

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Trastornos Psicológicos I
(Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica)



TESIS DOCTORAL

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

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Carlamarina Rodríguez Pereira

Director
Alejandro Ávila Espada

Madrid, 2016

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I

(Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica)



***FACTORES DE RIESGO PARA EL
DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO MENTAL
EN EDAD ESCOLAR***

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA

CARLAMARINA RODRÍGUEZ PEREIRA

PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE DOCTOR

Bajo la dirección del Doctor

ALEJANDRO ÁVILA ESPADA

Madrid

2015

*A mis padres y hermana,
A Fran, Ariadna y Daniel,*

AGRADECIMIENTOS

Como ocurre con todos los proyectos, tareas o logros que implican cierta dificultad o complejidad, al igual que con el proceso de convertirse en persona, no podemos conseguirlo solos. Siempre necesitamos de otros, que nos inspiren, animen, corrijan y sostengan para poder alcanzar los objetivos. A lo largo de todos estos años que he dedicado, bien es cierto que a tiempo parcial y de forma discontinua, al desarrollo del estudio y la escritura final de esta tesis, son muchas las personas a las que tengo mucho que agradecer.

En primer lugar, me gustaría agradecer al Dr. Alejandro Ávila Espada, director de la tesis, por la confianza en el proyecto y especialmente, por animarme y ayudarme en los últimos meses a finalizarla.

Agradezco también al Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico I por acogerme para poder finalizar mis estudios de doctorado en la Universidad Complutense de Madrid.

Me gustaría expresar mi agradecimiento también a los evaluadores y miembros del Tribunal por acceder a dedicar tiempo y atención a la evaluación de mi trabajo de investigación, agradeciendo también las posibles correcciones y sugerencias que pueda recibir.

No puedo olvidar un gran agradecimiento a todas las personas que han colaborado para poder realizar el estudio:

El Dr. Javier Guindeo Mendicuti, Jefe de Servicio de la Unidad de Salud Mental de Retiro en el momento de comenzar el estudio, no sólo por permitirme desarrollar el estudio en su Servicio sino también por facilitarme el poder llevarlo a cabo y el ánimo para finalizar los estudios de doctorado. A todo el equipo de Salud Mental de Retiro.

Al equipo completo de pediatría del Centro de Atención Primaria de Adelfas y, especialmente, a las doctoras Teresa Miralles Adarraga y Eva Cabrero López, por sus consejos y correcciones al cuestionario, por los consejos prácticos en la consecución del grupo de controles y por la colaboración e interés mostrado.

Por supuesto, un especial agradecimiento a todas las familias que accedieron a participar en el estudio y a todos los niños atendidos en la Unidad de Salud Mental infanto-juvenil de

Retiro y el CAP de Adelfas. Sin las que no solo no hubiese sido posible el estudio sino que tampoco tendría sentido.

A mi compañera de residencia y gran amiga Isabel Castellanos Serrano. Muchas gracias por el asesoramiento metodológico pero, sobre todo, por transmitirme el entusiasmo por la investigación. A Mónica Jiménez y a mi compañera de trabajo Beatriz Vallejo Sánchez.

En un plano más personal me gustaría agradecerle a mi hermana Carolina los comentarios sobre las primeras versiones de este trabajo y especialmente por las lecturas de las últimas versiones. A mis padres por regalarme las ganas de aprender, de superarme y, sobretodo, por repetirme tantas veces que hay que acabar lo que se empieza. A Fran, por el apoyo y ayuda, sin la que no hubiese podido finalizar la tesis.

Finalmente, quiero dedicar un agradecimiento muy especial a Paloma Ortiz Soto sin la que, sencillamente, esta tesis no se hubiese realizado. Muchísimas gracias por el compromiso con todas las fases del proyecto desde el inicio de la idea hasta la escritura final, pasando por todas las fases del estudio.

ÍNDICE

ÍNDICE.....	I
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VII
I. INTRODUCCIÓN	9
II. MARCO TEÓRICO.....	17
CAPÍTULO 1. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA INFANCIA. SITUACIÓN EN ESPAÑA	19
1.1. CONCEPTO Y SITUACIÓN GLOBAL.....	19
1.2. PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS ESPECÍFICOS.....	20
1.3. SITUACIÓN EN ESPAÑA	21
1.4. TRASTORNOS MENTALES Y EDAD	24
CAPÍTULO 2. IMPORTANCIA DE LOS TRES PRIMEROS AÑOS DE VIDA Y LA VINCULACIÓN EN EL DESARROLLO DEL PSIQUISMO.....	25
2.1. DESARROLLO PSICOAFECTIVO DEL NIÑO.....	25
2.2. APORTACIONES DE LA TEORÍA DEL APEGO	30
2.3. APORTACIONES DE LA NEUROCIENCIA.....	32
2.4. EDAD Y EFECTOS DE LOS FACTORES DE RIESGO	34
2.5. LA DISFUNCIÓN VINCULAR COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA SALUD MENTAL EN LA INFANCIA.....	38
CAPÍTULO 3. CONCEPTO DE FACTOR DE RIESGO Y PSICOPATOLOGÍA EVOLUTIVA.....	41
3.1. PSICOPATOLOGÍA EVOLUTIVA	41
3.2. DEFINICIÓN DE FACTOR DE RIESGO Y FACTOR PROTECTOR	43
CAPITULO 4. FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES CON EVIDENCIA EMPÍRICA PARA LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN LA INFANCIA.....	49
4.1. MALTRATO, NEGLIGENCIA Y ABUSO AL MENOR	52
4.2. SEXO.....	53
4.3. PSICOPATOLOGÍA PARENTAL Y FAMILIAR.....	54
4.4. TRASTORNO DEPRESIVO DURANTE EL EMBARAZO Y POSTPARTO.	57

4.5. OTROS FACTORES PERINATALES.....	58
4.6. ENFERMEDAD CRÓNICA Y DISCAPACIDAD	61
4.7. DIFICULTAD EN LA CRIANZA Y TEMPERAMENTO PERCIBIDO.....	65
4.7.1 Concepto de Temperamento.....	65
4.7.2. Temperamento y vulnerabilidad hacia la Psicopatología	68
4.7.3. Ajuste padres-temperamento del bebé y percepciones maternas	69
4.8. FACTORES ASOCIADOS A LA ESTRUCTURA FAMILIAR.....	73
4.9. LACTANCIA MATERNA	75
4.9.1. Definiciones y recomendaciones sobre lactancia materna y su duración.	75
4.9.2. Situación de la lactancia materna en España.	79
4.9.3. Lactancia materna, salud física y neurodesarrollo	81
4.9.4. Lactancia materna y salud mental.....	82
4.10 MATERNIDAD Y MUNDO LABORAL	85
III. PARTE EMPÍRICA	91
CAPÍTULO 5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	93
5.1. OBJETIVOS GENERALES.....	93
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	93
CAPÍTULO 6. MATERIAL Y MÉTODO	97
6.1. DISEÑO	97
6.2. PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO	98
6.2.1. Características Generales de la Población de Estudio.....	98
6.2.2.Tamaño de la muestra	98
6.2.3.Definición de Casos y Controles	99
6.2.4. Flujo de los participantes	100
6.2.5.Selección de los Participantes	101
6.2.5.1. Selección de los casos	101
6.2.5.2. Selección de los controles.....	102
6.3. VARIABLES.....	103
6.3.1. Variables Efecto o Resultado	104
6.3.1.1. Diagnóstico de trastorno mental.....	104
6.3.1.2. Categoría diagnóstica específica	104
6.3.1.3. Gravedad de la situación clínica.....	106
6.3.2. Variables de Estudio	106
6.3.2.1. Factores de riesgo relacionados con la psicopatología y la estructura familiar	106
6.3.2.2. Factores de riesgo relacionados con la enfermedad física	109
6.3.2.3. Factores de riesgo perinatal	110
6.3.2.4. Factores de riesgo relacionados con la crianza.....	111
6.3.2.5. Factores relacionados con la situación laboral de la madre	112
6.3.3 Variables Clínico-Demográficas	113
6.3.3.1. Situación socio-demográfica de la familia.....	113

6.3.3.2. Situación educativa del niño.....	115
6.4 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	116
6.4.1 Elaboración del Cuestionario de Factores de Riesgo.....	116
6.4.2. Pediatric Symptom Checklist-PSC-17.....	117
6.5. ANÁLISIS DE DATOS.....	119
CAPÍTULO 7. RESULTADOS.....	123
7.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	123
7.1.1 Análisis de características Socio-familiares y educativas	123
7.1.1.1. Sexo y Edad.....	123
7.1.1.2. Situación Socio-Familiar del Niño en el momento de Consulta	124
7.1.1.3. Situación Educativa del Niño en el momento de Consulta.....	127
7.1.2 Variables clínicas	130
7.1.2.1. Diagnóstico y Gravedad.....	130
7.1.2.2. Escala PSC	131
7.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS PRINCIPALES	131
7.2.1 Análisis Bivariante: Descripción inicial de los riesgos.....	131
7.2.1.1 Análisis de variables cuantitativas	131
7.2.1.2. Análisis de variables categóricas: OR Cruda.....	140
7.2.2 Asociaciones entre los Factores de Riesgo considerados.....	143
7.2.3 Análisis Multivariante	145
7.2.4 Análisis del nivel de gravedad	147
7.2.4.1. Diagnóstico y Gravedad.....	147
7.2.4.2. Relación entre los factores de Riesgo y la Gravedad del Trastorno	148
CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN	149
8.1. COMENTARIOS GENERALES	149
8.2. COMENTARIOS SOBRE CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS.....	152
8.3. COMENTARIOS SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS	154
8.4 COMENTARIO ESPECÍFICO DE ALGUNOS RESULTADOS.....	156
8.4.1. Cambios Frecuentes de Cuidador.....	156
8.4.2. Psicopatología parental.....	158
8.4.3. Lactancia materna	159
8.4.4. Enfermedad Crónica.....	166
8.4.5. Número de Hermanos.....	167
8.4.6. Temperamento	169
8.4.7. Quiénes conviven con el niño	172
8.4.8. Maternidad y actividad laboral.....	172
8.4.9. Factores perinatales	175
8.4.10. Número de factores de riesgo.....	179
8.5. LIMITACIONES, FORTALEZAS, APORTACIONES DEL ESTUDIO Y PROPUESTAS PARA FUTUROS ESTUDIOS.....	180

IV. CONCLUSIONES	185
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	191
LISTADO DE TABLAS	229
LISTADO DE FIGURAS.....	230
LISTADO DE ABREVIATURAS	231
ANEXOS	233
Anexo I: Hoja de información y consentimiento.....	234
Anexo II: Cuestionario de Factores de Riesgo	236
AnexoIII: Lista de Síntomas Pediátricos (Pediatric Symptom Checklist –PSC)	245
Anexo IV: Historia Clínica Infanto-Juvenil.....	247

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El desarrollo del psiquismo en el niño está íntimamente condicionado por las experiencias relacionales tempranas. La infancia es un periodo crítico para la adquisición de los vínculos emocionales y cognitivos que permiten la estructuración de la personalidad (Winnicott, 1987; Bowlby, 1973-89; Shore, 1994, 2001; Fonagy y Target, 2001). El estudio de factores de riesgo, definidos como una característica, experiencia, o evento que, si está presente, se asocia con un incremento en la probabilidad de que un resultado particular ocurra sobre la base de la proporción de aparición de ese resultado en la población general, en el campo de la salud mental se ha desarrollado principalmente en los países anglosajones y nórdicos y principalmente para el estudio de los denominados trastornos mentales graves. Estos estudios son muy escasos en población española a pesar de su relevancia en el conocimiento etiológico del trastorno mental y la posible aplicación preventiva.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Partiendo de la hipótesis general de que los factores de riesgo que ocurren durante los tres primeros años de vida aumentan el riesgo de que se manifiesten trastornos mentales en el periodo escolar, se plantean tres objetivos específicos: describir a los niños estudiados, identificar la posible asociación entre los factores seleccionados y recibir un diagnóstico de trastorno mental en la edad escolar y; analizar la asociación entre los factores estudiados y el nivel de gravedad asignado al trastorno.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de casos y controles con muestra ambulatoria del Distrito Retiro de Madrid. Se compone de 110 casos (niños de entre 6 y 12 años con un diagnóstico de trastorno mental según criterios CIE-9) y 110 controles (niños sanos de la consulta pediatría). A través de un cuestionario de factores de riesgo construido *ad hoc* se evalúa la presencia durante los tres primeros años de vida de los factores de riesgo y protectores (Antecedentes psiquiátricos familiares, factores perinatales, enfermedad física, convivencia y estructura familiar, factores

asociados a la crianza y subjetividad de la madre, tipo y duración de lactancia, incorporación laboral de la madre, edad de entrada en la guardería) y variables descriptivas y de control. Se registra también la categoría diagnóstica específica y el nivel de gravedad en el grupo de casos y la escala PSC de cribado en el grupo de controles. Se realiza un análisis descriptivo, un análisis bivariante (OR) y, por último, un análisis multivariante (Regresión Logística Binaria) con los factores que han resultado estadísticamente significativos en el análisis bivariante, controlado el efecto de las variables control en un primer modelo y el de otros factores potencialmente confusores en un segundo modelo.

RESULTADOS

Los factores de riesgo y protectores que mantienen la significación estadística a lo largo de los dos modelos con el valor de OR con mayor ajuste son: Cambios de cuidador (OR=24,311/IC:1,701-47,371), antecedentes psiquiátricos de los padres (OR=6,485/IC:1,140-36,881), ingresos hospitalarios (OR=3,229/IC: 1,282-8,143), lactancia artificial (OR=4,296/IC: 1,144-1,127), lactancia durante al menos 6 meses (OR=0,331 IC=0,145-0,754) y ser el primogénito (OR=0,464 IC: 0,219-0,981). Acumular más de tres factores se asocia con fuerza al diagnóstico (OR=9,467 IC: 4,675-19,168). El bajo peso al nacer (OR=18,509 IC: 1,743-196,576) se asocia con la gravedad trastorno.

CONCLUSIÓN

Podemos decir que se confirma la hipótesis de partida. Algunos de los factores de riesgo y protectores que se asocian con más fuerza al diagnóstico se relacionan con los cuidados que recibe el niño. El mayor factor protector es la lactancia materna durante al menos seis meses. Se encuentra un efecto acumulativo de los factores de riesgo. Por último, los factores de riesgo asociados a la gravedad son diferentes a los que se asocian con el diagnóstico. Sería necesario un estudio prospectivo, con mayor muestra para superar algunas de las limitaciones del presente trabajo.

ABSTRACT

INTRODUCTION

The development of the psyche in the child is closely conditioned by early relational experiences. Childhood is a critical period for the acquisition of cognitive and emotional ties that allow the structuring of personality (Winnicott, 1987; Bowlby, 1973-89; Shore, 1994, 2001; Fonagy and Target, 2001). The study of risk factors, defined as a characteristic, experience or event that, if present, is associated with an increase in the probability of a particular outcome occurring on the basis of the proportion of emergence of such an outcome in the general population, in the field of mental health has been developed mainly in the Anglo-Saxon and Nordic countries and mainly to the study of severe mental disorders. These studies are very rare in Spanish population despite its relevance in the etiological knowledge of mental disorder and the possible preventive application.

OBJECTIVES and HYPOTHESIS

Based on the general hypothesis that risk factors occurring during the first three years of life increase the risk of mental disorders in the school period, raised three specific objectives: to describe the subjects studied, to identify the possible association between selected factors and receive a diagnosis of mental disorder in school age and; to analyze the association between the studied factors and the severity level assigned to the disorder.

MATERIAL and METHOD

A “cases and controls” design with outpatient sample of the Retiro district of Madrid. It consists of 110 cases (children between 6 and 12 years with a diagnosis of mental disorder according to criteria ICD-9) and 110 controls (healthy children of the consultation healthy children). It was used a risk factors questionnaire (built ad hoc) to evaluate the presence during the first three years of life of the risk and protective factors (family psychiatric history, perinatal factors, physical illness, cohabitation and family structure, factors associated with child-rearing and subjectivity of the mother, type and duration of breastfeeding, labor incorporation of the mother, age of entry into the nursery) and descriptive and control variables. It also records the

specific diagnostic category and severity level in the group of cases and the PSC scale of screening in the group of controls. We performed a descriptive analysis, bivariate analysis (OR) and, finally, a multivariate analysis (binary logistic regression) with the factors that have been statistically significant on previous bivariate analysis, controlled the effect of the control variables in a first model and the other potentially confounders factors in a second model.

RESULTS

The risk and protective factors that keep the statistical significance over the two models with the value of OR with greater adjustment are: changes of caregiver (OR = 24,311/IC: 1, 701-47, 371), psychiatric history of parents (OR = 6, 485/IC: 1, 140-36, 881), hospital admissions (OR = 3, 229/IC: 1, 282-8, 143), artificial feeding (OR = 4, 296/IC: 1, 144-1, 127), breastfeeding for at least 6 months (OR = 0. 331 CI = 0, 145-0, 754) and be the first-born (OR = 0. 464 IC (: 0, 219-0, 981). Accumulate more than three factors is associated strongly with the diagnosis (OR = 9, 467 IC: 4, 675-19,168). Low birth weight (OR = 18, 509 IC: 1, 743-196, 576) is associated with the severity of the disorder.

CONCLUSION

We can say that the hypothesis is confirmed. Some of the risk and protective factors that are strongly associated with the diagnosis are related to the care that child received. The increased protective factor is breastfeeding for at least six months. There is an important accumulative effect of risk factors. Finally, risk factors associated with severity are different from those which are associated with the diagnosis. A prospective study, with greater sample to overcome some of the limitations of this work would be necessary.

I. INTRODUCCIÓN

El ser humano nace inmaduro y podría pensarse que completamente indefenso y frágil. En cierto sentido es así, aunque no tan desprovisto de capacidades y habilidades como se pensaba. La investigación en los últimos tiempos nos describe a un bebé que nace preparado para ser acogido y cuidado, preparado para comunicarse y vincularse con otro ser humano. También comienza a avalarse científicamente que es a través de ese vínculo único del recién nacido con el o los cuidadores principales como se desarrolla el psiquismo, la afectividad y la personalidad. Es decir, es a través de esta relación como el bebé se convierte en una persona. Con la única condición de que haya un cuidador sensible a sus necesidades, el recién nacido, es capaz de movilizar toda una serie de herramientas para alcanzar un sorprendente y rápido desarrollo psíquico.

A lo largo de la vida todos inevitablemente vivimos una serie de acontecimientos, cambios y etapas a las que debemos adaptarnos con más o menos esfuerzo y éxito. En ocasiones, incluso debemos enfrentar grandes adversidades. No obstante, sabemos que algunos niños se desarrollan con normalidad a pesar incluso de acontecimientos traumáticos graves o dificultades socio-económicas importantes. De esta observación surge el concepto de resiliencia, asociado también a conceptos como la vulnerabilidad y el riesgo. Marrone (2001) define la resiliencia como la capacidad de un individuo para adaptarse y utilizar recursos internos de manera competente ante los problemas evolutivos de las distintas etapas del ciclo vital y adversidades de la vida. Según este autor el desarrollo de la resiliencia depende fundamentalmente del desarrollo de un apego seguro en los años de infancia y adolescencia.

La observación clínica de que son las relaciones tempranas el factor fundamental en la génesis de la vulnerabilidad o la resiliencia es compartida por muchos profesionales que atienden a la población infanto-juvenil, que observan cómo niños que sufren acontecimientos adversos se recuperan con facilidad o apenas muestran síntomas mientras otros desarrollan diferentes trastornos mentales con desencadenantes a priori menos graves. Otra observación clínica frecuente es que las formas de crianza, la estabilidad de los cuidados, las percepciones y la subjetividad parental ejercen una gran influencia en la calidad y cualidad del sistema de apego del niño y en la salud o enfermedad mental posterior.

De forma concordante con esta impresión clínica, durante las últimas décadas de investigación en psicopatología y neurodesarrollo los diferentes modelos y teorías se han ido acercando al acuerdo de considerar la primera infancia como un periodo crítico. La infancia temprana sería el periodo crítico para la adquisición, entre otros logros, de los vínculos emocionales y cognitivos que permiten la estructuración de la personalidad. Dichos vínculos comienzan mucho antes de lo que se podría pensar, de hecho Fonagy, Steele y Steele (1991) mostraron que las representaciones maternas del apego en el último trimestre de embarazo predecían el apego que las madres iban a tener hacia su bebé en el primer año de vida.

Los beneficios potenciales de la promoción y prevención en materia de salud mental infanto-juvenil, no solo tendrían un efecto sobre la Salud Mental sino también sobre la calidad de vida de los niños, las familias y la disminución de recursos necesarios en momentos posteriores. Sin embargo, como plantean Luthar y Cicchetti (2000), tras una revisión sobre el concepto de Resiliencia y sus implicaciones, tanto para promover la salud mental como para prevenir trastornos psicológicos es necesario un mayor conocimiento de cual es esta relación entre la vulnerabilidad y el riesgo. Las intervenciones deberían asentarse en conocimientos teóricos y evidencia científica sobre el grupo de población concreto sobre el que se va a trabajar.

Precisamente, los estudios epidemiológicos de carácter analítico aumentan el conocimiento del curso natural y la etiología de los trastornos psíquicos, dando lugar a nuevas preguntas e hipótesis de gran interés para la psicopatología del desarrollo. Sin olvidar que en la búsqueda de los factores causales y explicativos de los trastornos en ocasiones surgen factores protectores cuya presencia o bien beneficia la salud mental posterior o bien mitiga el efecto de los factores de riesgo.

Mi interés en los factores que intervienen en el desarrollo de trastornos psicológicos en la infancia comienza durante mi periodo de formación como Psicóloga Clínica en los dispositivos de atención ambulatoria a la población infanto-juvenil. Pero, es especialmente en el breve periodo de estancia en el Servicio de Neonatología del Hospital Clínico San Carlos, en su Programa de Seguimiento de Niños de Alto Riesgo, donde constato la importancia de determinados factores en la primera infancia en la salud mental posterior y la importancia de las acciones preventivas. Del contacto con esas familias, entre otras cosas, conservo el aprendizaje de cómo un vínculo que tendemos a dar por hecho, como el de la madre con su recién nacido,

puede ser dificultado o dañado por múltiples factores y cómo, a pesar de todo, es ese vínculo la mejor protección.

El presente estudio surge, en ese momento, de una propuesta que me hizo la psiquiatra del programa de salud mental infanto-juvenil del Centro de Salud Mental de Retiro, donde inicie mi formación clínica. Nos preguntamos si, utilizando la información que habitualmente se recoge en las historias clínicas podríamos encontrar factores de riesgo y protectores que, incidiendo durante los tres primeros años de vida, influyesen en el desarrollo de trastornos mentales posteriormente. Concretamente en la edad escolar que es la población que con más frecuencia se atiende en los dispositivos ambulatorios de salud mental infanto-juvenil. La franja de edad comprendida entre los 6 y los 12 años, genera un gran número de consultas en Salud Mental, generalmente en relación con dificultades en el ámbito escolar, bien por problemas de rendimiento o bien por problemas de socialización.

Constatamos que, existen muy pocos estudios sobre factores de riesgo en esta edad en nuestro ámbito. Quizá este descuido en la investigación pueda deberse al lógico interés que suscita, por una parte, la detección y atención temprana de trastornos muy precoces y graves del desarrollo y, por otra, la atención a los cuadros que hacen su aparición en la adolescencia por su aparatosidad y gravedad. Por ello decidimos centrar nuestro estudio en la población referida y estudiar aquellas variables que se han señalado como factores de riesgo y protectores para trastornos mentales en otros estudios y en otras poblaciones. Un ejemplo de estudio de factores de riesgo amplio y muy relevante en nuestra población es el de Artigue (2012) que dio lugar a la creación de una lista de factores de riesgo (LISMEN). Aunque son factores de riesgo específicos para el trastorno mental grave.

Por otra parte, en la infancia, más aún que en otros momentos del ciclo vital es difícil pensar en un único factor específico de riesgo que prediga el resultado final del proceso evolutivo; se trataría más bien de la concurrencia de factores de riesgo coexistentes o de la forma en la que se interrelacionan. Partimos del planteamiento de que son las distorsiones de las primeras vinculaciones las que generan el riesgo de aparición de alteraciones psicopatológicas por lo que seleccionamos factores que pueden dificultar ese vínculo generando separaciones abruptas, por ejemplo, como en el caso de los ingresos hospitalarios, o inestabilidad en los

cuidados, como en el caso de los cambios repetidos de cuidadores. Los factores de riesgo lo son dependiendo de una serie de características como el periodo temporal en el que aparecen. Es decir, un factor de riesgo puede serlo en un momento de la vida pero no en otro. Por ello, definimos los factores de riesgo teniendo en cuenta su aparición durante los tres primeros años de vida, periodo que se considera altamente sensible para la adquisición de una vulnerabilidad a padecer trastornos psicológicos a lo largo del desarrollo.

En base a todo esto, se plantea el presente estudio; un estudio de casos y controles, en una población clínica de nuestro ámbito, homogénea en cuanto a edad de inclusión, población de origen y oportunidades de tratamiento. Nuestro objetivo es estudiar el efecto de varios factores de riesgo que consideramos relevantes desde el punto de vista clínico si aparecen durante el periodo de los tres primeros años.

El presente trabajo consta de cuatro partes. La primera parte recoge esta presentación. En la segunda parte, se presenta el marco teórico sobre el que sustentamos el estudio. Esta segunda parte consta a su vez de cuatro capítulos con el siguiente contenido:

En el primer capítulo se presenta una concisa descripción de la situación epidemiológica de los trastornos mentales en la infancia. En el segundo capítulo se expone una breve descripción del desarrollo psicoafectivo normal del niño junto con las aportaciones de la Teoría del Apego y las neurociencias al conocimiento tanto del desarrollo normal como a la etiología de la psicopatología. El tercer capítulo incluye una definición de la psicopatología del desarrollo, el concepto de factor de riesgo y protección y la articulación entre estos conceptos. Por último, se cierra la Fundamentación Teórica con el cuarto capítulo que constituye el grueso de la parte teórica del trabajo en el que, sin pretender ser exhaustivos, se exponen los estudios que avalan la consideración de determinadas variables como factores de riesgo o protectores. Se comentan con más amplitud aquellos factores menos estudiados, como pueden ser la descripción de la madre sobre el temperamento del bebé, la lactancia materna o la relación de la madre con el mundo laboral.

La tercera parte del trabajo se corresponde con la parte empírica y se compone de otros cuatro capítulos a lo largo de los cuales se describe con detalle las hipótesis y objetivos del estudio, el diseño, selección de la muestra, variables, instrumentos de medida, plan de análisis

de datos y resultados. Esta tercera parte se cierra con la discusión de los resultados obtenidos en a la cual se añade un apartado con las limitaciones, aportaciones y propuestas para futuras investigaciones.

La cuarta y última parte del trabajo constituye las conclusiones generales y específicas que se obtienen. Se añaden dos apartados más correspondientes a las referencias bibliográficas y los anexos en los que recogemos los instrumentos utilizados en la recogida de información.

II. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA INFANCIA. SITUACIÓN EN ESPAÑA

1.1. CONCEPTO Y SITUACIÓN GLOBAL

La Epidemiología es definida como el estudio de la distribución y los determinantes de las enfermedades en las poblaciones humanas. Los estudios epidemiológicos se interesan en la extensión y las formas de enfermar de las poblaciones y con los factores que influyen en dicha distribución de las enfermedades. Los epidemiólogos investigan las interacciones que podrían ocurrir entre el anfitrión el agente y ambiente (el clásico triángulo epidemiológico) para producir el estado de enfermedad. La principal meta de los estudios epidemiológicos es identificar la etiología de la enfermedad para poder prevenirla o intervenir en la progresión del trastorno. (Merikangas, Nakamura y Kessler, 2009)

Tal como expresa Muñoz (1979) la Epidemiología Psiquiátrica constituye un cuerpo de conocimientos fundamental que serviría no sólo para la planificación de servicios y desarrollo de programas preventivos, si no también proporcionaría información necesaria para construir unas bases para una teoría de la salud y la enfermedad mental.

El primer estudio sistemático de epidemiología en psiquiatría de niños y adolescentes fue el realizado por Lapuse y Monk, en Buffalo, EEUU en 1958 (Lapuse y Monk, 1958), revelando una alta prevalencia de trastornos emociones y conductuales en niños entre 6 y 12 años. Sin embargo el estudio epidemiológico de psiquiatría infantil inicial más relevante fue el realizado por Rutter, en la isla Wight en la década de los 70 (Rutter, 1976). En este caso, fue la primera vez que se realizaron diagnósticos clínicos en un trabajo epidemiológico psiquiátrico de doble fase. Se encontró en una muestra de 3316 niños de 10 a 11 años, un 6,8% de trastornos psiquiátricos excluyendo el retraso mental.

Una reciente revisión completa del campo de la epidemiología psiquiátrica infantil (Costello, Mustillo, Keller y Angold, 2004) anotaba que el número de observaciones en encuestas comunitarias de niños y adolescentes ha aumentado de 10000 en los estudios

publicados entre 1980 y 1993 a cerca de 40000 de 21 estudios publicados entre 1993 y 2002 (Costello, Egger y Angold, 2005). Los resultados de estos estudios estiman que aproximadamente uno de cada tres a cuatro jóvenes cumplirá a lo largo de la vida criterios para un trastorno mental según DSM (Costello et al, 2004). Sin embargo, solo una pequeña proporción de esos jóvenes realmente sufren un malestar o disfuncionalidad suficientemente grave como para requerir intervención (Brauner y Stephens, 2006).

A menudo los resultados de los estudios epidemiológicos descriptivos han resultado discordantes, principalmente porque son realizados con diferentes tipos de poblaciones (psiquiátricas, pediátricas, escolares o de población general) pero también porque en ocasiones se carece de un diseño riguroso previo y por las dificultades en la definición de “caso”, con instrumentos de evaluación adecuados y adaptados a la población específica que se quiere estudiar (Almonte y García, 2001). A pesar de estas dificultades en los últimos años se han llevado a cabo diversos estudios epidemiológicos sobre psicopatología en niños y adolescentes en diversos países, con bastante similitud de resultados (Schwab-Stone y Briggs-Gowan, 1998; Wittchen, Nelson y Lachner, 1998). En Estados Unidos, por ejemplo, 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 (Costello et al., 1988; Brandenburg, Friedman y Silver, 1990; Lavigne et al., 1993). Según Kessler (2005) la mitad de todos los casos de trastornos mentales que duran toda la vida del sujeto 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. Por lo que la OMS sugiere una prevalencia del 20% de trastornos mentales de niños y adolescentes en todo el mundo. De este 20%, se reconoce que entre el 4 y el 6% de los niños y adolescentes padecen un trastorno mental grave (WHO, 2005).

1.2. PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS ESPECÍFICOS

En cuanto a la prevalencia de los trastornos específicos se estima que por ejemplo en Europa el autismo clásico afecta a 5 de cada 10.000 personas, y estas cifras aumentan, si se

incluye el resto de trastornos que forman el espectro autista, llegando a afectar a 1 de cada 700 o 1000 personas, siendo la proporción de 4 niños por cada niña (Shattock, 2000). La diferencia de criterios diagnósticos aplicados al trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), hace que la prevalencia de este trastorno sea mucho mayor en EEUU, que en Europa; mientras que en EEUU es de 3-5% en el Reino Unido es algo menor del 1%. La prevalencia global de la depresión se sitúa en un 2% en el caso de prepúberes, y un 4% en el caso de adolescentes (Fleming y Offord, 1990).

Se ha detectado una prevalencia de los trastornos de conducta, incluyendo el trastorno negativista desafiante y el trastorno disocial, de entre el 16-22% de los niños en edad escolar. Aunque estos trastornos, como se muestra en la ilustración 1, puede aparecer a los 3 años, lo normal es que se presente después de los 8 años.

Otra característica derivada de los estudios de prevalencia es la constatación de altas tasas de comorbilidad, que tiende a situarse en torno al 50%. La comorbilidad, o coincidencia de dos o más trastornos en la misma persona, es un fenómeno también observado en la psicopatología de los adultos. Así, en estudios epidemiológicos a gran escala, se comprueba que la coexistencia de dos o más categorías diagnósticas del DSM en la misma persona es la regla y no la excepción (Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eshleman, Wittchen y Kendler, 1994). Es más, no son nada raros los casos en los que se cumplen los criterios de tres, cuatro o más trastornos mentales a la vez (Merman, Mofita, Caspi y Silva, 1998).

1.3. SITUACIÓN EN ESPAÑA

En España, no se han realizado apenas estudios de epidemiología descriptiva de los trastornos mentales de niños y adolescentes en población general, y de ámbito nacional, solo existen algunas encuestas comunitarias que aportan información relevante, pero limitada a una determinada área geográfica y de la cual no se pueden obtener generalizaciones. La realizada en Valencia indica la prevalencia global de trastornos mentales en la infancia y adolescencia del

21,7% (Gómez-Beneyto 1994). En general, teniendo en cuenta los estudios realizados, la prevalencia global de los trastornos mentales en niños y adolescentes en España, es similar a la observada en otros países, y se sitúa entre un 10%-20%. Las variaciones de los resultados se deben a las características de los sectores en los que se basó el estudio, el tipo de escala, y el método diagnóstico utilizado. (Franco y Arango, 2004)

En cuanto a la prevalencia de los trastornos mentales específicos en población infanto-juvenil española hay estudios que sitúan en el rango del 20-39% para los trastornos de conducta, con mayor frecuencia en los varones y a más edad; entre el 17-26% para los trastornos de ansiedad; entre el 4-14% para la depresión; y en torno al 12% para los trastornos del desarrollo (Aláez Fernández, Martínez Arias y Rodríguez Sutil, 2000; Bragado, Carrasco, Sánchez Bernardos, Bersabe y Montsalve, 1995; Bragado, Carrasco, Sánchez y Bersabe, 1996; Mogaz Lago, García Pérez y del Valle Sandín, 1998; Subira, Obiols, Mitjavila, Cuxart y Domenech Llavería, 1998).

La prevalencia en España de TDAH varía según los diferentes estudios, es del 1-2% en un estudio de validación del Cuestionario de Conners en Navarra (Farré y Narbona, 1989). En Valencia, es del 3,5% en niño de 10 años, la prevalencia del TDAH varía del 3,6% (Andrés, Catalá y Gómez-Beneyto, 1999), al 8% (Andrés, Catalá y Gómez-Beneyto, 1995).

En nuestra población se estima que la prevalencia de la depresión mayor, es del 1,8% según criterios del DSM III, en niños de 9 años (Polaino y Doménech, 1993), del 2-3% en adolescentes de 13-14 años, y del 3-4% en jóvenes de 18 años, según la CIE-10 (Canals, Martín-Hennenberg, Fernández-Ballart y Doménech, 1995).

Si los estudios de epidemiología descriptiva en muestra españolas son escasos, mucho más escasos son aquellos de epidemiología analítica destinados a analizar factores de riesgo y protección. Un ejemplo de un acercamiento a la descripción y análisis de la situación de niños y adolescentes con trastornos mentales en España son los estudios del equipo METRA. En el trabajo titulado *“Análisis de la situación de los menores con trastornos psíquicos atendidos en Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid y sus familias”* aporta información sobre la panorámica general de los menores con trastornos psíquicos en la Comunidad de Madrid.

Analizaron una muestra de menores con trastorno mental o del comportamiento definido desde la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10) de edad comprendida entre los 6 y los 18 años, y que estaban siendo atendidos en el momento de realizar la investigación en Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. En la primera fase, a partir de un instrumento diseñado para ser cumplimentado por psiquiatras y/o psicólogos de los centros de Salud Mental, se recogieron información general de 972 menores con las características anteriormente descritas.

Los diagnósticos emitidos en mayor medida, ordenados por su frecuencia de aparición y organizados en categorías principales siguiendo los criterios de la CIE-10, han sido (se mencionan categorías diagnósticas que agrupan al menos a un 5% de la muestra, es decir, aproximadamente 50 sujetos): Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia (F93), Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (F43), Trastornos hiperkinéticos (F90), Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (F98), Trastornos disociales (F91) y Trastornos disociales y de las emociones mixtos (F92).

El 39% son niñas. No existen diferencias de tamaño entre los tres grupos de edad establecidos (6-9, 10-13 y 14-17). Aunque encuentran que entre los 6 y los 11 años se sitúan más de la mitad de los casos diagnosticados en los Centros de Salud Mental incluidos en el estudio. En línea con otras investigaciones también encuentran como edad crítica los 14 años y un claro incremento de la presencia de mujeres en los Centros de Salud Mental en el grupo de edad de 14-17 años. En cuanto al trastorno en función del sexo, obtienen resultados similares a la literatura revisada; mayor frecuencia de Trastornos conductuales (hipercinéticos) en varones y de trastornos de las emociones (ansiedad) en mujeres.

No hay diferencias de género en la gravedad. El mayor número de casos graves en la adolescencia puede indicar que los trastornos más graves aparecen en la adolescencia, pero también la existencia de un periodo crítico, en el que se dejan sentir de forma especial las dificultades de adaptación que el trastorno supone, no tan fácilmente identificables en la primera y segunda infancia.

1.4. TRASTORNOS MENTALES Y EDAD

La edad modula las características clínicas de los trastornos mentales y estos surgen en un momento u otro del ciclo vital dependiendo de la edad del individuo. En la Figura 1 se expone la cronología de aparición de algunos trastornos psiquiátricos en la infancia y adolescencia. Los Retrasos del desarrollo, el Autismo y otros Trastornos generalizados del desarrollo se manifiestan desde los primeros meses de vida. Los problemas de comportamiento desde los dos años, los síntomas de ansiedad desde los 4-5 años o incluso antes, el consumo de sustancias desde los 11-12 años, la esquizofrenia con características similares a la del adulto desde los 14-15 años y la depresión desde los 5-6 años.

Trastorno	Edad																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Vinculo	x	x	x															
TGD	x	x	x	x	x	x												
T. conducta				x	x	x	x	x	x	X	X	x	x	x	x	X	x	x
Estado de ánimo y ansiedad							x	x	x	x	X	X	x	x	x	X	x	x
Consumo de drogas												x	x	x	x	X	x	x
Psicosis del adulto															x	X	x	x

Ilustración 1 Edad de comienzo de los trastornos Psiquiátricos (WHO 2005)

CAPÍTULO 2. IMPORTANCIA DE LOS TRES PRIMEROS AÑOS DE VIDA Y LA VINCULACIÓN EN EL DESARROLLO DEL PSIQUISMO.

2.1. DESARROLLO PSICOAFECTIVO DEL NIÑO

Actualmente, se considera comúnmente aceptado que la estructuración del psiquismo en el niño está muy condicionada por las experiencias relacionales que se producen desde los primeros momentos de vida y durante la infancia temprana (Bowlby, 1989; Winnicott, 1987; Schore, 1994; Fonagy y Target, 2001; Feder, Nestler y Charney, 2009)

Son autores influidos por el psicoanálisis (Mahler, Pine, y Bergman, 1975; Spitz, 1945; Stern, 1985) los primeros en dirigir la mirada hacia el estudio de las vinculaciones tempranas y de su trascendencia en la constitución del self, el desarrollo de la personalidad y la capacidad adaptativa. Bowlby (1982) sienta las bases de la Teoría del Apego incorporada por la psicología evolutiva y clínica como uno de los paradigmas de estudio de las relaciones humanas más prometedores, al posibilitar la investigación empírica de la tendencia y capacidad de las personas a establecer lazos afectivos selectivos, intensos y duraderos desde el nacimiento. Aunque de forma similar a la observada en otras especies animales, desde los inicios es estructuralmente diferente debido a la intersubjetividad y la respuesta tanto a la pérdida del vínculo como a la simple amenaza de pérdida.

La teoría psicoanalítica se ha enfocado desde el principio en el proceso de desarrollo psicoafectivo y en la relación entre lo que acontece en la infancia y el bienestar o psicopatología posterior. Para la mayor parte de los autores en un primer momento, como destaca Everingham (1997): *“la madre debe adaptarse casi exactamente a las necesidades del niño, a fin de que la personalidad infantil se desarrolle sin distorsiones”* (p.29), ya que sólo al año de edad el bebé será capaz de *“tolerar la incapacidad de la madre de adaptarse a sus necesidades”* (p.20). Winnicott (1987) postula dos períodos en la relación madre-bebé; el período de dependencia absoluta (hasta los seis meses) y el período de dependencia relativa (pasado el año de edad).

Tabla 1. Etapas de la díada Madre-Bebé según Winnicott.

Periodo de Dependencia	<i>El niño se encuentra fusionado a la madre.</i>
Absoluta (0-6 meses)	<p><i>La intensidad de las interacciones precoces durante las primeras semanas, se observa tan estrecha que cualquier alteración en un registro modifica necesariamente al otro. Las tareas se organizan en torno al llanto/calma, regulación alimentaria, sueño/vigilia en las cuales el bebé emite señales que el cuidador interpreta y atiende.</i></p> <p><i>Entre los 2,5 y 5,5 meses el bebé está preparado para la interacción facial (cara, voz, tacto, movimiento humano) como elemento primordial del intercambio favoreciendo así la maduración de conductas afectivas y relacionales como el control de la mirada, la sonrisa y la vocalización como respuesta. En esta relación cara a cara, el bebé depende de la respuesta relacional que encuentre.</i></p> <p><i>Esta vinculación afectiva es la más importante y representativa de la infancia de tal forma que acompañarán al bebé como modelo y referencia para sus siguientes relaciones.</i></p>
Período de Dependencia Relativa (6meses-24 meses)	<p><i>En torno al cuarto mes el bebé puede emitir señales con intención de llamada a la madre.</i></p> <p><i>El desarrollo motor y cognitivo le permiten interesarse por el mundo y explorarlo más allá de la madre y puede expresarse antes y para satisfacer una necesidad. En este momento la demora de respuesta favorecerá una progresiva tolerancia a la frustración y la activación del patrón “pedir para recibir”.</i></p>
Hacia la independencia (> 2 años)	<p><i>Desarrolla su autonomía e individuación, separándose de la madre y enfrentándose al mundo.</i></p> <p><i>Se produce una diferenciación somatopsíquica gracias a la comprensión y diferenciación de sensaciones (como sed, hambre, saciedad, cansancio...) y de estados emocionales (como enfado, frustración, necesidad de afecto), gracias a las interpretaciones empáticas que posibilitan respuestas adecuadas a sus requerimientos.</i></p>

Nota: Tabla recuperada de Enríquez, Padilla y Montilla (2008)

Winnicott, entre otros muchos, enfatiza la trascendencia e intensidad de la afectividad en los primeros meses de vida. Siguiendo esta visión del desarrollo emocional, compartida ampliamente en la actualidad, Montaldo (2009), describe de la siguiente forma lo que un bebé requiere desde un comienzo:

“establecer contacto con una persona, y no solamente ser satisfecho en sus urgencias instintivas, sino también ser aliviado de sus tensiones. El relacionarse con la madre de una manera íntegra, no solo para alimentarse, es lo que permite al niño acceder a ser, comenzar a sentir la vida como real. La madre es quien debe cuidar este proceso de nacimiento a la vida psicológica del bebé. Entonces, el ambiente representado en sus inicios por ella, es el factor crucial del desarrollo infantil, que no podrá cursarse sino a partir de la dependencia profunda que une a cada bebé con su madre” (p.23)

Durante los primeros meses la trascendente tarea que tiene el bebé por delante es conseguir la integración psicosomática. Lo que significa integrar lo psíquico con lo corporal, unir ambas experiencias, tomar conciencia de su cuerpo. Pero el bebé es incapaz de conseguir esto sólo, para lograr este crecimiento el ambiente que le rodea debe ser capaz de adaptarse a sus necesidades y aislarle de las interferencias. En palabras de Montaldo (2009):

“La crianza temprana debe ocurrir en un ambiente máximamente simplificado para el niño, resguardado de cualquier índole de deprivaciones o catástrofes que, cortándole la continuidad de la vida que viene expresándose en él, lo distraigan de su proceso de desarrollo” (p.23).

Por ambiente, la teoría psicoanalítica ha entendido en general a la madre o cuidador principal, quien será el contenedor físico y psíquico que tramite, digiera y filtre el mundo externo para el bebé, quien no puede relacionarse directamente debido a la inmadurez con la que nace el bebé humano.

Winnicott, (1958) postula que si bien el bebé posee una tendencia heredada hacia el desarrollo, esta tendencia no llegaría a actualizarse si no existiese unas condiciones mínimas, proporcionadas generalmente por la madre, que le permiten el proceso de maduración y de

acumulación de experiencias de vida. El autor es radical al pensar esta dependencia, de hecho, subraya que sin cuidados maternos no existiría bebé. Por lo tanto, en este estado de fuerte dependencia y estado fusional en los que en un principio se encuentran madre y bebé, todo aquello que le ocurra a un miembro de la diada repercute en el otro y viceversa.

El bebé nace con la necesidad de un sostén emocional que le ayude a crear la capacidad de autorregulación emocional (Fonagy, 2008; Shore, 1994) Este sostén emocional es la respuesta adecuada a los sentimientos y necesidades del bebé y tiene lugar en el marco de un vínculo estable con los cuidadores primarios. Este vínculo se inicia en el momento del nacimiento y permite la creación de un lazo emocional íntimo con ellos. Un vínculo estable significa cotidiano y previsible y, en los primeros tiempos, con la presencia central de una o más personas que se ocupen de la crianza del bebé. La estabilidad y la previsibilidad en el vínculo con sus cuidadores le permiten al niño construir una relación de apego seguro (Bowlby, 1989).

En la primera infancia, el niño carece de la capacidad de regular por sí mismo sus estados emocionales y queda a merced de reacciones emocionales intensas. La regulación afectiva solo puede tener lugar en el contexto de una relación con otro ser humano. El contacto físico y emocional- acunar, hablar, abrazar, tranquilizar-permite al niño establecer la calma en situaciones de necesidad e ir aprendiendo a regular por sí mismo sus emociones.

Las respuestas emocionales del adulto en sintonía con el estado interior del bebé generan primero un estado de co-regulación afectiva o regulación diádica que lleva, unos meses más tarde, al logro de la autorregulación afectiva por parte del bebé. Por ello, cuando los bebés no son consolados al llorar están solos en el proceso de aprender a calmarse. Como consecuencia podrían tener dificultades para autocalmarse no únicamente en sus primeros meses sino a lo largo de todo su desarrollo (Schejtman y Vardy, 2008; Tronick, 1989).

Los vínculos afectivos estables y contenedores reducen el malestar emocional y potencian los sentimientos positivos en el niño. A partir de experiencias tempranas concretas de interacciones positivas o negativas repetidas en el tiempo se van generando las expectativas sobre lo que puede esperar de los demás, se van construyendo, en palabras de Stern, esquemas mentales acerca de cómo es estar con el otro (Stern, 1985).

La representación de las interacciones con los otros está formada por diversos elementos; sensaciones, percepciones, afectos, acciones, pensamientos y motivaciones. Estas representaciones contienen todo lo que ocurre y se registra en la experiencia vivida, y puede formar parte de un recuerdo de estar con otro. La forma en la que los adultos se ocupan del niño, las interacciones y la comunicación con él, se internalizan y el niño construye así los modelos de sí mismo que reflejan el modo en que sus padres lo ven, imágenes transmitidas no solo en el decir sino también en el hacer con él. Una vez contruidos, estos modelos de sí mismo basados en las interacciones entre el niño y sus padres tienden a persistir y continúan operando ya a un nivel inconsciente.

Las experiencias emocionales del niño con su familia permiten que él construya la capacidad de pensar el mundo que lo rodea y pensarse a sí mismo, es decir, construir su propia identidad y esquemas, que se van a ir desarrollando hasta que lograr ser alguien diferenciado como individuo e integrado a la sociedad. (Fonagy, 2001). Este autor sugiere también que esta regulación del afecto, de la que venimos hablando, el control de impulsos y la experiencia de ser agente de nuestras propias acciones están íntimamente ligados a la capacidad de mentalización. Con el concepto de mentalización se refiere a la capacidad, adquirida en el curso del desarrollo, de atribuir a otros y de reconocer en sí mismo un mundo interno con sus propios sentimientos, pensamientos, deseos e intenciones y de darse cuenta de que no siempre el comportamiento es equivalente al estado mental. Es decir, poder atender a los estados mentales en sí mismo y los demás (Allen, Fonagy y Bateman, 2008)

Desde otro punto de vista, la neurolingüística, habla para referirse a este desarrollo psicoafectivo de sincronía-rupturas y reencuentros. La sincronía es un concepto usado en múltiples campos, que se refiere a la relación temporal entre eventos y puede ser aplicada al estudio de las interacciones adultos-bebé. La relación madre-bebé o adulto-bebé está dada naturalmente por encuentros y desencuentros. Estos último no son patológicos sino parte constituyente de la relación entre los adultos y el bebé. Lo que es esencial es la capacidad de reencuentro, es decir, que tras de un desencuentro pueda haber un nuevo encuentro. (Tronick y Cohn, 1989). Aunque el niño muy pequeño aún no hable, comunica y entiende las miradas, las sonrisas y los gestos del adulto que interactúa con él. La comunicación no verbal o preverbal es fundamental en la interacción entre el niño y los adultos. A esto se agrega lo que los

neurolingüistas llaman la protoconversación: intercambios repetidos del adulto que sincroniza sus gestos y vocalizaciones con las conductas innatas del bebé. De esta manera les da un sentido y los introduce en la lengua “materna” y en la cultura.

2.2. APORTACIONES DE LA TEORÍA DEL APEGO

Aunque es frecuente referirse al apego y al vínculo prácticamente como sinónimos, es conveniente diferenciar ambos conceptos. El concepto de apego se encuentra en relación con el concepto etológico de Konrad Lorenz (1952), imprinting o troquelado. El imprinting sería un tipo especial de aprendizaje, rápido y relativamente irreversible, al menos en algunos animales, que puede tener lugar sólo durante un periodo de tiempo muy breve tras el nacimiento, por el que las crías se mantienen unidas al primer objeto móvil que ven, normalmente su madre.

La adaptación de este mecanismo de apego temprano al ser humano lo convierte en un sistema de base biológica, común a varias especies animales, que garantiza al neonato la proximidad de otra persona a quien discrimina y prefiere sobre lo inanimado, que le provee de los cuidados, la protección y la seguridad necesaria para la supervivencia y el crecimiento.

A partir de Bowlby (1982), este apego instintivo se concibe ya como un mecanismo preprogramado que activa toda una gama de comportamientos posibilitando la unión bebé-madre, con el objetivo biológico de proveer de la proximidad, protección y seguridad que permita la exploración de lo desconocido. El apego no es aprendido, es un mecanismo innato que garantiza la supervivencia del bebé que, al igual que otros animales al nacer, depende de los cuidados adultos. Sin embargo, la cría humana es el único mamífero que nace incapaz de desplazarse por sí mismo.

El concepto de vínculo, por otra parte, hace referencia al lazo afectivo que emerge entre dos personas y que genera un marco de confianza y un contexto de comunicación con el otro. La vinculación temprana será el resultado del mecanismo de apego innato y de la experiencia interactiva y recíproca entre el bebé y las personas significativas. A través de este vínculo afectivo el bebé se unirá definitivamente a las figuras parentales. Figuras cuya función es

protegerle del temor y la ansiedad e invitan a la exploración progresiva del entorno. Inicialmente, explora el entorno y los objetos a su alcance a través de la mirada, la audición, el gusto o el tacto. Cuando inicia el desplazamiento autónomo, se amplía el marco exploratorio a objetos y personas más lejanos.

Palacio Espasa (2006) destaca como requisitos para un vínculo saludable, la solidez del mismo y la suavidad, de forma que permitan interacciones con el entorno que faciliten la autonomía. Por solidez del vínculo entiende un vínculo que pueda proporcionar una plataforma segura de cuidados, protección y respuesta adecuada a las iniciativas y necesidad del infante. Al mismo tiempo, debe prestarle atención a los estados emocionales y afectivos a los que el bebé está muy atento ya que posee una capacidad innata de imitación y tendencia a compartirlos. El adulto actúa como referencia en las relaciones del bebé con el mundo circundante. Este autor sitúa el objetivo del desarrollo, precisamente en permitir la autonomía preservando los vínculos sólidos y suaves con las personas significativas.

Frente a la teoría psicoanalítica que sostenía como función primordial del aparato psíquico, la descarga/control de pulsiones, Bowlby (1982) considera que su tarea es el procesamiento de información para mantener la vinculación y sostener una representación de sí mismo. Por tanto, entiende que los modelos representacionales actúan como procesadores que evalúan tanto el estado del self, como del vínculo, como del estado de los otros, valorando necesidades y recursos y estableciendo pronósticos, de forma que finalmente, gobiernan los deseos, expectativas, temores, seguridades e inseguridades del individuo en su proceso de desarrollo y de adaptación (Juri, 2008).

Para el grupo de García y cols (2008) la estructuración de estas vinculaciones tempranas condiciona principalmente las siguientes funciones psicológicas: el sentimiento básico de confianza en la vida, el mundo y en sí-mismo, la regulación emocional, la regulación de los niveles de estimulación y tensión y capacidad de modulación de impulsos, el desarrollo cognitivo y de las funciones mentales y neuropsicológicas, incluyendo la capacidad de mentalización, representacionales y simbólicas, las habilidades metacognitivas y las capacidades de autoevaluación, las relaciones de objeto intra e interpersonales y los modelos operativos internos para el manejo de las mismas.

