factores que aumentan significativamente el riesgo de recibir un diagnóstico de trastorno mental en edad escolar con OR mayor de 3

Factor de riesgo	Expuestos (%)	OR	IC 95 %
Antecedentes psiquiátricos padres	28 (12,8)	16,916	3,903-73,306
Antecedentes psiquiátricos madre	24 (11)	13,655	3,125-59,676
Trastorno postparto	22(10,6)	10,899	2,477-47,962
Cambios de cuidador	17(7,9)	8,819	1,964-39,588
Situación de riesgo	29(13,4)	8,003	2,679-23,905
Antecedentes psiquiátricos familiares	31 (14,2)	5,049	1,980-12,876
Enfermedad crónica del Niño	37 (17,2)	4,865	2,106-11,238
Temperamento	47 (22,6)	3,964	1,964-8,085
Ingresos hospitalarios	60 (27,4)	3,473	1,825-6,612
Intervenciones quirúrgicas	28 (12,8)	3,404	1,382-8,387

Tabla 3. Factores que disminuyen significativamente el riesgo de recibir un diagnóstico de trastorno mental en edad escolar

Factor de riesgo	Expuestos (%)	OR	IC 95 %
Incorporación laboral de la madre	144 (68,89)	0,263	0,140-0,494
Lactancia durante más de 6 meses	101 (47,0)	0,273	0,155-0,480
Situación laboral activa de la madre en el embarazo	130 (61,9)	0,308	0,172-0,552
Guardería	143 (66,2)	0,463	0,260-0,824
Primogénito	139 (64,65)	0,395	0,221-0,706

Tabla 4. Factores de Riesgo OR ajustada

Factor de riesgo	OR	OR Modelo1	IC 95%	OR Modelo2	IC 95%
Antecedentes psiquiátricos padres	16,916	11,766	2,459-56,313	6,485	1,140-36,881
Antecedentes psiquiátricos madre	13,655	11,401	2,319-56,051	4,589	0,813-25,900
Trastorno postparto	10,899	18,072	2,148-152,075	3,796	0,367-39,264
Cambios de cuidador	8,819	14,434	1,494-139,418	24,311	1,701-47,371
Antecedentes psiquiátricos familiares	5,049	5,600	1,804-17,377	2,394	0,661-8,668
Enfermedad crónica del niño	4,865	3,886	1,377-10,971	1,782	0,577-5,0502
Temperamento	3,964	3,527	1,491-8,344	2,159	0,780-5,980
Ing. hospitalario	3,473	4,620	1,949-10,949	3,229	1,282-8,143
IQ	3,404	3,510	1,254-9,830	1,110	0,318-3,878
Convivencia	2,950	3,091	0,622-15,362	3,292	0,565-19,168
Lactancia artificial	2,745	5,596	1,601-19,566	4,296	1,144-16,127
Crianza difícil	2,634	4,606	1,442-14,715	0,820	1,78-3,785

Modelo 1: ajustados por sexo, Inmigración, nivel educativo del padre, nivel educativo de la madre y ocupación laboral de la madre. Modelo 2: ajustados adicionalmente por los factores asociados

Tabla 5. Factores protectores OR ajustadas

Factor de riesgo	OR	OR Modelo1	IC 95%	OR Modelo2	IC 95%
Incorporación laboral de la madre	0,263	0,366	0,159-0,845	0,425	0,154-1,174
Lactancia más de 6 meses	0,273	0,204	0,096-0,434	0,331	0,145-0,754
Situación laboral activa de la madre	0,308	0,458	0,211-0,996	0,602	0,263-1,376
Guardería	0,463	0,532	0,238-1,191	0,754	0,319-1,782
Primogénito	0,395	0,413	0,198-0,860	0,464	0,219-0,981

Modelo 1: ajustados por sexo, inmigración, nivel educativo de los padres y ocupación laboral de la madre. Modelo 2: ajustados adicionalmente por los factores asociados.