En 1973, Bowlby analiza la confianza y seguridad en sí mismo como recursos internos que permiten a determinadas personas afrontar satisfactoriamente situaciones de adversidad gracias a recuerdos de apego seguro y representaciones positivas de sí y de los otros que posibilitarán la generación de comportamientos eficaces y/o creativos. De esta forma, la teoría del apego no solo aporta al conocimiento de las primeras relaciones significativas y constituyentes, sino también al de la hipótesis de que un mal establecimiento y/o mal desarrollo del vínculo puede generar riesgo de aparición de trastornos de la personalidad u otros trastornos psicopatológicos en etapas evolutivas posteriores. E incluso al estudio de la repercusión de las vinculaciones tempranas sobre la construcción y el desarrollo relacional, emocional, neuropsicológico y cognitivo.

2.3. APORTACIONES DE LA NEUROCIENCIA

En los últimos años ha proliferado la investigación sobre la implicación del neurodesarrollo en la génesis de los trastornos mentales graves. Recientemente las neurociencias, permiten concebir modelos de funcionamiento cerebral explicados a través de la regulación e integración con el entorno, aglutinando teorías que podrían parecer tan distantes como la Neurología y el Psicoanálisis.

Actualmente, las neurociencias también ponen de manifiesto la importancia de las primeras experiencias sensoriales, es decir, de los primeros acontecimientos vitales que tienen repercusión la estructuración del sistema cerebral y en la transmisión genética. Experimentos con ratas, en laboratorio, mostraron cómo, si la madre cuidaba a sus crías con las caricias propias de la higiene y permitiendo el acto de mamar se producía una metilación en los genes diferente a la producida en la madre que no los cuidaba de esa forma (Feder, Nestler y Charney, 2009). Este cambio en la metilación se transmite a generaciones sucesivas a nivel genético, es lo que se denomina *epigenética de la evolución*.

La neurociencia contemporánea está explorando como pueden correlacionarse las alteraciones de la organización funcional del cerebro humano con la ausencia de ciertas

experiencias de aprendizaje tempranas (Castro-Caldas, Petersson, Reis, Stone-Elander, Ingvar, 1998). Para Schore, Bowlby transmitió la idea de que para poder entender profundamente el desarrollo normal en toda su complejidad habría que conseguir la integración de la psicología evolutiva y la psiquiatría infantil, el psicoanálisis, la biología y la neurociencia (Schore, 2000). Esta integración ofrecería modelos de psicopatogénesis más complejos (Schore, 1994).

Schore (2001) apoyándose en esta idea de integración y en los principios centrales de la Teoría del Apego, centra sus investigaciones y reflexiones en el impacto negativo de los apegos traumáticos sobre el desarrollo cerebral y la salud mental infantil, la neurobiología del trauma infantil, la neuropsicología de un patrón de apego desorganizado/desorientado asociado con abuso y negligencia, las discapacidades inducidas por trauma de un sistema regulador en el córtex orbitofrontal, los vínculos entre la disfunción orbitofrontal y una predisposición a los trastornos de estrés postraumático, la neurobiología de la defensa disociativa, la etiología de la disociación y la psicopatología cuerpo-mente, los efectos duraderos del trauma relacional temprano sobre la función del hemisferio derecho y algunas implicaciones de todo esto para los modelos de intervención temprana. Sus hallazgos y conclusiones sugieren conexiones directas entre el apego traumático, funciones regulatorias del cerebro derecho ineficientes y, por lo tanto, Salud Mental desadaptativa tanto infantil como adulta. Es decir, presenta datos que pretenden establecer los lazos teóricos entre los fallos severos en el apego, las deficiencias en el desarrollo temprano de los sistemas de afrontamiento del stress situados en el hemisferio derecho y de ahí en la salud mental tanto infantil como adulta.

Schore (2001) argumenta que en las transacciones de sincronía afectiva del apego, el cuidador adaptado psicobiológicamente regula interactivamente los estados positivos y negativos del niño, por lo tanto, co-construye un ambiente facilitador del desarrollo de un sistema de control en el cerebro derecho del niño, la maduración del cual depende de la experiencia. El funcionamiento eficiente de este sistema de afrontamiento es de suma importancia para que los niños desplieguen su capacidad de autorregulación, la habilidad de regular flexiblemente los estados emocionales estresantes a través de la interacción con otros humanos. De esta forma, una relación de apego segura facilita el desarrollo del cerebro derecho, promueve una eficiente regulación del afecto y fomenta la adaptativa salud mental infantil.

El desarrollo podría ser conceptualizado como la transformación de la regulación externa en regulación interna. Esta progresión representa un incremento de la complejidad de la maduración de los sistemas cerebrales que regulan adaptativamente la interacción entre el organismo en desarrollo y el ambiente social. Las experiencias necesarias para esta maduración son creadas dentro de un contexto de apego. Se trata de una regulación diádica de las emociones. Más específicamente, el cuidador primario del niño con patrón de apego seguro proporciona acceso emocional al niño y responde apropiada y rápidamente a sus estados positivos y negativos. Esto permite la generación interactiva de altos niveles de afecto positivo en estados de juego co-compartido, y bajos niveles de afecto negativo en el reparto interactivo de estrés social, por ejemplo, rupturas del apego.

En contraste con este escenario, el cuidador abusivo no solo muestra menos juego con su niño, también induce estados traumáticos de afecto negativo perdurable. El apego que se establece en estos casos es débil y provee menos protección contra otros abusadores potenciales del niño. Este cuidador es inaccesible y reacciona a las expresiones de estrés y a las emociones del niño de forma inapropiada y/o con rechazo, y muestra mínima o inapreciable participación en los variados tipos de procesos de regulación del arousal. En lugar de modular induce niveles extremos de estimulación y arousal, demasiado elevados en el abuso o demasiado bajos en la negligencia, y porque provee una reparación no interactiva de los estados emocionales negativos intensos del niño por largos periodos de tiempo. Esos estados son acompañados de severas alteraciones de la bioquímica del cerebro inmaduro, especialmente en áreas asociadas con el desarrollo de las capacidades de afrontamiento (Schoore, 1996; 1997).

2.4. EDAD Y EFECTOS DE LOS FACTORES DE RIESGO

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. En realidad, a la edad de 4 años, el cerebro del niño tiene el 90% del tamaño del adulto.

En el pensamiento reciente, el pensamiento psicoanalítico de que determinados eventos pueden ser traumáticos en la infancia temprana porque el yo es aún débil e incapaz de resistir, se traslada al principio de que el cerebro inmaduro infantil está en un estado de rápido desarrollo y es además especialmente vulnerable a las experiencias adversas tempranas, incluyendo las experiencias sociales adversas.

Investigación básica revela que el sufrimiento perinatal conduce a cometer errores en la respuesta de estrés en el córtex prefrontal derecho (y no izquierdo) que se manifiesta en la adultez (Shore, 2000). Se sugiere que el sistema límbico es la localización de cambios evolutivos asociados con el aumento de comportamiento de apego (Anders y Zeanah, 1984) y está principalmente implicado en la capacidad de adaptarse rápidamente a un ambiente cambiante así como en la organización de nuevos aprendizajes (Mesulam, 1998) así como en la regulación del estrés (Rinaman, Levitt y Card, 2000). Schore especifica que son las estructuras límbicas de amígdala, el cíngulo anterior y la ínsula las que juegan un rol crítico en las experiencias de pre-apego que se inicia en el primer año. El hemisferio derecho tiene un crecimiento acelerado en los primeros dos años de vida (Schore, 1994). Durante estos periodos críticos de intensa producción sináptica, el organismo es muy sensible al ambiente externo, por eso el niño en desarrollo es máximamente vulnerable a eventos ambientales no óptimos e inhibidores del crecimiento durante el periodo de más rápido crecimiento cerebral.

Schore (2000), defiende que las experiencias y vinculaciones tempranas se inscriben en el hemisferio derecho, de maduración más precoz y dominante durante al menos los 3 primeros años de vida. Este autor considera que es en el hemisferio derecho en el que se ubica el sistema afectivo básico implicado en la modulación de las emociones primarias y su dominancia se expresa en las expresiones emocionales faciales, los gestos espontáneos y la comunicación emocional espontánea no-verbal que influyen en la relación de apego. Destaca que el proceso de auto-organización cerebral a lo largo del desarrollo se inicia y evoluciona en el contexto de la relación interpersonal y la vinculación afectiva; de hemisferio izquierdo a hemisferio derecho. Afirma que el trauma relacional en las primeras tres cuartas partes del primer año de vida impacta negativamente en la maduración dependiente de la experiencia de los circuitos de la amígdala y el cíngulo anterior. Pero, al final de ese año y durante el segundo, son los circuitos cortico-límbicos superiores los que se encuentran en un periodo crítico de crecimiento.

Los estudios de Main y Solomon (1986, 1990) incluían niños de 12 a 18 meses, una edad en la que los modelos operativos internos de la relación de apego son medidos por primera vez utilizando la “Situación Extraña”¹. La investigación documenta que las estrategias infantiles de apego desorganizado incrementan su frecuencia de los 12 a los 18 meses (Lyons-Ruth, Alpern y Repacholi, 1993). De hecho, este intervalo es un periodo crítico de maduración dependiente de la experiencia para áreas orbitofrontales del córtex. Por lo tanto, los efectos de los eventos sociales durante estos dos primeros años están impresos dentro de las estructuras neurobiológicas y es además muy probable que tengan consecuencias de gran alcance.

Si un niño es desatendido, es decir si escucha pocas palabras, se le ofrecen pocas oportunidades relacionales, reciben menos confort físico, y tienen menos amor- las redes rápidamente organizadas en el cerebro que median el lenguaje, la afiliación social, y el apego no recibirán suficiente forma y activación repetitiva como para desarrollarse normalmente. El resultado es un conjunto de déficits relacionados con el o los dominios donde la desatención tuvo lugar (Perry, 2002)

Hay numerosos estudios que sugieren que el trauma temprano altera de forma única la maduración en proceso del cerebro/mente/cuerpo. Como Gaensbauer y Siegel han escrito, prolongados y frecuentes episodios de intensos y desregulado estrés interactivo en bebés y preescolares tienen efectos devastadores en *“el establecimiento de una regulación psicofisiológica y el desarrollo de relaciones de apego estables y confiables en el primer año de vida”* (1995, p294).

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 pueden tener un impacto devastador incluso si un niño es cambiado del ambiente negligente. (Perry, 2002) y cuanto más tiempo permanece un niño en ese tipo de ambiente, más aumenta su vulnerabilidad (Rutter y English y Romanian Adoptees Study Team, 1998; Rutter et al, 1999; O’Connor, Rutter y English and Romanian Adoptees Study Team, 2000).

¹ *La Situación Extraña (Strange Situation Procedure)*, es un paradigma experimental generado por Ainsworth y colaboradores (1978) para operacionalizar y estudiar la relación de apego.

Por todo esto puede considerarse que el ambiente físico o interpersonal puede ser traumático en los dos primeros años, como en ningún otro punto de la vida. Este trauma, negligencia o maltrato tiene una desproporcionada capacidad de causar disfunciones significativas, en comparación con similares traumas o maltratos más tarde en la vida (Rutter y English y Romanian Adoptees Study Team, 1998; Rutter et al., 1999).

Específicamente, los estímulos o acontecimientos sociales estresantes podrían ser bastante más perjudiciales que los estímulos aversivos no sociales (Schore, 2001). Este autor utiliza el término “trauma relacional”, que suele ser acumulativo y no un “evento aislado” como es más frecuente en el trauma ambiental. Como el status de apego es el producto de la predisposición psico-biológica genéticamente-codificada del niño y la experiencia de cuidado, y los mecanismos del apego son expresados en posteriores épocas de la vida, el trauma relacional temprano tiene efectos tanto inmediatos como a largo plazo, incluyendo la generación de riesgo para la formación posterior de trastornos psiquiátricos.

Al hablar de “período crítico” no podemos olvidar la extraordinaria sensibilidad de estos sistemas al ambiente en el que se están desarrollando, siendo mucho más plásticos en periodos de diferenciación. Esto significa que, de todas las experiencias a lo largo de la vida de un individuo, la experiencia organizadora de la temprana infancia tiene el mayor poder y los efectos más duraderos en la organización y funcionamiento cerebral. Tres años de negligencia en ese periodo pueden causar una vida de disfunción y pérdida de potencial. El cerebro no pierde la plasticidad que le permite cambiar, pero es mucho más fácil organizar bien el cerebro que tomar un sistema neural pobremente organizado y tratar de reorganizarlo (Schore, 2001). El grado de plasticidad cerebral está relacionado con dos factores principales- el estado de desarrollo, y el área o sistema del cerebro. Una vez está organizada un área del cerebro, es mucho menos capaz de transformarse en respuesta al ambiente; en otras palabras, es menos plástica. No todas las zonas cerebrales poseen la misma plasticidad, una vez el cerebro está organizado, alrededor de los tres años, las funciones mediadas por sistema límbico son difícilmente modificadas mientras que funciones mediadas corticalmente como el desarrollo del lenguaje seguirían siendo más modificables ya que algunas áreas cerebrales como el córtex mantienen una importante plasticidad a lo largo de toda la vida, de forma que las experiencias pueden fácilmente alterar la organización neuropsicológica y funcionamiento (Schore, 2001).

2.5. LA DISFUNCIÓN VINCULAR COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA SALUD MENTAL EN LA INFANCIA.

Organismos como UNICEF (Armus, Duheldo, Oliver y Woscobolnik, 2012) ya recogen elementos relativos al cuidador primario entre los factores de riesgo y protección del desarrollo emocional del niño. Señala cómo existen formas de crianza que funcionan en sí mismas como factores específicos de riesgo de forma poco visible o incluso invisible. En el documento acerca de las necesidades emocionales del niño entre los 0 y los 3 años se enumeran las siguientes situaciones como de riesgo potencial para el óptimo desarrollo psicoemocional: inestabilidad de las figuras que ejercen los cuidados primarios, es decir, el cambio frecuente e imprevisible de los “rostros” que cuidan al bebé, la falta de establecimiento de rutinas y tiempos medianamente previsibles dentro de la vida cotidiana, el trato negligente en cuestiones básicas como la higiene, la alimentación, el respeto por las necesidades de descanso de un niño pequeño, la violencia en todas sus formas: verbal, física, dirigida al bebé o presente en su entorno y las situaciones de hiperestimulación en las que el bebé no llega a procesar adecuadamente los estímulos que recibe y, en consecuencia, se desorganiza activamente o bien se retrae abstrayendo su atención del entorno. La mayor parte de estas situaciones son muy difíciles de concretar, objetivar y sobretodo estudiar. De ahí que muchas de ellas pasen desapercibidas.

En este mismo documento UNICEF (Armus, et.al. 2012) define el cuidador primario como:

Adulto a cargo que ejerce las funciones básicas de cuidados del niño pequeño en la vida cotidiana, asumiendo la responsabilidad en la atención, el apoyo y los cuidados diarios. El cuidador primario es quien pasa la mayor parte del tiempo con el bebé, es un adulto disponible emocionalmente, de quien el bebé depende. Habitualmente, esta figura suele ser la madre, el padre u otros familiares, como los abuelos o hermanos mayores, pero bien pueden ser allegados o miembros de la comunidad (p.67).

Como venimos diciendo, los sistemas de regulación del estrés que integran mente y cuerpo son producto del desarrollo de los circuitos límbico-autonómico (Rinaman, Levitt, & Card, 2000), y puesto que su maduración es dependiente de la experiencia, durante su periodo

crítico de organización son vulnerables al trauma relacional. Por lo tanto, esos principios sugieren que el trauma provocado por el cuidador es potencialmente más psicopatogénico cualitativa y cuantitativamente que cualquier otro estresor físico o social (a parte de aquellos que directamente impactan el cerebro en desarrollo). En un organismo inmaduro con capacidades de afrontamiento restringidas y sin desarrollar, el cuidador primario es la fuente de la regulación, y por lo tanto del sentido de seguridad. Cuando lo que emana de la relación de apego no es seguridad si no peligro, los asaltos homeostáticos tienen significativas consecuencias a corto y largo plazo en la maduración de la psique y el soma.

El trauma no siempre es infringido por parte del cuidador, si no que en ocasiones ocurren interrupciones en el apego provocadas por separaciones y otras dificultades. La privación materna es concebida por Bowlby (1982) como aquella situación en la que un niño o bien no tiene o bien pierde el apego seguro con su madre, pudiendo producirse tanto por una separación real como en su presencia, por imposibilidad o incapacidad para proporcionar una respuesta afectiva, de cuidado y apoyo. Recoge bajo el concepto de apego inseguro las diferentes formas y grados de abandono, rechazo, abuso y cuidado inconsistente.

La observación de las reacciones ante situaciones de separación le lleva a considerar que la ansiedad de separación en la infancia se originaría por una desregularización en el apego entre bebé y cuidadores. Ante una separación prolongada y/o brusca (hospitalización, abandono...) observa un patrón de respuesta similar al de las reacciones de duelo, sobre todo con una expresión de ira (protesta activa con preocupación por encontrar a la madre), desesperación (llanto débil, pasividad, inmovilidad y desesperanza) y, posteriormente desapego (apatía y desinterés). La ansiedad se activa por la amenaza de pérdida del objeto, ya sea real o cuando ésta se percibe explícita o implícitamente. Una privación temporal produce ansiedad de separación pero cuando la privación es completa, las consecuencias son más devastadoras y permanentes en la personalidad y en la capacidad relacional. La separación impuesta es siempre indeseada y la pérdida, afectiva.

Dentro del modelo biopsicosocial de la psicopatología infantil, el concepto de diátesis-estrés prescribe que los trastornos psiquiátricos están causados por una combinación de una predisposición genético-constitucional y estresores ambientales o sociales que activan la vulnerabilidad neurofisiológica innata. A la luz del hecho de que la aceleración del crecimiento

cerebral comienza en el tercer trimestre en el útero (Dobbing y Sand, 1974), factores genéticos constitucionales pueden ser impactados negativamente durante ese periodo por condiciones adversas dentro del ambiente uterino materno-fetal. Por ejemplo hay investigaciones que muestran que las hormonas regulan la expresión de los genes en el cerebro fetal, y que cambios agudos en las hormonas maternas inducen cambios en la expresión de los genes en el cerebro fetal que permanecen cuando llega a la edad adulta (Dowling, Martz, Leonard y Zoeller, 2000).

Varios comportamientos maternos podrían influir negativamente en la homeostasis e incluso el desarrollo futuro del feto en desarrollo, sin embargo, no son considerados habitualmente ejemplos de trauma. Por un lado, el abuso o negligencia postnatal del niño por parte del cuidador se consideran ejemplos claros de trauma relacional. De nuevo, en las fases neonatales, tanto los factores genéticos que influyen en la respuesta al estrés como los efectos ambientales perjudiciales interactúan para contribuir a los resultados conductuales, el estrés exagera los efectos de la lesión del desarrollo. Este modelo biopsicosocial sugiere que niños nacidos con alto riesgo con retraso del desarrollo cerebral y pobres capacidades de interacción, y además una predisposición vulnerable, experimentarían incluso bajos niveles de estrés relacional como traumático, mientras un niño con una constitución más resistente toleraría niveles más altos de desajuste diádico antes de entrar en desregulación. No hay un umbral objetivo a partir del cual todos los niños respondan con estrés. Este umbral estaría subjetivamente creado y determinado dentro de una historia única de cada organismo con su ambiente. Incluso así, los niveles elevados de estrés asociados con el abuso infantil y la negligencia son patogénicos para todos los cerebros humanos inmaduros, y el último quizá más perjudicial para el desarrollo posterior que el anterior.

En un importantísimo avance de nuestro conocimiento, las ciencias del desarrollo muestran claramente que el cuidador principal actúa como un regulador psico-biológico externo del crecimiento “dependiente de experiencia” del sistema nervioso del niño (Schoore, 1994, 1996, 1997, 2000).

CAPÍTULO 3. CONCEPTO DE FACTOR DE RIESGO Y PSICOPATOLOGÍA EVOLUTIVA

3.1. PSICOPATOLOGÍA EVOLUTIVA

En las últimas décadas, numerosos clínicos e investigadores interesados en el estudio de los trastornos psicológicos de la infancia y la adolescencia han consolidado el modelo teórico conocido como psicopatología evolutiva o psicopatología del desarrollo (Cicchetti y Cohen, 1995a, 1995b; Cicchetti y Rogosch, 2002). En este enfoque de la psicopatología, tanto la conducta normal como la anormal se entienden como variaciones dentro de un continuo de rasgos o características y no como fenómenos o procesos netamente diferenciados.

La psicopatología evolutiva fue descrita por Stroufe y Rutter (1984) como *“el estudio de los orígenes y el curso de los patrones individuales de desadaptación conductual, cualquiera que sea el comienzo, las causas o transformaciones de su manifestación en la conducta, y cualquiera que sea el curso del patrón evolutivo”* (p.18). Kazdin y Kraemer (1997) la definen como *“el estudio del funcionamiento adaptativo y desadaptativo desde la perspectiva de los sistemas de desarrollo a lo largo del ciclo vital”* (p.376)

El objeto de la psicopatología evolutiva, por lo tanto, consiste en dilucidar qué procesos del desarrollo subyacen a todos los ámbitos del funcionamiento y, en particular, cómo se produce la compleja integración de los sistemas biológicos, psicológicos y sociales de la persona para explicar tanto la conducta adaptada como la desadaptada. La perspectiva organizacional que subyace a este enfoque es un potente marco para entender las intrincadas influencias del curso vital, tanto sobre los estados de riesgo y la psicopatología como sobre el desarrollo normal. Se supone que la vulnerabilidad para los trastornos psicológicos se deriva de las cualidades de la organización entre dichos sistemas, y no tanto de componentes aislados.

El desarrollo psicológico se concibe como el resultado de un determinado número de tareas relevantes para cada estadio; de modo que puede establecerse una imagen jerárquica de la

adaptación, donde la resolución satisfactoria de una cuestión relevante en un estadio temprano aumenta la probabilidad de una adaptación exitosa posterior. Sin embargo, aunque una adaptación temprana presagia con probabilidad cuáles van a ser las características del funcionamiento futuro, la posibilidad de divergencia y discontinuidad siempre existe en un modelo que tiene un carácter dinámico. Es por eso, que el desarrollo se entiende como una epigénesis probabilística.

Las metas principales de los psicólogos evolutivos son comprender la multitud de influencias que convergen en el funcionamiento humano, los resultados que producen, y los procesos intervinientes. Aunque todo el ciclo vital es de interés, la psicopatología del desarrollo se ha enfocado en la infancia y adolescencia. Centrándose tanto en los niños que presentan características que confieren elevada predisposición a desarrollar trastornos psicológicos y que no los desarrollan, como de aquéllos que llegan a manifestarlos. El propósito es examinar los procesos de riesgo y de compensación, así como sus transacciones dinámicas y cómo influyen en el desarrollo de la persona. Consideran importante identificar a los niños y adolescentes que viven en circunstancias de riesgo de presentar posteriores trastornos en la edad adulta, con el fin de dilucidar las organizaciones prodrómicas implicadas en la evolución.

Entendiendo que el desarrollo de un funcionamiento adaptativo o desadaptativo en niños y adolescentes conlleva múltiples retos, que se mencionan a continuación:

1. El rango de factores biológicos, psicológicos y sociales que forman la experiencia humana es enorme. Dentro de cada uno de estos dominios, hay una amplia serie de influencias que interactúan con cada uno de los factores de otros dominios.
2. Hay muchos resultados que deseamos entender en el curso del desarrollo, incluyendo varias formas de psicopatología y patrones desadaptativos o de riesgo.
3. Los patrones desadaptativos o disfuncionales de comportamiento solo pueden ser entendidos en el contexto del desarrollo “normal” y el funcionamiento adaptativo. En consecuencia, estamos también interesados en entender el ajuste, la adaptación y el funcionamiento competente.
4. Deseamos entender los procesos que caracterizan el desarrollo.

El reto, siguiendo a estos autores, consiste en describir, conceptualizar y medir los procesos involucrados en el desarrollo. Llegando a entender la estabilidad, el cambio y las transiciones y pudiendo identificar las influencias que pueden ser perjudiciales para la promoción del comportamiento adaptativo.

Kazdin, Kraemer, Kessler, Kupfer, y Offord (1997) publican un trabajo explicando y reflexionando acerca de la aportación que los estudios sobre factores de riesgo han hecho a la psicopatología del desarrollo, que por su relevancia reseñamos a continuación. Para estos autores los estudios de factores de riesgo han proporcionado pistas importantes acerca de los mecanismos de acción, los procesos y los resultados de interés, aumentando el conocimiento básico sobre psicopatología. Pero, además, este tipo de investigación tiene muchas aplicaciones prácticas como el desarrollo de formas de cribado, el diseño de intervenciones preventivas e incluso han contribuido al desarrollo de legislación que protege la salud.

3.2. DEFINICIÓN DE FACTOR DE RIESGO Y FACTOR PROTECTOR

El concepto de factor de riesgo, ampliamente utilizado en la actualidad surgió del campo de la epidemiología y la salud pública. Un Factor de Riesgo es definido como una característica, experiencia, o evento que, si está presente, se asocia con un incremento en la probabilidad (riesgo) de que un resultado particular ocurra sobre la base de la proporción de aparición de ese resultado en la población general (Kazdin et al., 1997; Mrazek y Haggerty, 1994). El término resultado se refiere a un algún evento o característica que uno podría querer promover o, con más frecuencia, prevenir. El término Factor de Riesgo ha sido usado primordialmente para referirse a las condiciones antecedentes asociadas con un incremento en la probabilidad de resultados adversos, erróneos o indeseables.

El término Factor Protector ha sido usado para referirse a las características presentes en la población que reducen la probabilidad de un resultado indeseable o con un incremento en la probabilidad de resultados positivos y en este sentido tiene un uso paralelo al de “factor de riesgo”. Otra forma de usar este término es en el contexto de un grupo identificado como de

riesgo o de alto riesgo para un particular resultado (Rutter, 1987). Entre los individuos identificados como en riesgo, muchos podrían no mostrar el resultado indeseable. Las características que están asociadas con una disminución del riesgo para ese grupo son consideradas como factores protectores. Se han llevado a cabo estudios que precisamente se dirigen a identificar factores protectores, por ejemplo los estudios con niños prematuros demuestran que a veces, en condiciones socioeconómicas y afectivas favorables, determinadas limitaciones neurobiológicas evidentes, pueden ser superadas al compensarse por una adecuada hiperestimulación maternal, esto abriría la puerta de intervenciones precoces preventivas y terapéuticas (Parmelee, Becwick, Cohen y Sigman, 1984) La investigación sobre Factores de Riesgo, como disciplina, aborda el estudio de ambos tipo de factores, de riesgo y protectores.

La investigación sobre “Factores de riesgo”, es decir, el estudio de las condiciones antecedentes y subsiguientes resultados y las muchas formas en que ambos están relacionados, 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 (y protectores) no son necesariamente eventos discretos o características estáticas que puedan ser identificadas y clasificadas. Las características de riesgo per se no necesariamente residen en las características o eventos denominados como “factores de riesgo”. La naturaleza de los factores de riesgo puede expresarse considerando tres características interrelacionadas:

Primero, factor de riesgo es un concepto relacional en la medida en la que se refiere a una característica, evento o experiencia que se relaciona con un resultado particular.

Segundo, el status de las características, eventos o experiencias como factores de riesgo es condicional. 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).

Finalmente, un factor de riesgo es un concepto procesual pues se refiere a una característica evento, o experiencia que 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. Estos procesos o pasos intervinientes explican porque o como los factores de riesgo presagian el resultado.

En general, si una característica, evento o experiencia está asociada con un incremento en el riesgo para un resultado particular puede depender de un número de otras condiciones. Así, 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 severos o permanentes terminan por incrementar 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*. Es decir, la consideración de los acontecimientos vitales adversos puede ayudar a identificar trayectorias vitales alteradas (Ezpeleta, 2005).

El factor de riesgo trastoca el desarrollo biológico, cognitivo y emocional pudiendo producir la aparición de un trastorno psicopatológico. Su presencia altera el psiquismo impidiendo la elaboración de las experiencias emocionales básicas como el afecto y la vinculación, necesarias para el óptimo desarrollo y crecimiento psicoafectivo del niño (Seligman, 1999).

Como se comentaba anteriormente, unido al concepto de “Factor de Riesgo” aparece el concepto de “Factor Protector”, que serían las condiciones que favorecerían el desarrollo del niño (Ezpeleta, 2005). Pero además también aparecen los conceptos de vulnerabilidad y resiliencia. Por vulnerabilidad se entiende un estado en que el niño sería susceptible de recibir un daño o perjuicio, mientras que el riesgo se referiría a una exposición a una circunstancia (Pedreira, 1997). Una persona que acumulase diversos factores de riesgo, pero con baja vulnerabilidad y adecuados factores de protección, no desarrollaría un trastorno mental como lo haría alguien con alta vulnerabilidad y pocos factores de protección.

La resiliencia podría definirse (Marrone, 2001) como la capacidad de un individuo de adaptarse y utilizar recursos internos de manera competente ante los problemas evolutivos de las distintas etapas del ciclo vital y las adversidades en la vida. El desarrollo de la resiliencia, según este autor, depende fundamentalmente de la seguridad de apego en los años de infancia y adolescencia.

En este sentido, la presencia combinada de factores puede aumentar el riesgo de forma más sinérgica que aditiva (Webster-Stratton y Taylor, 2001), y el impacto de un factor particular puede depender enteramente de la presencia y número de otros factores de riesgo. Los factores de riesgo en un modelo aditivo incrementarían conjuntamente la probabilidad de desarrollar ciertos trastornos psicológicos, independientemente de que se presenten solos o combinados entre sí. También puede ocurrir que ambos factores operen de manera interactiva, tal que los efectos de un factor aumenten o disminuyan en presencia de otro. Una última posibilidad es que los efectos de una variable estén completamente mediatizados por procesos implicados en la otra. Es decir, los factores de riesgo contienen múltiples dimensiones que añaden, moderan o mediatizan sus influencias en el desarrollo conductual y emocional. La complejidad de las formas en que interactúan los factores de riesgo y protección se enmaraña enormemente cuando se descubre que la relevancia de un factor de riesgo puede cambiar, y de hecho lo hace, en función del contexto en que se presenta, de la edad y nivel de desarrollo del individuo, y de la presencia o no de otros factores de riesgo y protección de índole diferente (Etz, Roberston y Ashery, 1998).

En muchas ocasiones se comete el error de obviar la importancia de las conductas o condiciones de protección dada la tendencia natural a enfocar el análisis de las conductas perturbadoras en términos de “factor de riesgo” (Glantz y Johnston, 1999). De hecho, conductas y condiciones de riesgo se ven a su vez influidas por una miríada de factores. Algunos tienen que ver con parámetros de ejecución y exposición, como severidad, intensidad o cronificación de la conducta o condición, y otro buen número de ellos son factores contextuales que ofrecen resistencia al riesgo y fomentan competencias adaptadas. En general, todos ellos se recogen bajo el epígrafe general de “factores de protección”.

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 últimos lleguen a cristalizarse en consecuencias negativas. Al igual que los de riesgo, 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 tenga un impacto limitado dentro de un grupo con riesgo menor. No siempre un evento o una circunstancia negativa se convierten en factor de riesgo de un problema posterior. La emisión de una conducta de riesgo es algo más que el resultado final producto de una suma de factores. La interacción de los factores de riesgo y protección es quien determina el resultado (riesgo), y la interacción del individuo con su ambiente es quien determina la vulnerabilidad a la conducta desajustada (Glantz, 1992). Los factores de protección han sido menos estudiados que aquellos que incrementan el riesgo.

CAPITULO 4. FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES CON EVIDENCIA EMPÍRICA PARA LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN LA INFANCIA.

En cuanto a qué características, eventos y circunstancias son considerados o se estudian como potenciales factores de riesgo para los trastornos mentales, cada vez son más los estudios que ejemplifican esta relación entre funcionamiento cerebral y entorno ambiental que venimos desarrollando a lo largo de la introducción.

Tradicionalmente es en los países anglosajones y nórdicos donde se encuentra el mayor número de investigaciones poblacionales sobre factores de riesgo para trastornos mentales. En ellos se han llevado a cabo estudios de cohortes que pueden tener un tamaño elevado y un seguimiento prospectivo de años de evolución. La realidad es que el mayor volumen de publicaciones se refiere a los denominados *trastornos mentales graves* (TMG) y, en concreto, a la esquizofrenia.

En Dinamarca, con una cohorte de 1,38 millones de nacimientos entre 1973 y 1995 (Khashan, Abel, McNamee, Pedersen, Webb, Baker, Kenny y Mortensen, 2008), se estudia la influencia que tuvo el hecho de que las madres estuviesen expuestas a acontecimientos vitales graves durante el embarazo. Por acontecimientos graves se consideran los hechos siguientes: que uno o más familiares cercanos murieran, fueran diagnosticados de cáncer o sufrieran un infarto agudo de miocardio. A los hijos de estas gestaciones se les realizó un seguimiento desde los diez años hasta su muerte, migración o comienzo del trastorno esquizofrénico. El estudio finalizó en 2005. Los resultados indican que el riesgo de esquizofrenia y otros trastornos mentales graves relacionados fue mayor en hijos cuyas madres sufrieron un acontecimiento vital grave durante el primer trimestre del embarazo, pero no fue así si el hecho traumático ocurría a partir de dicho trimestre o hasta seis meses antes del embarazo. Los autores ponen en evidencia la posible influencia ecológica en determinadas fases del neurodesarrollo.

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 como de los

cuidadores y su entorno. Como factores propios del niño/a, destaca el temperamento, prematuridad, lesiones cerebrales, discapacidades físicas y mentales, a las que pueden añadirse las complicaciones en el período intrauterino y perinatal. Y como aquellos referidos a la madre y su entorno, la sensibilidad, red de apoyo social, nivel socioeconómico, relaciones de pareja, ambiente laboral, trastornos psicopatológicos, personalidad y número de hijos. Vemos a continuación una síntesis de los factores de riesgo que son tenidos en cuenta con frecuencia en relación a la salud mental del niño.

Tabla 2 Factores de Riesgo en la Infancia

Características del niño

- | | |
|--------------------------------------|---|
| - Problemas médicos | - Retraso o trastorno del lenguaje |
| - Alteraciones genéticas | - Niveles extremos de actividad |
| - Problemas neonatales | - Falta de estrategias de afrontamiento |
| - Desarrollo irregular | - Déficit de habilidades sociales |
| - Baja capacidad intelectual | - Baja autoestima |
| - Déficit en el desarrollo cognitivo | - Locus de control externo |
| - Bajo desempeño académico | |

Características de los padres

- | | |
|--|-----------------------------------|
| - Modelos inconsistentes | - Disciplina excesiva o ausente |
| - Estilo de afrontamiento evitativo | - Educación excesivamente crítica |
| - Expectativas inapropiadas del desarrollo | - Negligencia |

Características de la familia y del ambiente

- | | |
|--|---|
| - El niño vive sólo con el padre o con madre | - Recursos financieros/materiales escasos |
| - Muchos hermanos | - Desempleo o subempleo |
| - Conflictos maritales y familiares | - Bajo nivel de instrucción de los padres |
| - Desacuerdos sobre crianza | - Cuidado deficiente de los hijos. |
| - Estado de pobreza crónica | |

Fuente: Schroeder y Gordon, 1991

Existe menos evidencia acerca de aquellos factores considerados protectores o preventivos. Vemos en la siguiente tabla una síntesis de algunos de los factores protectores más importantes siguiendo la misma clasificación en aquellos atribuibles al niño, a los padres y al ambiente.

Tabla 3. Factores Protectores en la Infancia

Características del niño	
- Buena salud	- Físico atractivo
- Ser niña	- No ser primogénito
- Temperamento fácil	- Estrategias de afrontamiento flexibles
- Desarrollo controlado	- Habilidades sociales buenas
- Nivel de actividad moderado	- Apego seguro
- Atención adecuada	- Ejecución académica alta
- Desarrollo normal del lenguaje	- Alta autoestima
- Locus de control interno	
Características de los padres	
- Buen ajuste psicológico	- Inteligencia alta
- Educación superior	- Madre madura
- Padres sensibles y responsables	- Disponibilidad
- Alta autoestima	- Buenos modelos
- Estilo de afrontamiento flexible	- Crianza cálida
- Conocimiento del desarrollo	- Buena salud
- Disciplina clara, flexible pero con límites	- Supervisión cercana
Características de la familia y del ambiente	
- Vivir con los padres	- Apoyo de la familia
- Familias sin muchos niños	- Empleo estable
- Cohesión familiar	- Adecuado cuidado del niño
- Disciplina consistente	- Bajo estrés
- Nivel socioeconómico alto	- Ambiente rural

Fuente: Schroeder y Gordon, 1991

A continuación se describen con más extensión los factores de riesgo que se han empleado como variables en nuestro estudio, los cuales han sido extraídos de la revisión de la literatura científica, nacional e internacional, y de la experiencia clínica.

4.1. MALTRATO, NEGLIGENCIA Y ABUSO AL MENOR

Hay hoy acuerdo en que el abuso emocional sostenido y repetitivo está en el núcleo del trauma infantil (Oi Hagn, 1995), y que el maltrato prenatal o negligencia compromete el desarrollo cognitivo (Trickett y McBride-Chang, 1995). De forma que podría considerarse al abuso infantil como la principal amenaza para la salud mental infantil y uno de los eventos aversivos más graves y comunes en nuestra cultura (Glaser, 2000; Hart y Brassard, 1987). En el niño pequeño, el trauma relacional, funciona sobre el cerebro infantil interfiriendo con la maduración de sistemas cerebrales que dependen de las experiencias de la misma forma que lo haría la exposición a nutrición inadecuada (Levitsky y Strupp, 1995; Mendez y Adair, 1999), a agentes patógenos o químicos (Connally y Kvalsvig, 1993) o el trauma físico (Anderson, Johnstone y Remley, 1999). Este impacto negativo perdura en la trayectoria evolutiva del niño precisamente porque impacta el desarrollo cerebral dañando la capacidad de relacionarse, afrontar el estrés y regularse emocionalmente. Las experiencias tempranas positivas mejoran mecanismos cerebrales de afrontamiento específico mientras que las historias tempranas adversas inhiben este desarrollo. (Schoore, 1994; 2000b)

El maltrato infantil por parte de los cuidadores principales no supone desapego como podría pensarse, sino que el bebé se muestra dependiente del cuidador, mostrando angustia y depresión y aparecen alteraciones o trastornos del apego. La investigación evolutiva actual se centra en las formas más severas de trastornos del apego; reactivo (Boris y Zeanah, 2005) y desorganizado (Lyons-Ruth y Jacobvitz, 1999; Solomon y George, 1999) y propone modelos neurobiológicos que subyacen a las psicopatologías de aparición temprana.

El trauma relacional, que normalmente es ambiental y acumulativo, en lugar de un evento simple y puntual, parece ser frecuente. En 1995 se informa de que aproximadamente 3 millones de niños habrían sido abusados o descuidados en EEUU (Barnet y Barnet, 1998). Existe

evidencia que indicaría que por ejemplo en los Estados Unidos los maltratos más serios ocurren a niños menores de 2 años (National Center of Child Abuse and Neglect, 1981). El homicidio (Karr-Morse y Wiley, 1997) es una de las principales causas de muerte en niños menores de 4 años.

En un número de 1997 de *Pediatrics* contiene un sorprendente estudio en el que utilizando los vídeos de las cámaras de seguridad del hospital se documentan varias formas de abuso infantil infringidas por los cuidadores hacia niños hospitalizados por problemas graves. Incluso niños tan pequeños como bebés de tres meses mientras están en el hospital (Southall, Plunkett, Banks, Falkov y Samuels, 1997).

4.2. SEXO

Un posible factor o marcador de riesgo diferencial de psicopatología ampliamente estudiado sería el sexo y/o género (Zucker, 2002), aunque con gran confusión terminológica en la bibliografía científica ya que, estrictamente ambos no serían intercambiables. Para Krieger (2003) este factor tendría mucha relevancia ya que si el desarrollo, cuadro, curso y pronóstico de los trastornos psicológicos es diferente en niños y en niñas podría ser necesarios diferentes programas de prevención e intervención. El estudio de las diferencias de género en la manifestación de la psicopatología tiene importantes implicaciones prácticas y podría contribuir a conocer la etiología de los trastornos.

Rutter, Caspi y Moffitt (2003) presentan las posibles causas de estas diferencias de forma secuencial partiendo de las diferencias genéticas, el siguiente nivel serían las consecuencias de ser genéticamente hombre o mujer que supondrían una posible exposición a factores de riesgo diferentes en patrón, número o gravedad o una diferente susceptibilidad al riesgo. En el último nivel se situarían los mecanismos de riesgo más implicados directamente en que aparezcan trastornos y que afectan de modo distinto a niños y niñas.

Hoy en día se acepta que existe una superioridad de niños en los trastornos que se inician tempranamente y que implican neurodesarrollo (TDAH, trastornos del desarrollo del lenguaje, autismo, trastornos de conducta) y un predominio de las niñas adolescentes en los trastornos del estado de ánimo y la conducta alimentaria (Rutter, 2002)

Aunque algunos estudios han señalado que niños y niñas difieren en los factores de riesgo, otros no apoyan estos hallazgos (Moffitt y Caspi, 2001; Storvoll y Wichstrom, 2002). Entre las diferencias encontradas, el uso de tabaco por la madre durante el embarazo, los amigos problemáticos, el fracaso escolar, las situaciones familiares adversas, la falta de supervisión durante el tiempo libre, y la disciplina dura se relacionan más estrechamente con los niños que con las niñas, mientras que en la pubertad precoz, el estilo educativo intrusivo y sobreprotector y la psicopatología de los padres biológicos lo hace con las niñas (Rowe, Maughan, Pickles, Costello y Angold, 2002; Storvoll y Wichstrom, 2002).

4.3. PSICOPATOLOGÍA PARENTAL Y FAMILIAR

En el primer apartado comentábamos cómo el bebé humano nace absolutamente dependiente de su ambiente, entendiendo por ambiente los cuidadores principales, no solo para su supervivencia y salud física sino también para su desarrollo emocional y mental. Es por ello que resulta crucial el estado y la Salud Mental de la madre, o cuidador principal, durante los primeros años de vida del niño. (Montaldo, 2009; Winnicott, 1958)

Numerosos estudios señalan el riesgo de problemas del desarrollo y psicosociales en niños cuyos padres padecen enfermedades mentales. Como señala Artigue (2012) aunque algunos investigadores denominan este riesgo como *riesgo genético*, en la transmisión del trastorno de padres a hijos existirían más elementos a tener en cuenta, no solo los genéticos.

Dejando a un lado las posibles influencias genéticas en la enfermedad, es importante ver como la enfermedad mental de la madre influye inevitablemente tanto en el funcionamiento parental materno como en el vínculo entre la madre y el niño. (Marrone, 2001; Lyons-Ruth, Alpern y Repacholi, 1993)

El diagnóstico de psicosis en uno o ambos progenitores como factor de riesgo es un objeto de estudio frecuente entre profesionales e investigadores de la salud mental. En la literatura consultada el incremento del riesgo se produce tanto si es uno como si son los dos progenitores los que padecen el citado trastorno (McGrath, 2000; Artigue, 2012). Los niños de padres con depresión mayor tendrían mayor riesgo y tasas mayores de psicopatología (Field, Healy y Goldstein, 1990)

Existen revisiones bibliográficas que recogen las conclusiones de diversos estudios que analizan el llamado *riesgo* debido a la historia familiar (Olin y Mednick, 1996) en muestras de población de diferentes países (EE. UU, Israel, Dinamarca, Finlandia, Inglaterra, etc.). En estas muestras se estudia a descendientes biológicos de padres y/o madres que padecen psicosis. Por ejemplo, en el Estudio Longitudinal del Desarrollo de la Infancia en Jerusalén (Hans, Marcus, Nuechterlein, Asarnow, Styr y Auerbach, 1999) los autores comparan los resultados de los descendientes de padres con diagnóstico de esquizofrenia con los descendientes de padres con otros trastornos mentales y, por último, con los descendientes de padres sin ningún diagnóstico psiquiátrico. Concluyen que, en comparación con los otros dos grupos, son los descendientes de padres con trastorno esquizofrénico los que mayores tasas tienen de trastornos psiquiátricos, con tendencia a ser diagnosticados de trastornos de personalidad (Hans, Auerbach, Styr y Marcus, 2004). Estos resultados son coincidentes con otros estudios de cohortes; con población Suiza en el caso del estudio de Zabala y Manzano (1993) y con población de estadounidense en un estudio más reciente (Goldstein, Buka, Seidman y Tsuang, 2010).

En una revisión bibliográfica, McGrath (2000) señala que el tener un progenitor o los dos con diagnóstico de esquizofrenia es el más robusto de los factores de riesgo identificados, aunque no se haya determinado la existencia de un gen que transmita el trastorno. De la misma forma, Jablensky (2000) encuentra que el aumento del riesgo relativo se sitúa entre el 5% y el 12% para los descendientes de primer grado.

En el proyecto Copenhague High Risk (1962), incluido en la revisión de Olin y Mednick (1996) los resultados fueron casi idénticos al estudio de Jablensky (2000), para los descendientes, el porcentaje de personas que desarrollan este tipo de trastorno fue del 12 %. También los estudios sobre niños adoptados descendientes de uno o dos progenitores con diagnóstico de esquizofrenia muestran cómo la influencia paterna se transmite en la crianza, aunque, si estos

eran adoptados por padres “enfermos” aumentaba el riesgo de desarrollar el trastorno, en cambio cuando los padres adoptivos eran “no enfermos” el riesgo disminuía (Tienari, Sorri, Lahti, Naarala, Wahlberg, Moring, Pohjola y Wynne, 1987; Tienari, Lyman, Sorri, Lahti, Lasky, Moring, Naarala, Nieminen y Whalberg, 2004).

El Listado de ítems en salud mental (LISMEN) validado por Artigue (2012) recoge también el consumo de tóxicos por parte de los padres. Subraya la dificultad de aislar el consumo de tóxicos durante el embarazo de otras características de personas consumidoras que podrían influir a la vez en la crianza de los hijos.

La investigación de Bennedsen (1998) incide en que el consumo de tóxicos en mujeres que en el período de gestación es uno de los factores que aumentan la probabilidad de que se produzca un desarrollo fetal anormal, infecciones en el embarazo y bajo peso al nacer, pero se refiere a mujeres ya diagnosticadas de esquizofrenia. Zammit et.al. (2009) exploran retrospectivamente factores genéticos y ambientales en una amplia muestra de niños de 12 años en Reino Unido. Estudiaban la aparición de síntomas pre-psicóticos, que mostraron una fuerte asociación con el consumo de tabaco y alcohol por parte de la madre, no así con el cannabis.

Esos y otros datos indican que ciertos estímulos maternos que afectan negativamente al feto impactan sobre su desarrollo cerebral, por ejemplo sobre el eje hipotálamo-pituitario-adrenocortical (HPA) (Sandman et al., 1994; Weinstock, 1997) y además producen una vulnerabilidad neurofisiológica duradera. Actualmente existe evidencia convincente de los efectos negativos duraderos del alcoholismo materno (Streissguth et al., 1994), drogas (Espy, Kaufman, y Glisky, 1999), y tabaco (Fergusson, Woodward, y Horwood, 1998) usados durante el embarazo en el desarrollo infantil. Estos factores de riesgo en parte reflejan un retraso en el desarrollo cerebral postnatal (Hüppi, Schuknecht, Boesch, Bossi, Felblinger, Fusch y Herschkowitz, 1996) el cual se expresa no solo en prematuridad y bajo peso al nacer, sino también en precarias capacidades interactivas (Aitken y Trevarthen, 1997). Esas limitaciones en la capacidad de respuesta social podría relacionarse con la evitación o rechazo parental (Field, 1990), e incluso con abuso físico de niños prematuros (Hunter et al., 1978).

4.4. TRASTORNO DEPRESIVO DURANTE EL EMBARAZO Y POSTPARTO.

En el ya mencionado estudio de Zabala y Manzano (1993) se designa a la depresión, en este caso durante el puerperio como una de las variables que integra el “perfil clínico” de riesgo. Existen diversos trabajos que estudian el impacto de la depresión durante o después del embarazo (puerperio) y también sobre el estrés o trastorno emocional importante de la madre durante el embarazo. Un caso más específico es el del trastorno del postparto. Aunque la etiología de la depresión postparto no está clara, un significativo número de mujeres; entre el 10 y el 15%, experimenta una depresión de leve a moderada después del nacimiento de sus hijos (O’Hara, Newnaber, y Zekoski, 1984). En la cohorte de Finlandia de 1966 según concluyen los autores (Mäki, Riekkii, Miettunen, Isohanni, Jones, Murray y Veijola, 2010), la depresión materna durante el embarazo no actuaría como un factor de riesgo en sí mismo sino como un factor aditivo en aquellos niños ya vulnerables por historia familiar de trastornos psicóticos. Hay que señalar que los autores estudian el riesgo de trastorno esquizofrénico.

En el estudio de Khashan, Abel y McNamee (2008), se informa de un aumento del riesgo relativo de padecer un trastorno esquizofrénico cuando se produce un acontecimiento vital grave durante el primer trimestre del embarazo. Estos autores indican que esta situación estresante puede ser similar a la producida por la aparición de un trastorno emocional en el mismo período de gestación. Otras investigaciones como la de situaciones de guerra también apuntan en esta dirección (Van Os y Selten, 1998; Susser, Neugebauer, Hoek, Brown, Lin, Labovitz y Gorman, 1996).

Algunos estudios sugieren que el estrés materno durante el embarazo puede incrementar en los niños la probabilidad de tener un temperamento difícil. Como se comentará más extensamente, el temperamento difícil se ha estudiado también como potencial factor de riesgo para desarrollar trastornos mentales en la infancia. El temperamento del niño intervendría dotando al individuo de una sensibilidad especial que repercute en la atención diferencial ante los estímulos, el procesamiento específico de la información y, sobretudo, de una distinta reactividad emocional ante determinado tipo de acontecimiento. La relación entre la depresión de la madre durante el embarazo y la probabilidad de tener un temperamento difícil se ha explicado

por los cambios bioquímicos que el estrés supone y que forman parte del ambiente biológico en el que el niño se gesta (Huizink, de Medina, Muldre, Visser y Buitelaar, 2002). Otros autores exploran las repercusiones que tienen las alteraciones maternas en la constitución temperamental de sus hijos (McMahon, Barnett, Kowalenko, Tennanty Don, 2001) han encontrado que las madres deprimidas y también con otro tipo de trastornos mentales tienen hijos con temperamento difícil por encima de la frecuencia esperada, lo que mostraría de nuevo la interacción entre las características temperamentales del niño y las del entorno inmediato tanto físico como psicológico. El resultado de estas alteraciones, y de otras consideradas menos graves como los estados subdepresivos reactivos, es una pobreza en la interacción, una ausencia o escasa armonización afectiva, que si se prolonga, resulta absolutamente perjudicial para la evolución del bebé (Field, 1990)

4.5. OTROS FACTORES PERINATALES

Quizá uno de los factores de riesgo perinatal más analizados en la investigación en Salud Mental sean los problemas obstétricos. Mayoritariamente se han estudiado en relación al trastorno esquizofrénico. En su trabajo de 1996, Olin y Mednick revisan diferentes estudios en los que se analizan los factores de riesgo para la psicosis. En las investigaciones revisadas por estos autores, la probabilidad de desarrollar un trastorno de tipo psicótico, en concreto esquizofrénico, aumenta de forma significativa en las personas que sufrieron complicaciones obstétricas. Prestan especial atención al Proyecto Copenhague High Risk, (Mednick, Parnas y Schulsinger, 1962) en el que se estudian a 207 descendientes de madres con trastorno de esquizofrenia. En este trabajo surgen tres factores de riesgo principales; tener antecedentes psiquiátricos importantes, trauma perinatal y cuidados parentales o institucionales inestables hacia el niño.

El grupo de Dalman (Dalman, Allebeck, Cullberg, Grunewald y Koster, 1999) estudió en Suecia a todos los niños nacidos entre 1973 y 1977, un total de 507.516 niños, y seleccionó a aquellos que posteriormente fueron diagnosticados de trastorno esquizofrénico entre 1987 y 1995. Un total de 238 casos. Estudiaron diferentes complicaciones obstétricas y hallaron una

asociación estadísticamente significativa entre los casos en que se produjo una preeclampsia como causa de una malnutrición fetal y el aumento del riesgo relativo de padecer dicho desorden. También encontraron mayor frecuencia de casos de gestación acortada y de hipoxia en el parto en las personas que desarrollaron el trastorno psicótico. Es decir que encontraron una asociación entre el aumento del riesgo de aparición de esquizofrenia y los antecedentes de haber tenido diversos problemas obstétricos. Thomas, Dalman, David, Gentz, Lewis, y Allebeck (2001) incluso especifican que en dicha cohorte son las complicaciones obstétricas las de correlación más alta con el trastorno esquizofrénico. A la misma conclusión llega McGrath (2000) en su revisión bibliográfica; comenta especialmente en su revisión un estudio basado en 700 personas diagnosticadas de trastorno esquizofrénico y en 835 controles en el que se establecía una relación significativa entre la aparición del trastorno y la presencia de alguna de estas cuatro circunstancias: ruptura prematura de membranas, gestación acortada a menos de 37 semanas, uso de incubadora y una tendencia al bajo peso en el momento del nacimiento. También en la investigación de Jones, Rantakallio, Hartikainen, Isohanni, Sipila (1998), que se inició en 1966, se estudia el riesgo de padecer esquizofrenia en una cohorte de 11.017 personas, mayores de 16 años en aquel momento y que vivían en la zona norte de Finlandia. Los casos de riesgo se siguieron hasta los 27 años. Tres factores aumentaban significativamente la probabilidad de aparición del trastorno: madres que se consideraban a sí mismas deprimidas, tener bajo peso al nacer y gestación acortada.

En los estudios auspiciados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y realizados en diversos países Jablensky (2000) señaló el problema obstétrico como uno de los seis factores de riesgo identificados que producen un aumento del riesgo relativo de que se produzca el trastorno.

El potencial riesgo para la salud del parto vaginal asistido (ventosa y fórceps) y la cesárea en los niños ha sido investigado en un gran número de estudios (Johanson, Heycock, Carter, Sultan, Walklate, y Jones, 1999; Sachs, Kobelin, Castro, Frigoletto, 1999; Contag, Clifton, Bloom, Spong, Varner, Rouse, Ramin, Caritis, Peaceman, Sorokin, Sciscione, Carpenter, Mercer, Thorp, Malone, y Iams, 2010).

En el estudio de Lians y Chikritzhs (2011) el parto asistido con fórceps y cesárea de emergencia estuvo asociado con un incremento significativo de riesgo de consulta en Salud Mental para el periodo entre 6 y 12 años.

Otro conocido factor de riesgo para la Salud Mental infantil es la prematuridad. De hecho, la prematuridad fue el factor de riesgo que figuro como primero de la lista de 17 variables en la muestra de Ginebra (Zabala y Manzano, 1993). Es muy frecuente que el bebé prematuro requiera un relativamente prolongado ingreso hospitalario e incluso estancias en la Unidad de Cuidados Intensivos para sobrevivir. Todos estos cuidados que permiten la supervivencia física son, al mismo tiempo, una situación de aumento de estímulos negativos (contacto con muchas personas, instrumental, aparatos, luces, alarmas), pero sobretodo experiencias de dolor. Al mismo tiempo, existe una disminución de los estímulos positivos que crean confort y seguridad (contacto con el cuerpo materno, amamantamiento, canciones, caricias). Esto representa una situación altamente estresante para el bebé, que suele retraerse para sobrevivir (Armus, Duhate, Oliver y Woscoboinik, 2012). La prematuridad puede ser pensada como una crisis psicosocial inesperada, los padres se deben enfrentar primero a la posibilidad de que su niño muera, luego hacer frente a una sensación de incapacidad por no haber sido capaces de llegar a gestar un bebé “a término”; después de unos días de incertidumbre, deben renovar la relación con sus hijo, separado de sus padres hasta entonces. Después de esta interrupción en la creación del vínculo deben adaptarse a las características particulares de cada niño prematuro (Medoff-Cooper, 1995). Los padres deben realizar un enorme esfuerzo psicológico para encarar la situación. Para poder atravesar con eficacia la crisis, los padres deben poseer la capacidad de comprender el problema de una manera realista, ser conscientes de lo que sienten y poder expresarlo, y pedir ayuda a otros.

En particular en las madres, el nacimiento de un niño prematuro provoca una importante crisis psicológica. Se observa en ellas una disminución de la autoestima porque no fueron capaces de retener a su niño los nueve meses de embarazo. La separación del bebé aumenta el sentimiento de fracaso. La madre asume una función de apoyo “periférica” que dificulta el proceso de apego y suele presentar sentimientos perturbadores y en ocasiones contradictorios. Las emociones más destacadas son ansiedad, temor a la muerte de su hijo y sentimiento de culpa. Aunque se sientan agradecidas, suelen sentir fuertes sentimientos de celos, hostilidad e incluso

desconfianza hacia el personal sanitario (Armus, Duhale, Oliver y Woscoboinik, 2012). Todo esto dificulta el establecimiento del apego, ya que además los bebés prematuros son poco capaces de responder a los estímulos sociales y reforzar al cuidador. (Medoff-Cooper, 1995).

Un factor quizá menos conocido es la planificación o no del embarazo o el rechazo al embarazo. Por ejemplo, en un estudio epidemiológico mencionado por Artigue (2012) en la validación de su Lista de ítems de Salud Mental, Myhrman, Rantakallio, Isohanni, Jones y Partanen, (1996) preguntaron a todas las madres de una amplia muestra, en cada caso, si su hijo era deseado o no. Observaron un aumento en la incidencia de aparición del trastorno esquizofrénico en el grupo de descendientes no deseados, el 1.5%, mientras que esta se sitúa en el 0,7% en el grupo de descendientes deseados.

4.6. ENFERMEDAD CRÓNICA Y DISCAPACIDAD

Cada vez es más frecuente que la enfermedad crónica se considere como uno de los estresores psicológicos a los que puede estar expuesto un niño, y más si en determinadas ocasiones su tratamiento conlleva hospitalizaciones frecuentes y/o intervenciones quirúrgicas. Así como la posibilidad de discapacidad física o psíquica derivada de la enfermedad.

En nuestro ámbito, Pedreira (1997) publicó un interesante trabajo sobre la vulnerabilidad en la primera infancia en el que definía la vulnerabilidad alta como una característica que afecta en grado importante al proceso de desarrollo, y comentaba dos hechos externos que generarían dicha vulnerabilidad: la enfermedad crónica y el niño enfermizo. Nótese que, a los hechos externos, el propio doctor Pedreira los denomina *riesgo* y los caracteriza mediante pruebas médicas frecuentes, visitas constantes a servicios, ingresos, intervenciones quirúrgicas. En definitiva lo que denomina *alta frecuentación de los servicios de salud*, con las repercusiones que tienen en el medio familiar y en el escolar. Emocionalmente los define como niños retraídos, tímidos y con tendencia a la depresión.

Los estudios sobre la enfermedad crónica en la familia se han venido centrando en cada uno de sus miembros de forma individual, pero son cada vez más los investigadores que afirman

que la enfermedad repercute en todos los miembros de la familia (Spinetta, 1984). La enfermedad crónica se convierte así en un hito que condiciona una reestructuración de las reglas interaccionales preexistentes en la familia.

La enfermedad crónica causa un fuerte impacto en el sistema familiar. Las familias con un hijo crónicamente enfermo no sólo cumplen con las funciones relacionadas con la enfermedad sino con las necesidades adicionales traídas por ella, por ello, la familia además de contribuir en la salud física y emocional de sus miembros, puede ser víctima potencial de los efectos de la enfermedad (Attie-Aceves, 1995).

Hay momentos en el ciclo vital de la familia en que una enfermedad crónica es más esperada -tal es el caso de la vejez-, no sin que por ello la familia lo sienta menos. Pero cuando aparece en etapas del ciclo no esperadas- la infancia o adolescencia-el efecto es mayor, creándose relaciones centrípetas en torno al enfermo (Martínez, 1994). En los ajustes que la familia hace influye el tipo de enfermedad, el momento evolutivo en que se encontraba la familia cuando aparece la enfermedad y las características de la propia familia.

Robles de Fabre (1987) señala la estructura de una familia con un enfermo crónico, resaltando las siguientes particularidades: Se tendería a la permeabilidad de los límites entre los diferentes subsistemas del sistema familiar y la sociedad otorgando al enfermo un lugar central, pérdida del subsistema conyugal frente al parental, agotamiento del cuidador principal del enfermo perdiendo también relevancia en la familia y conductas disfuncionales en los demás miembros del sistema familiar. Por su parte, Campbell (1994) reseña cuatro características típicas que presentan familias con enfermos crónicos: La enfermedad y sus demandas tienden a dominar la vida familiar mientras que otras necesidades de la familia son ignoradas, se establecen o afianzan alianzas entre el enfermo y algún miembro de la familia, las respuestas de enfrentamiento a situaciones cotidianas de la familia se vuelven rígidas y el aislamiento de la familia para hacer frente a la enfermedad.

A su vez, Miller (1983) presenta los rasgos generales de una enfermedad crónica tales como: los síntomas interfieren con la actividad cotidiana, los regímenes médicos están limitados en lo tocante a la enfermedad, el tratamiento contribuye a la disrupción de la vida normal y en general, la enfermedad, sobre todo cuando es crónica, altera en gran medida tanto la vida del

paciente como la de las personas de su entorno, suponiendo la necesidad de adaptabilidad a la misma por parte de éstas. Hacer frente a la enfermedad de un ser querido supone todo un desafío y desorganización en el contexto familiar, dando lugar a una situación mucho más vulnerable y dolorosa cuando se trata de la enfermedad de un hijo y acentuando posibles problemas ya existentes. Son muchos los factores negativos asociados a las enfermedades crónicas que pueden repercutir a nivel emocional en el paciente: angustia, ansiedad, aprensión a lo desconocido, intranquilidad, dolor, necesidad de periodos de hospitalización, cuidados diarios rutinarios, pérdida de autonomía, cambio en las relaciones familiares y sociales, perjuicio social, inseguridad e incluso, temor la muerte.

Centrándonos en la infancia, las enfermedades crónicas son aquellas que por su duración llegan a perturbar seriamente la vida normal del niño y que aun no siendo muy frecuentes, ocupan por su duración bastante tiempo del pediatra. El límite actual se establece alrededor de los doce meses, aunque algunos clínicos ya lo sitúan a partir de los tres meses. Cuando un enfermedad prolongada se manifiesta durante la edad escolar, antes de los tres meses, ya se producen retrasos graves si no hay una actuación adecuada (Cruz, 1994)

Son muchos los estudios que coinciden al afirmar que los niños con enfermedad crónica física tienden a presentar un mayor número de problemas emocionales y una personalidad más inestable, ansiedad, introversión y problemas de autoestima, que aquellos niños que no han sido diagnosticados con una patología crónica (Hysing et al, 2007; Hysing et al 2008; Lozano y Blanco, 1996; Rietveld, Van Beets y Prints, 2005). En general, los diversos estudios e investigaciones en este campo de trabajo coinciden en destacar la ansiedad, el temor a la muerte, la culpabilidad, la ira y la impotencia como los estados anímicos y emocionales más extendidos en pacientes pediátricos.

Un factor asociado a la enfermedad física es la necesidad de hospitalizaciones. Guzmán et al. (2011) afirman que el niño hospitalizado manifiesta un alto desequilibrio biopsicológico que lo hace más vulnerable a los estresores, al encontrarse sus capacidades de adaptación minimizadas o ausentes ante su nueva realidad. Las hospitalizaciones suponen un abandono de su medio habitual de desenvolvimiento (su familia, amigos, colegio, etc.) para entrar en un nuevo universo estresante en el que todo es distinto tanto el medio que le rodea (hospital, pasillos, habitaciones) como las personas con las que tiene que relacionarse (médicos,

enfermeras, niños enfermos como él, etc.). Las reacciones emocionales adversas al hecho de la hospitalización pueden mantenerse una vez el niño ha vuelto a casa (Rodríguez y Pardos, 2000) como por ejemplo, podrían aparecer pesadillas, alteraciones al oír hablar de hospitales, mayor apego a la madre, negación ante la ingesta de determinados alimentos que le recuerdan a su estancia en el hospital, etc.

Esto estaría relacionado con que con la hospitalización se desencadenan un sinnúmero de estímulos estresantes e incluso amenazantes de la propia integridad física del niño (Fernández-Castillo y López-Naranjo, 2006; Ortiz, 1997) a los que el niño habrá de adaptarse. Dicha adaptación a la enfermedad va a depender, primordialmente, de los siguientes factores: la enfermedad en sí misma, las características del niño y los factores ambientales.

Muy relacionada con la enfermedad física crónica está la situación de discapacidad. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja la interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que se vive. Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias-problemas que afectan a una estructura o función corporal-, las limitaciones de la actividad-dificultades para ejecutar acciones o tareas- y las restricciones de la participación-problemas para participar en situaciones vitales-. Entonces, la discapacidad es el resultado de la interacción entre la condición de salud de una persona y las barreras medioambientales y personales que esa persona puede enfrentar (relación entre la condición de salud y los factores contextuales). Esta interacción además de ser compleja es siempre dinámica.

Existen distintos tipos de discapacidad: motora, sensorial (auditiva, visual o táctil) y mental (respecto de la personalidad, intelectual, asociada). (OMS, 2014). Lo primero que se impone frente una situación que implique un desarrollo diferente con características particulares es la necesidad de la adaptación del medio (padres, familia, comunidad) a una realidad diferente a la esperada. Se requiere entonces un proceso de elaboración afectiva que puede ser muy costoso, pero que permite generar factores protectores que prevengan ante la posibilidad de encontrarse con dificultades en el desarrollo emocional del bebé. (Armus, Duheldo, Oliver y Woscobolnik, 2012).

El anuncio de una discapacidad, cualquiera que sea, no debería implicar en sí misma la aparición de problemas en el desarrollo emocional. Aunque aún en familias equilibradas, la noticia constituye una crisis. Esto implica un período de desequilibrio psicológico en personas que enfrentan un problema importante, y que por el momento no pueden evitar ni resolver con los recursos acostumbrados. Surgen sentimientos ambivalentes y muy variados, como frustración, tristeza, descreimiento, negación, confusión, fracaso, enojo, agobio y sobreexigencia, sentimientos de soledad, una enorme responsabilidad impuesta por la discapacidad. Pero también pueden manifestarse sentimientos de agradecimiento, de enriquecimiento personal, alegría y satisfacción por llevar adelante un desafío. Cada familia y cada comunidad deben encontrar sus respuestas y sus propios recursos frente a un bebé distinto de lo esperado (Armus, Duheldo, Oliver y Woscobolnik, 2012). Psíquicamente hablando, un bebé con problemas en el desarrollo puede ser un niño sano o no. Esto dependerá en gran medida de la estructura familiar, del sostén profesional que se le puede dar, y de la trama familiar y comunitaria en que esté inmerso.

4.7. DIFICULTAD EN LA CRIANZA Y TEMPERAMENTO PERCIBIDO

4.7.1 Concepto de Temperamento

Tradicionalmente, el término “temperamento” se ha utilizado para referirse a aquellas diferencias individuales intrínsecas, que surgen desde el nacimiento, manteniéndose relativamente estables a lo largo de la vida, y a las que se les supone una fuerte base genética o neurobiológica (Goldsmith, Buss, Plomin, Rothbart, Thomas y Chess, 1987; Plomin, 1983). Se diferenciaba así del término “personalidad”. Se entendía más como una dimensión de la personalidad, representante de la afectividad basada en la biología, conceptualizado como una característica intrínseca, relativamente estable del niño, presente desde el nacimiento. Actualmente se ha convertido en un término de conocimiento general que se refiere a las diferencias individuales especialmente en los bebés y niños.

A pesar de una larga historia de investigación aún existe poco consenso sobre una definición aceptable de temperamento y sobre las principales dimensiones que subyacerían a los rasgos temperamentales (Goldsmith et al. 1987). Por lo que coexisten múltiples definiciones de temperamento. Rothbart y Posner (2006) definen el temperamento como diferencias individuales en los dominios de la emoción, la actividad motora y la atención con base constitucional. A su vez, Ivorra, Gilabert, Moltó, y Sanjuán (2007) definen el temperamento como diferencias individuales estables en las tendencias conductuales. Estos autores también consideran estas diferencias constitucionales ya que se observan desde el nacimiento. En general, consideran que las tendencias temperamentales son poco influenciadas por el ambiente y la experiencia a pesar de que se reconoce cierto efecto sobre ellas de algunas experiencias intrauterinas y posteriores.

Chess y Thomas presentan en 1977 el estudio longitudinal de New York (New York Longitudinal Study) en el que detallan una serie de características que tendían a agruparse y las articulan en perfiles temperamentales tempranos:

Tabla 4 Estudio NYLS

Nivel de Actividad	Inquietud/tranquilidad Continuidad e intensidad del movimiento
Ritmicidad	Regularidad/irregularidad de ciclos de actividad: hambre, deposiciones, vigilia/sueño
Umbral de Respuesta	Nivel de estimulación necesario para elicitación una reacción; intensidad de estímulo necesaria para provocar una respuesta
Sensibilidad	Ante luz, sonidos, música, olores, actividad, horarios, cambios de ritmo
Acercamiento-Alejamiento ó Aceptación-Rechazo	Acercamiento/alejamiento ante experiencias nuevas. Tendencia a reaccionar ante nuevas personas o circunstancias con aceptación o rechazo.
Intensidad de Reacción	Magnitud de las respuestas emocionales (sonrisas- carcajadas, llanto...) ante el placer y el displacer. Hipo e hiper reactividad.
Adaptabilidad	Implicación/no implicación ante novedades y posteriormente a los cambios (destete, introducción de papillas, cuchara, dulce salado, texturas...)

Calidad de Humor	Tendencia general hacia la alegría o el enfado. Cantidad de conducta placentera en contraste con malestar
Auto consuelo	Distractibilidad ante estímulos que inciden en la conducta (pulgar, dormir a pesar de ruidos, etc.)
Distractibilidad	Tendencia a reorientar o no la atención ante algo nuevo.
Excitación y Persistencia de la Atención.	Tendencia a mantener o no el interés sobre el objeto o experiencia. Cantidad de tiempo dedicado a una actividad y efecto de la distracción (mantenimiento del ritmo de succión, persistencia en deglutir hasta sentirse saciado).

Nota: Autores Thomas y Chess. Tabla recuperada de Enríquez, Padilla y Montilla (2008)

Aunque todos los niños mostraron los comportamientos reflejados en la tabla, algunos niños eran más proclives a mostrar ciertos comportamientos que otros. Encuentran que aproximadamente el 60% de los niños podrían clasificarse en uno de los siguientes tres grupos; temperamento Fácil, temperamento Difícil y temperamento Lento. Las principales características de cada uno de los grupos se describen en la siguiente tabla:

Tabla 5 Perfiles Temperamentales Tempranos

Temperamento Fácil	<i>Serenos, abiertos, con tendencia a ánimo placentero, al establecimiento temprano de hábitos y rutinas regulares y con facilidad para la adaptación al cambio.</i>	40%
Temperamento Lento	<i>Taciturnos, tendencia a la inactividad, con lentitud y resistencia pasiva en la adaptación al cambio.</i>	15%
Temperamento Difícil	<i>Intranquilos, irritables, despliegan mucha actividad, irregulares en rutinas y hábitos cotidianos, con reacciones intensas lentas y no placenteras ante los cambios (objetos, personas, experiencias nuevas).</i>	10%
Mezcla de categorías		35%

Nota: Autores Thomas y Chess. Tabla recuperada de Enríquez, Padilla y Montilla (2008)

Otros autores, como Sameroff y Emde (1989) consideran dimensiones temperamentales similares (Ritmo de las funciones fisiológicas, frecuencia e intensidad; Actividad relacionada con el tono muscular y la motilidad; Adaptabilidad a situaciones nuevas y de autocalma; Intensidad de las reacciones emocionales; Reactividad general ante estímulos; Aproximación y/o Alejamiento ante estímulos; Humor y calidad de las emociones; Capacidad para mantener la atención sobre el rostro y el timbre de voz y Distracción ante los estímulos).

Algunas de las características tempranas parecen presentar una estabilidad en la primera infancia, niñez e incluso en la primera fase adulta (nivel de actividad, irritabilidad, sociabilidad, timidez), pero en general, actualmente existe un amplio acuerdo respecto a la influencia que el ambiente puede ejercer sobre esta base temperamental. La investigación parece confirmar tanto la observación de un temperamento infantil definido, con fuerte influencia genética, que contribuye a la formación de la personalidad, como la posibilidad de cambio o reorientación de la misma ya sea en la infancia, adolescencia o adultez de casi todos los rasgos básicos.

4.7.2. Temperamento y vulnerabilidad hacia la Psicopatología

El temperamento infantil ha sido frecuentemente mencionada como un factor importante en la determinación del ajuste psicosocial posterior, en el sentido de que el temperamento “difícil” en la infancia se considera con frecuencia un factor de riesgo para múltiples resultados negativos. Esta asociación se ha confirmado en múltiples estudios, por ejemplo, con el bajo rendimiento escolar (Keogh, 1982), con más accidentes infantiles (Carey, 1982), y con una alta frecuencia de problemas de conducta (Earls, 1981; Graham, Rutter y George, 1973; McInerney y Chamberlin, 1975; Prior, Sanson, Oberklaid y Northam, 1987). En Estados Unidos incluso se crearon programas para guiar a los padres sobre los problemas que pueden surgir sobre la base del tipo de temperamento de sus hijos, como recogían ya en 1986, Cameron y Rice.

Además del temperamento difícil de forma genérica, también se han estudiado la relación entre diferencias individuales en distintas dimensiones temperamentales con la psicopatología o

trastornos mentales. Como resumen Bijttebier y Roeyers (2009) varios estudios han mostrado que los niveles extremos de reactividad temperamental, tanto por defecto como exceso, están asociados con diferentes tipos de psicopatología. Sin embargo, la contribución del temperamento a la vulnerabilidad hacia la psicopatología no solo debe verse desde la reactividad, estudios recientes subrayan la influencia de los procesos de autorregulación emocional que permiten disminuir el riesgo asociado con su reactividad temperamental. (Lonigan, Vasey, Phillips y Hazen, 2004; Nigg 2006). Se incrementa la evidencia de que la vulnerabilidad a la psicopatología está asociada a un temperamento caracterizado por niveles extremos de reactividad emocional en combinación con bajos niveles de autocontrol (Lonigan y Phillips 2001).

Por otra parte, la investigación del desarrollo ha indicado claramente que los efectos del temperamento en la adaptación y la salud mental rara vez son directos (Frick, 2004). Por esta razón, es importante considerar mecanismos potenciales subyacentes a las asociaciones entre temperamento y psicopatología que funcionarían como mediadores o moderadores de la relación. (Bijttebier y Roeyers, 2009). Esta asociación entre el temperamento temprano y los resultados posteriores generalmente es solo de fuerza moderada o baja. Esto también iría en la línea de la idea del impacto del temperamento a través del patrón de interacciones establecido por la combinación de las características intrínsecas del niño y las características de su ambiente (Thomas, Chess y Birch, 1968). De acuerdo con este punto de vista, las características reales de temperamento del niño son menos importantes que el acople entre ellas y aspectos destacables del ambiente del niño.

4.7.3. Ajuste padres-temperamento del bebé y percepciones maternas

Algunos autores como Brazelton y Cramer (1990), además de incidir en la importancia del temperamento, introducen también la percepción de la madre sobre los rasgos temperamentales y el carácter de su bebé. Este autor categoriza los estados del bebé según son percibidos por la madre incluso desde antes del nacimiento, como puede verse en la siguiente tabla:

Tabla 6 Estados Organizativos del Bebé según Brazelton

Estados del bebé	
Estados Organizativos Intrauterinos	Estados Organizativos al Nacimiento
<i>Estado de alerta con actividad</i>	<i>Sueño profundo sin movimiento.</i>
<i>Sueño profundo con poco o ningún movimiento.</i>	<i>Sueño superficial con ojos cerrados y algún movimiento de brazos y piernas.</i>
<i>Estado intermedio de sueño con movimientos lentos o no, irregulares, bruscos y repentinos.</i>	<i>Despertar. Ojos cerrados y abiertos, con y sin movimiento.</i>
	<i>Estado de alerta sin movimiento.</i>
	<i>Alerta activa con algún movimiento.</i>
	<i>Llanto</i>

Autor: Brazelton (1990). Recuperado de Enríquez, Padilla y Montilla, 2008

Al igual que Brazelton, Bayo (2006), afirma que la percepción de la madre sobre el temperamento de su futuro hijo comienza en el embarazo, a través de la percepción de los ritmos y ciclos fetales. Esta percepción, por parte de la madre, de los movimientos del feto y sus ciclos de descanso y actividad daría lugar a una serie de procesos mentales; atribuciones, identificaciones, proyecciones, fantasías, preocupación, ansiedad, vinculación e interacción precoz.

Brazelton diseña, junto a su equipo, la Escala para la evaluación del comportamiento neonatal (Brazelton y Nugent, 1997) con el fin de objetivar las diferencias individuales en los bebés y poder orientar a los padres respecto a cómo se organiza el bebé, de forma similar a los programas que se mencionaban anteriormente. El objetivo sería aprender del bebé para poder respetar los estados organizativos del bebé (vigilia/sueño; explorar/investigar; hambre/saciedad) más que forzarlo. Consideran que a partir de las 72 horas de vida es posible determinar el temperamento del bebé tomando en consideración una serie de ítems (Estado de Alerta, Habitación a estímulos, calidad de los movimientos espontáneos, tono muscular y variaciones, orientación visual y auditiva, tiempo de latencia a las respuestas, solidez o labilidad de estados y respuesta al estrés).

De hecho, se ha demostrado que las diferencias individuales en el estilo de comportamiento aparecen en las primeras horas de vida del recién nacido normal (Medoff-

Cooper, 1995). Hay recién nacidos con llantos vivos e intensos difíciles de calmar y otros, sin embargo, con llantos más suaves y fáciles de calmar. A pesar de que muchos factores en el periodo perinatal como la exposición prenatal a drogas, la analgesia de la madre durante el parto y la duración de la gestación influyen sobre el comportamiento del bebé, siguen existiendo respuestas individuales (Worobey, 1986). A pesar de un limitado repertorio de comportamientos, el bebé ya muestra indicios de la habilidad de interactuar con el ambiente y autorregularse. Los padres necesitan entender las diferencias específicas de su bebé para poder interactuar exitosamente con él. Si la percepción parental falla o se distorsiona, aparece incompreensión acerca de las características temperamentales del neonato o discrepancias entre estas y los hábitos de crianza es más probable que falte el acoplamiento necesario para la armonía.

Una manifestación de esta falta de acoplamiento podrían ser las quejas sobre dificultades de sueño de los niños, un motivo de consulta frecuente en Pediatría y Salud Mental Infantil. Los bebés con umbrales sensoriales bajos son más tendentes a despertarse por la noche, y que esto puede resultar en ansiedad, enfado en la madre, que puede sentir que no es capaz o que no tiene el apoyo necesario debido a los problemas de sueño del niño. Pero, en este resultado, intervendría también la reacción de los padres al comportamiento del niño. Así, los bebés que demuestran ya desde el nacimiento una mayor capacidad de autorregulación (pe: pueden consolarse o tranquilizarse por sí solos con mayor facilidad) logran antes un control del sueño, su comportamiento resulta más ordenado y predecible, y, por lo tanto, más “fácil”. Estos bebés no suelen dar motivos para acudir a la consulta de pediatría.

Por el contrario, cuando esa capacidad de autorregulación es baja se correlaciona con menor capacidad de desarrollo en los campos cognitivo y social en el futuro (Martínez Rubio, 2004). Y es importante tener en cuenta también que las dificultades del bebé con relación al descanso nocturno influyen de forma muy importante en las relaciones de pareja. Cuando un bebé de temperamento impredecible, excitable, etc. Tiene unos padres transigentes, adaptables y comprensivos, parece que tampoco hay dificultades. El reto lo plantean los bebés “difíciles” cuya familia no comprende su comportamiento, o tienen ideas preconcebidas más rígidas o métodos de crianza inconsistentes. En opinión de Martínez Rubio (2004) los pediatras no suelen investigar las creencias o expectativas de los padres frente a las pautas de crianza o el comportamiento de sus bebés. Esta autora sostiene que ciertas cogniciones o reacciones como la

ansiedad ante las demandas del bebé, dificultades para establecer límites y dudas acerca de su competencia como padres hacen más probable la queja sobre dificultades de sueño.

Por otra parte, el comportamiento del bebé influye en el modo en que es valorado por los padres, en los sentimientos de estos hacia su hijo y en el modo en que se van a relacionar con él. Con frecuencia los padres describen a sus bebés o hijos como buenos o difíciles de manejar. Esta percepción sobre el estilo de comportamiento del niño puede afectar tanto a los comportamientos de los padres como a la calidad de las interacciones, ambos aspectos considerablemente importantes en la vida de padres e hijos (Carey y McDevitt, 1978). Durante la infancia, la diferencia entre un niño “fácil” o “difícil” con frecuencia determina si sus actividades diarias transcurren armoniosamente o de forma confusa y si los hitos importantes como un patrón de sueño regular y horarios de comida se logran fácilmente o con una gran cantidad de energía y paciencia (Chess-Thomas, 1977). La forma en la que los padres llegan a construir una concepción de su hijo como “fácil” o “difícil” está mediado, con más frecuencia, por el estilo de comportamiento que por comportamientos concretos.

Varios factores influyen en la calidad de la reciprocidad entre los padres y el bebé nacido a término. La emocionalidad negativa en el recién nacido es notoria para los cuidadores e interfiere con las actividades cotidianas. Se ha demostrado que esta emocionalidad negativa se asocia significativamente con problemas de comportamiento posteriores (Pettit y Bates, 1984). Fish, Stifter, y Belsky (1991) examinan el efecto del llanto desde el nacimiento a los 5 meses de edad en la respuesta materna al bebé e informan que los infantes calificados como irritables experimentan menos interacciones sensibles de sus madres. En opinión de los propios autores sus hallazgos reflejan tanto causas como consecuencias de la emocionalidad negativa del bebé.

Esto se agudiza en el caso de los bebés prematuros y con poco peso al nacer ya que estos responden mucho menos a las interacciones por lo que su comportamiento resulta muy frustrante para los padres o cuidadores. Los bebés prematuros tienden a ser arrítmicos en las funciones corporales y difíciles de calmar, por lo que es frecuente que se les califique como de ánimo negativo. A pesar de que estos comportamientos podrían considerarse causas del sistema neurológico inmaduro más que diferencias individuales, la realidad es que los padres requieren ayuda para adaptarse a los patrones individuales de sus hijos. Aunque la mayoría de los bebés prematuros moderan sus difíciles sistemas de comportamiento en la segunda mitad del primer

año de vida (Medoff-Cooper, 1986), los efectos negativos de las dificultades de acoplamiento iniciales podrían perdurar.

Mientras los teóricos del temperamento defienden que el estilo de comportamiento juega un papel crítico en los comportamientos que un niño pequeño despliega durante las experiencias de separación, los teóricos del Apego han sido insistentes en su posición de que, a pesar de que las variaciones temperamentales podrían influir sobre ciertos elementos de las reacciones del niño a la situación extraña, estas variaciones no alteran la organización básica del apego entre madre y el niño. Mangelsdorf, Gunnar, Kestenbaum, Lang y Andreas (1990) defienden una interesante posición intermedia, según sus trabajos la seguridad en el apego puede predecirse por la interacción entre las características del bebé y la madre. El estilo maternal sería el factor decisivo en los infantes con alta tendencia al temperamento ansioso. Así la madre que es capaz de sintonizar y manejarse adecuadamente con un niño con llanto intenso de una forma calmada y paciente será capaz de establecer una relación de apego más positiva con el niño que una madre quien es intolerante con esos comportamientos. Por lo tanto, ambas variables, el temperamento del niño y la capacidad de ajustarse a él de la madre se pondrían en juego en el establecimiento de un patrón de apego seguro.

4.8. FACTORES ASOCIADOS A LA ESTRUCTURA FAMILIAR

Dentro de este grupo de factores, también muy estudiando, podrían haber varias situaciones muy diferentes aunque siempre relacionadas. Por una parte, y aunque sea muy difícil concretar una definición común, el conflicto conyugal constituye un reconocido factor de riesgo de psicopatología. Ya en 1990, Reid y Crisafulli publican un estudio de meta-análisis en el que concluyen que existe una clara relación entre el conflicto conyugal (sin divorcio) y la sintomatología exteriorizada en los hijos varones, pero no en las niñas.

Muy relacionado con el conflicto familiar estaría la separación y el divorcio de los padres. En el estudio transversal de Liu X (2009) con una amplia muestra de casi 3000 niños de entre 6 y 11 años, la separación o divorcio de los padres destacaron como el factor de riesgo más importante para padecer problemas emocionales y conductuales.

Aunque algunos resultados apuntarían a que lo relevante como factor de riesgo podría no ser la ausencia del padre en sí misma, dado el hallazgo de que el fallecimiento parental típicamente tiene un menor efecto negativo en los niños, al menos a nivel de alteraciones conductuales, que los efectos del divorcio o separación (Biblarz y Gottainer, 2000; Hofferth, 2006). Lo que realmente influyese de forma negativa sería más bien el conflicto y la agresividad más o menos manifiesta que suele acompañar a las rupturas familiares. Este resultado sería en parte consistente también con el argumento de que al menos algo de el efecto del divorcio sobre el comportamiento problemático de la descendencia podría deberse a factores genéticos o ambientales compartidos (Harris, 1998).

Además Lansford et al (2006), siguiendo una muestra de niños desde el jardín de infancia hasta décimo grado, mostró que el divorcio parental durante la escuela elemental fue más negativo en relación a la trayectoria de los problemas de comportamiento internalizado y externalizado de los niños que lo fue el divorcio/separación más tardío, mientras el que el divorcio/separación tardío fue más negativo en relación a las notas escolares de los niños.

En relación a la separación y el divorcio se ha estudiado ampliamente desde los años 70 los efectos de la denominada familia monoparental. Como comenta Flouri (2010), la investigación se ha venido enfocando principalmente en los efectos negativos que tendría la ausencia del padre, especialmente para los varones, ya que supondría una pérdida de recursos económicos, modelos de roles, disciplina y estructura que proveería el padre. El resultado es un amplio conocimiento sobre la asociación entre los problemas de comportamiento tanto internalizados como externalizados de los niños y niñas que viven con la madre sola (Amato y Gilbreth, 1999) y mucho menor conocimiento sobre los efectos de vivir con el padre solo.

Bjarnason, Andersson, Choquet, Elekes, Morgan y Rapinett (2003) estudian la asociación entre la estructura familiar y el uso de alcohol y tabaco (Bjarnason, Davidaviciene, Miller, Nociar, Pavlakis y Stergar, 2003) en adolescentes de varios países y sus resultados muestran que los adolescentes que vivían con ambos padres biológicos se implican menos en el uso abusivo de alcohol y tabaco que los adolescentes viviendo en cualquier otra situación o estructura familiar. Los adolescentes que viven solo con la madre usan menos el alcohol y el tabaco que aquellos que viven solo con el padre o con ninguno de los padres biológicos. Hoffmann (2002) obtiene similares resultados con el uso de drogas, los adolescentes en menor riesgo son los que viven con

ambos padres y los que más los que viven solo con el padre. Mismos resultados se obtienen en cuanto a comportamientos delictivos (Demuth y Brown, 2004).

Como señala Flouri (2010) de los estudios llevados a cabo desde los años 70 hasta ahora puede concluirse de forma general es que los niños expuestos a conflicto y ruptura familiar tienen mayor riesgo de resultados psicológicos negativos (Amato, 2000; McMunn, Nazroo, Marmot, Boreham y Goodman, 2001) este riesgo no es siempre consistente (Chase-Landsdale, Cherlin y Kiernan, 1995) y sobretodo parece ser modificado varios factores como podría ser el número y el ritmo de transiciones de pareja de los padres (Ge, Natsuaki y Conger, 2006). El ajuste psicológico de los niños, en promedio, sería peor en las familias reconstituidas que las familias con una madre sola (Amato y Keith, 1991).

4.9. LACTANCIA MATERNA

La ausencia de lactancia materna se ha incluido típicamente en los listados de factores de riesgo para psicopatología posterior, especialmente en relación a trastornos mentales graves. La experiencia clínica, en base a la teoría del apego (Bowlby, 1986), sugiere también que la lactancia materna es un factor de protección ya que se relaciona con un buen inicio del proceso de vinculación madre-hijo fuera del útero materno. A pesar de la evidencia en cuanto a salud física y desarrollo psicomotor hay muy pocos estudios sobre la influencia de la lactancia materna en la calidad del vínculo y la salud mental de los niños y existiría cierta discrepancia acerca de la duración óptima de la misma. Vemos a continuación algunos aspectos importantes acerca de la lactancia materna, especialmente en nuestro ámbito.

4.9.1. Definiciones y recomendaciones sobre lactancia materna y su duración.

Para Eidelman, Schanler, Johnston y Landers (2012), dadas las ventajas médicas y neuroevolutivas de la lactancia y la leche humana, a corto y largo plazo, esta debería ser la norma. Incluso afirman que la nutrición infantil es un tema de salud pública y no solamente una elección de forma de crianza. En su trabajo recuerdan algunas de las recomendaciones de los principales organismos involucrados en la salud infantil. La American Academy of Pediatrics

(AAP, 2008) reafirma su recomendación de lactancia exclusiva durante 6 meses, seguida por una continuación de lactancia cuando la comida complementaria es introducida, con continuación de la lactancia por un año o tanto como mutuamente deseen madre e infante, recordando que las contraindicaciones médicas a la lactancia son raras.

La Organización Mundial para la Salud (OMS), en el prólogo de la *“Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño”* (OMS, 2003) incluye el siguiente párrafo:

“La estrategia mundial se basa en pruebas científicas de la importancia de la nutrición en los primeros meses y años de vida y del papel fundamental que juegan las prácticas de alimentación correctas para lograr un estado de salud óptimo. No practicar la lactancia natural, y especialmente la lactancia natural exclusiva durante el primer medio año de vida, representa un factor de riesgo importante a efectos de morbilidad y mortalidad del lactante y del niño pequeño, que se agrava aún más por la alimentación complementaria inadecuada. Las repercusiones duran toda la vida y son, entre otras, los malos resultados escolares, una productividad reducida y las dificultades de desarrollo intelectual y social.” (p.V.)

A lo que añade las recomendaciones de duración para la lactancia materna:

“la lactancia natural es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres. Como recomendación de salud pública mundial, durante los seis primeros meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos (1). A partir de ese momento, a fin de satisfacer sus requisitos nutricionales en evolución, los lactantes deberían recibir alimentos complementarios adecuados e inocuos desde el punto de vista nutricional, sin abandonar la lactancia natural hasta los dos años de edad, o más tarde.” (OMS, 2003, p.8)

Además aclara que *“La gran mayoría de las madres pueden y deberían amamantar a sus hijos del mismo modo que la gran mayoría de los lactantes pueden y deberían ser amamantados.*

Sólo en circunstancias excepcionales puede considerarse inadecuada para un lactante la leche de su madre". (OMS, 2003 p 10)

Y concluye:

“Los lactantes no amamantados al pecho, por las razones que sea, deben recibir una atención especial del sistema de salud y bienestar social ya que constituyen un grupo de riesgo”. (OMS, 2003 p10)

La Asociación Española de Pediatría (AEP) por su parte, presenta una completa guía sobre lactancia Materna destinada a Profesionales escrita por los pediatras pertenecientes al Comité de Lactancia Materna, se trata de un Manual dividido en dos partes; una de aspectos teóricos y otra en aspectos prácticos. En esa guía se reafirman las recomendaciones de la OMS (AEP, 2004).

Para alcanzar este consenso acerca de la duración óptima de la lactancia materna exclusiva, la OMS encargó en el año 2000 una revisión de la literatura científica. Se valoraron distintos parámetros (crecimiento, nivel de hierro, morbilidad, enfermedades atópicas, desarrollo psicomotor, pérdida de peso materno tras el parto y amenorrea), comparando la lactancia materna exclusiva durante 6 meses versus lactancia materna exclusiva durante 3 o 4 meses y leche materna con alimentos sólidos o líquidos hasta los 6 meses. La revisión se basó en 17 estudios de observación y en dos pruebas controladas, y se identificaron más de 3000 referencias que fueron sometidas a examen y evaluación independiente y dio lugar a las actuales recomendaciones OMS (2001).

Sin embargo, existe menos consenso y evidencias científicas sobre si a partir de cierto momento existen o no inconvenientes debidos a la lactancia prolongada o sus beneficios. Al referirnos de “lactancia prolongada” estamos incluyendo la duración y el proceso de destete. Desde el punto de vista fisiológico, este abandono del pecho materno supone un complejo proceso que exige ajustes nutricionales, microbiológicos, inmunológicos, bioquímicos y

psicológicos entre madre e hijo (AEP, 2004). Si se lleva a cabo de forma natural el destete no es brusco sino que se instaura progresivamente durante un tiempo más o menos largo en el que sin abandonar por completo el pecho materno, el lactante empieza a probar nuevos alimentos. Durante el primer año, el lactante pasa varios momentos de aparente desinterés por el pecho (entre los 4-5 meses, los 7 y después entre los 9-12 meses), a partir del primer año el lactante amamantado rara vez se desteta voluntariamente antes de los 4 años.

La AEP (2004) denomina destete precoz a la introducción de otros alimentos antes de los 6 meses o la retirada del pecho materno antes de los dos años. Se refieren a destete forzado cuando es la madre la que impone el destete al lactante en cualquier momento de la lactancia.

Aunque, en opinión del Comité de lactancia de la AEP, algunos se refieran a las lactancias más allá de los seis meses como prolongadas, quizá la definición de lactancia materna prolongada más apropiada podría ser la que va más allá de las recomendaciones de la OMS y UNICEF (dos años) y o la propia AAP al menos un año.

Se sabe que los patrones de duración de la lactancia materna han sido influidos por factores históricos, culturales, científicos, médicos y personales. De hecho, el tiempo de lactancia en los humanos ha permanecido hasta hace menos de 100 años, e incluso hasta hoy en algunas regiones del mundo, estabilizado entre los 18 meses y los 3 años de vida. Es muy escaso el número de estudios sobre el momento óptimo del destete o las consecuencias a largo plazo de destetes más o menos precoces, en el lactante humano (AEP, 2004). No se encuentran razones nutricionales para adelantar el inicio del destete antes de los 6 meses de vida (Kramer y Kakuma, 2002).

Uno de los principales problemas a la hora de conocer los efectos de la lactancia materna prolongada, es la variedad de definiciones sobre lactancia. Además de la variación de la cantidad de leche materna recibida y otras muchas variables de confusión, principalmente el entorno y las características de las madres que amamantan un mayor período.

La mayoría de los estudios epidemiológicos que demuestran las ventajas de la lactancia materna tanto para los lactantes, las madres, las familias y la sociedad en general, se basan en comparaciones entre lactancia materna exclusiva durante 4 o 6 meses, o incluso menor duración

y la artificial. Dichas ventajas lo son sobre la salud, crecimiento y desarrollo nutricional, inmunológico, psicológico y social.

4.9.2. Situación de la lactancia materna en España.

Hoy en día existe gran interés por la recuperación de la lactancia materna en la alimentación del lactante en todos los ámbitos sociales, culturales y económicos. (Hernández Aguilar, 2004). Sin embargo, a pesar de toda la evidencia científica disponible en la actualidad, la incidencia y la duración de la lactancia materna en el mundo y en España están muy por debajo de las recomendaciones expuestas anteriormente. En Estados Unidos solo el 13% de la población cumple la recomendación de lactancia exclusiva durante 6 meses. Según los escasos estudios publicados en nuestro país, donde no existe un sistema adecuado de monitorización de la lactancia materna a nivel nacional, aquí tampoco se acerca a las recomendaciones.

El Comité de Lactancia de la AEP (2004), basándose en una encuesta a nivel nacional realizada en 1997 (Comité de lactancia materna de la AEP, 1999) y en diversos estudios españoles, recogen todos los factores que demuestran estar asociados con el establecimiento de la lactancia materna como puede verse en la tabla 7.

Tanto los resultados de la mencionada encuesta otros estudios posteriores señalan reiteradamente que, entre las madres españolas, en la década de los 90, un bajo nivel de estudios materno estaba relacionado con un aumento del riesgo de ser alimentado con sucedáneos.

En general, tener hermanos influye positivamente en la probabilidad de amamantamiento. Este hecho probablemente se debe al adiestramiento previo de la mama de la madre y a que, a pesar de estar teóricamente más atareadas (2 o más niños en casa) la madre tiene más experiencia y más confianza en su capacidad de amamantar. La incidencia de lactancia materna exclusiva y su duración es menor en el caso de gemelos.

El tipo de parto está relacionado con el tipo de lactancia en todos los estudios. Los autores españoles, en consonancia con múltiples estudios europeos y americanos encuentran un aumento de incidencia de lactancia artificial entre los niños nacidos por cesárea.

Tabla 7 Factores que influyen en el establecimiento de la lactancia materna

Favorecedores	Desfavorecedores
Mayor edad materna	Madre adolescente o factor de riesgo psicosocial
Nivel de estudios materno	Trabajo materno
Decisión materna y confianza	Regalos de la industria
Apoyo familiar	Prácticas hospitalarias erróneas
Multiparidad	Hijos Previos
Educación maternal	Embarazo no controlado por matrona
Control del embarazo en centro de salud	Etnia gitana
Ausencia de factores de riesgo social	Hospital Grande
Vivencia favorable del embarazo	Biberones en hospital, chupetes
Hospital pequeño	Cesárea
Prácticas hospitalarias adecuadas	Enfermedad materna o neonatal
Parto eutócico	Prematuridad
Bebé en la habitación de la madre durante el ingreso	Bajo peso al nacimiento

Nota: Autores de la Tabla: Yaque, Castillo, Praena, Sancho, Fernández, Herrera, Estévanez, Estrada, Chaves y Ruiz-Canela (2000)

El sexo del lactante tampoco influye significativamente con la probabilidad de amamantamiento, aunque en los datos nacionales menos varones iniciaron la lactancia, la duración media fue mayor en ellos que en las niñas. Estos datos serían contrarios a lo observado en general en todas las épocas y culturas, los niños tienden a ser destetados antes que las niñas, probablemente porque la necesidad de ingesta energética es mayor en los varones de todas las edades, pero también porque la presión social es mayor hacia un destete más rápido del varón.

Los niños con bajo peso al nacimiento, que son precisamente en los que el amamantamiento ha demostrado beneficios más evidentes, son según estos mismos datos, aquellos que tienen mayor riesgo de no ser amamantados. Los problemas neonatales suponen un riesgo de ser alimentados con lactancia artificial, en todos los estudios. Si bien las enfermedades

graves del neonato o su madre suelen interferir con el establecimiento inicial de la lactancia, el ingreso del neonato en una unidad neonatal suele implicar un estrés de separación que contribuye a disturbar la íntima madre-hijo y a aumentar el riesgo de abandono de la lactancia.

Teresa Aguilar (2004) opina que la incorporación laboral de la mujer ya no es un factor que determine el abandono o disminución de la duración de la lactancia, sino más bien al contrario. Parece ser que el grupo de mujeres que más inicia la lactancia materna es el de las mujeres que después reiniciaron su trabajo a jornada completa, seguidas por las que trabajaron a tiempo parcial y por último, las que menos la iniciaron fueron las que no iban a trabajar fuera de casa. En nuestro entorno, la Encuesta dirigida por el Comité de Lactancia de 1997 (Comité de lactancia materna de la AEP, 1999), en diversas Comunidades Autónomas, no encuentra relación entre el trabajo de la mujer y el inicio o duración de la lactancia. Por otra parte, es el grupo de mujeres con un nivel de estudios más alto, y por tanto con más probabilidades de trabajo remunerado, el que con más frecuencia y durante más tiempo amamanta a sus hijos.

4.9.3. Lactancia materna, salud física y neurodesarrollo

En este momento, la publicación más comprehensiva que revisa y analiza la literatura científica publicada comparando la lactancia materna y la alimentación con fórmulas comerciales en cuanto a los resultados de salud es el informe preparado por AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) titulado “*Lactancia y Resultados para la salud maternal y del niño en Países desarrollados*” (Aizpurua, 2008). Primero se revisan los resultados en relación a diversas enfermedades físicas concluyendo que existe un efecto beneficioso de la lactancia materna traducido en menos enfermedades respiratorias, asma, desarrollo cognitivo, obesidad, diabetes, cáncer, enfermedad celiaca y colitis ulcerosa. Tras los resultados en cuanto a la enfermedad física dedican un apartado a los resultados referidos al neurodesarrollo, recogándose consistentes diferencias en los resultados entre los niños que han sido amamantados y los que han sido alimentados con leche de fórmula. Sin embargo, se advierte que los resultados pueden estar contaminados por diferencias en educación parental, inteligencia, ambiente en el hogar, y

estatus socioeconómico. Algunos estudios han sido criticados por no controlar la posible influencia genética de la inteligencia materna (Der, Battu y Deary, 2006).

Diversos estudios describen los beneficios psicológicos de la lactancia materna prolongada, si bien sin duda el entorno y las características de las madres que amamantan contribuyen a ello. La lactancia prolongada proporciona no sólo alimento sino consuelo, ternura, comunicación entre madre e hijo. A pesar de muchos prejuicios populares en relación con la lactancia prolongada, no hay evidencia de asociación con problemas de desajuste emocional o social sino más bien al contrario. Existe relación entre la duración de la lactancia materna y el desarrollo cognitivo, de tal modo que a mayor tiempo de amamantamiento, se observa mejor desarrollo (Anderson, Johnstone y Remley, 1999; Jain, Concato y Leventhal, 2002; Kramer y Kaki, 2002; Piovanetti, 2001; OMS, 2001). Es decir, existe evidencia convincente acerca de la relación entre lactancia, hitos del desarrollo (Sacker, Quigley y Kelly, 2006), y cognición (Oddy, Kendall y otros, 2003) proveniente de estudios longitudinales y experimentales.

4.9.4. Lactancia materna y salud mental.

La lactancia materna se ha postulado como factor de protección que disminuye el riesgo de padecer un trastorno mental grave en la edad adulta. Así lo muestran en la investigación realizada en Dinamarca, en la cohorte perinatal de Copenhague, (Sorensen, Mortensen, Reinisch y Mednick, 2005) donde comparan la duración de la lactancia en recién nacidos que en la edad adulta desarrollaron un trastorno esquizofrénico con personas que no han padecido dicho trastorno. El resultado es el aumento del riesgo, de hasta 1,7 veces, en aquel grupo de bebés que no recibieron lactancia materna o que si la recibieron fue por un período de tiempo inferior a 2 semanas. Aunque existen otras investigaciones con resultados contradictorios (Leask, Done, Crow, Richards y Jones, 2000), parece que cada vez se extiende más el modelo de que un niño amamantado por su madre obtiene beneficios frente a una variedad de problemas agudos y crónicos. Sin embargo, hasta la fecha la evidencia ha sido conflictiva en cuanto a resultados psicológicos y conductuales y la lactancia, potencialmente originados por los retos metodológicos inherentes, incluyendo un inadecuado ajuste de variables que pueden confundir la relación entre lactancia y salud mental y problemas con los diseños de los estudios.

Se sabe poco sobre la asociación entre lactancia materna y la psicopatología infantil a largo plazo. Hayatbakhsh y Callagaham (2012) llevan a cabo un estudio prospectivo antenatal que incluye madres e hijos en seguimiento desde el embarazo hasta los 14 años en Australia. La lactancia fue evaluada prospectivamente a los 6 meses de seguimiento del estudio. A los 14 años mediante el Achenbach Youth Self Report se midió ansiedad, depresión, problemas internalizantes, quejas somáticas, problemas sociales, trastornos del pensamiento, problemas atencionales, agresión y delincuencia. Los análisis se basan en 1502 adolescentes quienes responden al cuestionario YSR y sobre quienes estaba disponible la información sobre la lactancia. La lactancia materna informada por las madres cuando los niños tenían 6 meses predice reducción de síntomas de salud mental y problemas de conducta a los 14 años. Estos autores concluyen que la lactancia al menos durante 4 meses puede tener un efecto protector significativo sobre los problemas sociales, atencionales y agresivos en la temprana adolescencia.

El impacto de la lactancia sobre los problemas sociales de los niños, problemas de atención y comportamiento agresivo continúan siendo estadísticamente significativos después de controlar el efecto de otras variables, como el embarazo no planificado, la salud mental materna y el uso de sustancias de abuso durante el embarazo.

En un estudio similar, Kwok y Leung (2013) examinan si la lactancia materna estaba asociada a problemas emocionales y conductuales, autoestima y síntomas depresivos en jóvenes adolescentes en un ámbito desarrollado no-occidental, donde los patrones socioeconómicos de lactancia difieren pero otras características postnatales son similares a los ámbitos occidentales. Se estudió una cohorte de nacimiento representativa de Hong Kong (Niños de 1997). Concluyen que las madres de familias con mejor educación tendían a empezar pero no sostener la lactancia, mientras que las madres inmigrantes tendían a iniciar y sostener la lactancia. La lactancia durante tres o más meses no obtuvo asociaciones significativas con la mayoría de las escalas de Rutter utilizadas, sobre autoestima y síntomas depresivos, una vez ajustadas por sexo, edad, edad de los padres, peso al nacimiento, orden de nacimiento y exposición pasiva al humo del tabaco. Sin embargo, la lactancia parcial por cualquier tiempo o la lactancia exclusiva de menos de tres meses sí se asocio con peor comportamiento y peor autoestima. Los autores concluyen que en un ámbito desarrollado no occidental, la lactancia estuvo inconsistentemente asociada con varias medidas de salud mental en la adolescencia temprana sugiriendo un reflejo de una variable no

medida que incida en la relación y probablemente específica del ámbito no occidental. (Kwok, Leung y Schooling, 2013).

Reynolds, Hennes y Polek (2013) aprovechan un estudio sobre los efectos protectores de la lactancia materna sobre la obesidad infantil para valorar también su efecto sobre la salud mental de niños de 9 años. Utilizaron datos de una amplia cohorte representativa en la República de Irlanda compuesta por 8357 niños. La información sobre lactancia fue recabada de forma retrospectiva. La salud mental fue medida utilizando el Cuestionario de Fuerzas y Dificultades en versión para padres (SDQ). Se utilizaron modelos de regresión logística obteniendo que después de controlar un amplio rango de variables que potencialmente podían confundir la relación principal, ser amamantado en la infancia estuvo asociado con un 26% de reducción del riesgo de una puntuación anormal en el SDQ a los 9 años. Ser amamantado continuó siendo un predictor significativo del bienestar mental del niño cuando la obesidad fue controlada, indicando que ser amamantado, independientemente de la obesidad infantil, es un predictor de bienestar mental del niño. La lactancia también resultó ser un predictor de reducción de riesgo de padecer obesidad a los 9 años de edad. Los autores concluyen que la lactancia materna en la infancia podría proteger tanto contra la pobre salud mental como la obesidad en la infancia.

Varios estudios encuentran que los niños quienes han sido amamantados por al menos 6 meses tienen una ventaja evolutiva distintiva sobre los niños no amamantados y los amamantados por un periodo de tiempo menor (Horne, Parslow, Ferens, Watts y Adamson, 2004). Un estudio encontró que los niños con bajo peso al nacer alimentados con leche materna tenían puntuaciones significativamente más altas en vinculación y regulación emocional en la Escala de Desarrollo de Bayley que los niños no amamantados, aunque este estudio no diferenció los efectos de ser alimentado al pecho o ser alimentado con leche materna en biberón. Otro estudio encontró que los niños amamantados fueron más capaces de afrontar estímulos adversos con mayores grados de control, mostrando cambios en los niveles de arousal más apropiados, y fueron más capaces de retornar a estados moderados de arousal que los niños alimentados con leche de fórmula. Sin embargo, mucha de esta investigación está basada en muestras pequeñas y moderadas. Una excepción incluye los resultados de una gran ensayo aleatorio por conglomerados, llevado a cabo con el objetivo de medir los efectos a largo plazo de la lactancia en el comportamiento de los niños a la edad de 6 años y en el ajuste materno en el que concluyen

que no encuentran evidencia de riesgos o beneficios de una lactancia prolongada y exclusiva para el comportamiento de la madre y el niño (Kramer, et.al., 2008). Los resultados de los estudios en la infancia tardía en niños amamantados incluyen mayor resiliencia contra el estrés y ansiedad asociados con la separación parental y el divorcio o los 10 años en un estudio de 8958 niños, (Montgomery y Sacker, 2006) pero este estudio está basado en datos retrospectivos de un periodo temporal muy amplio y están expuestos a sesgos de recuerdo.

Recientemente, Oddy y Kendall (2010) llevan a cabo un estudio en Australia dirigido a superar algunos de los retos metodológicos más importantes que ha limitado la investigación previa para poder determinar si aparece un efecto independiente de la lactancia sobre la salud mental de niños y adolescentes en los datos recogidos de un estudio prospectivo de amplia cohorte de nacimiento con seguimiento hasta los 14 años del niño. Utilizaron como medida de salud mental las puntuaciones en el cuestionario CBCL concluyendo que los niños quienes fueron amamantados por 6 meses o más obtuvieron puntuaciones medias en el CBCL significativamente más bajas, tanto en la puntuación total como en las escalas específicas de dificultades externalizadas e internalizadas. Una corta duración de la lactancia (menos de 6 meses en comparación con más de seis meses) se asoció con puntuaciones más altas, en el sentido de peor comportamiento, tanto en las dimensiones externalizantes e internalizantes como en la total. El mismo análisis realizándolo utilizando la variable de lactancia en escala continua medida en meses, mostró que la duración de la lactancia por mes estuvo inversamente asociada con la puntuación total del CBCL, representando una mejoría en el comportamiento con cada mes adicional de lactancia. Estos efectos persistirían después de ajustar por factores familiares, sociales, económicos, nacimiento, y psicológicos en edad temprana.

4.10. MATERNIDAD Y MUNDO LABORAL

La incorporación de las mujeres al mercado de trabajo remunerado significa no solo un aumento y modificación de los roles que la sociedad y la cultura otorgan a la mujer si no también el reto de conciliar las exigencias del ámbito laboral y desarrollo de una carrera profesional con la crianza. En la sociedad actual han aumentado las exigencias y la dificultad en acceder a la

gestación y proteger el rol materno en su aspecto biológico y el cumplimiento efectivo y satisfactorio de la crianza de los hijos en sus aspectos biológicos, psíquicos y culturales.

Como se viene exponiendo a lo largo de todo el capítulo, la vinculación y apego, la lactancia y los cuidados en la etapa inicial de la vida del recién nacido, son funciones indispensables para el desarrollo físico, psíquico y social del niño. Con mucha frecuencia, aún hoy día, la mayor parte de estas funciones durante la infancia temprana continúan siendo asumidas por la madre. La instauración del permiso de maternidad, desde un comienzo ha buscado promover y asegurar condiciones para que dichas funciones sean posibles, protegiendo un período de relación cercana entre la madre y su hijo recién nacido.

Una de las mayores dificultades para las mujeres en el ingreso al mundo laboral y en el desarrollo profesional, radica en los problemas de conciliación con roles maternos y domésticos, ya que muchas veces las demandas de ambos roles resultan difíciles de compatibilizar, especialmente en términos de energía y tiempo. Es por esto que muchas mujeres, las que pueden, se ven enfrentadas a tomar decisiones en torno a este conflicto: no trabajar de forma remunerada y dedicarse al trabajo materno y doméstico; postergar la maternidad para afianzar la carrera profesional y/o poder cursar estudios de postgrado; tener menos hijos; encontrar tipos de trabajos más flexibles que permitan conciliar de mejor manera ambos roles (trabajo de media jornada, trabajo desde la casa, etc.), o directamente realizar ambos roles asumiendo las dificultades que esto conlleva. Sin embargo, estas decisiones no solo afectan sus propias posibilidades y salud mental, sino que repercuten en las dinámicas de pareja y de familia en las que ellas se encuentran (Pemjean, Toro y Barros, 2011)

El estudio *“Fecundidad y trayectoria laboral de las mujeres en España”* (Delgado, 2009), muestra que el aumento del nivel educativo entre las mujeres y su mayor participación en el mundo laboral ha influido directamente en la familia. Las mujeres españolas aunque no descartan la posibilidad de ser madres, sí lo postergan por algunos años. Los problemas de conciliación han aumentado entre las jóvenes, que ya no dejan sus empleos cuando nace su primer hijo. España es considerada uno de los países con menor tasa de natalidad en Europa y pareciera tener relación con que las mujeres tratan de afianzar la carrera profesional antes de iniciar la maternidad.

A pesar de que actualmente la mayoría de los cuidadores de los niños, es decir, padres y madres están insertos en el mercado laboral, la mayor parte de los paradigmas de Psicopatología Infantil se enfocan en el cuidado de los niños olvidando el mercado laboral (Strazdins, Obrien, Lucas y Rodgers, 2013). Estos autores advierten como, mientras el empleo del padre ha sido frecuentemente considerado como beneficioso, incluso necesario, para el bienestar de los hijos, el empleo de la madre se ha visto como conflictivo. Se ha hecho énfasis en la preocupación sobre cómo el empleo materno podría dificultar la capacidad de las madres para cuidar pero no en los beneficios que podría generar el trabajo remunerado de las madres. Strazdins y colaboradores (2013) tratan de integrar ambas preocupaciones aparentemente contradictorias preguntándose en su investigación si los beneficios para los padres y madres de combinar empleo con el cuidado de sus hijos podría ser protector para la salud mental de los niños, y si sus conflictos y dilemas generan riesgos. Del análisis comparativo inter-secciones de los datos de una muestra representativa de familias australianas con niños de 4-5 años, seleccionan aquellas con padres y madres empleados. Mientras la mayoría de padres y madres informan de beneficios y recompensas por trabajar (facilitación familia-trabajo), más de un tercio también informan de dificultades y conflictos (conflicto familia-trabajo). Cuando las madres o los padres experimentan conflictos aparecen síntomas emocionales y conductuales en los niños jóvenes, con acumulación de los riesgos si son ambos padres los que experimentan conflicto entre trabajo y familia. La asociación se mantiene después de controlar el efecto de las circunstancias socioeconómicas familiares y su composición, y no fue contrarrestada por la facilitación trabajo-familia. No encuentran evidencia de mayor vulnerabilidad al conflicto familia-trabajo en familias con pocos recursos socioeconómicos. Sin embargo, entre el grupo de familias en desventaja socioeconómica observaron una asociación protectora más fuerte con la salud mental de los niños cuando los padres tenían trabajos que les gratificaban y que proporcionaban apoyo. Estos autores concluyen así que las políticas de conciliación de la vida familiar y laboral y trabajos que ayuden a madres y padres a combinar empleo y cuidado podrían suponer beneficios para la salud que se observarían a través de generaciones.

Oomens, Geurts y Scheepers (2007) realizan una revisión y comparación de teorías dentro de la Perspectiva de Tensión de Roles. Según esta perspectiva teórica, el tiempo y la energía de una persona son recursos fijos y limitados y la multiplicidad de roles sociales

inevitablemente conllevaría al conflicto, presión y consiguiente sintomatología emocional. Por otra parte, la Perspectiva de Acumulación de Roles formula que la diversidad de roles tendría efectos positivos en la salud mental, en cuanto a que la energía humana en lugar de fija sería expandible y que al comprometerse en múltiples roles, ésta se incrementaría, entregando un mayor número de recursos (apoyo social, mayor autoestima, ingresos económicos) que promoverían el desarrollo personal y el mejor funcionamiento en otros dominios de la vida (Geurts, Kompier, Roxburg y Houtman, 2003). La viabilidad de roles alternativos funcionaría como amortiguador de las tensiones y conflictos experimentados en un rol, y así, las dificultades y demandas de un rol pudieran disminuirse o contrarrestarse por los atributos positivos de otro (Lennon y Rosenfield, 1992; Sachs-Ericsson y Ciarlo, 2000). Como solución intermedia, y quizá más cercana a la realidad, Oomens, Geurts y Scheepers (2007) proponen que ambas perspectivas –Tensión de Roles y Acumulación de Roles– operarían en conjunto y que la salud mental dependerían no solo de la cantidad y variedad de roles, sino más bien de las características que estos presenten. Desempeñar múltiples roles, generarían efectos positivos en la salud mental, sin embargo, bajo cierto tipo de circunstancias de la estructura y funcionalidad de la familia, o del trabajo, estos beneficios disminuyen o se anulan (Hankin, 1990). El mayor riesgo parece ser las situaciones en las que aparece una sensación de incumplimiento y desempeño a medias en ambos roles; como madre y como trabajadora. (Frone, Russell y Cooper, 1997)

Inseparable a la incorporación laboral de la madre es la decisión sobre en qué momento, y especialmente, quién o quienes se van a hacer cargo del bebé durante el horario laboral. Así como cuantos cambios debe afrontar el bebé. Después de algunos meses tras el nacimiento del bebé, la madre progresivamente iría saliendo del estado de atención absoluta al bebé y tanto la madre como su hijo, irían incorporando nuevos intereses. Pero así como reaparece el interés en el mundo externo aparecen también sus demandas. (Montaldo, 2009).

Cabaleiro (1993) utiliza, para referirse a este momento, el término *Integración* que el mismo define como “...*al momento y al proceso de adaptación que el bebé, o el niño pequeño, y su entorno viven cuando los padres delegan a otras personas o instituciones una parte de los cuidados que hasta entonces le venía proporcionando la madre.*” (p.142).

Así mismo, considera que algunas integraciones podrían resultar especialmente problemáticas como aquellas muy precoces en el sistema de guarda (durante los dos o tres primeros meses de vida del niño), las integraciones bruscas o intensivas en el sistema de guarda aunque se produzcan en un momento evolutivo adecuado, integraciones coincidentes con otros hitos evolutivos del bebé como el destete o el cambio de habitación, integraciones en edades que este autor considera especialmente delicadas debido al periodo de instauración de la “angustia ante el extraño” (de 4 a 12 meses), o poco adecuadas (de 1 a 3 años), integraciones realizadas con numerosos cambios de personajes cuidadores substitutivos maternos y que a veces llevan también aparejados cambios de los lugares del niño, y por último las que denomina utilizando también un término propio “integraciones promiscuas”, aquellas situaciones en que los niños se crían en los ambientes de los pequeños negocios familiares con la participación de la clientela y una cierta delegación de los cuidados parentales en ella.

A partir de las entrevistas realizadas en su trabajo Montaldo (2009) concluye que parece haber cierto consenso entre pediatras en ser reticentes a la separación tan temprana y brusca de la madre y el bebé.

La literatura muestra que los períodos de pre y postparto son especialmente sensibles para la salud física y mental de la madre y pueden serlo también para la salud del hijo. Hay una amplia discusión respecto de la relación que puede establecerse entre la duración del período de ausencia del trabajo y la salud física y mental de la madre y del niño. Dominan en este campo los estudios que reportan beneficios derivados de la mayor extensión del permiso maternal, siendo la lactancia prolongada uno de los aspectos más favorecidos (Guendelman, Kosa, Pearl y otros, 2009; Vahratian, 2007).

En este mismo sentido, una revisión bibliográfica de Staehelin, Coda, Berteau y Zemp Stutz (2006) concluye que los permisos maternales más extensos (definidos por semanas de licencia postparto) tienen mayor probabilidad de producir beneficios generales para la salud. Estas mismas autoras citadas informan de estudios que investigan la asociación entre la duración de las licencias maternales y la salud del niño mostrando resultados consistentes en el sentido que la mortalidad peri y neonatal y la mortalidad infantil (entre 1 a 5 años) se ven disminuidas

por la longitud de los permisos. La calidad de la relación madre hijo, así como la duración de la lactancia materna se ven también significativa y positivamente asociadas a la duración de los permisos maternos. En síntesis, la revisión de Staehelin, Coda Bertera y Zemp Stutz (2006) concluye que los permisos maternos más extensos se asocian a mejoras en la salud mental de las madres y a la prolongación de la lactancia materna. Los efectos de la licencia maternal sobre la salud y desarrollo del niño han sido también objeto de estudios específicos (Baum, 2003; Vahratian, 2007;; Roe, Whittington, Fein y Teisl, 1999). En una investigación realizada en Canadá (Zarrabi, 2008) se encontró que los permisos por maternidad más prolongados se asociaron a mejores resultados en el temperamento de los niños, en su desarrollo cognitivo y en la duración de su período de lactancia.

III. PARTE EMPÍRICA

CAPÍTULO 5. 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 del niño, alterando la adecuada vinculación con los cuidadores principales, generan un aumento del riesgo a desarrollar trastornos mentales que se manifestarían en periodos posteriores, nos planteamos los siguientes objetivos:

5.1. OBJETIVOS GENERALES

Considerando los hallazgos encontrados en la literatura, comentados en la revisión teórica previa, se plantearon como principales objetivos del presente estudio los siguientes:

1. Aumentar el conocimiento sobre el inicio de las manifestaciones de los trastornos mentales en edad escolar y las características de los niños/as que son diagnosticados de un trastorno mental en un ámbito ambulatorio.
2. Analizar la asociación entre la aparición o existencia 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.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Primer objetivo: Describir las variables clínicas, socio-familiares y educativas de los niños participantes en el estudio.

El primer objetivo del estudio, aunque no el principal, es realizar un análisis preliminar exploratorio de las principales características clínicas, sociodemográficas y educativas de los niños diagnosticados de trastorno mental, así como comprobar la comparabilidad del grupo de controles con el de casos. En base a los estudios epidemiológicos previos, esperamos encontrar características similares entre nuestra muestra y otras muestras españolas.

Se plantean las siguientes hipótesis específicas:

- **Hipótesis 1:** El grupo diagnóstico específico más frecuente dentro del grupo de casos serán los trastornos emocionales y los trastornos de conducta, habrá un mayor porcentaje de varones en el grupo de casos y en la mayor parte de los casos el nivel de gravedad asignado estará entre leve y moderado.
- **Hipótesis 2:** Ambos grupos serán equivalentes en las variables socio-demográficas generales.
- **Hipótesis 3:** Existirán diferencias significativas en variables educacionales entre ambos grupos.

Segundo objetivo: Identificar la posible asociación entre los Factores de Riesgo y Protectores seleccionados, y recibir un diagnóstico de trastorno mental en la edad escolar.

El segundo y principal objetivo del estudio es comprobar si los potenciales factores de riesgo seleccionados se asocian a un aumento significativo del riesgo de ser diagnosticado de un trastorno mental en edad escolar y si, alguno de los factores seleccionados se comporta como factor protector, disminuyendo significativamente el riesgo de ser diagnosticado de trastorno mental en edad escolar. A partir de la literatura revisada y la experiencia clínica nos planteamos las siguientes hipótesis específicas:

- **Hipótesis 4:** La presencia de los factores de riesgo asociados a los antecedentes psiquiátricos de la familia y la estructura familiar (antecedentes psiquiátricos de los padres, de la familia extensa, abuso de sustancias de los padres y convivir sin ambos padres biológicos) aumentará el riesgo de recibir un diagnóstico de trastorno mental en edad escolar.
- **Hipótesis 5:** La presencia de factores de riesgo perinatal (embarazo no planificado, complicaciones en el embarazo, parto distócico, bajo peso al nacer, parto múltiple, prematuridad, duelo de la madre durante o tras el parto y trastorno postparto de la

madre) aumentará el riesgo de recibir un diagnóstico de trastorno mental en edad escolar.

- **Hipótesis 6:** La presencia de los factores de riesgo relacionados con la enfermedad física del niño y/o sus padres (enfermedad crónica y/o grave de los progenitores, enfermedad crónica y/o grave del niño, discapacidad de los padres o del niño, número de ingresos hospitalarios y número de intervenciones quirúrgicas durante los tres primeros años de vida del niño) aumentará el riesgo de recibir un diagnóstico de trastorno mental en edad escolar.
- **Hipótesis 7:** La presencia de factores de riesgo asociados al tipo de crianza y vínculo con el niño (presencia de maltrato, negligencia y abuso hacia el niño, los cambios frecuentes de cuidador, la percepción de la madre sobre la crianza del niño y la calificación de difícil del temperamento del bebé por parte de la madre) aumentará el riesgo de recibir un diagnóstico de trastorno mental en edad escolar.
- **Hipótesis 8:** La lactancia materna disminuirá el riesgo de recibir un diagnóstico de trastorno mental en edad escolar.
- **Hipótesis 9:** La Incorporación Laboral temprana de la madre y la entrada en guardería aumentarán el riesgo de recibir un diagnóstico de trastorno mental en edad escolar.
- **Hipótesis 10:** El número de hijos y el orden en la fratria de los mismos estará asociado al aumento de riesgo de recibir un diagnóstico de trastorno mental en edad escolar.
- **Hipótesis 11:** Encontraremos un efecto sumatorio de los factores de riesgo, es decir, a mayor número de factores de riesgo habrá mayor riesgo de diagnóstico de trastorno mental.

Tercer Objetivo: Analizar la asociación entre los factores de riesgo estudiados y el nivel de gravedad asignado al trastorno.

Por último, nos planteamos un tercer objetivo de carácter más bien exploratorio; tratamos de comprobar si existe alguna relación entre alguno de los factores de riesgo estudiados y el nivel de gravedad asignado al diagnóstico.

- **Hipótesis 12:** Los factores de riesgo perinatales y la enfermedad física del niño estarán asociados a una mayor gravedad del cuadro.
- **Hipótesis 13:** Los factores de riesgo asociados a la psicopatología parental estarán asociados a una mayor gravedad del cuadro.

CAPÍTULO 6. MATERIAL Y MÉTODO

6.1. DISEÑO

Para responder a la hipótesis general y los objetivos planteados se lleva a cabo un estudio de casos y controles con población clínica ambulatoria. Este tipo de metodología es ampliamente utilizado en la Epidemiología Clínica debido a su economía y agilidad.

En esencia, se trata de un estudio observacional analítico que, con mayor potencia que un estudio transversal, trata de resolver el problema de la causalidad mediante un proceso de reconstrucción de los acontecimientos. Se trata de poner de manifiesto posibles diferencias en las exposiciones a los factores estudiados que expliquen, al menos parcialmente, la razón por la que unos enfermaron y otros no. Al final de este proceso se comparan dos grupos: el de los individuos que han tenido un desenlace específico, en este caso un diagnóstico de trastorno mental (grupo de casos) y el de quienes han transitado por un proceso similar, pero no se les ha diagnosticado ningún trastorno mental (grupo de controles). La frecuencia con que se registraron los factores que se sospechan causalmente relacionados con dicho desenlace constituye el objeto de la comparación entre los dos grupos.

Aunque no sea la única aplicación del diseño de casos y controles, se emplea con mucha frecuencia en estudios que pretenden, como este, identificar o corroborar los factores de riesgo que se asocian causalmente con las enfermedades o trastornos, especialmente en aquellos trastornos que tienden a la cronicidad y tienen periodos de latencia largos, como es el caso de muchos trastornos mentales.

6.2. PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

6.2.1. Características Generales de la Población de Estudio

La muestra del estudio está compuesta por niños residentes en el Distrito de Retiro. Se trata de un distrito con un tamaño de población mediano, en el contexto de las características demográficas del municipio de Madrid y densamente poblado. Según datos sintetizados por la iniciativa comunitaria EQUAL (2003) la estructura de edades en este distrito estaría ligeramente más envejecida que el promedio de la capital, con menos población por debajo de los 15 años de edad que el resto del municipio. Según datos de este mismo estudio aparece una tendencia a que las cohortes se van empequeñeciendo. La presencia de población inmigrante, de aproximadamente el 6%, se sitúa claramente por debajo del promedio madrileño. El tamaño y estructura de los hogares es similar al conjunto de la capital pero con una mayor proporción de separados y divorciados. Quizá una característica destacable es que, tanto los niveles de renta, como los niveles educativos y de actividad laboral en general y específicamente los niveles de actividad laboral femenina, son de los más altos del municipio.

6.2.2. Tamaño de la muestra

Para el cálculo del tamaño adecuado de la muestra se han utilizado las tablas de Lwanga y Lemeshow (1991). Para un nivel de confianza del 95%, una potencia del 80%, una OR a detectar de entre 2,75 y 3,25 y una frecuencia de exposición entre los controles de entre un 0,15 y un 0,70 dependiendo del factor de riesgo considerado (ya que en el estudio incluimos un número amplio de factores de riesgo), se ha obtenido que la muestra requerida estaría entre 50 y 90 sujetos por grupo. Finalmente, se decide que el tamaño mínimo aceptable para nuestro estudio sería de aproximadamente 100 participantes en cada grupo y se consigue finalmente 110 participantes en cada grupo.

6.2.3. Definición de Casos y Controles

Se define caso como “niño/a de entre 6 y 12 años con diagnóstico de trastorno mental según el capítulo de las enfermedades mentales de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) (Organización Mundial de la Salud, 1977)”.

Criterios de inclusión:

- Niño residente en distrito de Retiro
- Remitido al Servicio Infanto-Juvenil por primera vez
- Tener entre 6 y 12 años
- Diagnóstico de Trastorno Mental según CIE-9

Criterios de exclusión:

- Diagnóstico de Trastorno Mental orgánico y/o Retraso Mental.
- Haber sido diagnosticado antes de los 6 años en el mismo u otro centro.

Definimos control como “niño/a de entre 6 y 12 años sin diagnóstico de Trastorno Mental según (CIE-9)”.

Criterios de inclusión:

- Niño residente en el distrito de Retiro.
- Niño de entre 6 y 12 años que acude a consulta del pediatra a la revisión del niño sano o consulta por enfermedad menor sin diagnóstico de trastorno mental.
- Aceptación por parte del padre o madre de la participación en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Niños con Retraso Mental o Trastorno Mental actual.
- Niños 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.
- Superar el punto de corte recomendado para la Lista de Síntomas Pediátricos (PSC-17) (Gardner, Murphy, Childs, Kelleher, Pagano, Jellinek, McNerny, Wasserman, Nutting y Chiapeta, 1999).

6.2.4. Flujo de los participantes

Los niños residentes en el Distrito Retiro de Madrid son atendidos por sus pediatras en los Centros de Atención Primaria (CAP) de Ibiza, La Estrella, Adelfas y Pacífico. Todos aquellos casos en los que el pediatra responsable considera necesaria la derivación a los servicios de Salud Mental son atendidos en un único Servicio de Salud Mental Infanto-Juvenil ubicado en el Centro de Salud Mental de Retiro.

Desde el año 2004 y durante todo el periodo que duró el estudio, una vez remitidos a este Servicio todos los niños y sus familias son atendidos, evaluados, diagnosticados y, si procede, tratados por el mismo psiquiatra. Esto unifica la forma y contenido de la evaluación diagnóstica así como el criterio clínico.

Por motivos prácticos, la selección de los controles se llevó a cabo en uno de los CAP; el Centro de Atención Primaria de Adelfas, cuyo equipo de pediatría mantiene una estrecha colaboración y coordinación con Salud Mental Infanto-Juvenil.

Los controles se obtuvieron de entre los niños/as que acuden regularmente a sus citas de revisión dentro del Programa del Niño Sano² o por problemas leves. Es decir, dentro de los niños a los que se les supone las mismas oportunidades de haber sido remitidos a Salud Mental ya que acuden con regularidad al pediatra y cumplen las revisiones recomendadas.

6.2.5. Selección de los Participantes

6.2.5.1. Selección de los casos

La muestra de “casos” se seleccionó a través de la revisión de las historias clínicas desde 2005 hasta 2010 incluyéndose todos aquellos casos 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. En todos ellos se rellena el Cuestionario de Factores de Riesgo y se introducen los datos en la base de datos asignándoles un número de identificación, eliminándose así cualquier posibilidad de identificación de la persona. Los datos pasan a ser estadísticos (anónimos). La base de datos informatizada generada se ubicó en el Centro de Salud Mental de Retiro con clave de acceso de forma que, en ningún momento ni las historias ni los datos quedarán desprotegidos, con la intención de preservar la confidencialidad. Se ha tenido especial cuidado en la custodia de las entrevistas realizadas en los Centros de Atención Primaria. En el siguiente diagrama puede verse el resumen del proceso de selección de los casos:

² El “Programa del Niño Sano” es un seguimiento estandarizado del niño y adolescente que se realiza de forma generalizada en todos los Centros de Salud del territorio nacional. Consiste en una serie de visitas programadas, desde el nacimiento hasta la adolescencia con el objetivo de detectar precozmente posibles alteraciones físicas, psíquicas y sociales en su etapa presintomática. En todos los controles se abordan: hábitos de comida, control de esfínteres, patrones de sueño, variaciones del comportamiento, alteraciones de conducta y disciplina, problemas en la escolarización, alteraciones del lenguaje, autonomía e independencia del menor.

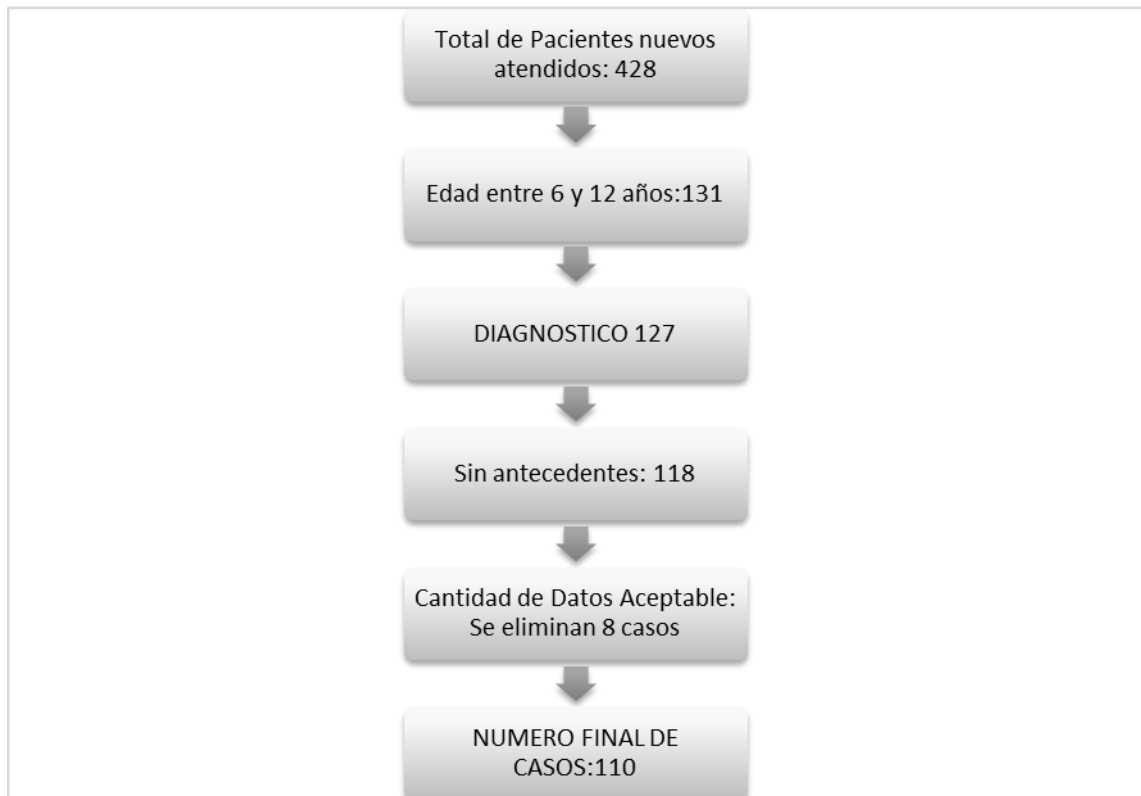


Ilustración 2 Proceso de Selección de Casos

6.2.5.2. Selección de los controles

En cuanto a la selección de los controles, se acudió durante varios meses al CAP de Adelfas distintos días de la semana para solicitar a la madre o padre de los niños que acuden a la revisión del niño sano (o consulten por enfermedades menores) la participación en el estudio. El evaluador (Psicólogo Clínico) solicitó el consentimiento informado al padre o madre para realizar una entrevista en la que se rellena el Cuestionario de Factores de Riesgo y se realiza un cribado diagnóstico al niño con el objetivo de valorar la posible existencia de síntomas que indicarían remisión a Salud Mental. También se pregunta la existencia de antecedentes, diagnósticos o tratamientos previos (aunque en el momento actual no estén asistiendo) tanto el circuito público como privado.

En el caso de los niños que puntuaron por encima del punto de corte en la escala de cribado (PSC), o en los que en algún momento de la evaluación se sospechó la posible existencia de trastorno psicológico, fueron eliminados de la muestra de “controles”. A continuación se contactó con aquellos padres que expresaron su deseo de ser avisados de este resultado. Se continuó reclutando “controles” hasta completar el mismo número de participantes que en el grupo de “casos”. En el siguiente diagrama puede verse el resumen de la selección de controles:

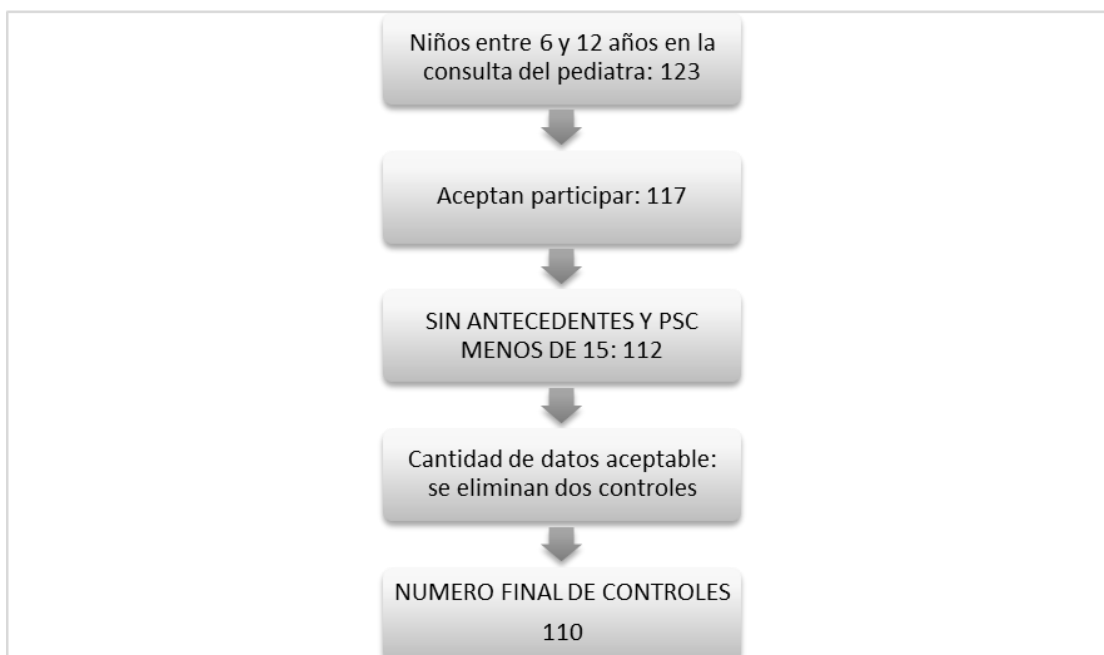


Ilustración 3 Proceso de Selección de Controles

6.3. VARIABLES

En este apartado se describen los tres tipos de variables que han sido tenidos en cuenta en el estudio. En primer lugar, se definen dos variables efecto o resultado. En segundo lugar, se describen los potenciales factores de riesgo seleccionados y su codificación en el estudio, los cuales se refieren siempre a su presencia durante los tres primeros años de vida. Por último, recogemos una serie de variables clínico-demográficas generales referidas a la situación del menor en el momento en el que se realiza el estudio, con propósitos descriptivos y de control.

6.3.1. Variables Efecto o Resultado

6.3.1.1. Diagnóstico de trastorno mental

Finalizada la fase de evaluación del niño se le asignó un código diagnóstico aplicando los criterios de la CIE-9 (Organización Mundial de la Salud, 1977), que era el utilizado por los sistemas de registro de la Comunidad de Madrid en el momento del estudio. Cuando en un mismo paciente concuerda más de un diagnóstico, situación frecuente en la población infanto-juvenil, se eligió como diagnóstico principal (para el estudio) aquel que motivó la consulta, o por el que se abrió la Historia en el Centro. Esta variable se define como presencia/ausencia de trastorno mental, con independencia de la categoría diagnóstica y es la que se utiliza para definir el grupo de “casos” del estudio.

6.3.1.2. Categoría diagnóstica específica

A pesar de que la Variable Efecto principal es la Presencia/Ausencia de Diagnóstico, se recoge también el diagnóstico específico utilizando la propia codificación según CIE-9 (OMS, 1977), tal y como fue recogida.

Por motivos de simplicidad y claridad, para evitar la dispersión de los datos y poder realizar análisis posteriores, los diagnósticos individuales fueron agrupados en categorías más generales, siguiendo la propia categorización de la CIE-9 (OMS, 1977), manteniendo, en la medida de lo posible su capacidad descriptiva para reflejar mejor la variedad de problemas psicopatológicos que llegan al Servicio de Salud Mental Infanto-Juvenil. Incluimos en la tabla anterior una breve descripción de las categorías tal y como se han agrupado.

Tabla 8 Agrupación Diagnósticos Específicos

NOMBRE DE LA AGRUPACIÓN	Códigos Diagnósticos incluidos
Trastornos Generalizados del Desarrollo	299
Trastornos Emocionales	300: Trastornos de Ansiedad, Disociativos y Somatomorfos 311: Trastorno Depresivo no clasificado en otros 313: Perturbación de emociones específicas de la infancia y adolescencia
Trastornos Adaptativos	308: Reacción Aguda al estrés 309: Reacción de Adaptación (incluye adaptación al estrés crónico y trastornos de ajuste) Nota: aquí se incluye el Trastorno por Ansiedad de separación (309.21)
Síntomas o Síndromes Especiales	307: Síntomas o Síndromes Especiales, no clasificados bajo otros conceptos. <i>Nota: la presente categoría debe emplearse si la psicopatología se manifiesta a través de un único síntoma específico o un grupo de síntomas que no forman parte de una enfermedad orgánica u otro trastorno mental clasificable bajo otro concepto. Incluye (trastorno de la fluidez del habla, anorexia nerviosa, tics, trastorno de movimientos estereotipados, trastornos del sueño no orgánicos, otros trastornos y los no especificados de alimentación, enuresis, encopresis, trastornos de dolor asociados a factores psicológicos y otros no especificados)</i>
Trastornos del Comportamiento	301:Trastornos de Personalidad 312: Perturbación del comportamiento no clasificado en otros conceptos
Síndrome Hiperquinésico	314: Síndrome Hiperquinésico de la infancia
Retrasos del Desarrollo	315: Retrasos específicos del Desarrollo

6.3.1.3. Gravedad de la situación clínica

Para asignar un nivel de gravedad a los “casos” diagnosticados se utilizan los criterios del DSM-IV (American Psychiatric Association, APA, 1994) para el especificador Gravedad. Estos son los siguientes:

Leve: se describen pocos o ningún síntoma extra para formular el diagnóstico, cursando con un ligero deterioro de la actividad social o escolar.

Moderado: deterioro funcional ubicado entre leve y grave.

Grave: implicará la presencia de abundantes síntomas que exceden los requeridos para formular el diagnóstico y que, además, ocasionan un notable deterioro de la actividad social o escolar, prácticamente en todas las áreas de actividad.

6.3.2. Variables de Estudio

A continuación se presentan todos los factores de riesgo o protectores que han sido tenidos en cuenta en el estudio, la definición que hemos utilizado en este estudio (siempre referidas a los tres primeros años de vida del niño) y la codificación utilizada. Como se especifica en cada apartado algunas de ellas han sido dicotomizadas y/o recategorizadas. Por motivos de claridad se han agrupado en diferentes tablas.

6.3.2.1. Factores de riesgo relacionados con la psicopatología y la estructura familiar

El primer grupo se compone de las variables asociadas a la psicopatología parental que operacionalizamos en forma de antecedentes psiquiátricos en los padres y la familia extensa así como el consumo de tóxicos. Se añade también en este apartado las alteraciones emocionales transitorias durante la gestación y el periodo perinatal. Por último, variables asociadas a la estructura familiar.

Tabla 9 Antecedentes psiquiátricos parentales y familiares

VARIABLE	DEFINICIÓN	CODIFICACIÓN
Antecedentes psiquiátricos padres	<i>Alguno o ambos progenitores tenían un diagnóstico de trastorno mental coincidiendo con los primeros tres años del niño/a.</i>	0= Ninguno 1= Alguno/ambos
Abuso sustancias padres	<i>Abuso/ dependencia de sustancias /alcohol por parte de uno o ambos progenitores: alguno o ambos progenitores abusaba o dependía de alguna sustancia (según criterios de abuso y dependencia DSM) coincidiendo con los tres primeros años del niño/a</i>	0= Ninguno 1=Alguno/ambos
Antecedentes Familiares	<i>En la familia de alguno o ambos progenitores consta el diagnóstico de trastorno mental en alguno de sus miembros. Es decir, diagnóstico de trastorno mental de abuelos, y/o tíos del niño/a.</i>	0=Ninguno 1=Alguno/ambos

Tabla 10. Trastorno depresivo durante el embarazo y trastorno postparto

VARIABLE	DEFINICIÓN	CODIFICACIÓN
Duelo materno durante el embarazo	<i>La madre refiere haber sufrido la pérdida de un ser querido durante el embarazo del niño/a</i>	0=NO 1=SI
Duelo materno después del parto	<i>La madre refiere haber sufrido la pérdida de un ser querido en los meses posteriores al parto.</i>	0=NO 1=SI
Trastorno postparto	<i>Aparición de trastorno psiquiátrico en la madre durante el periodo post-parto en la madre.</i>	0=NO 1=SI

En la siguiente tabla se incluye la variable “Menor en Riesgo”, esta se refiere a que el menor se encuentre en riesgo de estar sufriendo algún tipo de La variable “Menor en Riesgo” se refiere a que el menor se encuentre en riesgo de estar sufriendo algún tipo de maltrato. Como

definición de maltrato en el estudio tomamos la definición que maneja la Asociación Española de Pediatría (Soriano, 2011), que considera el maltrato infantil como toda acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza o interfiere en su desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores son del ámbito familiar. En cuanto a los tipos de maltrato que tenemos en cuenta utilizamos también sus definiciones:

Maltrato físico: toda acción voluntariamente realizada que provoque o pueda provocar lesiones.

Negligencia: omisión de una acción necesaria para atender el desarrollo y el bienestar físico y psicológico de un menor.

Abuso Sexual: cualquier comportamiento en el que un menor es utilizado por un adulto u otro menor como medio para obtener estimulación o gratificación sexual.

Maltrato emocional: acción, actitud o incapacidad de proporcionar un ambiente emocional propicio para el desarrollo psicológico, físico, que permita lograr independencia y seguridad.

Tabla 11 Estructura familiar

VARIABLE	DEFINICIÓN	CODIFICACIÓN
Adopción	<i>El menor ha sido adoptado</i>	0= No 1= Si
Convivencia del niño	<i>Con quién convive el niño durante los tres primeros años de vida.</i>	0= Ambos padres biológicos (independientemente de que convivan con más familiares ambos padres viven con el niño) 1= Otras situaciones (otros familiares, familia reestructurada, solo con el padre, solo con la madre, institución etc.)
Situación de Riesgo	<i>Existencia de alguna situación de riesgo de malos tratos físicos o psíquicos durante los tres primeros años de vida del niño.</i>	1;"Malos Tratos";2;"Abuso sexual";3;"Negligencia";4;"Maltrato Emocional";5;"otros";6;"No"

Por último, en este apartado recogemos también el número y orden de nacimiento de los hijos. El número de hijos es analizado de forma continua pero después es transformada en la variable "hijo único". A partir del orden en la fratria se origina la variable "primogénito".

Tabla 12 Fratria

VARIABLE	DEFINICIÓN	CODIFICACIÓN
Número de hijos	Número de hijos contando con el niño por el que se consulta/entrevista.	Número
Orden en la fratria.	Orden de nacimiento del niño por el que se está consultando	Número

6.3.2.2. Factores de riesgo relacionados con la enfermedad física

Tabla 13. Enfermedad Física del niño

VARIABLE	DEFINICIÓN	CODIFICACIÓN
Enfermedad física crónica/grave del niño	Enfermedad física crónica o grave en el niño que se inicia antes de los tres años.	0= No 1=SI
Discapacidad niño	Grado de discapacidad reconocido	0= No 1=SI
Número de ingresos hospitalarios antes de los tres años	Número de hospitalizaciones que el niño ha requerido en algún momento antes de los tres años, independientemente de la causa y duración.	Número
Número de Intervenciones Quirúrgicas antes de los tres años.	Número de intervenciones quirúrgicas que el niño ha requerido en algún momento antes de los tres años, independientemente de la causa.	Número

Las variables número de intervenciones quirúrgicas e ingresos hospitalarios antes de los tres años se recogen inicialmente de forma continua y así se analizan para después ser dicotomizadas en ambos casos (Ninguna/uno o más).

Tabla 14 Enfermedad física padres

VARIABLE	DEFINICIÓN	CODIFICACIÓN
Enfermedad física crónica/grave de los padres	<i>Enfermedad física crónica o grave en los progenitores antes de los tres años: se incluirán aquellas enfermedades que por sus características de gravedad o cronicidad influyen en la relación del niño con sus padre</i>	0 = No (Ninguno de los padres padece una enfermedad grave y/o crónica) 1= Si (Al menos uno de los padres padece enfermedad grave y/o crónica)
Discapacidad padres	<i>Grado de discapacidad reconocido</i>	0= No 1=SI

6.3.2.3. Factores de riesgo perinatal

Tabla 15 Factores de riesgo perinatales

VARIABLE	DEFINICIÓN	CODIFICACIÓN
Planificación del embarazo	<i>El informante (madre/padre) considera que el embarazo no fue intencionado, independientemente del deseo posterior a llevarlo a término.</i>	0=NO 1=SI
Complicaciones médicas en el embarazo	<i>Embarazo en el que existe algún estado morboso.</i>	0=NO 1=SI
Parto distócico	<i>Parto anormal por causa materna o fetal.</i>	0=NO 1=SI
Parto múltiple	<i>Nacimiento de dos o más niños en el mismo parto</i>	0=NO 1=SI
Prematuridad	<i>Niño nacido antes de las 37 semanas de gestación.</i>	0=NO 1=SI
Bajo peso al Nacer	<i>El neonato cuyo peso al nacer es menor de 2500 gramos independientemente de la edad gestacional y cualquiera que sea la causa.</i>	0=NO 1=SI

6.3.2.4. Factores de riesgo relacionados con la crianza

Tabla 16 Factores de riesgo relacionados con la crianza y la subjetividad de la madre

VARIABLES	DEFINICIÓN	CODIFICACIÓN
Temperamento del bebé	<i>Percepción subjetiva de la madre acerca del temperamento de su bebe.</i>	0=Fácil (comía y dormía regularmente, se adaptaba fácilmente a los cambios) 1=Difícil (comía y dormía de forma irregular, frecuentemente lloraba y tenía rabieta, malhumorado, se adaptaba con dificultad a los cambios, tendía a rechazar las personas y objetos nuevos)
Dificultad en la crianza	<i>Percepción subjetiva de la madre acerca de la dificultad que ha implicado la crianza de su bebe durante estos primeros 3 años.</i>	0=Fácil 1=Difícil
Lactancia	<i>Lactancia natural de cualquier duración.</i>	0= Artificial 1= Natural
Edad de destete	<i>Edad en meses en la que se retira completamente la lactancia materna (independientemente de la cantidad y de la introducción de sólidos)</i>	Número
Lactancia seis meses	<i>Lactancia materna durante 6 meses o más independientemente de la introducción de otros alimentos y el número de tomas.</i>	0= “menos de 6 meses” 1= “6 meses o más”
Lactancia prolongada	<i>Lactancia materna durante más de un año independientemente de la introducción de otros alimentos y el número de tomas</i>	0= “un año o menos” 1= “Más de un año”
Dormir solo	<i>Edad en meses en la que el niño empieza a dormir en su propio dormitorio.</i>	Número

Tabla 17 Factores relacionados con el cuidador auxiliar

VARIABLE	DEFINICIÓN	CODIFICACIÓN
Cambios de cuidador	<i>Más de tres cambios de cuidador (auxiliar) durante los tres primeros años del niño</i>	0=NO 1=SI
Guardería	<i>En algún momento de los tres primeros años el niño estuvo en guardería (independientemente del número de horas).</i>	0=NO 1=SI
Edad Guardería	<i>Edad en meses en la que el niño entra en la guardería (si es que asiste a una)</i>	Número

6.3.2.5. Factores relacionados con la situación laboral de la madre

Tabla 18. Factores de riesgo relacionados con la situación laboral de la madre

VARIABLE	DEFINICIÓN	CODIFICACIÓN
Situación Laboral Activa de la madre durante el embarazo.	<i>La madre se encontraba en situación laboral activa en el momento de quedarse embarazada.</i>	0=NO 1=SI
Incorporación Laboral	<i>Independientemente de la situación laboral de la madre en el momento del nacimiento del niño/a, esta se incorpora al mundo laboral en algún momento durante los tres primeros años del niño.</i>	0=NO 1=SI
Momento de incorporación	<i>Momento de incorporación laboral de la madre tras el nacimiento del niño.</i>	1=Más de tres meses 2=A los tres meses 3= Antes de los tres meses

6.3.3 Variables Clínico-Demográficas

Además del sexo y la edad se recogen otra serie de variables relacionadas con la situación de la familia y la situación escolar del niño en el momento de consultar y recoger la información. Se definen a continuación:

6.3.3.1. Situación socio-demográfica de la familia

Tabla 19 Situación socio-familiar actual

VARIABLE	DEFINICIÓN	CODIFICACIÓN
Situación Jurídica del Menor	<i>Situación del menor en cuanto a la patria potestad, la tutela y la guarda.</i>	1=Tutela y guarda progenitores 2= Tutela y guarda familia extensa 3=Guarda familia extensa 4= Tutela entidad pública 5= Guarda entidad pública 6=Otros
Convivencia Actual del Niño	<i>Con quién convive el niño en la actualidad.</i>	0= Ambos padres biológicos (independientemente de que convivan con más familiares ambos padres viven con el niño) 1= Otras situaciones (otros familiares, familia reestructurada, solo con el padre, solo con la madre, institución etc.)
Estado Civil de los padres	<i>Estado Civil de los padres independientemente de la convivencia.</i>	1= Casados/pareja de hecho 2=Separados/divorciados 3=Solteros 4=Viudo/a
Nivel Económico	<i>Nivel económico de la familia según valoración del informante (madre/padre del menor)</i>	1=Bajo 2=Medio 3=Alto
Inmigración del Menor antes de los tres años de edad.	<i>Independientemente de la situación de inmigración o no de los progenitores el menor vive durante los tres primeros años de vida en un país distinto al de nacimiento.</i>	0= NO 1= SI

Tabla 20 Situación laboral y educativa de los padres

VARIABLE	DEFINICIÓN	CODIFICACIÓN
Situación Laboral del Padre	<i>Situación Laboral del padre en el momento de la consulta del niño</i>	2= Trabajando 4= Desempleado con prestación 9= Labores del Hogar 12= Otras Situaciones 99= NS
Situación Laboral de la Madre	<i>Situación Laboral de la madre en el momento de la consulta</i>	2= Trabajando 4= Desempleado con prestación 9= Labores del Hogar 12= Otras situaciones 99= NS
Ocupación del Padre	<i>Ocupación Laboral del Padre en el momento de consulta</i>	1= Altamente cualificadas 2= Ocupaciones cualificadas 3= Ocupaciones sin cualificación 4= No bien especificadas
Ocupación de la Madre	<i>Ocupación Laboral de la Madre en el momento de consulta</i>	1= Altamente cualificadas 2= Ocupaciones cualificadas 3= Ocupaciones sin cualificación 4= No bien especificadas
Nivel Educativo del Padre	<i>Nivel educativo del padre en grados</i>	1= Estudios Primarios o menos 5= Estudios Medios 6= Estudios Altos
Nivel Educativo de la Madre	<i>Nivel educativo de la madre en grados</i>	1= Estudios Primarios o menos 5= Estudios Medios 6= Estudios Altos

Las variables Situación Laboral y Ocupación Laboral son codificadas de la misma forma que en la plantilla de recogida de datos administrativos utilizada por el Servicio de Salud de Madrid (SERMAS). Para reducir categorías y mejorar el análisis de la variable “Ocupación Laboral” fue recategorizada, recogiendo las categorías los siguientes grupos:

- Ocupaciones altamente cualificadas incluye (Profesionales, Técnicos, Directivos y gerentes.)
- Ocupaciones cualificadas (servicios administrativos)
- Ocupaciones sin cualificación (Comerciales y vendedores; Hostelería, Servicios y seguridad; Agricultura y ganadería; Industria, construcción y transportes)
- No bien especificadas.

En la variable Nivel Educativo se recoge también según esta misma plantilla y después fue recategorizada basándonos en la división en grados empleada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en su informe sobre el Censo 2001. Dividida finalmente en tres niveles:

- Estudios primarios o menos: incluye Analfabetos, sin estudios y estudios de primer grado.
- Estudios Medios: incluye ESO, EGB, Bachillerato Elemental, Bachillerato Superior.
- Estudios de Altos: incluye FP superior, Diplomatura, Licenciatura y Doctorado.

6.3.3.2. Situación educativa del niño

Tabla 21 Situación educativa del niño

VARIABLE	DEFINICIÓN	CODIFICACIÓN
Escolarización	<i>Curso en el que está escolarizado el niño</i>	3= Edad escolar pero no escolarizado 4= Escolarizado en su curso 5=Escolarizado pero no en su curso 6= Abandono
Edad de Escolarización	<i>Edad de inicio de la escolarización reglada en años. En España se inicia entre los tres y los seis años.</i>	Número
Tipo de Centro Educativo	<i>Tipo de centro educativo al que asiste actualmente el menor según criterio de propiedad y financiación.</i>	1= Público 2=Concertado 3=Privado
Modalidad Educativa	<i>Opción organizativa y/o curricular dentro de la educación común.</i>	1= Ordinaria 2= Alumno con Necesidades Educativas Especiales 3= Integración 4=Educación Especial 5= Otros
Rendimiento Escolar	<i>Valoración por parte del informante (madre/padre) del rendimiento de su hijo/a en el colegio.</i>	1= Malo 2=Aceptable 3= Bueno
Cambio de Colegio	<i>Número de cambios de colegio desde la escolarización hasta el momento en el que consulta el niño</i>	1= Ninguno 2= Un Cambio 3= Dos cambios 4= Más de dos cambios

6.4 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

El instrumento de recogida de los datos tanto en los casos como en los controles es una entrevista estructurada clínico-epidemiológica. Para facilitar la estructuración de esta entrevista y garantizar la uniformidad de la forma de recogida de información en ambos grupos (casos y controles) se utiliza un cuestionario de factores de riesgo que va rellenando el evaluador en el momento de la entrevista. A su vez este mismo cuestionario es utilizado a modo de plantilla de recolección de datos. Antes de ser volcada toda la información en la base de datos de forma ordenada y estructurada de todos los participantes en el estudio.

6.4.1 Elaboración del Cuestionario de Factores de Riesgo

Para la elaboración de este Cuestionario sobre Factores de Riesgo construido ad hoc para servir de apoyo a la Entrevista estructurada se han utilizado los siguientes instrumentos, de los cuales extraemos una primera batería de preguntas:

- 1) *Historia Clínica Infanto-Juvenil*: modelo de historia clínica utilizado por la psiquiatra de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Centro de Salud Mental de Retiro en el que se recogen todas las variables mencionadas.
- 2) *Cuestionario Clínico-Biográfico Infantil* (CCBI) de Rodríguez Sacristán (2000), este es un cuestionario de muy fácil aplicación en los centros clínicos, consta de diez módulos de los cuáles los más útiles para nuestro propósito serían: módulo de embarazo, periodo neonatal, enfermedades que ha padecido o padece el niño, perfil familiar y desarrollo psicomotor.

Basándonos en el material mencionado, y teniendo en cuenta las variables seleccionadas para el estudio se construye el cuestionario. Tras una pequeña prueba piloto (aplicada a 10 casos y 10 controles) y una valoración de expertos, se realiza una depuración y corrección de preguntas con el objetivo de garantizar la claridad y agilidad para rellenarlo así como la brevedad de la entrevista destinada al estudio, pensando especialmente en reducir el tiempo invertido en el caso de los “controles”.

En el caso del grupo de controles se añaden además otros dos elementos; un consentimiento informado y la escala de cribado descrita en el siguiente apartado. En el Consentimiento informado incluimos una breve descripción del estudio y las condiciones de confidencialidad y tratamiento de los datos, así como ofrecemos la posibilidad de conocer los resultados de la escala PSC a los padres que lo deseen. Se solicita la firma del consentimiento para realizar la entrevista.

6.4.2. Pediatric Symptom Checklist-PSC-17

Este instrumento se añade a modo de cribado de posible psicopatología. Se trata de una escala de cribado psicosocial diseñada con el objetivo de facilitar la detección de problemas cognitivos, emocionales y conductuales. Como todos los instrumentos de cribado su fin último es posibilitar que la intervención adecuada, en el caso de existir dificultades, se inicie lo antes posible.

La escala original (PSC) está diseñada para ser contestada por los padres y consiste en 35 ítems a calificar como “Nunca presente”, “A veces presente” o “Frecuentemente presente” y puntuados como 0,1 y 2, respectivamente. La puntuación total se calcula sumando la puntuación de cada uno de los 35 ítems. Los ítems que son dejados en blanco son sencillamente ignorados, es decir, esa puntuación equivale a cero. Si 4 o más ítems son dejados en blanco, el cuestionario no sería válido.

En cuanto al punto de corte, para niños y adolescentes de 6 a 16 años, se sitúa en 28. Es decir, una puntuación de 28 o más estaría indicando posible deterioro psicológico. Para niños de 4 y 5 años, el punto de corte de PSC es de 24 o más (Little, Murphy, Jellinek, Bishop y Arnett, 1994; Pagano, Murphy, Pedersen, Mosbacher, Crist-Whitzel, Jordan, Rodas y Jellinek, 1996).

Una puntuación positiva en el PSC, es decir, por encima de los puntos de corte sugeridos, indicaría la necesidad de una evaluación por parte de un profesional de la salud mental. Dado que ocurren tanto falsos positivos como negativos, es arriesgado interpretar el resultado como algo más que la necesidad de mayor evaluación. Estudios utilizando la PSC indican que

aproximadamente dos de cada tres niños y adolescentes que puntúan de forma positiva en la escala están correctamente identificados ya que se comprueba que padecen un deterioro psicosocial entre moderado y grave. Solo un pequeño porcentaje de los niños o adolescentes que puntúan positivo realmente no presentan dificultades (por ejemplo, niños con buen funcionamiento pero con padres ansiosos).

En varios estudios de validación, la clasificación de casos de la PSC ha concordado con las clasificaciones de casos hechas con la escala “Child Behavior Checklist” (CBCL) (Achenbach, 1983) y con la presencia de trastorno psiquiátrico en una variedad de ámbitos pediátricos representativos de diversas situaciones socioeconómicas (Jellinek, Murphy, Robinson, Feins, Lamb y Fenton, 1988; Jellinek, Bishop, Murphy, Biederman y Rosenbaum, 1991; Rauch, Jellinek, Murphy, Schachner, Hansen, Esterly, Prendiville, Bishop y Goshko, 1991; Murphy, Reede, Jellinek, y Bishop, 1992a; Murphy, Ichinose, Hicks, Kingdon, Crist-Whitzel, Jordan, Feldman y Jellinek, 1996). Cuando se ha comparado con el CGAS tanto en muestras con ingresos bajos como medios, el PSC ha mostrado altas tasas de acuerdo general (79%; 92%), sensibilidad (95%; 88%) y especificidad (68%; 100%), respectivamente (Jellinek, 1986; Jellinek et al., 1988; Murphy et al., 1992a).

Mediante análisis factoriales se han podido agrupar los ítems en tres breves subescalas para la identificación de problemas atencionales, internalizados (depresión/ansiedad) y de conducta (Gardner et al., 1999). Estas tres subescalas tienen tasas relativamente altas de acuerdo en los diagnósticos específicos con una escala de evaluación psiquiátrica estructurada (la K-SADS-PL) y con algunas de las medidas más utilizadas en Psicopatología Infantil, incluyendo la “*Children’s Depression Inventory*” (CDI) para depresión, la “*Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorder*” (SCARED) para ansiedad, y la subescala de problemas atencionales del Child Behavior Checklist (ADHD).

La PSC ha sido utilizada en varios estudios de identificación de factores de riesgo para el deterioro psicosocial. Estos estudios han mostrado una prevalencia de disfunción psicosocial infantil es dos o tres veces mayor en niños con bajos ingresos (Murphy et al., 1992a), padres solteros (Murphy et al., 1992a) y/o enfermedades mentales en la familia de los padres (Jellinek et al., 1991), de forma consistente con investigación previa acerca de los mismos.

Gardner utilizando una amplia muestra desarrollaron una versión abreviada de la PSC. Sus estudios proporcionaron una validación, tanto estadística (Gardner et al., 1999) como clínica (Gardner, Lucas, Kolko y Campo, 2007) de una forma del PSC de 17 ítems. Otros autores han utilizado esta forma (Borowsky, Mozayen y Ireland, 2003; Duke, Ireland y Borowsky, 2005; Miller, Wieneke, Murphy, Desmond, Schiff, Canenguez, y Kleinman, 2008; Ohene, Ireland, McNeely y Borowsky, 2006).

Esta es la versión que se ha utilizado en este estudio, debido a la necesidad de abreviar y agilizar en lo posible la evaluación. La “Pediatric Symptom Checklist 17” (PSC-17) se puntúa e interpreta de la misma forma que la PSC, situándose el punto de corte en 15 puntos.

6.5. ANÁLISIS DE DATOS

Previamente al análisis de datos principal se llevan a cabo una serie de análisis para comprobar que el número de perdidos en las variables cualitativas sea aceptable (menos del 5%). Una vez depurada la base de datos y con la muestra definitiva a analizar se lleva a cabo en primer lugar un análisis descriptivo de ambos grupos (casos/controles) y comprobamos la equivalencia de ambos grupos en las variables socio-familiares y educativas.

Una vez hecho esto, un segundo paso del análisis estadístico de los datos ha consistido en un análisis bivariante de cada uno de los factores de riesgo considerados en el estudio con la variable efecto principal (Ausencia/Presencia de Diagnóstico). Para esto se utiliza, por ser la medida más adecuada al diseño de casos y controles, la Odds Ratio (OR)³. La Odds Ratio mide cuantas veces es más frecuente el trastorno en expuestos frente a los no expuestos. Es la magnitud de la asociación entre la exposición y la enfermedad. Su interpretación sería similar a la del riesgo relativo.

³ Se incluye el nombre en inglés porque es el más ampliamente utilizado. El nombre en castellano es Razón de ventajas, Razón de nomios o Razón de productos cruzados.

Tabla 22. Odds Ratio

	Casos	Controles	Total
Expuestos	A	B	a+b
No expuestos	C	D	c+d
Total	a+c	b+d	a+b+c+d

$$(OR = (axd) / (cxb))$$

La interpretación será la siguiente:

Tabla 23. Interpretación de la OR

OR	Interpretación
>1	Asociación (factor confiere riesgo)
=1	No asociación
<1	Asociación (el factor confiere protección)

Una vez obtenida la OR es necesario evaluar la posibilidad de que dicho valor esté determinado por el azar, para ello se calculan los intervalos de confianza al 95%. El intervalo de confianza para la OR no debe contener el uno para poder rechazar la hipótesis nula del contraste.

El tercer paso del análisis que se lleva a cabo es un Análisis Multivariante. Dada la enorme complejidad de la relación entre los diferentes factores de riesgo y el resultado, es ineludible la evaluación simultánea de los factores de riesgo y protección que, de forma individual, se asocian al resultado. De esta forma se busca identificar la posible confusión entre los diferentes factores de riesgo y protectores, y conocer el efecto de cada uno de ellos de forma ajustada. Para ello, 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. Finalmente, 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 bivariante. 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. Siendo

flexibles, se trata de mantener un máximo de diez variables en cada ecuación de regresión, cantidad adecuada al número de sujetos disponibles, eliminando las que no resultan estadísticamente significativas.

Para todos los análisis realizados con los datos recogidos se ha utilizado el paquete estadístico informatizado SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 15.0 para Windows (IBM Corp. 2006).

CAPÍTULO 7. RESULTADOS

7.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

7.1.1 Análisis de características Socio-familiares y educativas

7.1.1.1. Sexo y Edad

De los 220 niños que forman la muestra total del estudio el 48,8% son niñas y el 51,4% niños. Vemos a continuación la tabla con los porcentajes correspondientes y el test de ji-cuadrado. Hay un mayor porcentaje de varones en el grupo de casos y esta diferencia es estadísticamente significativa.

Tabla 24 Frecuencia y Porcentaje de Sexo en ambos grupos y ji-cuadrado

Sexo	Total	Controles		Casos		Chi-cuadrado
	(N=220)	(N=110)		(N=110)		
	N	N	%	N	%	8,024*
Mujer	107 (48,6%)	64	58,2	43	39,1	
Varón	113 (51,4%)	46	41,8	67	60,9	

Nota: * $p=0,005$

En cuanto a la edad de la muestra total, el rango está entre 6 y 12 que es el que se ha marcado en el estudio. La media de edad de la muestra total es de 8,86 años con una desviación típica de 1,87. El valor más frecuente son los 11 años y la Mediana se sitúa en los 9 años, muy cercana a la media. En la siguiente tabla se muestran los estadísticos descriptivos en ambos

grupos y el contraste de hipótesis con T de Student⁴. La media de edad de casos no es estadísticamente diferente a la media de edad de los controles al nivel de significación de 0,05.

Tabla 25 Estadísticos descriptivos (Media y Desviación Típica) de Edad y diferencia de medias

	Total N=220	Controles N=110	Casos N=110	T de Student	IC 95%
Edad	8,86 (1,87)	8,75 (1,853)	8,97 (1,889)	-,865*	-,715/-,279

*Nota: $p=0,388$

7.1.1.2. Situación Socio-Familiar del Niño en el momento de Consulta

En ambos grupos todos los niños y niñas se encuentran tutelados (guarda y custodia) por uno o ambos padres. La mayoría de los niños conviven en el momento del estudio con ambos padres que están casados, con nivel económico medio, trabajando en ocupaciones de alta cualificación y con un nivel educativo medio.

Se comprueba mediante *Test de ji-cuadrado (χ^2) de Pearson* que ambos grupos son equivalentes en todas las variables socio-familiares que han sido tenidas en cuenta 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 el hecho de recibir un diagnóstico de trastorno mental en edad escolar.

⁴ Para comprobar la normalidad de la variable edad realizamos una prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov, que no nos permite suponer la normalidad ya que la p es $<0,000$. A pesar de esto, ya que la muestra es grande, seguimos explorando y la variable cumple con los tres requisitos para la normalidad: 1º) el 100% de los casos están entre ± 3 Desviación Típicas. 2º) La distribución es simétrica, ya que el índice de simetría es menos que dos veces su error típico. 3º) La distribución es mesocúrtica ya que el índice de curtosis es menor que dos veces su error típico. A esto se añade que los gráficos Q-Q indica normalidad y comprobando a través de la Prueba de Levene que podemos asumir la homogeneidad de las varianzas ($p>0,05$).

Se presentan a continuación varias tablas con el análisis descriptivo de cada variable y el contraste de hipótesis con el Test de ji-cuadrado (χ^2) de Pearson.

Tabla 26 Situación socio-familiar. Estadísticos descriptivos y ji-cuadrado

Variable	Total	Controles	Casos	χ^2
Convivencia	N=217	N=108	N=109	
Actual				0,249
Ambos padres	178 (82%)	90 (83,3)	88(80,7)	
Otros	39 (18%)	18 (16,7)	21(19,3)	
Estado Civil Padres	N=218	N=108	N=110	2,410
Casados/pareja de hecho	176 (80,7%)	88 (81,5)	88(80,0)	
Separados/divorciados	28 (12,8%)	11(10,2)	17(15,5)	
Solteros	14 (6,4%)	9(8,3)	5(4,5)	
Nivel Económico	N=207	N=105	N=102	22,309 ***
Bajo	27 (13%)	13(12,4)	14 (13,7)	
Medio	146 (70,5%)	87(82,9)	59 (57,8)	
Alto	34 (16,4%)	5 (4,8)	29 (28,4)	
Inmigración	N=219	N=110	N=109	5,155*
No	197(90,0)	104(94,5)	93(85,3)	
Si	22(10,0)	6(5,5)	16(14,7)	

Nota: (*)= $p < 0,05$; (**)= $p < 0,01$; (***)= $p < 0,00$

Se muestra a continuación la situación laboral tanto del padre como la madre que resulta equivalente en ambos grupos:

Tabla 27 Situación Laboral de los padres. Estadísticos descriptivos y ji-cuadrado

Variable	Total	Controles	Casos	χ^2
Situación Laboral Madre	N=217	N=108	N=109	4,998
Trabajando	156 (71,9%)	82 (75,9)	74 (67,9)	
Desempleada Prestación	7 (3,2%)	5 (4,6)	2 (1,8)	
Labores del Hogar	32 (14,7%)	11 (10,2)	21(19,3)	
Otras Situaciones	22 (10,1%)	10 (9,3)	12(11,0)	
Situación Laboral Padre	N=220	N=110	N=110	4,860
Trabajando	192 (87,3%)	93(84,5)	99 (90,0)	
Desempleado Prest	4 (1,8%)	4(3,6)	0 (0)	
Otras Situaciones	7 (3.2%)	3(2,7)	4(3,6)	
NS	17 (7.7%)	10(9,1)	7(6,4)	

Nota: (*)= p<0,05; (**)=p<0,01; (***)= p<0,00

En la siguiente tabla se observa que no hay diferencias significativas en la ocupación laboral del padre pero sí la hay en la ocupación laboral de las madres entre ambos grupos:

Tabla 28 Ocupación Laboral de los padres. Estadísticos de control y ji-cuadrado

Variable	Total	Controles	Casos	χ^2
Ocupación Padre	193	91	102	4,250
Altamente Cualificadas	121 (62,2)	60(65,9)	61(59,8)	
Cualificadas	15(7,8)	9(9,9)	6(5,9)	
Sin cualificación	51(26,4)	21(23,1)	30(29,4)	
No bien especificadas	6(3,1)	1 (1,1)	5 (4,9)	
Ocupación Madre	207	97	110	18,389***
Altamente Cualificadas	88(42,5)	53(54,6)	35 (31,8)	
Cualificadas	43(20,8)	23 (23,7)	20 (18,2)	
Sin cualificación	23(11,1)	6(6,2)	17 (15,5)	
No bien especificadas	53(25,6)	15(15,5)	38 (34,5)	

Nota: (*)= p<0,05; (**)=p<0,01; (***)= p<0,00

Y, por último, el nivel educativo de ambos donde se ve que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos tanto en el nivel educativo de los padres como en el de las madres:

Tabla 29. Nivel Educativo de los padres. Estadísticos descriptivos y ji-cuadrado

Variable	Total	Controles	Casos	χ^2
Nivel Educativo Padre	220	110	110	20,945***
Primarios o Menos	31(14,1)	18(16,4)	13(11,8)	
Estudios Medios	45(20,5)	35 (31,8)	10(9,1)	
Estudios Altos	144(65,5)	57 (51,8)	87 (79,1)	
Nivel Educativo Madre	220	110	110	14,882***
Primarios o Menos	20(9,1)	12(10,9)	8(7,3)	
Estudios Medios	38(17,3)	29(26,4)	9 (8,2)	
Estudios Altos	162(73,6)	69(62,79)	93(84,5)	

Nota: (*)= $p < 0,05$; (**)= $p < 0,01$; (***)= $p < 0,00$

7.1.1.3. Situación Educativa del Niño en el momento de Consulta

En las Tablas 30 y 31 se describe la edad de escolarización de los participantes. Todos los niños de la muestra total del estudio fueron escolarizados entre los tres y los seis años. La mayoría (el 87,3%) fueron escolarizados a los tres años. Con una distribución de frecuencias menos homogénea en el grupo de casos:

Tabla 30. Edad de Escolarización Media (desviación típica) y contraste de medias

	Total N=212	Controles N=104	Casos N=108	T de Student	IC 95%
Edad de Escolarización	3,23 (.687)	3,11 (.501)	3,35 (.812)	-2,643*	(-,430/-,063)

Nota: * $p < 0,01$

Tabla 301. Edad de Escolarización. Frecuencia y Porcentaje

Edad Escolarización (años)	Total	Controles N=104	Casos N=108
3	185(87,3)	99 (95,19)	86 (79,62)
4	14(6,6)	1 (0,96)	13 (12,03)
5	4(1,9)	2 (1,92)	2 (1,85)
6	9(4,2)	2 (1,92)	7 (6,48)
Total	212(100)	104(100)	108 (100)

La media de edad de escolarización en el grupo total es muy cercana a la moda 3,23 años. La media en el grupo de controles es de 3,11, ligeramente inferior a la media de edad de escolarización en el grupo de casos. Esta diferencia entre las medias en la edad de escolarización de ambos grupos es estadísticamente significativa, existiendo una tendencia en el grupo de casos a una escolarización más tardía.

En cuanto al resto de características relacionadas con la situación educativa, la mayor parte de los niños están escolarizados en modalidad ordinaria y en el curso que les corresponde, acuden a centros educativos concertados y en todo el periodo de escolarización han vivido un cambio de centro como máximo.

Ambos grupos son comparables en todas las variables educativas consideradas excepto en la mencionada anteriormente edad de entrada en el sistema educativo, en el tipo de centro al que acuden y en el rendimiento escolar. Existiendo asociación estadísticamente significativa entre estas tres variables y la pertenencia a uno u otro grupo. En el grupo de casos hay más niños en centros educativos privados y tienen mayor porcentaje de mal rendimiento escolar.

Se exponen a continuación las variables educacionales tenidas en cuenta y los resultados de los Test de ji-cuadrado de Pearson realizados:

Tabla 31 Situación educativa del niño. Estadísticos descriptivos y ji-cuadrado

Variable	Total	Controles	Casos	χ^2
Tipo de Colegio	217	108	109	6,432*
Privado	36 (16,6)	11(10,2)	25(22,9)	
Concertado	119 (54,8)	63(58,3)	56(51,4)	
Público	62 (28,6)	34(31,5)	28(25,7)	
Modalidad Educativa	N=219	N=109	N=110	1,814
Ordinaria	214 (97,7)	108(99,1)	106(96,4)	
Otras (Alumno con necesidades Especiales, Integración y Educación Especial)	5 (2,3)	1(0,9)	4(3,6)	
Tipo de Escolarización	N=218	N=108	N=110	3,372
Escolarizado en su curso	203 (93,1%)	104(96,3)	99(9,0)	
Escolarizado en otro curso	15 (6,9%)	4(3,7)	11(10)	
Cambio de Colegio	N=218	N=108	N=110	3,238
Ningún o un solo cambio	191 (87,6%)	99(91,7)	92(83,6)	
Dos o más cambios	27 (12,4%)	9(8,3)	18(16,4)	
Rendimiento Escolar	N=218	N=108	N=110	33,606***
Malo	33 (15,1%)	5(4,6)	28(25,5)	
Aceptable	62 (28,4%)	22(20,4)	40(36,4)	
Bueno	123 (56,4%)	81(75,0)	42(38,2)	

Nota: (*)= p<0,05; (**)=p<0,01; (***)= p<0,00

7.1.2 Variables clínicas

7.1.2.1. Diagnóstico y Gravedad

En el grupo de casos, además de las anteriores variables descriptivas, tenemos en cuenta dos variables clínicas; los diagnósticos específicos y la gravedad. Se muestran a continuación las agrupaciones diagnósticas por orden de mayor a menor frecuencia:

Tabla 32 Diagnósticos Específicos. Frecuencia y Porcentaje.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Trastorno Emocional	54	49,1
Trastorno del Comportamiento	14	12,7
Trastorno de Adaptación	13	11,8
Retrasos del Desarrollo	9	8,2
Síndromes Especiales	8	7,3
Síndrome Hiperactivo	7	6,4
TGD	5	4,5
Total	110	100

Como se muestra en la siguiente Tabla, únicamente en 11 casos se valoró la afectación del trastorno diagnosticado como grave, en la mayor parte de los casos la afectación del diagnóstico fue calificada por el profesional responsable del caso como leve:

Tabla 33. Niveles de Gravedad en el grupo de casos (Frecuencia y Porcentaje)

Nivel de Gravedad	Frecuencia	Porcentaje
Leve	67	66,3
Moderado	23	22,8
Grave	11	10,9
Total	101	100

Se lleva a cabo una recategorización de la variable gravedad para dicotomizarla, agrupando los casos leves y moderados.

7.2.2.2. Escala PSC

En el grupo de controles se utilizó la escala PSC-17 para evaluar el nivel de psicopatología. El rango de puntuaciones en la escala PSC-17 en el grupo de controles se encuentra entre 0 y 14 puntos (ya que todos aquellos potenciales controles que puntuaron 15 o más fueron eliminados del estudio). La media de puntuación en la escala es de 7,54 puntos con una desviación típica de 3,828. La mediana corresponde a los 8 puntos pero el valor más frecuente es 9.

Tabla 34. Escala PSC. Frecuencia de puntuaciones

Puntuación en la Escala	Frecuencia	Porcentaje
(0-5)	34	30,91
(6-10)	50	45,45
(11-14)	26	23,64
Total	110	100

7.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS PRINCIPALES

7.2.1 Análisis Bivariante: Descripción inicial de los riesgos

7.2.1.1 Análisis de variables cuantitativas

Algunas de las variables de estudio o potenciales factores de riesgo fueron registrados de forma continua. A continuación se presenta el análisis descriptivo de las mismas.

Número de Ingresos Hospitalarios durante los tres primeros años

Hay una frecuencia muy baja de ingresos hospitalarios en nuestra muestra, con un rango de entre 0 y 5 ingresos, una media de 0,37 y una desviación típica de 0,770. Tanto la mediana como la Moda son cero.

Tabla 35. Ingresos Hospitalarios. Frecuencia y porcentaje

Ingresos Hospitalarios	Controles	Casos	Total	Porcentaje Válido
0	92	67	159	72,6
1	16	33	49	22,4
2	1	3	4	1,8
3	0	5	5	2,3
5	0	2	2	0,9
Total			219	100

Utilizamos la “U de Mann-Whitney”⁵ para llevar cabo un contraste de medias, concluyendo que existe una asociación estadísticamente significativa ($Z = -4,042$; $p < 0,000$) entre *Número de Ingresos Hospitalarios* antes de los tres años y recibir un diagnóstico de trastorno mental en edad escolar.

Tabla 36. Ingresos hospitalarios. Media (desviación típica) y contraste de medias

	Total	Controles	Casos	U de Mann-Whitney
	N=219	N=109	N=110	
Ingresos Hospitalarios	0,37 (,770)	0,17 (,397)	0,58(,971)	-4,042*

Nota: * $p < 0,000$

⁵ El resultado de la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov (la p es significativa en ambos grupos p menor de 0,000) no nos permite asumir la normalidad de la distribución de la variable número de Ingresos Hospitalarios. Dado el tamaño suficiente de la muestra exploramos gráficamente la variable. Los Gráficos Q-Q indican también falta de normalidad en la distribución, por ello recurrimos a una prueba no paramétrica.

Número de Intervenciones Quirúrgicas antes de los tres años de edad

Esta variable al igual que *Número de Ingresos Hospitalarios* tiene muy poca frecuencia, con un rango que va desde 0 a 5 como máximo, con media de 0,18 y desviación típica de 0,563. Al igual que en el caso de los ingresos hospitalarios moda y mediana coinciden en cero. Vemos en la siguiente tabla las frecuencias y porcentajes:

Tabla 37 Frecuencia y Porcentaje de Número de Intervenciones Quirúrgicas

Intervenciones Quirúrgicas	Controles	Casos	Total	Porcentaje Válido
0	100	89	189	86,7
1	8	14	22	10,1
2	0	5	5	2,3
3	0	1	1	,5
5	0	1	1	,5
Total	108	110	218	100

Según la prueba “U de Mann-Whitney”⁶ podemos concluir que existe una asociación estadísticamente significativa ($Z = -2,631$;) entre el número de intervenciones quirúrgicas antes de los tres años y recibir un diagnóstico de trastorno mental en edad escolar.

⁶ Exploramos la variable para comprobar si su distribución cumple el requisito de normalidad mediante la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov. La p es significativa ($p < 0,000$) en ambos grupos por lo que no podemos asumir la normalidad de la distribución Número de Intervenciones quirúrgicas. Dado el tamaño de la muestra exploramos también los gráficos (Gráficos Q-Q) que también indican la falta de normalidad en la distribución, por lo que recurrimos a la prueba no paramétrica “U de Mann-Whitney” para comprobar la diferencia de medias.

Tabla 38. Intervenciones quirúrgicas. Media (desviación típica) y contraste de medias

	Total	Controles	Casos	“U de Mann-Whitney”
	N=218	N=108	N=110	
Número de	0,18 (,563)	,07(,263)	,29 (,734)	-2,631*
Intervenciones Quirúrgicas				

Nota: * $p=0,009$

Edad de Inicio de la Guardería

De la muestra total, 132 niños acuden a la guardería. De estos 132 niños, el que se incorpora antes a la guardería tiene 3 meses y el mayor tiene 32 meses. Este mínimo y máximo es común a ambos grupos. La media de edad de inicio de guardería en la muestra total es de 15,92 meses, con una desviación típica de 8,004. Aunque la moda se sitúa en los 24 meses, la mediana se sitúa en 15 meses. La mediana es menor en el grupo de controles situándose en 13 mientras que la del grupo de casos está en 18. Vemos a continuación la frecuencia en ambos grupos agrupada por intervalos de 8 meses:

Tabla 39. Edad de inicio de la guardería

Edad de Inicio Guardería	Controles	Casos	Total
3-8	17	14	31
9-16	28	14	42
17-24	23	28	51
25-32	3	5	8
Total	71	61	132

Realizamos un contraste de hipótesis con la T de Student⁷ para muestras independientes. Según la Prueba de Revene puede asumirse la homogeneidad de varianzas y, a continuación se ha que no existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,135$) en la media de edad de entrada en la guardería de ambos grupos por lo que, la edad de entrada en la guardería no estaría asociada a recibir un diagnóstico de trastorno mental en edad escolar.

Tabla 40. Edad de inicio de la Guardería. Media (desviación típica) y contraste de medias.

	Total N=132	Controles N=71	Casos N=61	T de Student	IC 95%
Edad de Inicio de la Guardería	15,92 (8,004)	15,01 (7,647)	16,98 (8,340)	-1,415*	(-4,724/,785)

Nota: * $p=0,160$

Edad de Destete

De la muestra total, 185 madres afirman haber dado el pecho al niño al menos un mes. El rango de *Edad de Destete* en la muestra total abarca desde el mes hasta los 60 meses, máximo del grupo de casos. En el grupo de controles, sin embargo, el máximo es de 36 meses por lo que las distribuciones son bastante diferentes en amplitud y no cumplen el supuesto de normalidad.⁸

⁷ A pesar de que según las pruebas de normalidad (Kolmogorov-Smirnov) la distribución de la variable “Edad de inicio de la guardería” no cumple el supuesto de normalidad, continuamos explorando la variable ya que el tamaño de la muestra lo permite. La variable cumple con los tres requisitos para la normalidad (el 100% de los casos están entre +/- 3 Desviación Típicas; la distribución es simétrica, ya que el índice de simetría es menor que dos veces su error típico y la distribución es mesocurtica ya que el índice de curtosis es menor que dos veces su error típico). Además el gráfico Q-Q indica la normalidad de la distribución.

⁸ Exploramos el supuesto de normalidad y vemos que en ambos grupos la p es significativa ($p<0,000$) por lo que no podemos asumir la normalidad de la variable “Edad de Destete”. Tampoco se cumplen los requisitos de normalidad y la exploración gráfica también indica que la distribución, especialmente en el grupo de casos, no se aproxima a la normalidad por lo que optamos por un contraste de medias no paramétrico, prueba “U de Mann-Whitney”

Tabla 41. Edad de destete. Frecuencia

Mes de Destete	Frecuencia (%)	% Acumulado
1-5	85 (46)	45,9
6-11	78 (35,5)	88,1
12-23	17 (7,8)	97,3
24-60	5(2,5)	100

Vemos en la tabla 35 como la frecuencia por encima de los 12 meses es muy baja. En la siguiente tabla se muestra el análisis descriptivo y el contraste de medias:

Tabla 42. Edad de destete. Media (desviación típica) y contraste de medias

	Total N=185	Controles N=160	Casos N=85	U de Mann-Whitney
Edad de Destete	6,58(6,560)	6,83(4,610)	6,28(8,309)	2974,000 Z=-3,552*

* $p < 0,000$

Número de Hijos y orden en la fratria

Se analiza el número de niños que componen la fratria, siendo el mínimo 1 y el máximo 6 en la muestra total. La media de hijos por familia es de 2,04 con una desviación típica de 0,824. Se muestra a continuación el porcentaje de hijos en cada grupo y el orden de nacimiento de los participantes del estudio en ambos grupos (Tablas 44 y 45).

Tabla 43. Frecuencia y porcentaje de hijos en ambos grupos

Número de Hijos	Controles N= 107	Casos N=110	Total N=217
1	24 (22,4)	21(19,1)	45(20,7)
2	67 (62,6)	68(61,8)	135(62,2)
3	15(14,0)	12(10,9)	27(12,4)
4	0(0)	6(5,5)	6(2,8)
5	1(0,9)	1(0,9)	2(0,9)
6	0(0)	2(0,9)	2(0,9)

Tabla 44. Orden en la Fratria para ambos grupos

Orden en la Fratria	Controles N= 105	Casos N=110	Total N=215
1	79 (75,23)	60(54,55)	139(64,65)
2	23 (21,90)	40(36,36)	63(29,30)
3	2(1,90)	7(6,36)	9(4,19)
4	1(0,95)	2(1,81)	3(1,39)
5	0(0)	1 (0,91)	1(0,5)

Finalmente, se comprueba con un contraste no paramétrico⁹ que no existen diferencias en la media de hijos entre ambos grupos.

⁹ Comprobamos que, a pesar del tamaño de la muestra, no podemos asumir la normalidad de la distribución ya que $p < 0,000$ en ambos grupos en la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Exploramos también los índices de asimetría, curtosis y los gráficos y se decide utilizar una prueba de contraste de medias no paramétrica U de Mann-Whitney.

Tabla 45 Número de hijos. Media (desviación típica) y contraste de medias

	Total N=117	Controles N=107	Casos N=110	U de Mann-Whitney
Número de Hijos	2,04 (0,821)	1,94(0,671)	2,13(0,940)	Z=-1,039*

Nota: * $p=0,299$

Edad Dormir Solo

Ante el elevado porcentaje de datos perdidos en esta variable (45%) y que la mayor parte de ellos pertenecen al grupo de casos, se planteó su eliminación del estudio. Sin embargo, dada la relevancia clínica finalmente se decidió resolver el problema mediante un método de imputación por EM con el valor 14,74, el correspondiente a la media de la muestra total, para poder llevar a cabo el análisis aunque después, debido a este motivo, la variable no se incluye en el análisis multivariante.

En el grupo de controles la media de edad en la que el niño empieza a dormir en su propia habitación es de 11,6811 con una desviación típica de 9,418. El mínimo de 0 meses y el máximo de 48 meses, es decir, 4 años. En el grupo de casos la media de edad en la que el niño empieza a dormir en su propia habitación es de 17,7984 con una desviación típica de 13,50871. Siendo el mínimo 5 meses y el máximo 96 meses, es decir, que a los 8 años el niño aún duerme con sus padres.

Llevamos a cabo un contraste de medias no paramétrico con la prueba “U-Mann-Whitney”¹⁰ de la cual concluimos ($z=-7,705$ y $p<0,000$) que existen diferencias estadísticamente significativas en la media de edad en la que los niños comienzan a dormir en su propia habitación.

¹⁰ La prueba Kolmorov-Smirnov no nos permite suponer la normalidad de la distribución ($p<0,000$) y el resto de características de la distribución tampoco por lo que llevamos a cabo un contraste de medias no paramétrico.

Análisis del efecto sumatorio de los factores de riesgo

Por último, dentro de las variables cuantitativas, analizamos el efecto de la acumulación de factores de riesgo en un mismo sujeto de estudio. Para ello creamos la variable *Número de Factores de Riesgo* sumando el número de factores a los que se ha expuesto cada sujeto. Para ello, utilizamos todos aquellos factores de riesgo en los que aparece asociación de signo positivo con el diagnóstico de trastorno mental, independientemente de la significación estadística. Se puntúa en la variable si al menos uno de los padres tiene antecedentes psiquiátricos, abuso de sustancias, si hay antecedentes en la familia extensa, si ha habido trastorno postparto en la madre, el niño ha estado en situación de riesgo, ha habido más de tres cambios de cuidador auxiliar, su madre califica el temperamento y/o la crianza como difícil, durante los primeros años no vivió con ambos padres biológicos, la lactancia es artificial, existe enfermedad crónica o grave del niño o discapacidad en el niño o los padres, si la madre vivió una situación de duelo durante el embarazo o el postparto, bajo peso al nacer, prematuridad, parto distócico, complicaciones médicas en el embarazo y el embarazo no fue planificado. Se añade además las variables de control *Sexo masculino* e *Inmigración del Niño*.

Tabla 46. Número de factores de riesgo. Media (desviación típica) y contraste de medias.

	Total N=168	Controles N=91	Casos N=77	U de Mann-Whitney ¹¹
Número de Factores de Riesgo	3,857	2,68(1,526)	5,25(2,37)	z=-7,219***

Nota: * $p < 0,000$

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).

¹¹ Exploramos la distribución de la variable "Número de Factores de Riesgo", comprobamos a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov que no podemos asumir normalidad, aunque gráficamente se aproxima mucho a una distribución normal no cumple el criterio de Simetría, por lo que utilizamos la Prueba de "U de Mann-Whitney"

7.2.1.2. Análisis de variables categóricas: OR Cruda

A continuación vemos resumido en tablas los porcentajes de exposición para cada uno de los factores de riesgo estudiados y su correspondiente estimación de riesgo (OR) e intervalo de confianza al 95%. Los resultados se han ordenado en función del signo de la asociación (apareciendo primero la asociación de signo positivo) y del tamaño de la OR.

Tabla 47. 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 48. Factores que aumentan significativamente el riesgo de recibir un diagnóstico de Trastorno Mental en edad escolar con OR menor de 3

Factor de Riesgo	Expuestos (%)	OR	IC95%
Convivencia durante los tres primeros años	22 (10,0)	2,950	1,109-7,852
Lactancia Artificial	30 (14,0)	2,745	1,194-6,312
Crianza Difícil	35 (16,2)	2,634	1,218-5,697

Tabla 49. Factores que disminuyen significativamente el riesgo de recibir un diagnóstico de trastorno mental en edad escolar.

Factor Protector	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

A continuación vemos en la tabla aquellos factores de riesgo o protectores que han mostrado asociación con el resultado, aunque la OR no sea estadísticamente significativa. En muchas de estas variables, aparecen frecuencias esperadas inferiores a 5.

Tabla 50. Factores con OR no significativa

Factor de Riesgo	Expuestos (%)	OR	IC 95%
Enfermedad de los padres	21(9,7)	1,61	0,631-4,112
Parto Distócico	63(29)	1,47	0,819-2,671
Prematuridad	29(13,3)	1,76	0,790-3,932
Bajo Peso	19(8,8)	0,421	0,154-1,153
Embarazo Planificado	186(85,7)	0,806	,376-1,73
Complicaciones en el embarazo	36(16,6)	1,29	0,630-2,652
Duelo durante el embarazo	12(5,7)	1,08	0,338-3,477
Adopción	3(1,4)	0,491	0,044-5,493
Lactancia prolongada 1 año	13(6)	0,874	0,284-2,692
Lactancia prolongada 2 años	5(2,5)	4,235	0,466-38,529
Hijo Único	45(20,7)	1,225	0,635-2,365
Momento de Incorporación Laboral	41(28,47)	1,541	0,739-3,210

En otras variables, aparecen casillas con valores nulos por lo que no puede calcularse la OR. Es el caso de la discapacidad tanto en los padres como en el niño, la gemelaridad, el duelo tras el parto y el abuso de sustancias. En la muestra total hay tres gemelos que pertenecen al grupo de controles.

En el caso del abuso de sustancias (no hay ningún caso declarado de madres con historia de abuso o dependencia en nuestra muestra), solo 11 padres tendrían antecedentes de consumo de sustancias y pertenecen en su totalidad al grupo de casos.

7.2.2 Asociaciones entre los Factores de Riesgo considerados

Con el objetivo de servir de guía al posterior análisis multivariante se exploran las posibles asociaciones mutuas (contrastos ji-cuadrado) entre todos los factores estudiados cuya OR ha resultado significativa estadísticamente¹². Se muestran en la siguiente tabla las asociaciones y se señalan las significativas.

12

A.P.P: Antecedentes Psiquiátricos Padres; A.P.M: Antecedentes Psiquiátricos Madre; T.Post: Trastorno Postparto; C.Cui: Cambios de Cuidador; A.P.F: Antecedentes Psiquiátricos Familiares; E.C.N: Enfermedad Crónica del Niño; Tempt: Temperamento; Igr:Ingreso Hospitalario; IQ: Intervención quirúrgica;Cv3a: convivencia durante los 3 primeros años; Lacta: Lactancia Artificial; Dif.cri: Dificultad en la crianza; Inc..L: Incorporación Laboral; Lacta6: Lactancia durante 6 meses o más; SitA.M: Situación Activa de la Madre; Guard: Guardería; Prg: Primogénito.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
A.P.P																
A.P.M	183,864***															
T.Post.	21,453***	20,638***														
C.Cui.	9,347**	3,55	1,067													
A.P.F	1,369	0,967	3,291	6,455*												
E.C.N	9,904**	10,167***	1,682	,059	3,495											
Tempt.	2,642	4,973*	7,637**	,774	7,493**	1,355										
Ingr.	5,756*	4,533*	9,541**	,050	2,949	2,609	2,272									
IQ	7,023**	6,351*	2,629	,476	9,055**	2,818	1,601	36,302***								
Cv3a	4,603*	3,471	,601	3,967*	1,687	,076	4,248*	,988	,623							
Lacta	0,016	0,243	2,080	1,493	,013	1,848	,395	1,446	,001	4,142*						
Dif.Cri.	4,038*	6,470**	25,305***	,017	,341	,001	23,264***	9,896**	2,416	1,256	1,385					
Inc.L.	0,011	0,533	1,413	4,502*	,343	,855	4,171*	,159	,008	1,181	9,001**	7,667**				
Lacta6	2,227	2,749	8,485**	,245	4,799*	11,884***	2,906	8,610**	2,663	3,165	30,889***	3,102	4,263*			
SitA.M.	0,420	0,897	,753	2,177	,137	,019	2,369	,004	,009	4,498*	4,972*	10,510***	127,762***	1,663		
Guard.	0,288	0,072	3,390	0,015	,046	2,030	,205	,051	,440	,379	7,455**	1,534	28,494***	2,156	14,796***	
Prg.	0,348	1,257	,182	1,284	,756	1,829	,001	3,276	1,602	3,160	,423	2,087	12,742***	2,470	7,3951**	2,348

Nota: *p<0,05; **p<0,01; *** p<0,001

Tabla 51. Asociación entre los factores de riesgo

7.2.3 Análisis Multivariante

A continuación presentamos los resultados del análisis multivariante. En la primera tabla aparecen las OR ajustadas para los factores de riesgo con una OR cruda con significación estadística en el análisis bivariante anterior.

Tabla 52. 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 (ver Tabla 51).

El primer ajuste (Modelo 1) se realiza con aquellas variables control que están asociadas al resultado de diagnóstico de trastorno en edad escolar (sexo, inmigración, nivel educativo de ambos padres y ocupación laboral de la madre).

El segundo ajuste (Modelo 2) lo realizamos con aquellos factores de riesgo que están asociados al mismo tiempo con el resultado y con el factor de riesgo analizado en cada modelo (según tabla 52).

Se ha subrayado en la tabla anterior 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 son: Cambios de Cuidador, Antecedentes Psiquiátricos, Lactancia Artificial e Ingresos Hospitalarios. Aunque en general 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, este aumenta en el modelo final. A continuación se muestran también las OR ajustadas para los factores protectores:

Tabla 53. Factores protectores OR ajustadas

Factor Protector	OR	OR	IC95%	OR	IC95%
		Modelo1		Modelo2	
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 (ver tabla 51).

En esta segunda tabla, subrayamos también los dos factores protectores 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. Vemos que todos los factores protectores pierden fuerza con los ajustes pero la lactancia durante seis meses continúa mostrando un descenso del riesgo del 70%.

7.2.4 Análisis del nivel de gravedad

7.2.4.1. Diagnóstico y Gravedad

Se explora la relación entre las categorías diagnósticas y la gravedad asignada al trastorno. Únicamente en 11 casos el trastorno es considerado grave; los 5 niños con diagnóstico de TGD, 2 con trastorno del comportamiento, 2 con Síndrome Hiperquinético, 1 trastorno emocional y otro con retraso del desarrollo. Ningún niño de las categorías de “Síndromes especiales” ni “Trastornos adaptativos son considerados graves”.

Tabla 54. Categorías Diagnósticas y Gravedad

Diagnóstico	Leve	Moderado	Grave	Total
TGD	0	0	5	5
Trastorno Emocional	35	13	1	49
Síndromes Especiales	5	2	0	7
Trastornos de Adaptación	10	3	0	13
Trastorno del Comportamiento	6	3	2	11
Síndrome Hiperquinético	4	1	2	7
Retrasos del Desarrollo	7	1	1	9
Total	67	23	11	101

Debido a la baja frecuencia en muchas de las casillas, se utiliza el estadístico de Fisher para comprobar la asociación entre las categorías diagnósticas y el nivel de gravedad. No existiendo diferencias estadísticamente significativas entre el diagnóstico y la calificación sobre la gravedad del mismo (0,011; $p=0,916$).

7.2.4.2. Relación entre los factores de Riesgo y la Gravedad del Trastorno

Se explora a continuación la asociación de los distintos factores de riesgo estudiados con el nivel de gravedad (Leve-Moderado/Grave). Se ajustamos con regresión logística binaria la OR de aquellos factores de riesgo que resultaron estar asociados con el nivel de gravedad de forma estadísticamente significativa.

Tabla 55. Factores de Riesgo para Gravedad. OR Ajustada

FACTOR	Ji-cuadrado	OR	IC	OR Ajustada	IC
Bajo Peso	9,917**	10,750	1,856-62,275	18,509	1,743-196,576
Enfermedad Crónica	4,407*	3,714	1,028-13,422	5,061	0,955-26,827
Discapacidad del Niño	8,900**	9,107	1,691-49,046	11,732	1,214-113,363
Antecedentes Psiquiátricos Familiares	7,086**	5,153	1,406-18,887	0,083	0,005-1,288

Subrayamos también en este caso los dos factores de riesgo cuya asociación continúa manteniendo la significación estadística. Tanto el bajo peso al nacer como la discapacidad del niño, cuya asociación con el diagnóstico no es significativa, mantienen como vemos una fuerte asociación con la calificación de grave del trastorno. Hay que señalar también que la enfermedad crónica del niño está fuertemente asociada también con la gravedad del trastorno.

CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN

8.1. COMENTARIOS GENERALES

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 generan un elevado estrés, genera vulnerabilidad a la manifestación en etapas posteriores de trastornos emocionales. Se han seleccionado potenciales factores de riesgo que supondrían una interrupción u obstáculo en el proceso de vinculación normal, con el objetivo de aumentar el conocimiento sobre los factores concretos sobre los que podría intervenir en nuestra población para favorecer el adecuado desarrollo psicoafectivo del niño.

Se trata de un acercamiento empírico y práctico que se apoya en teorías clínicas del desarrollo como el apego y la mentalización. De forma que se ha tratado así de traducir los procesos subyacentes como por ejemplo, la imposibilidad de generar un apego seguro, a hechos observables y accesibles para los profesionales sanitarios como el número de ingresos hospitalarios, la separación del niño de alguno de los padres, etc. El objetivo último es el de ser más capaces de detectar el riesgo y generar intervenciones más efectivas.

Se empieza comentando algunos aspectos específicos del diseño del estudio que pueden diferenciarlo de otros y que es imprescindible tener en cuenta a la hora de interpretar y generalizar los resultados obtenidos.

La mayor parte de los estudios epidemiológicos analíticos en el campo de la psicopatología buscan corroborar la relación causal entre determinados factores de riesgo de aparición en la infancia y los posteriores resultados de interés clínico en la adolescencia o, de forma más general, en la edad adulta. En este estudio, se ha pretendido, por una parte, delimitar y estudiar la manifestación de los trastornos mentales durante la infancia, en una franja de edad concreta, la edad escolar que situamos entre los 6 y los 12 años. Y, por otra parte, delimitar

también el periodo en el que aparece el factor de riesgo, durante los tres primeros años de vida, con la idea subyacente de la existencia de periodos críticos en el desarrollo del niño.

Una consecuencia inmediata de seleccionar los casos incidentes en la franja de edad escolar es que es muy posible que se descarten algunos trastornos graves, ya que lo más probable es que los trastornos de mayor gravedad provoquen una consulta antes de los 6 años. Por otra parte, algunos de estos trastornos graves, por ejemplo determinados trastornos psicóticos, tenderían a hacer su aparición ya en la adolescencia. Aunque es importante también reseñar que, en realidad lo que se está considerando es el momento en el que se consulta y se llega a diagnosticar un trastorno que con mucha probabilidad se ha iniciado antes. Como veremos a continuación descartar los trastornos más graves podría ser parte de la explicación de alguno de los resultados del estudio.

En cuanto a la elección de los tres primeros años de vida, esta está basada en los conceptos teórico-clínicos comentados anteriormente, en base a los cuales suponemos que esta etapa constituye un periodo crítico en la estructuración del psiquismo y en el establecimiento del patrón de apego (Marrone, 2001; Schejtman y Vardy, 2008; Schore, 2000). A pesar de la importancia de estos tres primeros años, son los cinco primeros los que suelen considerarse infancia temprana y, parece un periodo claramente diferenciado de la etapa entre 6 y 12 años, que es en la que se estudia la manifestación de las dificultades psicológicas.

Otro aspecto a señalar es la definición de “Caso” del estudio, considerando cualquier diagnóstico de trastorno mental y no una categoría diagnóstica específica. Una importante dificultad asociada, en general, a los estudios epidemiológicos en psicología clínica y psiquiatría infantil es precisamente la definición de “Caso”, debido a que el proceso diagnóstico en Salud Mental, ya de por sí complejo, se complica aún más si cabe en el caso de la infancia donde se añade el hecho de que los niños se encuentran en proceso de desarrollo. Los criterios diagnósticos en salud mental infantil son poco precisos y la definición de limitación funcional asociada a la definición de trastorno mental no tiene criterios uniformes. La utilización de clasificaciones diagnósticas ayuda a solventar en lo posible este problema compartido por todos los estudios epidemiológicos. En nuestro caso, se añade la dificultad de que la codificación de diagnósticos utilizada por el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma de Madrid

(SERMAS) es la CIE-9 (OMS, 1977), cuando internacionalmente, y los propios profesionales sanitarios del SERMAS tienden a utilizar los criterios diagnósticos CIE-10. La mayor parte de los estudios epidemiológicos que utilizan muestras clínicas estudian diagnósticos concretos, como el trastorno esquizofrénico o los trastornos del espectro autista en la infancia. En el presente estudio se utiliza el hecho de que haya o no diagnóstico, de forma que lo que tratamos de diferenciar es el desarrollo saludable del desarrollo que cursa con problemas psicológicos. A diferencia de otros estudios, que persiguen este mismo objetivo, no utilizamos medidas de ajuste psicológico a partir de pruebas estandarizadas sino el diagnóstico clínico.

Es cierto que el hecho de que un niño acabe recibiendo el diagnóstico de trastorno mental pasa por ser remitido a los servicios de salud especializados. Sabemos que los profesionales sanitarios de atención primaria, identifican los problemas de salud mental infantil con mayor frecuencia después de que los padres les comuniquen su preocupación. Es decir, que la preocupación parental sobre la salud mental del niño influye en la identificación de problemas en atención primaria y consecuentemente en las derivaciones a Salud Mental Infanto-Juvenil. Los factores que subyacen a la búsqueda de ayuda por parte de los padres todavía no es bien conocida. Podría estar asociada a mayor sensibilidad a problemas emocionales, mayor nivel educativo o quizá sea una de las vías por las que los propios antecedentes de los padres y de la familia extensa aumentan el riesgo de diagnóstico, al aumentar la preocupación y probabilidad de consultar por dificultades emocionales y que el niño sea evaluado por profesionales de Salud Mental. Efectivamente, dentro del grupo de casos del presente estudio el nivel educativo de los padres es significativamente mayor que el nivel educativo de los padres en el grupo de controles y es más frecuente la aparición de antecedentes psiquiátricos tanto en los padres como en la familia extensa, por lo que esto podría influir en la consulta de los padres al pediatra. Sin embargo, los controles son niños cuyos padres cumplen con el programa de niño sano, por lo que muestran preocupación preventiva y utilización de los servicios sanitarios. Por otra parte, se comprueba a partir del cribado realizado en el grupo de controles con la escala PSC que los 5 niños eliminados del grupo de controles por presentar puntuaciones elevadas en la escala, ya habían estado también en contacto con Salud Mental de lo que puede concluirse que la derivación desde pediatría a Salud Mental Infanto-juvenil estaba funcionando de forma adecuada.

A continuación se comentan aspectos importantes del análisis descriptivo de ambos grupos; casos y controles y de las características clínicas del grupo de casos. Y más adelante se comentarán los resultados principales para cada uno de los factores estudiados.

8.2. COMENTARIOS SOBRE CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS

Para realizar la descripción de la muestra desde un punto de vista clínico, social y educativo se han recogido variables que se consideran y han mostrado ser muy relevantes a la hora de valorar la situación y bienestar de un niño en edad escolar y se ha comprobado la similitud en el grupo de casos y el de controles en todas estas variables. Esto es así en la mayoría de las características, sin embargo, parece importante comentar aquellas variables en las que hayan aparecido diferencias significativas entre el grupo de casos y controles.

La primera diferencia la encontramos en el nivel económico declarado. En el grupo de casos un número significativamente mayor de informantes considera que su nivel económico es alto. Esto es destacable ya que, si hubiese diferencias en los grupos esperaríamos un menor nivel económico en el grupo de casos ya que el nivel económico bajo es considerado un potente factor de riesgo para la salud mental (Reiss, 2013). Por ejemplo, en nuestro ámbito la prevalencia del trastorno psicótico difiere en barrios de características psicosociales delimitadas y atendidas por un mismo equipo de salud mental, llegando a duplicarse en la zona de menor nivel socioeconómico, conclusión que realza la importancia de las variables contextuales (Tizón, 2009). Es cierto que la muestra pertenece al Distrito de Retiro, una zona que como se ha comentado en la descripción de la muestra, destaca por el nivel socio-económico medio-alto. También podría ocurrir que el nivel educativo y económico elevado tenga influencia en la preocupación por la salud mental y la decisión de consultar. Pero no podemos dejar de reseñar el hecho de que en este trabajo el nivel económico no se mide de forma objetiva, utilizando indicadores económicos si no que es una atribución de la persona que responde a la pregunta en la que se le solicita que sitúe a su familia en uno de los tres niveles (alto-medio-bajo).

En el caso del nivel educativo ocurre algo similar, 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. Aunque ambos grupos, controles y casos, hay un porcentaje elevado de estudios altos entre los progenitores. Estas diferencias podrían deberse a la población objeto de estudio, y apoyaría la idea de que el nivel económico puede ser algo mayor en el grupo de casos. Por ello, se utiliza el análisis de datos para corregir la confusión que podría introducir en los resultados incluyendo el nivel educativo de ambos progenitores en los modelos de regresión.

En cuanto a la situación laboral de ambos, padre y madre, no existen diferencias entre ambos grupos. Sin embargo, podemos destacar el elevado número de padres en situación activa, y especialmente de madres en situación activa en el momento de participación en el estudio ya que suponen el 71,9% de la muestra total. Esta es otra característica de la población en la que se realiza el estudio como se comentó en la descripción de la misma. En cuanto a las ocupaciones laborales, aunque no existen diferencias en las ocupaciones laborales de los padres sí hay diferencias estadísticamente significativas en la ocupación laboral de las madres. Con una clara tendencia a ocupaciones más cualificadas en el grupo de controles, en contraste con el nivel educativo. En la muestra total solo un 11,1% tiene ocupaciones no cualificadas. El 54,6% de las madres de los controles ocupan cargos directivos, gerentes o son profesionales y técnicos. Un comentario respecto a la categorización realizada es que el apartado “No bien especificadas” recoge muchas más madres que padres y se debe a que es en este en el que se sitúan las 32 madres que se dedican a “Labores del Hogar” frente a ningún padre que se sitúe en esa categoría. Habría un número bastante mayor de amas de casa en la muestra de casos. El hecho de que la ocupación laboral de la madre en nuestra muestra resulte altamente cualificada, como comentaremos más adelante, podría ser parte de la explicación al hecho de que la incorporación laboral de la madre durante los tres años funcione como un factor protector ya que podemos suponerle mejores condiciones laborales que la incorporación en ocupaciones sin cualificación.

Otro grupo de variables de gran interés dada la franja de edad objeto de estudio son aquellas relacionadas con el mundo escolar puesto que es el ámbito en el que están inmersos los participantes en este estudio. Durante este periodo de seis años se adquiere un desarrollo cognitivo importante, de hecho son los aprendizajes y la socialización con iguales los hitos

evolutivos más relevantes de esta etapa. El rendimiento escolar es una de las principales preocupaciones de los padres y también uno de los aspectos que antes se resiente cuando un niño comienza a tener dificultades. De hecho, suele constituir motivo de alarma o consulta. No sorprende que sea precisamente en el rendimiento académico en el que existen diferencias significativas entre ambos grupos. Con un porcentaje significativamente mayor de niños con rendimiento malo (en opinión de sus padres, que clasificaron el rendimiento de su hijo en malo, aceptable o bueno) dentro del grupo de casos. Sin embargo, no hay diferencias en cuanto al curso en el que se encuentran los niños, es decir, que no hay más niños repitiendo curso dentro del grupo de casos.

En la muestra total el 54,8% de los niños acude a colegio concertado y únicamente un 16,6% a colegio privado. Sin embargo, la asistencia a un centro educativo privado aumenta al 22,95% en el grupo de casos. Esto también puede estar relacionado con un mayor nivel económico en el grupo de casos.

Otro dato que destaca es que encontramos una tendencia significativa en el grupo de casos a la escolarización más tardía. A pesar de que en España la escolarización es obligatoria a partir de los 6 años, en la actualidad la mayor parte de los niños y niñas son introducidos en el sistema escolar a los tres años. Ningún niño del estudio es escolarizado más tarde de los 6 que es el límite impuesto por ley y la mayoría de los niños en ambos grupos empiezan la escolarización a los tres años. Los pocos casos en los que lo hacen entre los 4 y los 6 años representan una diferencia significativa entre ambos grupos. Aunque podría deberse al hecho en sí de no estar escolarizado, parece más plausible pensar que esté relacionado o bien con otras variables que hayan impedido la incorporación escolar como la inmigración por ejemplo, o con la diferencia con la norma social.

8.3. COMENTARIOS SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS

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 totalmente coincidente con el estudio METRA (2003) realizado con muestra madrileña. En ese estudio obtienen el mismo porcentaje de niñas, 39%, que en el presente estudio dentro del grupo con diagnóstico. Ambos estudios son concordantes con la literatura científica en la que se muestra que el diagnóstico de trastorno mental es mayor en varones durante la infancia invirtiéndose este patrón a partir de la adolescencia (Rutter, 2002).

En cuanto a la opinión de algunos autores (Rowe, Maughan, Pickles, Costello y Angold, 2002; Rutter, 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 el sexo se asocia exclusivamente al tipo de lactancia (pero no a su duración), con la percepción de la madre sobre el temperamento del bebé y con la situación de riesgo del menor. Es decir, los varones en nuestra muestra 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. Estas asociaciones tanto con el diagnóstico en salud mental como con estos factores nos lleva a considerar el sexo y/o género del niño como una variable de control importante, por lo que también es incluida en todos los modelos de regresión, de forma que los resultados finales están ajustados por sexo.

En cuanto a los diagnósticos específicos, el grupo diagnóstico más frecuente es el de los trastornos emocionales con un porcentaje del 49,1%, seguido bastante de lejos por el grupo de trastornos del comportamiento. Esto sería coincidente con las conclusiones de algunas revisiones sobre prevalencia de trastornos mentales en la infancia como el trabajo de Merikangas et.al. (2009), donde los trastornos de ansiedad resultan ser los más prevalentes en niños seguidos de los trastornos del comportamiento y los trastornos del ánimo. Coincidiendo también con el estudio METRA (2003) donde el grupo diagnóstico más prevalente es también el de trastornos emocionales. Por último, destacar que efectivamente la edad de inicio de los trastornos emocionales es típicamente la franja de edad diana de nuestro estudio, comenzando los trastornos de comportamiento un par de años antes (WHO, 2005).

En cuanto a la gravedad asignada a los diagnósticos, también de forma esperable, el 66,3% de los mismos son considerados leves y solo el 10% se considera grave. No hayamos asociación estadísticamente significativa entre el diagnóstico y la gravedad, probablemente porque el tamaño de la muestra lo dificulta ya que se están considerando siete agrupaciones

diagnósticas diferentes. Aunque en principio cualquier trastorno podría producir la suficiente disminución de la funcionalidad o sufrimiento como considerase grave, y no aparece asociación entre los diagnósticos específicos y el nivel de gravedad, ninguno de los trastornos adaptativos o síndromes especiales son considerados graves. Por otra parte, todos los trastornos generalizados del desarrollo son considerados graves.

Por otra parte, la gravedad del trastorno está asociada de forma estadísticamente significativa con alguno de los factores de riesgo estudiados; el bajo peso al nacer, la enfermedad crónica, la discapacidad y los antecedentes psiquiátricos familiares. Por lo que se cumplen las hipótesis planteadas en este sentido. Es destacable el hecho de que el bajo peso al nacer no aumenta significativamente el riesgo de recibir un diagnóstico de trastorno mental, sin embargo, si se recibe ese diagnóstico, es más de 18 veces más probable que sea grave. Esto apoyaría la idea de que los factores perinatales podrían no resultar significativos debido a que están asociados a trastornos mentales más graves, que requerirían atención antes de los 6 años de edad.

8.4 COMENTARIO ESPECÍFICO DE ALGUNOS RESULTADOS

Una vez hechos estos comentarios preliminares, se comentan a continuación los resultados principales del estudio. A pesar de que se considera que la significación estadística no es la única significación a tener en cuenta, se comentan en primer lugar los factores de riesgo y protección que han resultado significativos en los modelos de regresión realizados y después el resto de factores que obtienen una magnitud importante de la OR.

8.4.1. Cambios Frecuentes de Cuidador

Un resultado destacable del estudio es que el factor de riesgo más fuertemente asociado con el trastorno mental en edad escolar han resultado ser los *Cambios de Cuidador*. En la clínica infantil se ha observado cierta coincidencia entre dificultades psicológicas y problemas afectivos

y la aparición en la anamnesis de interrupciones e irregularidades en los cuidados recibidos por el niño cuando este era bebé o aún muy pequeño. Midiendo esta variable se pretendía evaluar, al menos en algún aspecto, la estabilidad de los cuidados. Los cambios frecuentes y repetidos en el tiempo de los cuidadores principales o de los cuidadores auxiliares del bebé y del niño no suelen ser incluidos en estudios de factores de riesgo a gran escala, sin embargo, si suelen aparecer en los protocolos de detección de riesgo para la salud mental o en los listados de ítems a tener en cuenta en documentos clínicos y preventivos como por ejemplo el trabajo de Jiménez Pascual (2002).

En este estudio se ha tenido en cuenta únicamente el número de veces que el cuidador auxiliar cambia. Es decir, para considerar que el niño ha estado expuesto ha debido pasar por un mínimo de tres cuidadores diferentes a los progenitores durante los tres primeros años de vida. Los niños que han estado expuestos tienen en la presente muestra 24 veces más riesgo de recibir un diagnóstico de trastorno mental en edad escolar. Como decíamos, 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 que el bebé debe establecer con las figuras que le cuidan. Además, como señala Cabaleiro (1993), estos cambios frecuentemente se asocian también a cambios de lugares donde se cuida al niño. Esto supondría una repetición de rupturas y pérdidas en un periodo en el que el bebé no está preparado para ello. 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 menor capacidad de los padres para hacerse cargo de los cuidados y para mantener la estabilidad de estos cuidados por parte de terceros.

8.4.2. Psicopatología parental

Como se ha visto en la introducción, los antecedentes psiquiátricos de los padres son un factor de riesgo para el padecimiento de un trastorno mental en el niño ampliamente estudiado y confirmado (Olin y Mednick, 1996). De forma coincidente con esto, en el presente estudio los antecedentes psiquiátricos de los padres, alguno de ellos o ambos, analizado de forma independiente, sin ajustar por otras variables, aparece como el factor de riesgo con la OR más elevada, aumentando 16 veces el riesgo de que el niño sea diagnosticado de trastorno mental durante la etapa escolar. Una vez ajustados los antecedentes psiquiátricos de los padres, primero por las variables control mencionadas y después por otros factores de riesgo con los que está relacionado la OR se sitúa en 6,485 y mantiene la significación estadística. Utilizamos de forma separada los antecedentes de la madre como variable control de otros factores de riesgo con los que esta variable se asocia.

En cuanto al abuso o dependencia de sustancias en uno o ambos padres, a pesar de mostrar una clara asociación con el diagnóstico, no puede ser analizada mediante odds ratio por la baja frecuencia y por el hecho de encontrarse todos los padres con antecedentes de abuso o dependencia de sustancias (no se informa de ninguna madre) en el grupo de casos. Esta baja frecuencia y el hecho de que aparezca exclusivamente en el grupo de casos podría estar relacionado con la baja conciencia de enfermedad, las dificultades diagnósticas y, sobre todo, por el hecho de que esta información tiende especialmente a omitirse o negarse más que otras. Sin embargo, la relación entre el abuso de sustancias y la psicopatología de los hijos parece bastante clara.

La tercera variable que consideramos son los antecedentes de otros familiares cercanos, concretamente abuelos y tíos. Este tipo de antecedentes en la familia extensa se recoge menos en los estudios de factores de riesgo, a pesar de su importancia, ya que por una parte estaría la posibilidad de transmisión genética, pero también, porque actualmente los abuelos y tíos son cuidadores habituales de los niños, pasando en muchos casos a encargarse de la mayor parte de los cuidados de los mismos. Aunque pierde la significación estadística al ajustarse en el segundo modelo de regresión, mantiene una OR de 2,394 y la significación clínica.

Es importante recordar que la mayoría de los estudios, como en el caso de los estudios que abordan los factores de riesgo perinatal, se dirigen a los trastornos mentales graves. Es decir, estudian la influencia de los factores de riesgo sobre el desarrollo de trastornos mentales graves, pero también, cuando se refieren al factor de riesgo “antecedentes psiquiátricos de los padres” suelen considerar los antecedentes psiquiátricos de diagnósticos de enfermedades mentales graves como el trastorno esquizofrénico.

Algunos autores que han explorado las repercusiones que tienen las alteraciones maternas en la constitución temperamental de sus hijos (McMahon, Barnett, Kowalenko, Tennant y Don, 2001) han encontrado que las madres deprimidas, y también con otro tipo de trastornos mentales, tienen hijos con temperamento difícil por encima de la frecuencia esperada, lo que muestra una vez más la interacción entre las características temperamentales del niño y las del entorno inmediato tanto físico como psicológico. Esto es coincidente con los resultados del presente estudio en el que los antecedentes psiquiátricos de la madre están asociados con el temperamento difícil del niño, como se comentará con más extensión en el apartado en el que se discute el temperamento como factor de riesgo.

8.4.3. Lactancia materna

Como se vio en la introducción, a pesar de la evidencia del impacto positivo de la lactancia materna en el desarrollo cognitivo (Hoefler y Hardy, 1929) y la inteligencia (Pollock, 1994) se han publicado muy pocos resultados en relación a su impacto sobre la salud mental. Por ello, cobra relevancia los resultados del presente estudio. Se han tenido en cuenta dos variables en relación a la alimentación del bebé. En primer lugar, se analiza el tipo de lactancia, es decir, la diferencia entre ser amamantado por la madre o con leche artificial. Por otra, se tiene en cuenta la duración de la lactancia materna en los casos en los que la hayan iniciado.

La lactancia artificial, resulta en un aumento de 4 veces el riesgo de diagnóstico de trastorno mental en edad escolar. La fuerza de la asociación continua siendo significativa tras ajustarse tanto por las variables de control como con otros factores de riesgo asociados a la

lactancia artificial (convivencia durante los tres primeros años, incorporación laboral, situación laboral activa de la madre en el momento del embarazo y guardería). Además, encontramos que más allá de la elección de lactancia materna, cuando esta se mantiene durante al menos seis meses, no sólo no aumenta el riesgo si no que reduce el riesgo de trastorno mental en un 70%, manteniendo también la significación en ambos modelos de regresión.

En algunos estudios, como el de Kwok, Leug y Schooling (2013), los autores concluyen que la relación entre la lactancia materna y la salud mental es confusa, sin embargo, la lactancia materna mixta o exclusiva de menos de tres meses continúa estando asociada a peor comportamiento y autoestima en su estudio. Otro estudio en el que la lactancia prolongada no mostró tener ningún efecto protector significativo en trastornos de conducta o problemas de salud mental en adolescentes de Nueva Zelanda fue el de Fergusson y Woodward (1999). Sin embargo, sí se ha encontrado que la lactancia materna promueve el ajuste psicosocial y bienestar global entre niños y adolescentes en Australia (Oddy, Kendall, et al., 2010), incluyendo niños que han experimentado el conflicto conyugal y la separación de sus padres en Gran Bretaña (Montgomery, Ehlin, et al., 2006). El hecho de que los hallazgos relacionados con la lactancia materna y la salud psicosocial en la vida adulta no sean del todo concluyentes podrían deberse a que en el efecto de la duración de la lactancia materna sobre la salud mental infantil podría influir el patrón cultural. Otra explicación podrían ser las diferencias en las medidas de resultado entre los estudios, es decir, podría hallarse resultados diferentes dependiente de si se mide la incidencia de una enfermedad mental específica como en las cohortes británicas de 1946 y 1958 en las que no se encontró asociación (Leask, Done, Crow et al, 2000) o el ajuste psicosocial o estabilidad emocional como en el estudio Australiano.

A pesar de que, como se comenta, haya estudios con resultados dispares en general, parece que existe un considerable consenso tanto en la literatura clínica como en la investigación en cuanto a que la lactancia materna es un factor protector de la salud mental del niño y favorecedor del vínculo de apego (Crowell y Waters, 2005). Sin embargo, existe más controversia en cuanto a la duración óptima de la misma. Y muy poca investigación relacionando la lactancia prolongada con la salud mental debido a la baja prevalencia de la lactancia materna de larga duración.

La duración de la lactancia en España, como en otros países occidentales, no se acerca a las recomendaciones con lo cual, hay tan pocos niños amamantados después de los dos años que no es posible obtener conclusiones (Hernández Aguilar, 2004). Como se señala en la Guía de la Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP, 2004), parece que el mayor inconveniente de la lactancia prolongada en estos momentos se relacione con la pérdida de la cultura del amamantamiento que puede ejercer presión psicológica o cierto aislamiento de aquellas madres que siguen amamantando a sus hijos más allá de las pautas consideradas actualmente como normales. No hay evidencia alguna que demuestre que la lactancia prolongada sea causa de enfermedad psíquica o física en el hijo o en la madre. Es el caso del presente estudio, en el que se obtienen frecuencias extremadamente bajas para la lactancia prolongada. En la muestra total solo 13 niños han sido amamantados más de un año y de ellos únicamente 5 lo han sido durante más de dos años. La lactancia materna durante un año o más sigue teniendo una OR en sentido de protección aunque de magnitud casi inexistente ($OR=0,874$) y pierde la significación estadística. Un dato interesante es que al utilizar la definición de la OMS de lactancia prolongada, es decir, la lactancia por encima de los dos años se encuentra que, sin ser significativa estadísticamente, la OR cambia su signo hacia el riesgo con una fuerza de asociación considerable ($OR=4,235$) aunque estas dos variables relativas a lactancias prolongadas no han sido incluidas en los modelos de regresión por lo que la OR de ambas no está ajustada por ninguna variable control. Por ello, consideramos importante la realización de estudios que requerirían tamaños de muestra mucho mayores con el objetivo de explorar la posibilidad de que la relación no sea simplemente dosis-respuesta, a más tiempo de lactancia materna mayor beneficio, si no que hubiese efectos diferentes en los dos extremos.

Parece, como algunos autores apuntan (Oddy, Kendall, et al 2010), existir cierta reticencia en la investigación a afirmar una asociación entre la lactancia materna y la posterior salud mental. Esta reticencia podría deberse en parte a la posibilidad de explicaciones alternativas pero también por la preocupación de generar culpa en las mujeres que no amamantan.

Una posible alternativa al efecto protector de la lactancia materna sobre la salud mental infantil podría ser que la lactancia sea un marcador para otras características maternas que no se estén midiendo y se relacionen con la lactancia. Dentro de los países desarrollados la tendencia a

elegir la lactancia materna se da en comunidades con mayor nivel socioeconómico y educativo (Hernández Aguilar, 2004). Podrían ser estos factores los que beneficien la salud mental infantil y no la lactancia materna en sí misma. En cuanto a la duración, también podría haber un efecto de selección, es decir, que sean las madres con más factores protectores de por sí las que más tiempo consigan mantener la lactancia materna o que sean las parejas madre-bebé con mayor sintonía las que puedan mantenerlo. Los bebés con algún problema previo, enfermedad o dificultad para lactar también podrían tener otras dificultades que afecten a la salud mental.

En cuanto a estas posibilidades es interesante señalar que, como se mostró antes, efectivamente, una gran parte de los factores considerados desfavorables para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna según estudios recogidos en la Guía de Lactancia Materna de la AEP (AEP, 2004) son al mismo tiempo conocidos factores de riesgo para la salud mental infantil (madre adolescente o situación psicosocial de riesgo, cesárea, prematuridad, bajo peso al nacimiento, enfermedad materna o neonatal). Así como los factores favorecedores son factores protectores de la salud mental materno-infantil (apoyo familiar, nivel educativo de la madre, parto eutócico, vivencia favorable del embarazo y ausencia de riesgo psicosocial). Podría entonces pensarse que la lactancia materna aparece como factor protector debido a que se da en mayor medida en madres que ya de por sí carecen de otros muchos factores de riesgo. Sin embargo, en este estudio se han registrado y controlado mediante el análisis multivariante gran número de estas posibles variables explicativas (el nivel educativo de la madre, su ocupación laboral, los factores perinatales mencionados y la enfermedad del niño), conservando tanto la lactancia artificial como la duración de la lactancia materna la fuerza de su asociación con el trastorno mental en edad escolar. Se comenta a continuación la relación de la lactancia materna con otras variables del estudio.

En primer lugar, cabe destacar que ni la elección entre lactancia artificial o materna ni la duración de la lactancia materna están asociadas a los antecedentes psiquiátricos de la madre. Sin embargo, el trastorno postparto sí que está asociado con la duración de la lactancia materna aunque esta asociación también se controla en el análisis. Es menos probable que la madre mantenga la lactancia durante 6 meses o más si sufrió trastornos psíquicos durante el periodo postparto. Esto es consistente con algunos estudios de cohorte prospectivos en los que se encuentra un incremento de la depresión postparto en las madres que no amamantaron o que

destetaron pronto. De hecho, parece que la depresión postparto retrasa su aparición a los nueve meses en las culturas en donde la lactancia materna es la norma, mientras que donde predomina la lactancia artificial se manifiesta sobre los 3 meses (AEP, 2004).

Otra asociación que es importante destacar es que en la presente muestra, de forma concordante con los datos que maneja la Asociación Española de Pediatría (2004) en cuanto a la lactancia materna, las madres que se encontraban en situación laboralmente activa en el momento de quedarse embarazadas son más propensas a elegir la alimentación con lactancia materna en lugar de leche artificial y también es más frecuente que mantengan la lactancia materna por más tiempo. Sin embargo, un dato menos esperable es que la incorporación laboral tras el parto, durante los tres primeros años del niño, no sólo no impide la lactancia materna si no que parece favorecerla. Es cierto que, como se comentaba previamente, esto puede deberse a las condiciones favorables del puesto de trabajo de la madre. Por eso es importante destacar que se ha controlado en el primer modelo de regresión el nivel educativo de la madre y su ocupación laboral y en el segundo se ha controlado además la incorporación laboral de la madre, por lo que estos factores no explicarían, al menos totalmente, el efecto beneficioso de la lactancia materna. También podría ocurrir que el hecho de mantener la lactancia materna fuese un amortiguador de la separación con el bebé, es decir, estas madres progresivamente van separándose del bebé pero mantienen un vínculo fuerte a través de la lactancia materna.

En cuanto a la relación entre el tipo de lactancia y el sexo del niño, encontramos, como en otros estudios, que estas dos variables están asociadas. De forma que en la presente muestra, si el bebé es varón tiene casi tres veces más probabilidad de ser amamantado por la madre. Algunos datos como la tendencia en todas las épocas y culturas a destetar antes a los varones que a las niñas sugerían la posibilidad de un patrón diferente en la lactancia debido al género del niño o incluso efectos diferentes sobre la salud mental posterior. Cable, Bartley, McMunn y Kelly (2011) llevan a cabo un estudio que analiza las diferencias de género en los efectos de la lactancia en la edad adulta utilizando los caso disponibles del Estudio Nacional de desarrollo infantil (NCDS, N=7304) y del Estudio de Cohorte Británica 1970 (Elliot y Shepherd, 2006) (BCS70, N=6205). Aunque no encuentran aparentemente un patrón de género específico en la práctica de la lactancia, los autores concluyen de sus resultados que podrían existir vías

diferentes por las que la lactancia materna impacta en la salud mental posterior de mujeres y hombres, con un beneficio mayor en el caso de las mujeres. En este estudio, esta posible interacción, aunque se intuye en análisis estratificados previos al análisis multivariante, no ha podido ser contrastada debido a que el tamaño de muestra resulta insuficiente para ese tipo de análisis, que además excede los objetivos propuestos, pero sería otro de los aspectos a explorar en futuros estudios.

Si, como se desprende de los resultados una vez controladas todas estas variables, asumimos que realmente es la lactancia materna en sí misma el factor que ejerce protección para la salud mental infanto-juvenil y no otros factores asociados a la misma, habría varios posibles mecanismos que se han postulado como posibles explicaciones a esta relación.

Por una parte, la estimulación asociada con el contacto materno durante el amamantamiento podría tener efectos positivos en el desarrollo de aspectos neuroendocrinos de la respuesta de estrés, la cual podría afectar al desarrollo posterior del niño. Aunque no hay mucha evidencia de esto en estudios con humanos, esta hipótesis es informada en modelos con ratas (Liu, Diorio, Day, Francis y Meaney, 2000). En los seres humanos el patrón de interacción entre la madre y el niño difiere entre niños alimentados a pecho o con biberón. La cantidad de contacto mutuo, estimulación táctil, y la mirada de la madre al niño fueron significativamente elevadas durante la lactancia comparada con la alimentación a biberón (Lavelli y Poli, 1998).

Las consecuencias a largo plazo en la salud mental pueden deberse también a que la leche materna es una fuente rica de ácidos grasos y otros componentes bioactivos esenciales para el desarrollo (Yehuda, Rabinoviz y Mostofsky, 1999), así como componentes intervinientes en la respuesta de estrés. La hormona leptina en la leche materna podría reducir el estrés en niños a través de su acción sobre el hipocampo, hipotálamo, glándula pituitaria y glándula adrenal, mientras la leche artificial tendría efectos depresivos en el comportamiento del recién nacido (Di Pietro, Larson y Porges, 1987). Además del efecto en la respuesta de estrés del bebé algunos autores también señalan que la oxitocina producida durante el amamantamiento disminuye la respuesta al estrés en la madre ayudando a mejorar e integrar las interacciones psicológicas entre madre y bebé (Schore, 2001).

Las características de la leche de los diferentes mamíferos varían adaptándose a las necesidades de crecimiento de las crías de cada especie. Los mamíferos que crecen rápido alcanzando antes la edad adulta necesitan un mayor contenido energético que las que crecen más paulatinamente. La leche humana es menos calórica que la de otros mamíferos, por lo que el bebé debe ser alimentado muy a menudo, esto tendría el sentido de que la madre se vincule a su bebé y lo mantenga, soporte y cuide durante muchos años.

Esta es otra hipótesis del efecto protector de la lactancia, la que sostiene este estudio, que ejerza un importante papel para el desarrollo de un vínculo de apego saludable y duradero. Aunque esta relación no es simple, ya que las características del vínculo de apego se relacionan con el modelo de crianza, las funciones parentales de mentalización y otra serie de factores y no exclusivamente con la forma de alimentación. Pero sí se encuentran efectos facilitadores de la lactancia materna sobre el apego con la madre, incluyendo niños adoptados a edad temprana (Gribble, 2006) y de hecho, parece ser un indicador de apego seguro (Crowell y Waters, 2005).

Una vía por la que la lactancia materna favorecería este vínculo es que protege contra la inestabilidad o variedad de cuidadores principales. La lactancia, y especialmente la lactancia exclusiva, garantiza la cercanía de la madre, ya que los bebés lactantes requieren tomas muy frecuentes para lo que es imprescindible la presencia continuada de la madre. Al depender el bebé de la madre para la alimentación es menos probable que sea dejado al cuidado de otras personas y permanecerá mucho más tiempo en brazos del mismo cuidador. Aunque en este estudio no aparece asociación entre la lactancia materna y los cambios de cuidador.

Una limitación concreta del presente trabajo en relación a este factor en concreto es que, al no ser el estudio de esta variable específica el único objetivo del presente trabajo no se han realizado medidas más específicas. Es decir, no se ha diferenciado la lactancia materna exclusiva de otras posibilidades (lactancia mixta, mes de introducción de alimentos sólidos, número de tomas, etc.). Diferenciación que sería importante hacer en futuros estudios. Aún así la magnitud de la OR a través de los diferentes modelos de regresión subraya la importancia de este resultado.

8.4.4. Enfermedad Crónica

En el grupo de variables relacionadas con la enfermedad física grave o crónica (enfermedad grave/crónica del niño, enfermedad grave/crónica de alguno de los padres, discapacidad del niño y/o padres, número de intervenciones quirúrgicas y número de ingresos hospitalarios) tres variables muestran una asociación fuerte, con OR en torno a 3, con el resultado de trastorno mental en edad escolar; la enfermedad crónica o grave del niño, el número de ingresos hospitalarios y el número de intervenciones quirúrgicas.

Al ajustarse por variables control primero y otros factores de riesgo después, en dos de ellas, la enfermedad crónica y las intervenciones quirúrgicas tanto la fuerza de la asociación como la significación estadística desaparecen. Por su parte, el número de ingresos hospitalarios mantiene un aumento de más de tres veces el riesgo de recibir un diagnóstico de trastorno mental en edad escolar. Es importante señalar que el número de intervenciones quirúrgicas está fuertemente asociado con el número de ingresos hospitalarios. Probablemente porque prácticamente todos los niños que han sido intervenidos quirúrgicamente antes de los tres años han requerido un ingreso hospitalario para ello. Los resultados ajustados hacen pensar que lo que supone un factor de riesgo no sería tanto la intervención quirúrgica en sí misma como el ingreso hospitalario con todo lo que conlleva. La enfermedad crónica y/o grave del niño no está asociada con ninguna de estas variables.

A pesar de que disminuya su efecto con los ajustes realizados, toda la investigación hasta el momento señala la relación entre las enfermedades físicas importantes y la salud mental infantil (Hysing et al, 2007; Hysing et al 2009; Lozano y Blanco, 1996; Rietveld, Van Beets y Prints, 2005). Quizá una de las limitaciones ha sido la falta de especificación sobre el tipo de enfermedad. No podemos dejar de mencionar que aunque la enfermedad crónica se haya manifestado y diagnosticado durante los tres primeros años, evidentemente su efecto ha seguido influyendo durante todo el tiempo hasta el diagnóstico de trastorno mental. Sin embargo, en estos niños concretos no ha habido consulta con Salud Mental hasta entrar en edad escolar, lo cual podría deberse a que las dificultades podrían manifestarse a nivel de adaptación o rendimiento escolar.

Que el número de ingresos hospitalarios esté fuertemente asociado al trastorno mental es esperable, ya que se viene considerando un factor de riesgo para la salud mental desde hace años (Pedreira, 1997). Una explicación a esto, una vez controlada la enfermedad física, es la gran carga de estrés que supone esta experiencia tanto para el niño como para los padres (Fernández-Castillo y López-Naranjo, 2006; Ortiz, 1997). Es un factor de riesgo incluido también en el Listado de Factores de Riesgo (Artigue, 2013), un instrumento realizado con población española que contiene factores de riesgo para el trastorno mental grave.

En el presente estudio con una magnitud de asociación de 3,229 tras ajustarse por variables control y aquellos factores de riesgo asociados con el número de ingresos (los antecedentes psiquiátricos paternos, el trastorno postparto, la dificultad en la crianza y la duración de la lactancia), se convierte en uno de los factores de riesgo principales ya que mantiene tanto la fuerza de la asociación como la significación estadística. Se confirma así la necesidad de seguir mejorando y atendiendo a la forma en la que se procede a la hora de ingresar a bebés y niños, especialmente tan pequeños ya que los efectos parecen perdurar incluso después de la primera infancia.

8.4.5. Número de Hermanos

Por último, dentro de los factores de riesgo que mantienen la significación estadística en ambos modelos de regresión está el hecho de ser el primogénito. Aunque el número de hermanos en nuestra muestra no está asociado con el riesgo de recibir diagnóstico en Salud Mental, nacer el primero disminuye en casi un 60% el riesgo de recibir un diagnóstico en edad escolar.

En cuanto a la influencia del número de hermanos y el orden de nacimiento en la personalidad, resultados y salud mental posterior, como en el caso de los cambios de cuidador, no existen muchos estudios al respecto. El hecho de que los estudios sean escasos y no concluyentes podría deberse a que, probablemente es un asunto muy influido por la cultura y sociedad en la que se viva.

Liang y Chikritzshs (2012) sí concluyen de su estudio que el riesgo total de tener una

primera consulta en salud mental antes de la edad de 19 años fue significativamente más baja para aquellos niños cuyas madres tuvieron 1 o 2 nacimientos previos comparados con aquellos que no tienen. Cuando los análisis son hechos para diferentes etapas de desarrollo mental, el riesgo de contacto con salud mental fue significativamente más bajo entre los 3-6 años en los niños cuya madre tiene 1 o 2 niños previamente. Es decir, ser el primogénito, se comporta como factor de riesgo, al contrario que en nuestro estudio.

En este mismo estudio encuentran que este patrón cambia a partir del tercer hijo. Si las madres tienen tres o más nacimientos previos, el riesgo de tener un contacto en salud mental es mixto, siendo significativamente menor entre 3-6 años y 6-12 años pero significativamente mayor durante la adolescencia (Liang y Chikritzshs, 2012). El número elevado de hijos y/o los embarazos muy seguidos como factores de riesgo sí se incluyen protocolos y listados de factores de riesgo (Jiménez Pascual, 2002). En esta muestra aunque existe un máximo de 6 hijos, la media de hijos por familia en la muestra total es de 2,04, es decir, en general el número de hijos no es especialmente elevado. Y aunque la media de hijos en el grupo de controles es algo menor que en el grupo de casos la diferencia no es estadísticamente significativa. Sí existe cierta tendencia al riesgo por el hecho de no tener hermanos pero tampoco resulta significativa estadísticamente.

Aroca-Montolio, Lorenzo-Moledo y Miró-Pérez (2014) realizan una revisión sobre violencia parento-filial, aunque se trata de un tema específico tiene relación con la salud mental, en esta revisión ni ser hijo único ni primogénito aparecen como una variables concluyentes en relación con la violencia y destacan la escasez de estudios al respecto.

A continuación se comenta también el resto de factores de riesgo o protectores que, estando asociados significativamente al resultado si son tomados de forma individual han resultado no ser estadísticamente significativos tras el análisis multivariante. Sin embargo, todos ellos mantienen tamaños de OR relevantes y significación clínica.

8.4.6. Temperamento

Uno de los datos más interesantes de este estudio es el que arroja acerca de la percepción de la madre sobre el temperamento de su bebé. Aquellos niños de esta muestra que fueron calificados por sus madres como bebés de temperamento difícil tienen el doble de probabilidad de recibir un diagnóstico de trastorno mental en edad escolar.

Existe mucho debate sobre la medición del temperamento, y especialmente acerca de la validez de los informes maternos sobre el temperamento del niño (Hubert, Wachs, Peters-Martin y Gandour, 1982; Vaughn, Bradley, Joffe, Seifer y Barglow, 1987). Sin embargo, va aumentando el consenso en que, aunque estos informes podrían estar afectados por aspectos de la personalidad materna y de la relación madre-hijo, en gran medida proporcionan información importante sobre características propias del niño (Bates, 1989; Bates y Bayles, 1984; Matheny, Wilson y Thoben, 1987; Rutter, 1987).

La variable utilizada en el presente estudio, es muy similar a la variable utilizada en el Proyecto Temperamento Australiano ATP (Sanson, Prior y Oberklaid, 1985) que ellos denominaron “Percepción Global de la Madre” y era incluida dentro de las variables referidas a la relación. En ambos casos esta variable informaría más sobre la relación madre-hijo que sobre características objetivas del temperamento del niño en sí mismo. En el ATP utilizaron una escala en la que las madres clasificaron 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 (Sanson, Oberklaid, Pedlow y Prior, 1991) uno de los resultados más interesantes fue precisamente que 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 que el temperamento difícil en la infancia temprana resultaba en un incremento de entre el 4 y el 9 % en la proporción de niños con problemas en preescolar comparados con la muestra total. Este resultado es muy similar al

que obtenemos en este estudio si, como estos autores, tomamos el temperamento difícil de forma independiente, sin ajustar con otras variables, la magnitud de la OR es de 3,964.

En el presente estudio 47 madres, el 22,6% de la muestra total consideran que el temperamento de su bebe era difícil, es un porcentaje bastante elevado si tenemos en cuenta que en la muestra de Sanson (1991) solo el 8% consideraba a su bebé más difícil de la media y que Carey (1982) subraya que hay siempre una fuerte tendencia de la mayoría de las madres a considerar a su hijo tan fácil como la media. Quizá esta diferencia pueda deberse a que en este estudio no se especifica el matiz comparativo “más que la media”.

De forma concordante con la literatura científica (Hennigan, O’Keefe, Noether, y Russell, 2006; Mowbray, Lewandowski, Bybee, y Oyserman, 2006) y las hipótesis del presente estudio, los antecedentes psiquiátricos de la madre, pero no del padre, se asocian con la variable temperamento, de forma que los niños cuyas madres tienen antecedentes psiquiátricos son descritos con mayor probabilidad como de temperamento difícil. Aunque se ha encontrado que la depresión materna está asociada con un incremento de los comportamientos externalizados de los niños evaluado también por observadores externos (Foster, Garber, y Durlak, 2008), en la mayoría de los estudios encuentran que las madres con esquizofrenia, trastornos bipolares, depresión y ansiedad, son más propensas a describir el comportamiento de sus hijos negativamente comparados con los informes de evaluadores externos.

Una de las hipótesis de esta relación es que la psicopatología de los padres les lleve a distorsionar el comportamiento de sus hijos, por lo que sus evaluaciones no serían concordantes con las de los profesores por ejemplo como en el estudio de Richter y Pellegrini (1989) y Brown, Wissow, Gadowski, Zachary, Bartlett y Horn (2006) A favor de esta hipótesis estaría también el hecho de que en madres con trastornos depresivos los informes sobre el comportamiento de sus hijos mejoran significativamente una vez que su trastorno depresivo es tratado (Modell et al., 2001). Otra explicación podría ser que la psicopatología parental disminuya el umbral de tolerancia a los comportamientos disruptivos o no del niño (Minkovitz, Strobino, Scharfstein, Hou, Miller, Mistry y Swartz, 2005).

Estas hipótesis no resultan excluyentes entre sí y probablemente todos estos factores estén interaccionando de forma que, según puede deducirse de los estudios hasta el momento, la

relación entre el temperamento y la psicopatología no es directa y podría estar relacionada con la capacidad de autorregulación (Lonigan et.al, 2004; Nigg, 2006). Esta capacidad que, como se ha visto, se adquiere en la relación con los cuidadores, podría ser la clave. Entonces, lo importante no sería tanto el temperamento objetivo del niño sino la forma en la que la madre o cuidador principal lo percibe y, sobre todo si es capaz de ajustarse a él. Es decir, como la madre y el bebé consiguen la sintonía necesaria para que el niño adquiriera la capacidad de autorregulación

En relación a lo anterior, además de la relación con los antecedentes psiquiátricos maternos y al igual que en otros estudios (Mayberry y Affonso, 1993) encontramos asociación entre la calificación del temperamento del bebé como difícil y haber padecido depresión postparto. Aunque podría argumentarse que un temperamento difícil del niño aumente la probabilidad de sufrir un trastorno postparto, es más probable que el propio trastorno del postparto disminuya el umbral de tolerancia de la madre o que la falta de respuesta de la madre perjudique al temperamento del bebé. Haría falta evaluar objetivamente el temperamento del bebé a las pocas horas de vida. Cutrona y Troutman (1986) proponen que la relación entre el temperamento difícil del bebé y la depresión maternal se basaría en múltiples factores entre los que incluyen la respuesta aversiva al llanto del niño, ambivalencia ante el rol parental, expectativas insatisfechas en relación al bebé y su comportamiento, y el estrés y esfuerzo de vivir y atender a un bebé de temperamento difícil.

En este estudio, además de la percepción materna sobre el temperamento se ha incluido otra variable relacionada con la subjetividad de la madre, la dificultad en la crianza. Esta variable está fuertemente asociada con la percepción del temperamento, hasta el punto de que la dificultad en la crianza en la presente muestra queda explicada por el temperamento. Es decir, que cuando el bebé es calificado como “difícil” la probabilidad de que la madre califique la crianza como difícil es el doble. Además parece que es esto lo que aumenta el riesgo de recibir un diagnóstico de trastorno mental en la edad escolar. Podríamos pensar que es cuando la dificultad en la crianza se atribuye al carácter o temperamento del bebé cuando aumenta el riesgo de diagnóstico frente a dificultades en la crianza que la madre pueda atribuir a otros factores (falta de apoyo, enfermedad del niño, su propia enfermedad...etc.).

8.4.7. Quiénes conviven con el niño

De acuerdo con otros estudios acerca de la estructura familiar en los que la convivencia con ambos padres se asocia con menos dificultades (Demuth y Brown, 2004; Hoffmann, 2002), en este trabajo el hecho de que el niño conviva parte de sus tres primeros años de vida en una situación diferente a vivir con ambos progenitores se asocia a un aumento del riesgo de ser diagnosticado de un trastorno mental en edad escolar en casi tres veces. Esta variable pierde significación, pero no fuerza de asociación, en los modelos de regresión, por lo que entendemos que otros factores asociados podrían provocar este aumento de riesgo como podrían ser los antecedentes psiquiátricos de los padres y los cambios de cuidador. Esta variable de alguna forma incluye de forma subyacente las separaciones y divorcios entre los padres (aunque no existen diferencias significativas en el estado civil entre el grupo de casos y controles).

Un resultado importante es que en esta variable tenemos información sobre con quién vivía el niño durante los tres primeros años y con quién se encontraba conviviendo en el momento en el que participa en el estudio (entre los 6 y los 12 años). Mientras que no convivir con ambos padres biológicos durante los tres primeros años aumentaría hasta 3 veces la probabilidad de padecer un trastorno mental en edad escolar, esta asociación no se da cuando el niño tiene entre 6 y 12 años. Esto reforzaría la idea de que esos tres primeros años son especialmente sensibles a determinados factores de riesgo.

8.4.8. Maternidad y actividad laboral

En cuanto a la relación de la madre con el mundo laboral se incluyen en el estudio tres variables estrechamente relacionadas. Se registra la situación laboral de la madre en el momento de quedarse embarazada, la incorporación o no al mundo laboral tras el nacimiento del niño y por último, el momento en que tiene lugar dicha incorporación. La influencia de la incorporación de la mujer al mundo laboral en la posterior salud mental de sus hijos es un tema controvertido y complejo. Aunque supone inevitablemente resolver y enfrentar conflictos de adaptación a

múltiples roles, el trabajo para la mujer podría suponer aspectos tanto positivos como negativos tanto para su salud mental como para la de sus hijos. En algunos estudios se encuentra que un efecto negativo del empleo de la madre durante el primer año del niño sobre los resultados cognitivos de los niños a los tres (Brooks, Han y Waldfogel, 2002), incluso controlando otras variables como la sensibilidad materna, el ambiente familiar y la calidad de los cuidados. Otros estudios no son tan concluyentes y parecen depender por una parte de factores asociados y por otra, parecen cambiar a lo largo del tiempo. Wills y Brauer (2012) estudian los efectos del empleo de la madre a lo largo de varias cohortes, la relación entre el empleo y los resultados en el bienestar de los niños es en general inconsistente pero además parece que los niños nacidos en las primeras cohortes experimentaron efectos positivos a largo plazo de tener madres activas laboralmente, sin embargo, según el empleo de las madres fue siendo más común en las cohortes más recientes esos efectos positivos parecen ir desapareciendo.

A pesar de que se partía de la hipótesis de que la incorporación de la madre al trabajo podría constituir un factor de riesgo para la salud mental del niño debido a la separación temprana y la intervención de terceros en el cuidado de forma precoz, en el estudio tanto que la madre estuviese activa laboralmente como su incorporación durante los primeros años del niño se comportan de forma protectora para la salud mental en edad escolar del niño.

De hecho, la incorporación laboral de la madre es tras la duración durante seis meses de la lactancia, el factor protector con mayor magnitud reduciendo en un 57% el riesgo de recibir un diagnóstico en edad escolar, tras ajustarse por variables control muy importantes en este caso como son el nivel educativo de la madre y el tipo de ocupación laboral y también por el resto de factores con los que hemos encontrado asociación en el estudio.

Como hemos comentado anteriormente en la presente muestra hay un número elevado de madres activas laboralmente. Aparece una tendencia a mantener la situación que se tenía en el momento del embarazo, es decir, aquellas mujeres que se encontraban activas laboralmente tienden en su mayoría a reincorporarse en algún momento de esos tres primeros años y, aquellas mujeres que no se encontraban activas tienden a mantener esa situación tras el nacimiento del niño.

Una explicación a esta importante reducción del riesgo en este estudio puede deberse, como ya se apuntaba previamente, a que las madres tienden a ocupar puestos laborales altamente cualificados a los que se les suponen mejores condiciones laborales y tener un nivel socio económico elevado. Este posible efecto del tipo de ocupación ha sido controlado en el análisis multivariante. Además, si la clave estuviese en el tipo de trabajo y sus condiciones, significaría que serían las pobres condiciones laborales las que pueden resultar en aumento de riesgo para la salud mental de la madre y el niño y no el hecho en sí de que la madre ejerza trabajos de forma remunerada.

El efecto beneficioso que encontramos se explicaría desde varios puntos de vista. En primer lugar, supone un aumento de los ingresos económicos de la familia, pero también una diversificación de los roles sociales e intereses de la madre. Desde la perspectiva de acumulación de roles, Fokkema (2002) argumenta que el rol laboral de la mujer podría funcionar como un atenuante de ciertas conflictivas que pudieran presentarse en el desarrollo de roles domésticos y de crianza de los hijos y viceversa. Este autor se basa en este planteamiento para explicar cómo en determinadas circunstancias las madres trabajadoras aparecen menos estresadas que las madres que se dedican exclusivamente a cuidar a sus hijos.

Quizá la clave no sea el incorporarse al mundo laboral, si no el momento de hacerlo. En este sentido, sobre la longitud de los permisos por maternidad los resultados tampoco son uniformes, aunque generalmente se dirigen a evaluar el efecto sobre la salud mental de la madre y no tanto de los hijos. Varios estudios relacionan permisos de maternidad más largos, por encima de las 15 semanas, con mejor estado de salud y bienestar de las madres (Chatterji y Markowitz, 2004). Visto desde otro punto de vista la no existencia de este permiso puede considerarse un factor de riesgo específico para la depresión.

Dentro de las madres de la muestra total que se incorporan al trabajo, la mayoría (71,5%) lo hace después de los tres meses, es decir, la mayor parte de las mujeres se incorporan al finalizar el permiso de maternidad. No se encuentra una asociación significativa entre el momento de incorporación y el posterior diagnóstico de trastorno mental; aunque existe tendencia al riesgo, ya que la OR es de 1,541, si la madre se incorpora antes de los tres meses, este riesgo no es estadísticamente significativo. Es muy probable que la limitación de no haber

recogido esta variable de forma continua, medida en meses, nos esté impidiendo encontrar una relación que probablemente exista. Mantenemos la hipótesis de que, aunque incorporarse al mundo laboral sea positivo para la salud mental de la madre y sus hijos, incorporaciones excesivamente tempranas sean perjudiciales.

La incorporación laboral de la madre se relaciona estrechamente con la situación de incluir terceros en el cuidado del hijo (Montaldo, 2009). En este sentido, existen pocos estudios que analicen qué sistemas de cuidado podrían ser más o menos beneficiosos. De forma nada sorprendente la asistencia a la guardería está fuertemente asociada a la incorporación laboral de la madre en nuestra muestra. Al igual que el que la madre trabaje, la asistencia a la guardería en nuestra muestra se comporta como un factor protector aunque la magnitud de la asociación es menor y, una vez ajustada en el análisis multivariante, prácticamente inexistente.

En cuanto a la edad de entrada en la guardería, en nuestra muestra no hay diferencia en la media de edad de entrada en la guardería entre ambos grupos. En la muestra total vemos que aunque el rango es amplio y algunos niños empiezan la guardería a los 3 meses, la media de edad de entrada se sitúa por encima del primer año del niño, a los 16 meses. La mayor parte de los niños inicia la guardería a los dos años. Esta podría ser una explicación a que en este estudio no aparezca como factor de riesgo.

8.4.9. Factores perinatales

Teniendo en cuenta la evidencia como factores de riesgo de las complicaciones obstétricas (Contag et al., 2010; Dalman, Allebeck, Cullberg, Grunewald y Koster, 1999; Dalman et al., 2001; Jablensky, 2000; Johanson et al., 1999; Olin y Mednick, 1996; Sachs et al; Thomas et al, 2001), la prematuridad (Bennedsen, 1998; Dalman, Allebeck, Cullberg, Grunewald y Koster, 1999; Jones et al, 1998; McGrath, 2000; Zabala y Manzano, 1993) y el bajo peso al nacer (Bennedsen, 1998; Jones et al, 1998; McGrath, 2000), se esperaba encontrar similares resultados en este estudio, sin embargo, no ha sido así. De hecho, ninguno de los factores perinatales que se han tenido en cuenta, excepto el trastorno postparto, están

significativamente asociados con un incremento del riesgo de ser diagnosticado de un trastorno mental en edad escolar, con magnitudes de OR muy cercanas al 1. Tampoco ha resultado significativo el aumento de riesgo en niños cuyas madres han sufrido un duelo durante el embarazo o inmediatamente tras el parto.

En parte esto podría deberse, especialmente en el caso del duelo y los embarazos gemelares, a que la frecuencia de dichos factores de riesgo es baja y a que, dado el tamaño de la muestra, no ha podido analizarse correctamente. Por otra parte, el acotar la franja de edad que estamos estudiando, de los 6 a los 12 años, como ya se comentó, excluye la mayor parte de los trastornos más graves que, o bien ya han sido identificados o bien harían su aparición más tarde alrededor de la adolescencia. La edad de inicio de los trastornos generalizados del desarrollo se sitúa durante los 6 primeros años de vida del niño y los trastornos de tipo psicótico a partir de los 14 años (WHO, 2005). En ese sentido es importante señalar que aunque estos factores perinatales están ampliamente estudiados, la mayor parte de los estudios publicados analizan factores de riesgo precisamente para estas dos categorías diagnósticas. Por lo tanto, podría ser que los factores perinatales contribuyan al riesgo de padecer trastornos mentales graves o que la manifestación de sus efectos sea más temprana, por lo que no sean un factor de riesgo específico para los trastornos emocionales que aparecen en edad escolar.

A favor de la idea de que los factores perinatales estén asociados a trastornos mentales graves sería la fuerte asociación que aparece entre el bajo peso y la gravedad del trastorno, con un aumento de más de 18 veces la probabilidad de que el problema diagnosticado al niño sea calificado de grave si el niño nació con bajo peso. Es además el bajo peso el único factor que, junto con la discapacidad del niño, mantienen la significación estadística de su asociación con la gravedad tras ajustarse en el análisis multivariante.

En un estudio con niños de la misma edad que en el nuestro (Liang y Chikritzshs, 2012) el parto asistido con fórceps y la cesárea de emergencia se asocian con un incremento significativo de riesgo (17% para el fórceps y 20% para cesárea de emergencia) para los problemas psicológicos en el periodo entre 6 y 12 años.

El que no se encuentren estos resultados podría deberse a que no se ha tenido en cuenta esa especificación entre la cesárea de emergencia o un tipo específico de parto instrumental, ya

que la variable en este estudio recoge tanto la cesárea de urgencia como la programada y el parto instrumental.

En cuanto a la variable “planificación del embarazo”, destacar que no es exactamente igual que la variable que analizan algunos estudios de “hijo deseado” porque el embarazo puede ser no planificado pero si aceptado y deseado el hijo. Esta segunda variable, el no deseo del embarazo podría ser el factor de riesgo y no tanto la planificación. Por otra parte, cuando hablamos de embarazo planificado es probable incluir muchos embarazos conseguidos bajo tratamiento de fertilidad y eso incluye una serie de factores añadidos que tampoco han sido controlados en el estudio.

En cambio el trastorno del postparto sí se asocia fuertemente con el diagnóstico de trastorno en edad escolar. Si se tiene en cuenta de forma independiente aumenta más de 10 veces el riesgo de trastorno mental, y este riesgo aumenta al incluir en el modelo las variables de control (nivel educativo de los padres, ocupación de la madre, sexo e inmigración), para volver a descender hasta una OR de 3,79 al incluir los factores de riesgo con los que se asocia (antecedentes psiquiátricos de los padres, temperamento del niño, ingresos hospitalarios, dificultad en la crianza y lactancia durante seis meses). Así que el papel del trastorno postparto en el desarrollo de trastornos mentales posteriores del niño parece que no es simple. El efecto perjudicial podría producirse a través, como se ha venido comentando, de la percepción de la madre de la dificultad de adaptarse al niño y la crianza y de las dificultades que ya tenían los padres antes del trastorno postparto.

A continuación comentamos los resultados de dos variables con una gran relevancia clínica. No han sido incluidas en el análisis multivariante a pesar de la fuerza de la asociación con el trastorno mental en edad escolar y la significación estadística debido a que, como explicamos a continuación, a pesar de que la información se ha registrado de la misma forma en ambos grupos se ha valorado que no tiene la misma validez. Se ha decidido mantenerlas en el estudio y el análisis bivariantes debido a la importancia que tienen en la práctica clínica.

La primera de ellas es la variable denominada “Situación de Riesgo” en la que recogemos aquellas circunstancias en las que el menor se encuentra en riesgo de estar sufriendo o de hecho lo está o ha sufrido diferentes tipos de maltrato y abuso. Estas situaciones en primer lugar son

difíciles de detectar a través de una sola entrevista, al igual que en el caso del abuso y dependencia de sustancias no es algo de lo que se suele informar o ni si quiera se tenga demasiada conciencia. Si ya se ha detectado es muy posible que los niños hayan recibido un diagnóstico y estén en seguimiento por parte de salud mental pero si no se ha detectado es difícil que sea reconocido por parte de la familia o se solicite ayuda. De hecho es probable que esos padres no acudan a citas de revisión con pediatría de forma voluntaria o accediesen a participar en el estudio. Por otra parte, la fuerte asociación con el trastorno mental, aumentando en 8 veces el riesgo de diagnóstico no es sorprendente ya que es potencialmente el factor de riesgo más importante en salud mental infantil, el extremo de las dificultades en las relaciones precoces con los cuidadores primarios es recibir maltrato por parte de ellos.

La segunda variable a la que nos referimos es “Edad de Dormir solo” o dicho de otra forma la edad en la que el niño pasa a su propia habitación, por lo tanto, no se está hablando exclusiva o específicamente de colecho. En algunos estudios la cohabitación a partir de los 4 meses, aparece como señal de dificultades en el proceso de separación (Tizón, Eddy, Ibáñez, Parra, Torregrosa, De Muga, Aliaga, Quixano, Azemar, Morales, Galeote, Rosillo, de Frutos y Prats, 2008; Pedreira, 1997). En el presente estudio se ha perdido mucha información en el grupo de casos por lo que ha sido necesario un procedimiento estadístico para poder analizar los resultados, de ahí la prudencia con la que habría que entenderlos. Aun así aparece una clara diferencia estadísticamente significativa en la media de edad en la que los niños abandonan la habitación de los padres en ambos grupos. En el grupo de controles la media es de 11, 44 meses, es decir, alrededor del año, mientras que en el grupo de casos la media, es de 17,79 meses, es decir, cerca del año y medio. Si nos fijamos en los rangos en el grupo de controles el niño que menos tiempo permanece en la habitación de sus padres lo hace menos de un mes y el que más sale a los 4 años. Este máximo se dobla en el grupo de casos donde el niño que más tiempo permanece, todavía duerme con ellos a los 8 años. Nuestros resultados estarían también en consonancia con el estudio de validación del LISMEN (Artigue, 2012) en el que la cohabitación resulto ser un factor significativo.

Es importante destacar que, a pesar de este resultado, tanto la media de la muestra total (casi 15 meses) como la media del grupo de controles (casi 12 meses) distan mucho de los 4 meses señalados por los estudios mencionados.

8.4.10. Número de factores de riesgo

Finalmente, se consideró importante comprobar si, como era esperable por la literatura clínica y científica, encontramos un efecto acumulativo del riesgo a través de la exposición a diferentes factores de riesgo durante esos tres primeros años de vida.

Para ello, como se explica en el apartado de resultados, se suman los factores de riesgo presentes para cada sujeto del estudio independientemente de que el factor de riesgo hubiese resultado estadísticamente significativo en el análisis bivariante. De esta forma se obtiene una media de factores de riesgo en la muestra total de casi 4 factores de riesgo durante los tres primeros años de vida. La media en los controles es cercana a 3 factores de riesgo mientras que en el grupo de los casos es de 5 factores de riesgo. Esta diferencia de medias es estadísticamente significativa por lo que sí hay un efecto sumatorio.

En esta muestra haber estado expuesto a más de tres factores de riesgo durante los tres primeros años de vida aumenta más de 9 veces el riesgo de recibir un diagnóstico de trastorno mental en edad escolar. Este resultado es coincidente con el obtenido por Rutter, Tizard y Whitmore (1970). En su estudio observan que la presencia de uno solo de los factores de su Índice de Adversidad Familiar (Family Adversity Index) no incrementa el riesgo de un trastorno posterior. Sin embargo, la presencia de cuatro factores del índice se asoció con un incremento de diez veces en la incidencia de problemas en comparación con la muestra total.

Este efecto de acumulación se encuentra en otros estudios (Rutter, Tizard y Whitmore, 1970; Sanson, 1991) y en el ya comentado estudio realizado para la validación del LISMEN, en el que establecen un punto de corte de 10 factores de riesgo, fundamentado estadísticamente para la mejor utilización del listado. (Artigue, 2013).

8.5. LIMITACIONES, FORTALEZAS, APORTACIONES DEL ESTUDIO Y PROPUESTAS PARA FUTUROS ESTUDIOS

A lo largo de la discusión se han ido comentando algunas de las limitaciones y aportaciones del estudio que se pasan a continuación a sintetizar y comentar. En primer lugar, al tratarse de un diseño de casos y controles adolece de las limitaciones inherentes a los estudios observacionales y retrospectivos. Los diseños de casos y controles no permiten estimar directamente las medidas de riesgo dentro de cada grupo ya que la proporción de enfermos la marca el investigador. Esto obliga a la prudencia a la hora de interpretar la relación entre las variables estudiadas en términos de causalidad. Sin embargo, esto no anula la importancia práctica del cálculo de la Odds Ratio ni la fuerza de asociación que muestran en general los factores que hemos estudiado de cara a seguir estudiando relaciones causales y etiológicas (Lanzano-Ponce, Salazar-Martínez y Hernández Ávila, 2001).

El principal sesgo al que debe hacer frente un estudio de casos y controles es el problema de la adecuada selección de los participantes, núcleo metodológico del estudio. Al seleccionar los controles a través de los Centros de Atención Primaria del mismo distrito se pretende garantizar la pertenencia a la misma población, y al ser niños que utilizan los servicios de salud, en principio han tenido la misma posibilidad de ser detectados y derivados a Salud Mental, por lo que podemos asegurar con relativa certeza, que en el caso de que desarrollaran un trastorno mental hubiesen quedado incluidos en el grupo de casos. Los niños pertenecientes a los grupos de casos y controles pertenecen a la misma población (mismo distrito de la ciudad de Madrid) y a las mismas cohortes de nacimiento. Son seleccionados de forma independiente de la exposición a los distintos factores. Como ya se ha descrito, en la evaluación de los controles se incluye una escala que, además de motivos éticos, para asegurar en la medida de lo posible no estar incluyendo “casos no detectados” en el grupo de controles.

El hecho de estudiar una población clínica, pese a conllevar quizá cierto sesgo de representatividad con la población general (Merikangas, Nakamura y Kessler, 2009), es una aportación del estudio ya que existen muy pocos estudios en nuestro ámbito con muestras clínicas. Son pocos los potenciales participantes eliminados del estudio por no obtener

información suficiente, tanto en el grupo de casos como controles, aunque de los pocos datos que proporcionaron no podemos inferir diferencias importantes con el resto esto no se ha controlado. Tampoco tenemos información sobre los seis padres que rehúsan participar en el estudio, aunque suponemos razones de la inversión de tiempo necesaria y destacamos que el nivel de participación es muy elevado.

Otro sesgo al que se enfrenta el estudio es que la información es recogida de forma retrospectiva y a través de informantes indirectos. El posible sesgo de memoria es difícil de evitar y además el periodo de recuerdo es largo, de entre 6 y 12 años. Este elevado periodo temporal afectaría por igual a los informantes del grupo de casos como al de controles, sin embargo, sí puede haber diferencias tanto en la precisión del recuerdo como en la información que se brinda al evaluador debidas a la diferencia de contexto. Es probable que el hecho de estar en un contexto clínico y terapéutico promueva que los padres expresen con más facilidad el malestar o dificultades y hagan un mayor esfuerzo en recordar bien aspectos pasados, frente a un contexto evaluador en el que los informantes pueden presentarse de una forma más deseable socialmente y estar menos motivados a un mayor esfuerzo en la exactitud del recuerdo. No olvidamos que esto podría contribuir de una forma significativa en los resultados.

En cuanto al hecho de que la información provenga de informadores indirectos, los padres del niño, en este caso, dado el tipo de información es inevitable que sea un tercero el informante. Además, este el procedimiento habitual tanto en pediatría como en salud mental, independientemente de la posterior evaluación del niño/a.

El hecho de que el mismo profesional de Salud Mental evalúe a todos los niños del grupo de casos se considera una fortaleza del estudio al uniformar la forma de diagnóstico y evaluación de la gravedad. Sin embargo, los evaluadores en ambos casos son diferentes y no ciegos al objetivo del estudio, aunque la recogida final de información la haga la misma persona. Se ha tratado de mitigar este posible sesgo utilizando una entrevista estructurada y una plantilla de recogida de datos.

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, primero exploratoriamente con el análisis estratificado y después con el análisis multivariante. Sin embargo, posiblemente no se

recogen todas las variables que pueden confundir estas relaciones. En ese sentido, en cuanto a la elección de los factores a estudiar y la forma de medirlos se han ido comentado algunas especificaciones que hubiesen mejorado la calidad de los resultados. Sin embargo, es importante subrayar que se ha dado importancia a que los factores de riesgo sean accesibles en los equipos asistenciales habituales, ya que el estudio tiene también un objetivo práctico de mejorar la capacidad de detectar potenciales dificultades. Esta es una de las razones para utilizar datos de la historia clínica.

Consideramos una aportación del estudio incluir variables consideradas con frecuencia en las evaluaciones clínicas pero no tanto en los estudios empíricos como pueden ser 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 además cabe la posibilidad de intervención.

Aunque consideramos el tamaño muestral adecuado para el presente estudio, un mayor número de sujetos participantes, dado el número de factores estudiado quizá hubiese aportado mayor potencia estadística.

En cuanto a futuras líneas de investigación o nuevos estudios, una vez comprobada la relevancia de los factores estudiados sería muy interesante poder llevar a cabo un estudio de diseño prospectivo, midiendo los factores de riesgo desde el nacimiento o al menos a los tres años y observar el efecto en la edad escolar. Esto, además de un aumento de tamaño muestral, permitiría otro tipo de análisis de datos utilizando la metodología de ecuaciones estructurales o buscando a través de los métodos multivariantes potenciales e interesantes interacciones que se apuntan tanto en investigaciones previas como en nuestros propios datos. Sería el caso de la probable interacción entre el género del niño y alguno de los factores de riesgo como la lactancia y el temperamento difícil. O el efecto protector de la incorporación laboral y la duración de la lactancia materna.

Otro posible e interesante estudio dada la relevancia clínica que tendría, sería el conocimiento de los mecanismos subyacentes a la relación entre la lactancia materna y la posterior salud mental. Así como la posibilidad de duraciones óptimas o de riesgo.

Como se ha venido diciendo, estudiar de forma específica cómo afecta a la salud mental infantil el momento de delegación de cuidados en un tercero, el tipo de cuidador y los cambios del mismo, sería otro importantísimo objetivo de estudio futuro.

Otra posible línea de investigación sería el papel que los llamados “Acontecimientos vitales” podrían tener en el desarrollo o desencadenamiento de las manifestaciones psicopatológicas en la edad escolar y el posible papel diferencial que podrían tener de ocurrir antes o después de los tres años de edad.

IV. CONCLUSIONES

A la luz de los resultados obtenidos, analizados y discutidos anteriormente, así como los objetivos generales y específicos planteados y, sobretodo, considerando tanto las limitaciones inherentes a los estudios de casos y controles como las propias de nuestro estudio, podemos establecer una serie de conclusiones enumeradas a continuación:

1. En primer lugar, dada la elevada magnitud de la asociación de la mayor parte de los factores de riesgo con el diagnóstico de trastorno mental en edad escolar, podemos concluir que, efectivamente la presencia de los mismos durante los primeros tres años de vida influye en la estabilidad emocional y el psiquismo del niño incluso años después entre los 6 y los 12 años.
2. 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 trastorno mental en edad escolar y con mayor relevancia en el presente estudio son: haber vivido más de tres cambios de cuidador auxiliar durante los tres primeros años, tener al menos uno de los padres con algún antecedente psiquiátrico, haber requerido al menos un ingreso hospitalario durante los tres primeros años, haber sido alimentado con leche artificial y ser calificado por la madre como un niño/a de temperamento difícil.
3. La lactancia materna beneficia la salud mental del niño, pero lo que parece ser realmente protector es mantenerla durante al menos 6 meses, lo cual no solo evita el riesgo que supone la lactancia artificial si no que disminuye en un 70% el riesgo de recibir un diagnóstico de trastorno mental entre los 6 y los 12 años. Es por tanto el factor protector que con más fuerza disminuye el riesgo en el estudio. Es posible que no hayan sido registradas y controladas todas las variables que, potencialmente, podrían confundir o moderar la relación entre lactancia materna y salud mental, por lo que, dado el interés de este resultado serían necesarios nuevos estudios con una definición más precisa de lactancia materna y un mayor control de otros factores implicados. Un estudio con mayor tamaño muestral permitiría estudiar los efectos de lactancia prolongadas según las recomendaciones oficiales.

4. Más allá del efecto individual de los factores estudiados, se produce un efecto acumulativo de los mismos, de forma que aquellos niños de nuestra muestra que acumulan más tres de los factores de riesgo que se han tenido en cuenta tienen más de 9 veces más riesgo de recibir un trastorno mental en edad escolar. Destacando el hecho de que con un número relativamente bajo de factores de riesgo, tres durante los tres primeros años el aumento del riesgo es muy importante.
5. En cuanto a la relación entre los factores de riesgo y el nivel de gravedad del trastorno encontramos que los factores que se asocian con más fuerza al diagnóstico de trastorno mental no son los mismos que se asocian al nivel de gravedad que se asigna al trastorno, confirmándose en parte la hipótesis de la que partíamos. La fuerte asociación entre el bajo peso al nacer y la consideración del trastorno como grave, podría indicar que los factores perinatales con el riesgo de compromiso físico que suponen se asocien con trastornos mentales más graves o que haya un proceso diferente que explique por una parte la vulnerabilidad a padecer trastornos y otro la gravedad. Se requeriría nuevos estudios para aclarar esto.
6. Según lo esperado dadas las características socio-demográficas de la población objeto de estudio obtenemos una muestra con un perfil socio-económico y educativo elevado. También obtenemos un porcentaje de inmigración bajo (6%) y un nivel elevado de incorporación laboral entre las mujeres de forma concordante con los datos demográficos del distrito. En el grupo de casos, también de forma coincidente con otros estudios, hay un número mayor de varones. El diagnóstico más prevalente fue el trastorno emocional (trastornos depresivos y de ansiedad) y en segundo lugar, el trastorno de comportamiento, de forma concordante con otros estudios de prevalencia en nuestro entorno. La mayor parte de los trastornos diagnosticados reciben una calificación de leve o moderado, existiendo un porcentaje de solo el 10% de graves, también dentro de lo esperado, y coincidiendo principalmente con el grupo TGD. Por lo que, a pesar de las particularidades de nuestra muestra, podemos considerar generalizables nuestros resultados a otras poblaciones de nuestro entorno.

7. De forma más específica, en cuanto a los resultados de los diferentes grupos de factores de riesgo, podemos concluir:
- a. Como esperábamos, la psicopatología parental y familiar aumenta el riesgo de trastorno mental en edad escolar. Una vez ajustado su efecto por otras variables continúa siendo el segundo factor con mayor magnitud de la OR, aumentando en más de seis veces el riesgo de padecer un diagnóstico en edad escolar cuando al menos uno de los padres tiene antecedentes psiquiátricos.
 - b. En cuanto a la influencia de los factores perinatales en el desarrollo de trastorno mental en edad escolar, los resultados no han sido tan concluyentes como podía esperarse por investigaciones previas. Aunque existe asociación entre la aparición de estos factores y el desarrollo de trastornos mentales esta asociación no es estadísticamente significativa. Una excepción en este sentido es el Trastorno Postparto que muestra una fuerte asociación con el trastorno mental aunque desaparece al ajustarse.
 - c. En el grupo de Enfermedad Física, como era esperable, la enfermedad crónica y/o grave del niño supone un incremento del riesgo importante. Sin embargo, el factor que mantiene esta asociación después de ajustarse con otras variables es el número de ingresos hospitalarios. Que el niño haya sido ingresado al menos una vez durante los tres primeros años aumenta en tres veces el riesgo de recibir un diagnóstico de trastorno mental en edad escolar.
 - d. En cuanto a los factores asociados al tipo de crianza y vínculo del niño, podemos decir, que se constata que la presencia de situaciones de riesgo de maltrato y abuso hacia el menor aumenta el riesgo de recibir un diagnóstico de trastorno mental. Una novedad de este estudio es incluir algunas variables muy poco estudiadas como los cambios de cuidador, principal factor de riesgo del estudio, y la percepción de la madre sobre el temperamento del niño.
 - e. En cuanto a la relación de la madre con el mundo laboral, podemos concluir que en nuestro estudio el hecho de que la madre se incorpore al mundo laboral

funciona como factor protector. Todas las variables asociadas al mundo laboral tienden a disminuir el riesgo de trastorno mental. Si bien, concluimos que este beneficio no es independiente del tipo de ocupación de la madre y su nivel socio-económico y educativo, que es especialmente elevado en nuestra muestra. Sin embargo, considerar que los roles laborales y familiares pueden beneficiarse mutuamente, permite establecer nuevas líneas de estudio de la relación trabajo-familia, rompiendo con la tradición que entiende el empleo materno como un elemento que interfiere negativamente en el sistema familiar, restándole atención, recursos y energía a este último.

- f. Tampoco son concluyentes los resultados en cuanto a la asociación entre el momento de incorporación laboral, el momento de inicio de guardería, el momento de cambio del niño a su propia habitación y el trastorno mental. Estos tres aspectos relativos a la crianza, por su interés y la falta de resultados concluyentes tanto en este estudio como en investigaciones previas serían también un objetivo de próximos estudios. Introducimos también factores relacionados con el tamaño y orden en la fratria, variable muy poco considerada en la investigación. En nuestra muestra el hecho de ser primogénito se comporta como factor protector, disminuyendo modesta pero consistentemente a través de los distintos modelos el riesgo de diagnóstico de trastorno mental. Nuestros resultados son contrarios a la poca investigación existente sobre el tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach, T.M. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and revised Child Behavior Profile*. Burlington: Department of Psychiatry University of Vermont.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C y Waters, E. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Aizpurúa Galdeano, P. (2008). Efectos de la lactancia materna sobre la salud de las madres y de los lactantes en países desarrollados. *Evidencias en Pediatría*, 4(45). Traducción autorizada de: University of York Centre of Reviews and Dissemination (CRD). (2007) *Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries*. Disponible en: <http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?View=Full&ID=32007000496>
- Aláez Fernández, M., Martínez Arias, R. y Rodríguez Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12, 525-532.
- Allen, J.G., Fonagy, P. & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in clinical Practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Amato, P. R., & Keith, B. (1991). Parental divorce and the well-being of children: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 110(1), 26.
- Amato, P.R., & Gilbreth, J.G. (1999). Nonresident fathers and children's well-being: A meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 61, 557-574.
- Amato, P.R. (2000). The consequences of divorce for adults and children. *Journal of Marriage and Family*, 62, 1269-1287.
- American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding.(2008). Sample Hospital Breastfeeding Policy for Newborns. In: American Academy of Pediatrics. *Safe and Health Beginnings: A Resource Toolkit for Hospitals and Physicians' Offices*. (pp.1-6). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics. Recuperado en: <https://www2.aap.org/documents>pdf>.

- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: APA.
- (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th Ed. Washington, DC: APA.
- Anders, T.F., & Zeanah, C.H. (1984). Early infant development from a biological point of view. In: J.D. Call, E. Galenson, & R.L. Tyson (Eds.), *Frontiers of infant psychiatry vol.2* (pp.55-69). New York: Basic Books.
- Anderson, J., Johnstone, B., & Remley, D. (1999). Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *American Journal Clinical Nutrition*, 70, 525-535.
- Anderson, S.W., Bechara, A., Damasio, H., Tranel, D., & Damasio, A.R. (1999). Impairment of social and moral behaviour related to early damage in human prefrontal cortex. *Nature Neuroscience*, 2, 1032-1037.
- Andrés, M.A., Catalá, M.A. y Gómez-Beneyto, M. (1995). Estudio de la prevalencia del TDAH en niños de 10 años residentes en el municipio de Valencia. *Actas Luso-Españolas Neurología Psiquiatría y ciencias afines*, 23, pp.184-188.
- Andrés, M.A., Catalá, M.A. & Gómez-Beneyto, M. (1999). Prevalence, comorbidity risk factors and service utilization of disruptive behavior disorders in a community sample of children in Valencia (Spain). *Psychiatric Epidemiology*, 34, 175-179.
- Armus, M., Duheldo, C., Oliver, M. y Woscobolnik, N. (2012). *Desarrollo emocional. Clave para la primera Infancia*. Fondo de las naciones unidas para la infancia (UNICEF). Recuperado en: <http://www.unicef.org>argentina>spanish>.
- Aroca-Montolio, C., Lorenzo-Moledo, M., y Miró-Pérez, C. (2014). La violencia filio-parental: un análisis de sus claves. *Anales de Psicología*, 30(1), 157-170.
- Artigue, J. (2012). *Validación de un instrumento de detección de factores de riesgo de salud mental en la infancia y adolescencia. Listado de ítems en salud mental*. Tesis doctoral.

Universitat Ram3n Llul. Barcelona.

Artigue, J. (2013). El LISMEN un cuestionario para explorar los factores de riesgo en salud mental. *Temas de Psicoan3lisis*, 5, 1-20.

Asociaci3n Espa3ola de Pediatr3a (AEP) (2004). *MONOGRAFIA N35 "Lactancia Materna: gu3a para profesionales"*. Madrid: AEP. Recuperado en: www.ministeriodesalud.go.cr>lactancia

Attie-Aceves, C.L. (1995). La familia del ni3o card3opata. *Archivo del Instituto de Cardiolog3a de M3xico*, 65, 159-167.

Aitken, K.J. y Trevarthen, C. (1997). Self-other organization in human psychological development. *Development and Psychopathology*, 9, 551-675.

Bates, J.E. & Bayles, K. (1984). Objective and subjective components in mothers 'perceptions of their children from age 6 months to 3 years. *Merrill-Palmer Quarterly*, 30, 111-130.

Bates, J. E. (1989). Concepts and measures of temperament. In G.A. Kohnstamm, J.E. Bates & M.K. Rothbart (Eds.), *Temperament in childhood* (pp.3-26). Chichester: Wiley.

Baum, C.L. (2003). Does early maternal employment harm child development? An analysis of the potential benefits of leave taking. *Journal of Labor Economics*, 21, 409-448.

Bayo, C. (2006). *Temperamento y alimentaci3n. Una mirada desde la primera infancia*. En: 7. 3 Congreso Virtual de Psiquiatr3a. Interps3quis. Recuperado el 20 de Agosto 2015 en: <http://hs1.handle.net/10401/3886>

Belda Oriola, J. C. (2007). La informaci3n como prevenci3n primaria en salud mental infantil. *Revista de Psicopatolog3a y Salud Mental del Ni3o y del Adolescente*, 10, 63-69.

Bennedsen, B. E. (1998). Adverse pregnancy outcome in schizophrenic women: occurrence and risk factors. *Schizophrenia research*, 33(1), 1-26.

- Biblarz, T.J., & Gottainer, G. (2000). Family structure and children's success: A comparison of widowed and divorced single-mother families. *Journal of Marriage and Family*, 62, 533-548.
- Bitjttebier, P. & Roeyers, H. (2009). Temperament and Vulnerability to Psychopathology: Introduction to the Special Section. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 305-308.
- Bjarnason, T., Andersson, B., Choquet, M., Elekes, Z., Morgan, M. y Rapinett, G. (2003). Alcohol culture, family structure and adolescent alcohol use: Multilevel modeling of frequency of heavy drinking among 15-16 year old students in 11 European countries. *Journal of Studies on Alcohol*, 64, 20-208.
- Bjarnason, T., Davidaviciene, A.G., Miller, P., Nociar, A., Pavlakis, A. & Stergar, E. (2003). Family structure and adolescent cigarette smoking in eleven European countries. *Addiction*, 98, 815-824.
- Boris, N.W. & Zeanah, C.H. (2005). The work group on quality issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *Journal American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 44(11), 1206-19
- Borowsky, I. W., Mozayeny, S. & Ireland, M. (2003). Brief psychosocial screening at health supervision and acute care visits. *Pediatrics*, 112(1), 129-33.
- Bowlby, J. (1973). *La separación afectiva*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss, Vol.I.: attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata
- Bowlby, J.(1989).*Una base segura. Aplicaciones Clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.

- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez Bernardos, M. L., Bersabe, R. M. y Montsalve, T. (1995). Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes: Resultados preliminares. *Clínica y Salud*, 6, 67-82.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez, M. L. y Bersabe, R. M. (1996). Trastornos de ansiedad en escolares de 6 a 17 años. *Ansiedad y Estrés*, 2, 97-112.
- Brandenburg, N. A., Friedman, R. M., & 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.
- Brauner, C.B. & Stephens, C.B. (2006). Estimating the prevalence of early childhood serious emotional/behavioral disorders; challenges and recommendations. *Public Health Rep*, 121, 303-310.
- Brazelton, T. B. & Nugent, J. K. (1997). Escala para la evaluación del comportamiento neonatal. (Carmen Costas Moragas, trad.). Barcelona: Paidós (Obra original publicada en 1995)
- Brazelton, T.B. & Cramer, B.G. (1990). *The earliest relationship: parents, infants, and the drama of early attachment*. Reading: Addison-Wesley.
- Brooks-Gunn J., Han, WJ. & Waldfogel, J. (2002). Maternal employment and child cognitive outcomes in the first three years of life: the NICHD Study of Early Child Care. National Institute of Child Health and Human Development. *Child Development*, 73(4), 1052-72.
- Broussard, E. R. & Hartner, M.S.S. (1970). Maternal perception of the neonate as related to development. *Child Psychiatry and Human Development*, 1, 16-25.
- Brown, J.D., Wissow, L.S., Gadomski, A., Zachary, C., Bartlett, E., & Horn, I. (2006). Parent and teacher mental health ratings of children using primary-care services: interrater agreement and implications for mental health screening. *Ambulatory Pediatrics*, 6(6), 347-351.

- Cabaleiro, F. (1993). Algunas consideraciones preventivas en el desarrollo afectivo del niño y del adolescente. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 15-16, 137-164.
- Cable, N., Bartley, M., McMunn, & Kelly, I. (2011). Gender differences in the effect of breastfeeding on adult psychological well-being. *European Journal of Public Health*, 22(5), 653-658.
- Cameron, J. R. & Rice, D.C. (1986). Developing anticipatory guidance programs based on early assessment of infant temperament: two test of a prevention model. *Journal of Pediatric Psychology*, 11, 221-234.
- Campbell, T.L. (1994). Physical illness. En: P.C. Mckenry & S. J. Price (Eds.) *Families and Change. Coping with Stressful Events*. (pp.126-151). California: Thousand Oaks Sage.
- Canals, J., Martín-Hennenberg, C., Fernández-Ballart, J. & Domènech, E. (1995). A longitudinal study of depression in an urban Spanish pubertal population. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 4(2), 102-111.
- Carey, W.B. & McDevitt, S.C. (1978). Revision of the infant temperament questionnaire. *Pediatrics*, 61, 7355-7739.
- Carey, W.B. (1982). Validity of parental assessments of development and behavior. *American Journal of Diseases of Childhood*, 136, 97-99.
- Castro-Caldas, A., Peterson, K. M., Reis, A., Stone-Elander, S., & Ingvar, M. (1998). The illiterate brain. *Brain*, 121(6), 1053-63.
- Chase-Landsdale, P.L., Cherlin, A.J., & Kiernan, K. (1995). The long-term effects of parental divorce on the mental health of young adults. A developmental perspective, *Child Development*, 66, 1614-1634.

- Chess S, & Thomas A. (1977). A temperamental individuality from childhood to adolescence. *Journal American Academy Child Psychiatry*, 16, 218-226.
- Cicchetti, D. & Cohen, D. J. (Eds.). (1995a). *Developmental psychopathology. Vol. 1: Theory and methods*. New York: Wiley.
- Cicchetti, D. & Cohen, D. J. (Eds.). (1995b). *Developmental psychopathology. Vol. 2: Risk, disorder and adaptation*. New York: Wiley.
- Cicchetti, D. & Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 6-20.
- Cid, P. J. M., Cascajo, A. R. S., Massa, J. L. P., & Rodríguez- Sacristán, J. (1998). Documentos útiles para el diagnóstico y la evaluación en psicopatología infantil. *Psicopatología del niño y del adolescente*, (31), 343.
- Comité de lactancia materna de la AEP. (1999). Informe técnico sobre la lactancia materna en España. *Anales de Pediatría*, 50, 333-340.
- Connally, K., & Kvalsvig, J.D. (1993). Infection, nutrition and cognitive performance in children. *Parasitology*, 107, S187-S200.
- Contag, S.A., Clifton, R.G., Bloom, S.L., Spong, C.Y., Varner, M.W., Rouse, D.J., Ramin, SM, Caritis, S.N., Peaceman, A.M., Sorokin, Y., Sciscione, A., Carpenter, M.W., Mercer, B.M., Thorp, J.M., Malone, F.D. y Iams, J.D.(2010). Neonatal outcomes and operative vaginal delivery versus cesarean delivery. *American Journal of Perinatology*, 27, 493-499.
- Costello, E., Mustillo, S., Keller, G. & Angold, A. (2004). Prevalence of psychiatric disorders in childhood and adolescence. In: B.L. Levin, J. Petrila, K.D. Hennessy (Eds.) *Mental Health Services: a Public Health Perspective, Second Edition*. (pp. 111-128). Oxford UK: Oxford University Press.
- Costello, E. J., Egger, H., & Angold, A. (2005). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health

burden. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(10), 972-986.

Crowell, J. & Waters, E. (2005). Attachment representations, secure-base behavior, and the evolution of adult relationships: The Stony Brook Adult Relationships Project. In: K.E, Grossman & E. Waters. (Eds.). *Attachment from infancy to adulthood: the major longitudinal studies*. (pp.223-244). New York: Guilford Press.

Cruz Hernández, M. (1994). *Tratado de Pediatría Vol. 1*. Barcelona: Esas. Publicaciones Médicas.

Cutrona, C. & Troutman, D.B. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A meditational model of postpartum depression. *Child Development*, 57, 1507-1518.

Dalman, C., Allebeck, P., Cullberg, J., Grunewald, C., & Köster, M. (1999). Obstetric complications and the risk of schizophrenia: a longitudinal study of a national birth cohort. *Archives of general psychiatry*, 56(3), 234-240.

Dalman, C., Thomas, H. V., David, A. S., Gentz, J., Lewis, G., & Allebeck, P. (2001). Signs of asphyxia at birth and risk of schizophrenia Population-based case—control study. *The British Journal of Psychiatry*, 179(5), 403-408.

De Castro, E. K., & Jiménez, B. M. (2005). Funcionamiento familiar en situación de trasplante de órganos pediátrico. *Revista interamericana de psicología*, 39(3), 383-388.

Delgado, M. (2009). *Fecundidad y trayectoria laboral de las mujeres en España*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Demuth, S. & Brown, S.L. (2004). Family Structure, family processes, and adolescent delinquency: The significance of parental absence versus parental gender. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 41, 58-81.

- Der, G., Batty, G.D. & Deary, I.J. (2006). Effect of breast feeding on intelligence in children: prospective study, sibling pairs analysis, and meta-analysis. *British Medical Journal*, 333, 945-8A.
- Di Pietro, J.A., Larson, S.K. & Porges, S.W. (1987). Behavioral and heart rate pattern differences between breast-fed and bottle-fed neonates. *Developmental Psychology*, 23, 467-74.
- Dobbing, J. & Sands, J. (1973). Quantitative growth and development of human brain. *Archives of Diseases of Childhood*, 48, 757-767.
- Dowling, A. L., Martz, G. U., Leonard, J. L. & Zoeller, R. T. (2000). Acute changes in maternal thyroid hormone induce rapid and transient changes in gene expression in fetal rat brain. *The Journal of Neuroscience*, 20(6), 2255-2265.
- Duke, N., Ireland, M. & Borowsky, I.W. (2005). Identifying psychosocial problems among youth: factors associated with youth agreement on a positive parent-completed PSC-17. *Child: Care, Health, and Development*, 31(5), 563-573.
- Earls, F. (1981). Temperament characteristics and behavior problems in 3 year old children. *Journal of Nervous and mental Disease*, 169, 367-373
- Eidelman, A.I., Schanler, R.J., Johnston, M. & Landers, S. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 115(2), 496-506.
- Elliot, J & Tizard, J. (2006). Cohort profile 1970 British Birth Cohort (BCS70). *International Journal of Epidemiology*, 35, 836-843.
- Enríquez, A., Padilla, P., y Montilla, I. (2008). Apego, vinculación temprana y psicopatología en la primera infancia. *Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*, (193), 249-292.

- EQUAL (2003). *Síntesis del estudio de mercado territorializado sobre las oportunidades de creación de empresas de servicios de apoyo a la conciliación*. Iniciativa comunitaria EQUAL: “Madrid una ciudad para la conciliación”. Concejalía de gobierno de empleo y servicios al ciudadano. Gerencia de Igualdad de oportunidades. Recuperado de: <http://www.madrid.es/síntesisestudio/>.
- Equipo METRA. (2003). *Menores con trastornos psíquicos y contexto familiar. Un estudio en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas de Madrid.
- Espy, K. A., Kaufmann, P. M. & Glisky, M. L. (1999). Neuropsychologic function in toddlers exposed to cocaine in utero: A preliminary study. *Developmental Neuropsychology*, 15(3), 447-460.
- Etz, K. E., Robertson, E. B. & Ashery, R. S. (1998). Drug abuse prevention through family-based interventions: future research. *Drug Abuse Prevention Through Family Interventions. NIDA Research Monograph*, 177, 1-11.
- Everingham, C. (1997). *Maternidad: autonomía y dependencia. Un estudio desde la psicología*. Madrid: Narcea, S.A. De Ediciones.
- Ezpeleta, L. (2005). *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. Madrid: Masson
- Farré, A. y Narbona, J. (1989). Índice de hipercinesia y rendimiento escolar. Validación del cuestionario de Conners en nuestro medio. *Acta Pediátrica Española*, 47, 103-109.
- Feder, A., Nestler, E.S. & Charney, D.S. (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Reviews Neuroscience*, 10, 446-457.
- Fergusson, D. M., Woodward, L. J. & Horwood, L. J. (1998). Maternal smoking during pregnancy and psychiatric adjustment in late adolescence. *Archives of general psychiatry*, 55(8), 721-727.

- Fergusson, D.M & Woodward, L.J. (1999). Breast feeding and later psychosocial adjustmet. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 13, 144-157.
- Fernández-Castillo, A. y López Naranjo, I. (2006). Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización. *International Journal of clinical and Health Psychology*, 6(3), 631-645.
- Field, T., Healy, B. T., Goldstein, S. & Guthertz, M. (1990). Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions of nondepressed versus depressed dyads. *Developmental psychology*, 26(1), 7.
- Fish, M., Stifter, C. & Beñsky, J. (1991). Conditions of continuity and discontinuity in infant negative emotionality: Newborn to five months. *Child Development*, 62, 1525-1537.
- Fleming, J.E. & Offord, D.R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 29(4), 571-580.
- Flouri, E. (2010). Father's behaviors and children's psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 30, 363-369.
- Fokkema, T. (2002). Combining a job and children: Contrasting the health of married and divorced women in the Netherlands? *Social Science & Medicine*, 54, 741-752.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2001). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. Nueva York: Other Press
- Fonagy, P., Steele, H. & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 891-905.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2012). Desarrollo emocional 0-3 años. Clave para la primera infancia. Recuperado en: <http://ww.unicef.org/argentina/spanish>.

- Foster, C.J. E., Garber, J. & Durlak, J.A. (2008). Current and past maternal depression, maternal interaction behaviorism and children's externalizing and internalizing symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 527-537.
- Franco, C. y Arango, C. (2004). Prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes. *Monografías de Psiquiatría*, 3,19-27.
- Frick, P.J. (2004). Integrating research on temperament and childhood psychopathology: Its pitfalls and promise. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, (2-7). DOI: 10.1207/S15374424JCCP3301_1.
- Frone, M.R., Russell, M. & Cooper, M.L. (1997). Relation of work family conflict to health outcomes: a four year longitudinal study of employed parents. *Journal of Organizational Behavior*, 70, 325-335.
- Gaensbauer, T. J. & Siegel, C. H. (1995). Therapeutic approaches to posttraumatic stress disorder in infants and toddlers. *Infant Mental Health Journal*, 16(4), 292-305.
- García, M.J., Pérez, E., Ruíz, A., García, L., Gallego, M.T. y López, M.L. (2008). *Por qué es necesario mirar hacia Bowlby en el tratamiento de los trastornos de la personalidad?* En: Interpsiquis 2008. 9º Congreso Virtual de Psiquiatría. Recuperado en: <http://hd1.handle.net/1040/4531>.
- Gardner, W., Lucas, A., Kolko, D.J. & Campo, J.V. (2007). Comparison of the PSC-17 and alternative mental health screens in an at-risk primary care sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(5), 611-618.
- Gardner, W., Murphy, M., Childs, G., Kelleher, K., Pagano, M., Jellinek, M., McInerney, T., Wasserman, M., Nutting, P. & 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., 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.
- Ge, X.J., Natsuaki, M.N. & Conger, R.D. (2006). Trajectories of depressive symptoms and stressful life events among male and female adolescents in divorced and nondivorced families. *Development and Psychopathology*, 18, 253-273.
- Geurts, S., Kompier, M., Roxburg, S. & Houtman, I. (2003). Does work-home interference mediate the relationship between workload and wellbeing? *Journal of Vocational Behaviour*, 63, 532-559.
- Glantz, M. D. & Johnson, J. L. (Eds.) (1999). *Resilience and development: Positive life adaptations*. Springer Science & Business Media.
- Glantz, M.D. (1992). A developmental psychopathology of drug abuse vulnerability. En M.D. Grantz y R.Pickens. *Vulnerability to Drug Abuse*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain—a review. *Journal of child psychology and psychiatry*, 41(01), 97-116.
- Goldsmith, H.H., Buss, A.H., Plomin, R. R., Rothbart, M.K., Thomas, A. & Chess, S. (1987). Round –table What is temperament 4 approaches. *Child Development*, 58, 505-529. DOI: 1.2307/1130527.
- Goldstein, J. M., Buka, S. L., Seidman, L. J. & Tsuang, M. T. (2010). Specificity of familial transmission of schizophrenia psychosis spectrum and affective psychoses in the New England family study’s high-risk design. *Archives of general psychiatry*, 67(5), 458-467.
- Gómez-Beneyto, M., Bonet, A., Catalá, M.A., Pucha, E. & Vila, V. (1994). The prevalence of child psychiatric disorders in the city of Valencia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 352-357.

- Graham, P., Rutter, M. & George, S. (1973). Temperamental characteristics as predictors of behavior disorders in children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 43(3), 329-339.
- Gribble, K.D. (2006). Mental Health, attachment and breastfeeding: implications for adopted children and their mothers. *International Breastfeeding Journal*, 9(1), 5.
- Grossmann, K. & Waters, E. (Eds.). (2005). *Attachment from infancy to adulthood: the major longitudinal studies*. New York: Guilford Press.
- Guendelman, S., Kosa, J. L., Pearl, M., Graham, S., Goodman, J. & Kharrazi, M. (2009). Juggling work and breastfeeding: effects of maternity leave and occupational characteristics. *Pediatrics*, 123(1), 38-46.
- Guzmán, V.M, Torres, J., Plasencia, A., Castellanos, J.L. y Quintanilla, R. (2011). Cultura hospitalaria y el proceso narrativo en el niño enfermo. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, 33(17), 23-44.
- Hankin, J. (1990). Gender and mental illness. In: J. Greenley (eds.) *Mental Disorder in Social Context. Research in community and mental health*, 6, 183-201.
- Hans, S. L., Marcus, J., Nuechterlein, K. H., Asarnow, R. F., Styr, B. & Auerbach, J. G. (1999). Neurobehavioral deficits at adolescence in children at risk for schizophrenia: the Jerusalem Infant Development Study. *Archives of General Psychiatry*, 56(8), 741-748.
- Hans, S. L., Auerbach, J. G., Styr, B., & Marcus, J. (2004). Offspring of parents with schizophrenia: mental disorders during childhood and adolescence. *Schizophrenia bulletin*, 30(2), 303-315.
- Harris, J.R. (1998). *The nurture assumption: Why children turn out the way they do?* New York: Free Press
- Hart, S.N. & Brassard, M.R.(1987). A major threat to children's mental health. *American Psychologist*, 42, 160-165.

- Hayatbakhsh, M. R., O'Callaghan, M.J., Bor, W., Williams, G.M. & Najman, J.M. (2012). Association of breastfeeding and adolescents' psychopathology: a large prospective study. *Breastfeeding medicine: the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 7(6), 480-6. DOI 10.1089/bfm.2011.0136.
- Hennigan, K.M., O'Keefe, M., Noether, C.D. & Russell, L.A. (2006). Through a mother's eyes: sources of bias when mothers with co-occurring disorders assess their children. *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, 33(1), 87-104.
- Hernández Aguilar, M.T. (2004). Epidemiología de la lactancia materna. Prevalencia y tendencias de la lactancia materna en el mundo y en España. En: Asociación Española de Pediatría. *MONOGRAFÍA N°5 Guía de Lactancia para profesionales*. (pp. 31-45). Madrid: AEP. Recuperado en: www.ministeriodesalud.go.cr/lactancia
- Hinshaw-Fuselier, S., Boris, N. W. & Zeanah, C. H. (1999). Reactive attachment disorder in maltreated twins. *Infant Mental Health Journal*, 20(1), 42-59.
- Hoefler, C. & Hardy, M. (1929). Later development of breast fed and artificially fed infants. *Journal of the American Medical Association*, 92, 615-619.
- Hofferth, S.L.(2006).Residential father family type and child well-being: Investment versus selection. *Demography*, 43, 53-77.
- Hoffmann, J.P. (2002). The community context of family structure and adolescent drug use. *Journal of Marriage and Family*, 64,314-330.
- Horne, R.S, Parslow, P.M, Ferens, D., Watts, A.M. & Adamson, T.M. (2004). Comparison of evoked arousability in breast and formula fed infants. *Archives of Disease in Childhood*, 89, 22-25.
- Hubert, N. C., Wachs, T.D., Peters-Martin, P.& Gandour, M.J. (1982). The study of early temperament: measurement and conceptual issues. *Child Development*, 53, 571-600.
- Huizink, A. C., de Medina, P. G. R., Mulder, E. J., Visser, G. H. & Buitelaar, J. K. (2002).

Psychological measures of prenatal stress as predictors of infant temperament. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(9), 1078-1085.

Hunter, R. S., Kilstrom, N., Kraybill, E. N. & Loda, F. (1978). Antecedents of child abuse and neglect in premature infants: A prospective study in a newborn intensive care unit. *Pediatrics*, 61(4), 629-635.

Hüppi, P. S., Schuknecht, B., Boesch, C., Bossi, E., Felblinger, J., Fusch, C. & Herschkowitz, N. (1996). Structural and Neurobehavioral Delay in Postnatal Brain Development of Preterm Infants1. *Pediatric Research*, 39(5), 895-901.

Hysing, M., Elgen, I., Gillberg, C., Lie, S.A. & Londervold, A. (2007). Chronic physical illness and mental health in children: Results from a large-scale population study. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines*, 48(8), 785-792.

Hysing, M., Elgen, I., Gillberg, C. & Londervold, A. (2008). Emotional and behavioral problems in subgroups of children with chronic illness: Results from a large-scale population study. *Child: Care, Health and Development*, 35(4), 527-533.

IBM Corp (2006). SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 15.0 para Windows. Armonk, NY: IBM Corp.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2001). *Censos 2001*. Recuperado de: <http://www.ine.es>Satellite>p.28-35 .pdf>

Ivorra, J., Gilabert, J., Moltó, M.D. y Sanjuán J. (2007). Genética del temperamento en niños. *Revista de Neurología*, 45(7), 418-423.

Jablensky, A. (2000). Prevalence and incidence of schizophrenia spectrum disorders: implications for prevention. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(sup2), S26-S34.

- Jain, A., Concato, J. & Leventhal, J.M. (2002). How good is the evidence linking breastfeeding and intelligence. *Pediatrics*, *109*, 1044-1053.
- Jellinek, M. S., Murphy, J.M., Robinson, J., Feins, A., Lamb, S. & Fenton, T. (1988). The Pediatric Symptom Checklist: Screening school-age children for psychosocial dysfunction. *Journal of Pediatrics*, *112*, 201-209.
- Jellinek, M. S., Bishop, S.J., Murphy, J.M., Biederman, J. & Rosenbaum, J.F. (1991). Screening for dysfunction in the children of outpatients at a psychopharmacology clinic. *American Journal of Psychiatry*, *148*(8), 1031-1036.
- 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. ISSN 0211-5735
- Johanson, R.B., Heycock, E., Carter, J., Sultan, A.H., Walklate, K. & Jones, P.W. (1999). Maternal and child health after assisted vaginal delivery: five years follow up. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *106*(6), 544-549.
- Jones, P. B., Rantakallio, P., Hartikainen, A. L., Isohanni, M. & Sipila, P. (1998). Schizophrenia as a long-term outcome of pregnancy, delivery, and perinatal complications: a 28-year follow-up of the 1966 north Finland general population birth cohort. *American Journal of Psychiatry*, *155*(3), 355-364.
- Juri, L. (2008). El sentimiento de seguridad es un camino del desarrollo. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, *11*, 43-47.
- Karr-Morse, R. & Wiley, M. S. (1997). Ghosts from the nursery: Tracing the roots of violence. Atlantic Monthly Press.
- Kazdin, A., Kraemer, H., Kessler, R., Kupfer, D. & Offord, D. (1997). Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clinical Psychology Review*, *17*(4), 375-406.

- Keogh, B. (1982). Children's temperament and teachers' decisions. In: R. Porter & G. Collins (Eds.). *Temperamental differences in infants and young toddlers* (pp.269-279). Published online: 30 Mayo 2008. DOI: 10.1002/9780470720714.ch17.
- Kessler, R. C., McGonagle, D. K., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. y Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kessler, R.C, Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. & 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.
- Khashan, A.S., Abel, K.M., McNamee, R., Pedersen, M.G., Webb, R.T., Baker, P.N., Kenny, L.C. & Mortensen, P.B. (2008). Higher risk of offspring schizophrenia following antenatal maternal exposure to severe life events. *Archives of General Psychiatry*, 65(2), 146-152.
- Kramer, M.S. & Kaki, A.R. (2002). Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review). In The Cochrane Library, (Issue 2). Oxford: Update Software.
- Kramer, M.S., Kakuma, R. (2002). Optimal duration of exclusive breastfeedin (Cochrane Review). In: The Cochrane Library (Issue 1). Oxford: Update Software.
- Kramer, M.S., Fombonne, E., Igunnov, S., Vanilovich, I., Matush, L., Mironova, E., Bogdanivich, N., Tremblau, R. E., Chalmers, B., Zhang X. & Platt, R. W. (Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) study group. (2008). Effects of prolonged and exclusive breastfeeding on child behavior and maternal adjustment: evidence from a large, randomized trial. *Pediatrics*, 121(3), e435-e440. DOI: 10.1542/peds.2007-1248.
- Krieger, N. (2003). Gender, sexes and Elath: What are the connections-and why does it matter? *International Journal of Epidemiology*, 32, 652-657.

- Kwok, M.K., Leung, G.M., 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. DOI: 10.1136/archdischild-2013-304250. Epub.
- Lansford, J.E., Malone, P.S., Castellino, D.R., Dodge, K., Pettit, G.S. & Bates, J.E. (2006). Trajectories of internalizing, externalizing, and grades for children who have and have not experienced their parents' divorce or separation. *Journal of Family Psychology*, 2, 292-301.
- Lapouse, R. & 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.
- Lavelli, M. & Poli, M. (1998). Early mother-infant interaction during breast and bottle-feeding. *Infant Behavior and Development*, 21, 667-684.
- Lavigne, J. V., Binns, H. J., Christoffel, K. K., Rosenbaum, D., Arend, R., Smith, K... & McGuire, P. A. (1993). Behavioral and emotional problems among preschool children in pediatric primary care: prevalence and pediatricians' recognition. *Pediatrics*, 91(3), 649-655.
- Lazcano-Ponce, E., Salazar-Martínez, E. y Hernández-Ávila, M. (2001). Estudios epidemiológicos de casos y controles. Fundamento teórico, variantes y aplicaciones. *Salud Pública de México*, 43(2), 135-150. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00366342001000200009&lng=es&tlng=es.
- Leask, S.J., Jones, D.J., Done, T.J. & Crow, M. (2000). No association between breast-feeding and adult psychosis in two national birth cohorts. *The British Journal of Psychiatry*, 177(3), 218-221; DOI: 10.1192/bjp.177.3.218

- Lennon, M. & Rosenfield, S. (1992). Women and mental health: The interaction of job and family conditions. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 316-327.
- Levitsky, D. A. & Strupp, B.J. (1995). Malnutrition and the brain: changing concepts, changing concerns. *Journal of Nutrition*, 125, 2212S-2220S.
- Liang, W. & Chikritzhs, T. (2012). Obstetric conditions and risk of first ever mental health contact during infancy, childhood and adolescence. *Midwifery*, 28(4), 439-444.
- Little, M., Murphy, J.M., Jellinek, M.S., Bishop, S.J. & Arnett, H.L. (1994). Screening 4- and 5-year-old children for psychosocial dysfunction: A preliminary study with the Pediatric Symptom Checklist. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 15(3): 191-197.
- Liu, D., Diorio, J., Day, J.C., Francis, D.D. & Meaney, M.J. (2000). Maternal care, hippocampal synaptogenesis and cognitive development in rats. *Nature Neuroscience*, 3, 799-806.
- Liu, X. (1999). Prevalence and Risk Factors of Behavioral and Emotional Problems among Chinese Children Aged through 11 years. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 38(6), 708-715.
- Lonigan, C.J. & Phillips, B.M. (2001). Temperamental basis of anxiety disorders in children. In M.W.Vasey & M.R. Dadds (Eds). *The developmental psychopathology of anxiety* (pp 60-91). New York: Oxford University Press.
- Lonigan, C.J., Vasey, M. W., Phillips, B.M. & Hazen, R.A (2004). Temperament, anxiety, and the processing of threat-relevant stimuli. *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 33, 8-20.
- Lorenz, K. (1952). *Los anillos del Rey Salomón*. New York: Crowell.
- Lozano, J.F. y Blanco, A. (1996). Ansiedad y problemas emocionales en enfermedades crónicas infantiles. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 37, 7-12.

- Luthar, S.S. & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and psychopathology*, 12, 857-885.
- Lwanga, S.K & Lemeshow, S. (1991). *Sample size determination in health studies*. Geneva: World Health Organization.
- Lyons-Ruth, K., Alpern, L. & Repacholi, B. (1993). Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the preschool classroom. *Child Development*, 64(2), 572-85.
- Lyons-Ruth, K. & Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In: J. Cassidy y PR. Shaver (eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp.520-55). New York: Guilford Press.
- Mahler, M., Pine, F. & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant symbiosis and individuation*. New York: Basic books.
- Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented pattern. In: T.B Brazelton y M. Yogman. (1986). *Affective development in infancy*. Norwood, NJ: Ablex Publishing.
- Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation. In: MT. Greenberg, D.Cicchetti, E.M. Cummings (eds.), *Attachment in the preschool years theory, research, and intervention* (pp. 121-60). Chicago University of Chicago Press.
- Mangelsdorf, S., Gunnar, M., Kestenbaum, R., Lang, S. & Andreas, D. (1990). Infant proneness to distress temperament, maternal personality, and mother infant attachment: Associations and goodness of fit. *Child Development*, 61, 820-831.
- Marrone, M. (2001). *La Teoría del Apego: Un Enfoque Actual*. Madrid: Psimática
- Martínez Rubio, A. (2004). Ventajas de la lactancia materna para la madre. En: Asociación

Española de Pediatría, *MONOGRAFIA N°5 Lactancia materna: Guía para profesionales* (pp. 108-119). Recuperado en: www.ministeriodesalud.go.cr>lactancia

Martínez, M.P. (1994). Características y evolución del sistema familiar. En: Fundación Mafre Medicina, *Orientación y Terapia Familiar en familias afectadas por enfermedades y deficiencias*. Madrid: Fundación Mapfre.

Matheny, A.P., Wilson, R.S. & Thoben, A.S. (1987). Home and mother: relations with infant temperament. *Developmental Psychology*, 23, 323-331.

Mayberry, L. J., & Affonso, D. D. (1993). Infant temperament and postpartum depression: a review. *Health care for women international*, 14(2), 201-211.

Mäki, P., Riekkö, T., Miettinen, J., Isohanni, M., Jones, P.B, Murray, G.K. & Veijola, J. (2010). Schizophrenia in the offspring of antenatally depressed mothers in the northern Finland 1966 birth cohort; relationship to family history of psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 167(1). Doi:10.1176/appi.ajp.209.09010133. Rpub2009Oct15

McGrath, J. (2000). Universal interventions for the primary prevention of schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(sup2), S58-S64.

McInerney, T. & Chamberlin, R.W. (1975). Is it feasible to identify infants who are at risk for later behavioral problems? *Clinical Pediatrics*, 17, 233-238.

McMahon, C., Barnett, B., Kowalenko, N., Tennant, C. & Don, N. (2001). Postnatal depression, anxiety and unsettled infant behavior. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(5), 581-588.

McMunn, A.M., Nazroo, J. Y., Marmot, M.G., Boreham, R. & Goodman, R. (2001). Children's emotional and behavioral well-being and the family environment: Findings from the Health Survey for England. *Social Science & Medicine*, 53, 423-440.

- Mednick, S.A., Parnas, J. & Schulsinger, F. (1987). The Copenhagen High-Risk Project, 1962-1986. *Schizophrenia Bulletin*, *13*(3), 485-495
- Medoff-Cooper, B. (1995). Infant Temperament: Implications for parenting from birth through 1 year. *Journal of Pediatric Nursing*, *10*(3), 141-145.
- Mendez, M.A. & Adair, L.S. (1999). Severity and timing of stunting in the first two years of life affect performance on cognitive tests in late childhood. *Journal of Nutrition*, *129*, 1555-1562.
- Merikangas, K.R., Nakamura, E.F. & Kessler, R.C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in clinical Neurosciences*, *11*, 7-20.
- Mesulam, M. M. (1998). From sensation to cognition. *Brain*, *121*, 1013-1052.
- Miller, E., Wieneke, K., Murphy, J.M., Desmond, S., Schiff, A., Canenguez, K. & Kleinman, R. (2008). Childhood obesity and parental poor health among families at risk for hunger attending a community health center. *Journal of Healthcare for the Poor and Underserved*, *19*(2), 550-6.
- Miller, J. (1983). "Coping with chronic illness". En J. Miller (eds.), *Coping with chronic illness: overcoming powerlessness* (pp.15-36). Philadelphia: Davis Company.
- Minkovitz, C., Strobino, D., Scharfstein, D., Hou, W., Miller, T. Mistry, K. & Swartz, K. (2005). Maternal depressive symptoms and children's receipt of health care in the first 3 years of life. *Pediatrics*, *115*(2), 306-314.
- Modell, J.D., Modell, P.J.G., Wallander, J., Hodgens, P.B., Duke, P.L. & Wisely, P.D. (2001). Maternal ratings of child behavior improve with treatment of maternal depression. *Family Medicine*, *33*(9), 691-695.

- Moffitt, T.E. & Caspi, A.(2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and Psychopathology*, 13, 355-375.
- Mogaz Lago, A., García Pérez, E. M. y del Valle Sandín, M. (1998). Ansiedad, estrés y problemas de ansiedad en escolares de 12 a 18 años. *Papeles del Psicólogo*, 71, 40-43.
- Montaldo, M. (2009). *¿Dónde estás mamá?* Santiago: Catalonia.
- Montgomery, S.M., Ehlin, A. & Sacker, A. (2006). Breast feeding and resilience against psychosocial stress. *Archives of Disease in Childhood*, 91, 990-994.
- Mowbray, C.T., Lewandowski, L., Bybee, D., & Oyserman, D. (2006). Children of mothers diagnosed with serious mental illnesses: patterns and predictors of service use. *Mental Health Services Research*, 6(3), 167-183.
- Mrazek, P. & Haggerty, R. (eds.). (1994). *Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washinton: National Academy Press.
- Muñoz, P.E. (1979). Psiquiatría Social. En J.L. G. de Rivera, A. Vela y J. Arana (comps.), *Manual de Psiquiatría* (pp.1.155-1175). Madrid: Karpos.
- Murphy, J., Arnett, H., Jellinek, M.S., Reede, J.Y. & Bishop, S.J. (1992). Routine Psychosocial Screening in Pediatric Practice: A Naturalistic Study with the Pediatric Symptom Checklist. *Clinical Pediatrics*, 31, 660-667.
- Murphy, J., Reede, J., Jellinek, M. & Bishop, S. (1992). Screening for psychosocial dysfunction in inner-city children: further validation of the Pediatric Symptom checklist. *American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 31(6), 1105-1111.
- Murphy, J.M., Ichinose, C., Hicks, R.C., Kingdon, D., Crist-Whitzel, J., Jordan, P., Feldman, G. & Jellinek, M.S. (1996). Utility of the Pediatric Symptom Checklist as a psychosocial screen to meet the federal Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment

- (EPSDT) standards: a pilot study. *Journal of Pediatrics*, 129(6), 864-869.
- Myhrman, A., Rantakallio, P., Isohanni, M., Jones, P. & Partanen, U. (1996). Unwantedness of a pregnancy and schizophrenia in the child. *The British Journal of Psychiatry*, 169(5), 637-640.
- Newman, D. L., Moffitt, T. E., Caspi, A. & Silva, P. A. (1998). Comorbid mental disorders: Implications for treatment and sample selection. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 305-311.
- Nigg, J.T. (2006). Temperament and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 47,395-422.doi:1.1016/S0191-8869(97)00078-0
- O'Connor, C., Rutter, M., English, & 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.
- O'Hara, M.W, Nwunaber, D.J., & Zekoski, E.M. (1984). Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(2), 158-71.
- Ohene, S., Ireland, M., McNeely, C. & Borowsky, I.W. (2006). Parental expectations, physical punishment, and violence among adolescents who score positive on a psychosocial screening test in primary care. *Journal of Pediatric*, 117(2), 441-447.

- O'Hagan, K.P. (1995). Emotional and psychological abuse-problems of definition. *Child Abuse & Neglect*, 19, 449-461.
- Olin, S. C. S., & Mednick, S. (1996). Risk factors of psychosis: identifying vulnerable populations premorbidly. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 223.
- Oomens, S., Geurts, S. & Scheepers, P. (2007). Combining work and family in the Netherlands: Blessing or burden for one's mental health? *International Journal of Law and psychiatry*, 30,369-384. Recuperado en: <http://ics.uda.ub.rug.nl/FILES/root/Articles/2007/OomensS-combining/OomensS-Combining-2007.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1977). CIE-9-Trastornos Mentales y del Comportamiento. Modificación Clínica (Ministerio de Sanidad y Asuntos sociales). (2014). Recuperado de: <http://msssi.gob.es>clasifEnferm>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). *CIE 10-Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva*. WHA54/INF.DOC./4. Recuperado en: www.who.int
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño*. Ginebra: Biblioteca de la OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). Discapacidad y Salud. Nota descriptiva N°352. Recuperado en: www.who.int
- Ortiz, P. (1997). General principles in child liaison consultation service: a literature review. *European Child&Adolescent Psychiatry*, 6, 1-6.

- Pagano, M., Murphy, J.M., Pedersen, M., Mosbacher, D., Crist-Whitzel, J., Jordan, P. Rodas, C. & Jellinek, M. (1996). Screening for psychosocial problems in 4-5-year-olds during routine EPSDT examinations: Validity and reliability in a Mexican-American sample. *Clinical Pediatrics* 35(3), 139-146.
- Palacio Espasa F. (2006) Evaluación clínica del bebé. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 8, 11-18.
- Parmelee, A., Becwick, L., Cohen, S. & Sigman, M. (1984). Social influences on infants at medical risk for behavioural difficulties. In J. CALL., E. Galenson, P.L. TYSON (eds.), *Frontiers of infant psychiatry. Vol II*. New York: Basic Books.
- Pedreira, J.L. (1997). La vulnerabilidad en la primera infancia. *Anales de Psiquiatría*, 7(13), 299-310.
- Pemjean, G., Toro, C., y Barros, A. (2011). Salud Mental en la intersección entre maternidad, familia y trabajo. En E. Ansoleaga Moreno (coord.), *Mujer, Trabajo, Maternidad, Salud. Tensiones no resueltas del siglo XX y propuestas para el bicentenario* (pp.151-27). Chile: UDP.
- Perry, B. (2002). Childhood Experience and the Expression of Genetic Potential: What Childhood Neglect Tells Us About Nature and Nurture. *Brain and Mind*, 3(1), 79-100.
- Pettit, G. & Bates, J. (1984). Continuity of individual differences in the mother-infant relationship from six months to thirteen months. *Child development*, 55,729-739.
- Piovanetti, Y. (2001). Breastfeeding beyond 12 months. An historical perspective. *Pediatric Clinics of North America*, 48, 199-206.
- Plomin, R. (1983). Childhood temperament. In B.B. Lahey & A.E. Kazdin (eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol.6, pp.45-92). New York: Plenum

- Polaino, A. & Doménech, E. (1993). Prevalence of childhood depression: results of the first study in Spain. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1007-1017.
- Pollock, J.L. (1994). Long-term associations with infant feeding in a clinically advantage population of babies. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 36, 429-440.
- Prior, M., Sanson, A., Oberklaid, F. & Northam, E. (1987). Measurement of temperament in one to three year old children. *International Journal of Behavioral Development*, 10(1), 121-132.
- Rauch, P.K., Jellinek, M.S., Murphy, J.M., Schachner, L., Hansen, R., Esterly, N.B., Prendiville, J., Bishop, S.J. & Goshko, M. (1991). Screening for psychosocial dysfunction in pediatric dermatology practice. *Clinical Pediatrics*, 30(8), 493-497.
- Reid, W.J. & Crisafulli, A. (1990). Marital discord and child behavior problems: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 105-117.
- Reiss, F.(2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 90, 24-31.
- Reynolds, D., Hennessy, E. & Polek, E. (2013). Is breastfeeding in infancy predictive of child mental well-being and protective against obesity at 9 years of age? *Child Care, health and development*, 40(6), 882-890.
- Richter, J. & Pellegrini, D. (1989). Depressed mothers' judgments about their children: an examination of the depression –distortion. *Child Development*, 60, 1968-1075.
- Rietveld, S., Van Beest, I. & Prints, P.J. (2005). The relationship between specific anxiety syndromes and somatic symptoms in adolescents with asthma and other chronic diseases. *The journal of the Association for the Care of Asthma*, 42(9), 725-730.

- Rinaman, L., Levitt, P. & Card, J.P. (2000). Progressive postnatal assembly of limbic-autonomic circuits revealed by central transneuronal transport of pseudorabies virus. *Journal of Neuroscience*, 20, 2731-2741.
- Robles de Fabre, T. (1987). *El enfermo crónico y su familia*. México D.F: Ediciones Nuevo Mar.
- Rodríguez Sacristán, J. (2000). Diagnóstico y tratamiento en psiquiatría infantil. En J.R. Gutiérrez y F. Rey (Coord.), *Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente*. Madrid: SmithKline Beecham.
- Rodríguez Bausa, L. y Pardos Guillén, T. (2000). *Actividades de ocio en niños/as de hospitalización prolongada*. En VI congreso mundial de Ocio “Ocio y Desarrollo Humano”. Bilbao: Instituto de Estudios de Ocio Universidad de Deusto.
- Roe, B., Whittington, L.A., Fein, S.B. & Teisl, M.F. (1999). Is there competition between breastfeeding and maternal employment? *Demography*, 36, 157-171.
- Rothbart, M.K. & Posner, M.I. (2006). Temperament, attention, and developmental psychopathology. In D. Cicchetti, & D.J. Cohen (Eds), *Developmental psychopathology: vol.2. Developmental Neuroscience* (pp. 465-501, 2nd ed.). New York: Wiley
- Rowe, R., Maughan, B., Pickles, A., Costello, E.J. & Angold, A. (2002). The relationship between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: Findings from the Great Smoky Mountain Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 365-373.
- Rutter, M., Tizard, B. & Whitmore, K. (1970). *Education, health and behavior*. London: Logman.
- Rutter, M., Tizard, J., Yule, W., Graham, P. & Whitmore, K. (1976). Isle of Wight studies, 1964–1974. *Psychological medicine*, 6(02), 313-332.
- Rutter, M. (1987). Temperament, personality, and personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 150, 443-458.

- Rutter, M. & English and Romanian Adoptees study team. (1998). Developmental catch-up, and deficit, following adoption after severe global early privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 465–476.
- Rutter, M., Andersen-Wood, L., Beckett, C., Bredenkamp, D., Castle, J., Grootheus, C., Keppner, J., Keaveny, L., Lord, C., O'Connor, T.G., and English and Romanian Adoptees study team. (1999). Quasi-autistic patterns following severe early global privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 537–549.
- Rutter, M. (2002). Development and psychopathology. En M. Rutter (Ed), *Child and Adolescent psychiatry* (pp 309-324). Oxford:Blackwell.
- 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.
- Sachs, B.P., Kobelin, C., Castro, M.A. & Frigoletto, F. (1999). The risk of lowering the cesarean-delivery rate. *New England Journal of Medicine*, 340(1), 54-57.
- Sachs-Ericsson, N. & Ciarlo, J. (2000). Gender, social roles, and mental health: An epidemiological perspective. *Sex Roles*, 43(9/10), 605-628.
- Sacker, A., Quigley, M.A. & Kelly, Y. (2006). Breastfeeding and developmental delay: Findings from the Millennium Cohort Study. *Pediatrics*, 118, 682-689.
- Sameroff, A.J. & Ende, R. (1989). *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach*. New York: Basic Books.
- Sandman, C. A., Wadhwa, P. D., Dunkel-Schetter, C., Chicz-DeMet, A., Belman, J., Porto, M., Murata, Y., Garite, T.J. & Crinella, F. M. (1994). Psychobiological Influences of Stress and HPA Regulation on the Human Fetus and Infant Birth Outcomesa. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 739(1), 198-210.

- 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.
- Sanson, A.V., Prior, M. & Oberklaid, F. (1985). Normative data on temperament in Australian infants. *Australian Journal of Psychology*, 37, 185-195.
- Schejtman, C. & Vardy, I. (comp.) (2008). Afectos y regulación afectiva, un desafío bifronte en la primera infancia. En C. Schejtman (comp.), *Primera infancia. Psicoanálisis e investigación*. Buenos Aires: Akadia editorial.
- Schore, A.N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Schore, A.N. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 59-87.
- Schore, A.N. (1997). A century after Freud's project: Is a rapprochement between psychoanalysis and neurobiology at hand? *Journal of the American psychoanalytic Association*, 45, 841-867.
- Schore, A.N. (2000a). *Foreword to the reissue of attachment and loss, vol. 1: Attachment by John Bowlby*. New York: Basic Books.
- Schore, A.N. (2000b). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment & Human Development*, 2, 23-47.
- Schore, A.N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 7-66.
- Schroeder, C. & Gordon, B. (1991). *Assessment and treatment of childhood problems. A clinician's guide*. New York: The Guilford Press.

- Schwab-Stone, M. E. & Briggs-Gowan, M. J. (1998). The scope and prevalence of psychiatric disorders in childhood and adolescence. En P. Ferrari (Ed.), *Designing mental health services and systems for children and adolescents: A shrewd investment* (pp. 2-25). Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Seligman, S. (1999). Integrating Kleinian Theory and Intersubjective Infant Research. Observing Projective Identification. *Psychoanalytic Dialogues*, 2(9), 129-159.
- Shattock P. (coord.) (2000). Descripción del Autismo. En Asociación Internacional Autismo Europa, *Descripción del autismo* (pp.1-14). Recuperado en: <http://www.loracep.org>
- Solomon, J. & George, C. (1999). The measurement of attachment security in infancy and childhood. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 287-316.
- Sørensen, H. J., Mortensen, E. L., Reinisch, J. M. & Mednick, S. A. (2005). Breastfeeding and risk of schizophrenia in the Copenhagen Perinatal Cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(1), 26-29.
- Soriano, F.J. (2011). Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de salud. En Recomendaciones Previnfad/PAPPS [en línea]. Actualizado octubre 2011. [consultado 22-09-2015]. Recuperado de: <http://www.aepap.org/previnfad/Maltrato.htm>.
- Southall, D. P., Plunkett, M. C., Banks, M. W., Falkov, A. F. & Samuels, M. P. (1997). Covert video recordings of life-threatening child abuse: lessons for child protection. *Pediatrics*, 100(5), 735-760.
- Spinetta, J.J. (1984). Measurement of family function, communication and cultural effects. *Cancer*, 53(10), 2330-2337.
- Spitz, R.A. (1945). Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53-73.

- Staehelin, K., Berteau, P.C. & Stutz, E. Z. (2007). Length of maternity leave and health of mother and child a review. *International Journal of Public Health*, 52(4), 202-209.
- Stern, D. (1985). *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires: Paidós.
- Storvoll, E. E. & Wichstrøm, L. (2002). Do the risk factors associated with conduct problems in adolescents vary according to gender? *Journal of adolescence*, 25(2), 183-202.
- Strazdins, L., O'Brien, L., Lucas, N. & Rodgers, B. (2013). Combining work and family: Rewards or risks for children's mental health? *Social science & medicine*, 87, 99-107.
- Streissguth, A. P., Sampson, P. D., Olson, H. C., Bookstein, F. L., Barr, H. M., Scott, M. & Mirsky, A. F. (1994). Maternal drinking during pregnancy: Attention and short term memory in 14 year old offspring, a longitudinal prospective study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 18(1), 202-218.
- Stroufe, L. A. & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29.
- Subira, S., Obiols, J. E., Mitjavila, M., Cuxart, F. y Domenech Llavería, E. (1998). Prevalencia del síndrome depresivo en una muestra de adolescentes escolarizados de 13 a 15 años. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 25, 86-91.
- Susser, E., Neugebauer, R., Hoek, H. W., Brown, A. S., Lin, S., Labovitz, D. & Gorman, J. M. (1996). Schizophrenia after prenatal famine: further evidence. *Archives of general psychiatry*, 53(1), 25-31.
- Thomas, A., Chess, S. & Birch, H.G. (1963). *Temperament and behavior disorders in children*. New York: New York University Press.
- Thomas, A., Chess, S., Birch, H.G., Hertzig, M. E. & Korn, S. (1963). *Behavioral individuality in early childhood*. New York: New York University Press.

- Thomas, A., Chess, S. & Birch, H.G. (1968). *Temperament and behavior disorders in children*. New York: New York University Press.
- Thomas, H. V., Dalman, C., David, A. S., Gentz, J., Lewis, G. & Allebeck, P. (2001). Obstetric complications and risk of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 179(5), 409-414.
- Tienari, P., Sorri, A., Lahti, I., Naarala, M., Wahlberg, K., Moring, J., Pohjola, J. & Wynne, L.C. (1987). Genetic and Psychosocial Factors in Schizophrenia: The Finnish Adoptive Family Study. *Schizophrenia Bulletin*, 3(13), 477-484.
- Tienari, P., Lyman, W.C., Sorri, A., Lahti, I., Lasky, K., Moring, J., Naarala, M., Nieminen, P. & Wahlberg, K. (2004). Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder: Long-term follow-up study of Finnish adoptees. *The British Journal of Psychiatry*, 3(184), 216-222.
- Tizón, J.L., Eddy, L., Ibáñez, M., Parra, B., Torregrosa, M., De Muga, L., Aliaga, A., Quixano, M., Azemar, J., Morales, V., Galeote, M.J. y Rosillo, G. (2008). Salud mental infanto-juvenil. En B. Prats, R. Prats, A. Plasencia, E. De Frutos y A. Colet. (comp.), *Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica Infància amb salut* (pp.127-148). Barcelona: Departament de Salut Generalitat de Catalunya.
- Tizón, J.L. (2009). Bases para un equipo de atención precoz a los pacientes con psicosis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(103), 35-62.
- Trickett, P.K. & McBride-Chang, C. (1995). The developmental impact of different forms of child abuse and neglect. *Developmental Review*, 15, 311-337.
- Tronick, E.Z. & Cohn, J.F. (1989). *Infant-mother face-to-face interaction: age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination en Child development*. Nueva York: The Guilford Press.
- Tronick, E.Z. & Weinberg, M.K. (1997). Depressed mothers and infants: Failure to forma dyadic

states of consciousness. En L. Murray & P.Cooper (eds.): *Postpartum Depression and Child Development*. (pp.54-81). New York: The Guilford Press.

Vahratian, A. (2007). *Health Related Benefits of a Gradual Return to Work*. Department of Obstetrics and Gynecology, University of Michigan Medical School. Recuperado de <http://www.bf.umich.edu/docs/GRTWHealthBenefitsOf26BE0.pdf>

Van Os, J. & Selten, J. P. (1998). Prenatal exposure to maternal stress and subsequent schizophrenia. The May 1940 invasion of The Netherlands. *The British journal of psychiatry*, 172(4), 324-326.

Vaughn, B.E., Bradley, C.F., Joffe, L.S., Seifer, R. & Barglow, P. (1987). Maternal personality variables measured prenatally are predictive of ratings of temperamental “difficulty” on the Carey infant temperament questionnaire. *Developmental Psychology*, 23, 152-161.

Webster-Stratton, C. & Taylor, T. (2001). Nipping early risk factors in the bud: Preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0–8 years). *Prevention science*, 2(3), 165-192.

Weinstock, M. (1997). Does prenatal stress impair coping and regulation of hypothalamic-pituitary-adrenal axis? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 21(1), 1-10.

Winnicott, D.W. (1958). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.

Winnicott, D.W. (1987). *El gesto espontáneo. Cartas escogidas*. Buenos Aires: Paidós.

Wittchen, H. U., Nelson, C. B. & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorder and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28, 109-112.

World Health Organization. (2001). *Expert Consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding*. Recuperado de: <http://www.who.int/inf-pr-2001/en/note2001-07.htm>.

World Health Organization (2005). *Child and adolescent mental health policies and plans*.

Recuperado:http://www.who.int/mental_health/policy/services/9_child%20ado_WEB_07.pdf

World Health Organization. (2005). *Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future*. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/resources/Child_ado_atlas.pdf

Worobey, J. (1986). Convergence among assessments of temperament in the first month. *Child Development, 57*, 47-55.

Yaque, M., Castillo, E., Praena, M., Sancho, C., Fernández, A., Herrera, C., Estévez, E., Estrada, J., Chaves, C. y Ruiz-Canela, J. (2000). Factores relacionados con el inicio de la lactancia materna en nuestro medio. *Revista de Pediatría Atención Primaria, 2*(5), 35-46.

Yehuda, S., Rabinoviz, S., & Mostofsky, D.I. (1999). Essential fatty acids are mediators of brain biochemistry and cognitive functions. *Journal of Neuroscience Research, 56*, 565-570.

Zabala, I., y Manzano, J. (1993). Psicopatología durante la infancia en un grupo de adultos esquizofrénicos. *Informaciones Psiquiátricas, 4* (134), 381-387.

Zammit, S., Odd, D., Horwood, J., Thompson, A., Thomas, K., Menezes, P., Harrison, G. et.al. (2009). Investigating whether adverse prenatal and perinatal events are associated with non-clinical psychotic symptoms at age 12 years in the ALSPAC birth cohort. *Psychological medicine, 39*(09), 1457-1467.

Zarrabi, M. (2008). Short and medium term effects of maternity leave on child outcomes: Evidence from the NLSCY. Recuperado de: http://econ.ucalgary.ca/sites/econ.ucalgary.ca/files/Mahmood_Zarrabi_s_Job_Market_Paper_1.pdf.

Zucker, K.J. (2002). Gender identity disorder. En M. Rutter y E. Taylor (Eds.) *Child and Adolescent psychiatry 4th ed* (pp.737-753). Oxford: Blackwell.

LISTADO DE TABLAS

<i>Tabla 1. Etapas de la díada madre-bebé según winnicott.....</i>	26
<i>Tabla 2. Factores de riesgo en la infancia</i>	50
<i>Tabla 3. Factores protectores en la infancia.....</i>	51
<i>Tabla 4. Estudio NYL.....</i>	66
<i>Tabla 5. Perfiles temperamentales tempranos.....</i>	67
<i>Tabla 6. Estados organizativos del bebé según brazelton.....</i>	70
<i>Tabla 7. Factores que influyen en el establecimiento de la lactancia materna</i>	80
<i>Tabla 8. Agrupación diagnósticos específicos.....</i>	105
<i>Tabla 9. Antecedentes psiquiátricos parentales y familiares</i>	107
<i>Tabla 10. Trastorno depresivo durante el embarazo y trastorno postparto</i>	107
<i>Tabla 11. Estructura familiar</i>	108
<i>Tabla 12. Fratria</i>	109
<i>Tabla 13. Enfermedad física del niño.....</i>	109
<i>Tabla 14. Enfermedad física padres.....</i>	110
<i>Tabla 15. Factores de riesgo perinatales</i>	110
<i>Tabla 16. Factores de riesgo relacionados con la crianza y la subjetividad de la madre.....</i>	111
<i>Tabla 17. Factores relacionados con el cuidador auxiliar</i>	112
<i>Tabla 18. Factores de riesgo relacionados con la situación laboral de la madre</i>	112
<i>Tabla 19. Situación socio-familiar actual</i>	113
<i>Tabla 20. Situación laboral y educativa de los padres</i>	114
<i>Tabla 21. Situación educativa del niño</i>	115
<i>Tabla 22. Odds ratio.....</i>	120
<i>Tabla 23. Interpretación de la OR</i>	120
<i>Tabla 24. Frecuencia y porcentaje de sexo en ambos grupos y ji-cuadrado</i>	123
<i>Tabla 25 estadísticos descriptivos (media y desviación típica) de edad y diferencia de medias</i>	124
<i>Tabla 26. Situación socio-familiar. estadísticos descriptivos y ji-cuadrado.....</i>	125
<i>Tabla 27. Situación laboral de los padres. estadísticos descriptivos y ji-cuadrado.....</i>	126
<i>Tabla 28. Ocupación laboral de los padres. estadísticos de control y ji-cuadrado</i>	126
<i>Tabla 29. Nivel educativo de los padres. estadísticos descriptivos y ji-cuadrado</i>	127
<i>Tabla 30. Edad de escolarización. frecuencia y porcentaje</i>	128
<i>Tabla 31. Situación educativa del niño. estadísticos descriptivos y ji-cuadrado</i>	129
<i>Tabla 32. Diagnósticos específicos. frecuencia y porcentaje.</i>	130
<i>Tabla 33. Niveles de gravedad en el grupo de casos (frecuencia y porcentaje)</i>	130
<i>Tabla 34. Escala PSC. Frecuencia de puntuaciones</i>	131
<i>Tabla 35. Ingresos hospitalarios. frecuencia y porcentaje</i>	132
<i>Tabla 36. Ingresos hospitalarios. media (desviación típica) y contraste de medias</i>	132

<i>Tabla 37. Frecuencia y porcentaje de número de intervenciones quirúrgicas</i>	133
<i>Tabla 38. Intervenciones quirúrgicas. media (desviación típica) y contraste de medias</i>	134
<i>Tabla 39. Edad de inicio de la guardería</i>	134
<i>Tabla 40. Edad de inicio de la guardería. media (desviación típica) y contraste de medias.</i>	135
<i>Tabla 41. Edad de destete. frecuencia</i>	136
<i>Tabla 42. Edad de destete. media (desviación típica) y contraste de medias</i>	136
<i>Tabla 43. Frecuencia y porcentaje de hijos en ambos grupos</i>	137
<i>Tabla 44. Orden en la fratria para ambos grupos</i>	137
<i>Tabla 45. Número de hijos. media (desviación típica) y contraste de medias</i>	138
<i>Tabla 46. Número de factores de riesgo. media (desviación típica) y contraste de medias.</i>	139
<i>Tabla 47. Factores que aumentan significativamente el riesgo de recibir un diagnóstico de trastorno mental en edad escolar con OR mayor de 3</i>	140
<i>Tabla 48. Factores que aumentan significativamente el riesgo de recibir un diagnóstico de trastorno mental en edad escolar con OR menor de 3</i>	141
<i>Tabla 49. Factores que disminuyen significativamente el riesgo de recibir un diagnóstico de trastorno mental en edad escolar.</i>	141
<i>Tabla 50. Factores con OR no significativa.....</i>	142
<i>Tabla 51. Asociación entre los factores de riesgo</i>	144
<i>Tabla 52. Factores de riesgo OR ajustada.....</i>	145
<i>Tabla 53. Factores protectores or ajustadas</i>	146
<i>Tabla 54. Categorías diagnósticas y gravedad</i>	147
<i>Tabla 55. Factores de riesgo para gravedad OR ajustada.....</i>	148

LISTADO DE FIGURAS

<i>Figura 1. Edad de comienzo de los trastornos psiquiátricos</i>	24
<i>Figura 2. Proceso de selección de casos</i>	102
<i>Figura 3. Proceso de selección de controles.....</i>	103

LISTADO DE ABREVIATURAS

AEP: Asociación Española de Pediatría

CIE: Clasificación Internacional de las Enfermedades

EGB: Educación General Básica

ESO: Educación Secundaria Obligatoria

FP: Formación Profesional

INE: Instituto Nacional de Empleo

OMS: Organización Mundial de la Salud

OR: Odds Ratio

SERMAS: Servicio Madrileño de Salud

TGD: Trastorno Generalizado del desarrollo

WHO: World Health Organization

ANEXOS

Anexo I: Hoja de información y consentimiento.

Estudio de Factores de Riesgo y Factores Protectores en la aparición de trastornos psicológicos en niños de edad escolar

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Sr. /Sra.,

Nos dirigimos a usted para solicitarle su colaboración en un estudio que estamos llevando a cabo para **mejorar la detección de problemas psicológicos** en niños en edad escolar en colaboración con su pediatra. Para ello necesitamos que padres de **niños sin problemas de salud mental entre 6 y 12 años** respondan el siguiente **cuestionario anónimo**. Si usted lo desea, ante la sospecha de posibles dificultades en su hijo/a nos pondríamos en contacto con usted telefónicamente para realizar un estudio más exhaustivo, con el fin de poner todos los medios al alcance del Sistema Sanitario para un diagnóstico, y si fuera necesario, una intervención.

La información obtenida es confidencial y estará protegida de acuerdo a la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de Protección de los Datos de Carácter Personal. Igualmente los datos obtenidos sólo podrán ser publicados en forma de porcentajes o datos numéricos sin identificación del participante, y nunca de manera individual.

Estoy de acuerdo en completar el presente cuestionario.

Deseo ser informado si se detectase sospecha de posible problema psicológico en mi hijo/a

NO SI Número de contacto: _____

En; Madrid a.....de.....de 20

(El participante)

MUCHAS GRACIAS POR PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO

Anexo II: Cuestionario de Factores de Riesgo

CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES

1. ¿Quién responde a la entrevista?

Madre Padre Otros Quién

2. Fecha de nacimiento del niño/a:

3. Sexo del niño/a Mujer Varón

4. ¿Padece su hijo alguna enfermedad crónica?

NO SI ¿Cuál/es? _____

5. ¿Padece algún tipo de discapacidad?

NO Física Psíquica

6. Nacionalidad de los padres : _____

7. Lugar de Nacimiento del niño: _____

8. Si no nació en España, ¿Qué edad tenía el niño al llegar? _____

9. ¿Han consultado en alguna ocasión en el Centro de Salud Mental infanto-juvenil o en algún servicio de Psiquiatría/Psicología infantil público o privado?

SI NO

10. Marcar con una "x", ¿Con quién vive el niño?

	Durante los primeros 3 años de vida	Actualmente
Con padres		
Solo con padre		
Solo con la madre		
Con otros familiares		
Institución		
Otros		

Si el niño ha vivido en una institución señalar edad y duración de la estancia:

Si los padres no tienen la tutela del niño/a, señale:

Tutela por Familia extensa

Tutela por la Comunidad de Madrid

11. Estado civil de los padres del niño/a:

- Casados/pareja de hecho Viudos
 Separados/divorciados Solteros

12. Marque con una "X" la situaciones actuales de los padres del niño

SITUACIÓN LABORAL	Padre	Madre	OCUPACIÓN ACTUAL	Padre	Madre	NIVEL EDUCATIVO	Padre	Madre
Trabajando			Profesionales y técnicos			Sin estudios		
Parado con subsidio			Directivos y gerentes			Estudios Primarios		
Parado sin subsidio			Personal de servicios administrativos			Secundaria Obligatoria		
Retirado, Pensionista			Comerciantes y vendedores			Bachillerato		
Estudiando			Hostelería, servicios y seguridad			Licenciatura		
Labores del hogar			Agricultura y ganadería			Títulos de 3º grado		
Incapacidad laboral Transitoria			Industria, construcción y transportes			Formación profesional		
Incapacidad laboral permanente			Ocupaciones no bien especificadas			No sabe		
Otro			Profesionales de las fuerzas armadas					
No sabe			No sabe					

13. Número de hermanos incluido el niño

14. ¿Qué lugar ocupa el niño entre sus hermanos? _____

15. Diría usted que la situación económica de su familia se corresponde con:

16. Nivel Bajo Nivel Medio Nivel Alto

17. Marque con una "X" la situación escolar en la que se encuentra el niño/a:

No está escolarizado

Escolarizado en el curso correspondiente a su edad

- Escolarizado pero retrasado en el curso
- Ha abandonado los estudios

18. ¿A qué edad comenzó el niño/a a ir al colegio? _____

19. Marque el tipo de colegio al que asiste el niño/a:

- Público Privado Concertado

20. ¿Cómo es el rendimiento del niño/a en el colegio?

- Malo Aceptable Bueno

21. ¿Cuántas veces ha cambiado de centro escolar desde que inició la escolarización?

- Ningún cambio Dos cambios
- Un Cambio Más de dos cambios

22. ¿Recibe el niño/a clases de apoyo en el Colegio?

- SI NO

23. ¿Está escolarizado en un centro educativo especial?

- SI NO

24. Indique mediante una "x" :

	Madre	Padre	Abuelo /a	Hermano/a	Especificar
Enfermedad crónica o grave					
Trastorno Mental					
Abuso o dependencia de sustancias o alcohol					
Tratamiento psiquiátrico y/o psicológico					
Algún grado de discapacidad					
Antecedentes familiares de trastorno mental					

Institucionalización durante la infancia					
Adopción					
Orfandad durante la infancia					

25. ¿El niño fue adoptado?

NO

SI ¿Con qué edad?

26. ¿Cómo calificaría su embarazo?

Bueno Malo Regular

27. ¿Tuvo algún problema durante el embarazo?

Vómitos HTA Hemorragias (amenaza de aborto) Otros Ninguno

28. ¿Buscaban este embarazo?

SI NO

29. ¿Ha sufrido abortos previos al embarazo de este niño/a?

SI NO

30. ¿Ocurrió algo estresante durante el embarazo o inmediatamente después del parto?

	Durante el embarazo	Inmediatamente después del parto
Muerte de familiares		
Enfermedad de familiares cercanos		
Rupturas o conflictos de pareja		
Cambio o pérdida del empleo		
Enfermedad propia		
Otros		

31. ¿Cómo ha sido el parto? Marque todas las necesarias:

Prematuro Por cesárea Gemelar

A término Vaginal Otros

32. ¿Cuánto pesó el bebe? _____

33. ¿Necesitó incubadora? SI NO

34. ¿Cómo se encontraba usted después del parto?

Muy cansada Angustiada Triste

Bien Contenta Preocupada

35. ¿Le dio el pecho?

NO SI ¿Durante cuánto tiempo?

36. Diría usted que la crianza del bebé fue:

Fácil Difícil Normal

37. ¿Sufrió el niño alguna enfermedad importante?

NO SI ¿Cuál?

38. ¿Cómo describiría el temperamento de su bebe?

Fácil (comía y dormía regularmente, se adaptaba fácilmente a los cambios)

Difícil (comía y dormía de forma irregular, frecuentemente lloraba y tenía rabieta, malhumorado)

Lento en adaptarse (se adaptaba con dificultad a los cambios, tendía a rechazar las personas y objetos nuevos)

Durante sus tres primeros años, el niño/a:

39. ¿Necesitó alguna intervención quirúrgica?

NO SI ¿Cuál?

40. ¿Fue necesario algún ingreso hospitalario?

NO SI ¿Cuánto duró el ingreso?

¿Estuvo acompañado durante el ingreso?

41. ¿Trabajaba la madre cuando nació el niño/a?

NO SI ¿Cuándo se incorporó al trabajo?

Antes de los tres meses

A los tres meses

Más de tres meses

42. ¿Quién ayudó a cuidar al niño mientras la madre estaba trabajando?

¿Hubo más de tres cambios de cuidador durante esos años?

43. ¿Fue el niño a la guardería?

NO

SI

¿Con qué edad?

44. ¿Tuvo usted alguna enfermedad importante durante los tres primeros años de vida del niño?

NO

SI

¿Cuál? _____

45. ¿Ha requerido usted algún ingreso hospitalario durante esos años?

NO

SI

46. ¿Se ha separado el niño/a de sus cuidadores principales?

	Más de una semana seguida cuando el niño tenía menos de un año	Más de una semana seguida cuando el niño tenía más de un año y menos de 4 años	Número de veces
Madre			
Padre			

47. Durante los **primeros 18 meses**, pudieron observar en el niño:

Hipotonía (niño "sin fuerza", "poco tono muscular")

Hipertonía (niño rígido, tenso)

En muchas ocasiones el niño desviaba la mirada o rechazaba el contacto físico

Tardó mucho en sostener solo la cabeza, ponerse de pie...etc.

Otros, señale

48. Cuando le alimentaba durante el los **primeros 18 meses**, el bebé:

Se alimentaba sin ningún problema

Rechazaba el alimento

Regurgitaba la comida

Vomitaba

Tuvo problemas de masticación

Otros

49. ¿Tuvo dificultades para dormir al bebé durante los **primeros 18 meses**?

Ninguna

Dormía muy poco

Le costaba dormirse

Se despertaba llorando

50. ¿A qué edad empezó a dormir en su propia habitación? _____

51. Marque con "x" SI/NO los comportamientos habituales cuando su hijo era bebé:

	SI	NO
¿Sonreía a un rostro conocido a partir de los 3 meses ?		
¿Se asustaba o angustiaba ante una persona extraña a partir del 8 mes ?		
¿Aparecían reacciones de terror ante ciertos objetos o la percepción de ciertos ruidos?		
¿Tenía su hijo algún objeto preferido del que no se solía separar?		
¿Hacía algún tipo de aleteos con las manos o movimientos repetitivos?		
¿ A partir de los 18 meses hacia como que daba de comer a un muñeco o hacia rodar los coches acompañándose de sonidos?		

52. ¿Cómo reaccionaba cuando usted se ausentaba durante un tiempo?

53. ¿Cómo describiría el carácter de su hijo ahora?

54. Señale aquellos de los siguientes acontecimientos que han ocurrido a su hijo y anote la edad que tenía cuando ocurrió:

ACONTECIMIENTOS VITALES		EDAD
Nacimiento de un hermano/a		
Un hermano/a se marcha de casa		
Separación de los padres y/o divorcio de los padres		
Incorporación de una nueva persona en la vivienda		
Casamiento de la madre (o constitución de una pareja estable) por segunda vez		
Casamiento del padre (o constitución de una pareja estable) por segunda vez		
Fallecimiento del padre		
Fallecimiento de la madre		

Fallecimiento de un hermano/a		
Fallecimiento del abuelo/a		
Fallecimiento de un amigo/a del niño		
Sufrir maltrato físico en la familia		
La familia se traslada de país		
La familia se traslada de ciudad		
Paro prolongado de uno de los padres		
Uno de los padres se traslada de ciudad		
Suicidio o intentos de suicidio en personas cercanas		
Ser testigo de violencia verbal en la familia		
Ser testigo de violencia física en la familia		
Repetir un curso		
Otros		

Anexo III. Lista de Síntomas Pediátricos (Pediatric Symptom Checklist –PSC)

La salud física y emocional son importantes para cada niño. Los padres son los primeros que notan un problema de la conducta emocional o del aprendizaje de su hijo(a). Ud. puede ayudar a su hijo(a) a obtener el mejor cuidado de su pediatra contestando estas preguntas. Favor de indicar cual frase describe a su hijo(a)

Indique cual síntoma mejor describe a su hijo/a:

	NUNCA (0)	ALGUNAS VECES (1)	FRECUENTEMENTE (2)
1. Se siente triste, infeliz -----	1. _____	_____	_____
2. Se siente sin esperanzas-----	2. _____	_____	_____
3. Se siente mal de sí mismo(a)-----	3. _____	_____	_____
4. Se preocupa mucho-----	4. _____	_____	_____
5. Parece divertirse menos -----	5. _____	_____	_____
6. Es inquieto(a), incapaz de sentarse tranquilo(a)-----	6. _____	_____	_____
7. Sueña despierto demasiado-----	7. _____	_____	_____
8. Se distrae fácilmente-----	8. _____	_____	_____
9. Tiene problemas para concentrarse-----	9. _____	_____	_____
10. Es muy activo(a), tiene mucha energía-----	10. _____	_____	_____
11. Pelea con otros niños-----	11. _____	_____	_____
12. No obedece las reglas -----	12. _____	_____	_____
13. No comprende los sentimientos de otros -----	13. _____	_____	_____
14. Molesta o se burla de otros -----	14. _____	_____	_____
15. Culpa a otros por sus problemas -----	15. _____	_____	_____
16. Se niega a compartir -----	16. _____	_____	_____
17. Toma cosas que no le pertenecen -----	17. _____	_____	_____

Anexo IV. Historia Clínica Infanto-Juvenil

HISTORIA CLINICA INFANTO-JUVENIL **Nº Hª** :

Fecha de la primera consulta:

DATOS DE FILIACION

Nombre:

Apellidos:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Colegio:

Curso escolar:

Personas presentes en la entrevista:

Remitente:

ESTRUCTURA FAMILIAR

Somáticos

Psiquiátricos

ANTECEDENTES PERSONALES

Somáticos:

-Hospitalizaciones no
 si Edad : Duración: Motivo:

-Intervenciones quirúrgicas no
 si Edad : Duración: Motivo:

-Alergias medicamentosas no
 si (especificar)

HISTORIA ANAMNESICA

Embarazo (consumo de fármacos o tóxicos, enfermedades, vivencia...)

Parto

Eutócico

Distócico motivo:

Edad gestacional=

PRN=

Incubadora: no

si (motivo y tiempo)

Lactancia:

Natural. si

Tiempo:

Artificial si (motivo)

Impresiones: *¿Cogía bien el biberón/pecho? ¿Cómo se sentía usted?*

Puerperio: Alteraciones afectivas: no

si (especificar)

TEMPERAMENTO del bebé:

Manifestaciones subjetivas de la madre en la crianza ;

SIGNOS DE DISFUNCION VINCULAR PRECOZ

1-Trastornos de la alimentación: Anorexia, vómitos, regurgitaciones repetidas. SI

2-Trastornos del sueño: Insomnio. SI

3-Trastornos psicomotores y del tono: Hipotonías, hipertonías, ausencia de ajuste postural, retraso psicomotor. SI

4-Anomalías de la mirada: Desviación activa. SI

5-Falta de aparición de los organizadores de Spitz: Ausencia de sonrisa, ausencia de aparición de la angustia

del 8º mes. SI

6-Aparición precoz de fobias masivas SI

7-Falta de aparición de conductas de apego y creación de objetos transicionales SI

8-Incapacidad para desarrollar cualquier tipo de actividad lúdica SI

9-Aparición de estereotipias motoras SI

10-Expresiones de insatisfacción, desacierto, ligera tristeza, desbordamiento. `por parte madre
SI.....

SITUACIONES DE RIESGO VINCULAR (señalar solo si existen)

1-Por parte del niño

- Prematuridad

-Gemelaridad

-Sufrimiento neonatal

-Patología somática precoz (hospitalizaciones prolongadas o frecuentes, pruebas diagnósticas frecuentes y/o cruentas...)

2-Causas socio-familiares

-Separaciones repetidas o prolongadas

-Carencias afectivas/materiales

-Malos Tratos/violencia familiar

-Muerte de uno de los padres

- Separación/divorcio
- Familia monoparental
- Padres adolescentes
- Enfermedades crónicas somáticas o psiquiátricas (especialmente depresión materna, adicciones...) en los padres
- Otros problemas socio-familiares (especificar)

Solo en pre-escolares o/y sospecha de TEA

SIGNOS DE ALARMA SEGÚN EDAD (si=presencia del signo de alarma) Marcar si Ausentes

3 meses

- Ausencia de sonrisa social**
- Ausencia de seguimiento ocular o pobre contacto ocular, evitación de la mirada, mirada “vacía”
- Ausencia de sostén cefálico
- Respuesta al ser cogido en brazos:** hipotonía o hipertonía, rechaza activamente el contacto corporal, inquieto, rígido.
- Poca actividad y escasa demanda de atención o gran irritabilidad y dificultad para tranquilizarse y regular sus estados
- Dificultades en el sueño
- Dificultades en la esfera alimentaria: anorexia, vómitos ,regurgitaciones

6 meses

- Ausencia de balbuceos y vocalizaciones interactivas, ausencia de comunicación
- Menores respuestas de orientación (similitud a sordera)
- Indiferencia, desinterés por el entorno
- Gritos monótono , monocordes y sin intencionalidad comunicativa o significativa
- Ausencia de conductas de apego (anticipatorias- echar brazos-) y creación de objetos transicionales**

9 meses

- Ausencia de sonidos mono o bisílabos
- Ausencia de la instauración de la angustia frente a extraños alrededor del octavo mes.**
- Ausencia de desarrollo del “involucramiento emocional conjunto”** *(a partir de los 3-6m desarrolla toda la gama de emociones positivas y negativas en relación a su cuidador)*
- Ausencia de conductas imitativas (de sonidos, gestos o expresiones)

12 meses

- Movimientos involuntarios o anormales y aparición de conductas estereotipadas (balanceo, aleteo de manos, repetición de un sonido o movimiento,...).
- No repite los sonidos que oye
- No entiende órdenes sencillas
- Exploración de los objetos, inexistente o limitada y repetitiva.
- Ausencia de la “la intencionalidad interactiva y la reciprocidad”** *Se inicia entre los 4-10 meses utilizando gestos y demostraciones de afecto para iniciar interacción reciproca(echar los brazos para ser cogidos, señalar un objeto de interés).*
- Ausencia de imitación directa
- Ausencia de gestos comunicativos apropiados (decir adiós con la mano)

18 meses

- No construye torres con cubos
- No emite palabras y si hay lenguaje no existe un uso funcional.
- No conoce partes de su cuerpo
- No comprende órdenes sencillas
- Ausencia a partir de los 18 meses de “comunicación representacional /afectiva”
- Ausencia de juego simbólico**

24 meses

- No corre
- No chuta una pelota
- No construye torres de más de 2 cubos
- No asocia dos palabras
- No pide de comer o de beber
- Desinterés por las personas y especialmente por los otros niños y/ o ausencia de los comportamientos de “atención conjunta”**(inicio entre los 9-14 meses-indicadores más específicos de TEA):
 - Gesto protodeclarativo:** señalar con dedo índice algo de su interés para compartirlo con otra persona.
 - Seguimiento de la mirada:** capacidad de dirigir la mirada hacia un punto concreto que otro esta mirando, y compartirlo con la mirada
- Déficit del desarrollo del lenguaje

□ **Falta de aparición del NO**

DESARROLLO PSICOMOTOR

Normal

SI

NO

Desarrollo motor: En pre-escolares: Marcar solo si retraso

-Sentarse sosteniendo la cabeza > 3 m. SI

-Sentarse sin apoyo: >7m. SI

-Sostenerse de pie >10m. SI

-Deambulaci3n >14m. SI

Habilidades motoras finas: En pre-escolares: Marcar solo si retraso

-Utilizar la pinza > 9m SI

-Beber de taza >14m SI

-Torres de 4 cubos >20m SI

-Copiar circulo > 36 m SI

-Copiar cruz >48m SI

-Copiar cuadrado > 54m SI

DESARROLLO LENGUAJE

Normal : SI NO

(marcar solo si retraso)

-Vocalizaciones de vocales ▶ (3m). SI

-Balbuceo ▶ (8m). SI

-Primeras palabras ▶ (12m). SI

-Combinar palabras ▶ (18m). SI

-Juego simbólico ▶ (20m) SI

Control de esfínteres

-Anal. Retraso (▶4años) (especificar 1º o 2º). SI No

-Uretral. Retraso▶5años (especificar 1º o 2º) SI No

ALIMENTACION: dificultades Si No

Lactancia: Si

Destete:

¿Le costó cambiar a las papillas? Si

¿le costó introducir sólidos? Si

¿Tuvo problemas para masticar? Si

No

Actitud de los padres hacia el síntoma, factores estresantes, cambios recientes (llegada de un hermanito, cambio de casa, películas de miedo etc.)etc.

HISTORIA DE LOS CUIDADORES Y ESCOLARIDAD

Guardería (edad, respuesta a la separación, adaptación)

Escolarización

MIEDOS

Normales Si

- Miedo a la oscuridad y al extraño. (separación de la madre (6m-3a)

,-Fobias: a los animales, elementos naturales, personas, situaciones nuevas, enfermedades etc.(2-3 años a 7-8 años)

-A partir de los 8 años, miedo a la muerte(puede expresarse en temores –hipocondríacos)

- De los 6-11 años es característico el miedo al ridículo.

No (especificar)

NIVEL DE AUTONOMIA

-Vestido. Adecuado a la edad Si

No

- Comida. Adecuado a la edad Si No
- Aseo. Adecuado a la edad . Si No
- Deberes. Adecuado a la edad Si No

SEXUALIDAD

Menarquia/amenorrea:

ACTITUD DE LOS PADRES ANTE EL DESARROLLO DEL HIJO

RELACIONES

DESCRIPCION DEL CARÁCTER, AFECTIVIDAD Y CONDUCTA DEL NIÑO

-Búsqueda activa de cuadro depresivo

.Conducta:

.Impulsividad, capacidad de espera: turno en un juego, esperar a la cola en el colegio, contestar en clase antes de formularse la pregunta, la propensión a accidentes...) Si No

,-Tolerancia a la frustración (reacción cuando se le niega algo.....),

baja Normal para la edad

-Capacidad para aceptar límites y normas, etc...

baja Normal para la edad

-Conductas agresivas

Si (especificar circunstancias en que se presentan, arrepentimiento...)

No

ESTRESORES FAMILIARES CONCURRENTES

Si(especificar)

No

EVENTOS VITALES EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS

-Perdidas Si No

-Enfermedades Si No

-Cambios etc Si No

-Separaciones Si No

-Divorcio Si No

II-HISTORIA DE LOS PADRES

MADRE

ARBOL

IMAGOS PARENTALES

HITOS HISTORIA BIOGRAFICA

Relación conyugal y actitudes afectivas con el niño y el lugar que ocupa en la relación

PADRE

ARBOL

IMAGOS PARENTALES

HITOS HISTORIA BIOGRAFICA

Relación conyugal y actitudes afectivas con el niño y el lugar que ocupa en la relación

III-ENTREVISTA CON EL NIÑO

Información sobre la entrevista:

Motivo de consulta, preocupaciones:

Exploración del síntoma:

Área escolar

Proyección de futuro

Edad

Ocio e intereses

Area relacional y adaptación social: (relaciones, capacidad para aceptar límites y normas, autocontrol,

conductas de riesgo, resolución en situaciones de compromiso; actings etc...)

Área familiar

Padre

Madre

Hermanos

Autoconcepto y autoestima

Tristeza

Deseos

En adolescentes:

Consumo de tóxicos

Sexualidad

IV-EXPLORACIÓN PSICOPATOLOGICA

1-Apariencia física-Nivel madurativo intelectual-físico en relación a edad (retraso madurativo, precocidad psicosexual, fenotipo) ***rasgos dismórficos, estado nutricional, evidencia de negligencia o maltrato.***

Respuesta a la separación:

2-Contacto : modo de vincularse: *observaremos el contacto, si mantiene una distancia adecuada (inhibición, desinhibición).*

3-Conducta (mostrada durante la entrevista) *distraibilidad, agitación, agresividad, impulsividad (capacidad de espera, respeto de turnos de palabra...) y tolerancia a la frustración (que conductas tiene cuando se le niega algo: reacción agresiva, aceptación...).*

Trastornos conducta:

No

SI

-Fugas

-Descontrol de impulsos-rabietas

-Conductas regresivas,

-Conductas de riesgo,

-Heteroagresividad (verbal, objetos, personas),

-Actitudes opositoristas-desafiantes.

4-Emoción

***Afecto** (resonancia afectiva: expresión observada de la emoción)

Afecto apropiado Si

No (paratimia):

-labilidad afectiva

-incontinencia afectiva

-ambivalencia afectiva

-Indiferencia afectiva:

-Restricción afectiva (embotamiento afectivo, afecto aplanado)

***Estado de animo** (emoción sostenida experimentada subjetivamente, notificada por el paciente-entorno)

Eutimia

Distimia

Animo depresivo: anhedonia, apatia, anérgia, abulia,...

Animo expansivo-exaltación de las emociones

Animo maniforme

Animo disfórico (animo desagradable)-irritabilidad

11-Ansiedad:

No

Si

Crisis de ansiedad

Ansiedad generalizada (ansiedad libre flotante)

Ansiedad como rasgo

Ansiedad situacional.

Angustia de separación-apego excesivo

Síntomas disociativos

Despersonalización- desrealización

Síntomas TEPT:

-Síntomas fóbicos (especificar)

-Manifestaciones somáticas acompañantes (angustia):

No

Si (especificar)

-Regresión ante la situación ansiosa Si No

-Ritualización: conductas obsesivas, Si No

En pre-escolares. Manifestaciones preverbales de la angustia (agitación, gritos, tensión del bebé, somatizaciones: cólicos, espasmos del sollozo,vomitos...) Si No

Enpreadolescentes y adolescentes. Manifestaciones conductuales de la angustia (crisis de cólera, exigencias insaciables, fugas, etc.) Si No

Preocupaciones permanentes sobre la salud/enfermedad;

Si

No

5-Pensamiento:

Normalidad. SI

No

51-Alteraciones del contenido:

Ideas delirantes: (*pensamiento centrado en cuestiones concretas y/o preocupación excesiva por conceptos abstractos que no se corresponden con el interés habitual infantil. Son nebulosos inconexos y pocas veces están en un primer plano. Generalmente están relacionados con las actividades cotidianas y preocupaciones propias de la edad: temas de monstruos, fantasmas, animales...*)

Ideas deliroides:

Interpretaciones delirantes

Ideas obsesivas

-Rumiaciones

-Compulsiones-Rituales obsesivos- Fobias de impulsión

5.2. Alteraciones en el curso:

Normalidad. Si

NO

- Bradipsiquia (flujo de ideas lento + formula ideas sin dificultad).
- Pensamiento hipotónico-inhibido (flujo de ideas lento + formula ideas con dificultad).
- Bloqueos del pensamiento.
- Pensamiento estrechado-rígido: déficit atencional selectivo centrándose en su mundo interno, con escasez de ideas y dificultad para cambiar de tema (perseverante, escasez de ideas + repetición = anancástico)
- Pensamiento concreto: escasez de abstracción
- Taquipsíquica (flujo rápido de ideas sin saltos asociativos)
- Fuga de ideas-saltigrado (flujo rápido, con asociaciones laxas fugaces que dificultan seguimiento pero con línea directriz)

5.3-Forma (comprensión): *a veces en la psicosis lo único que se puede objetivar es un "pensamiento ilógico" o una "pérdida de asociaciones" con invasión de la vida fantasmática*

Normalidad. Si

NO

- Tumuloso: Asociaciones de ideas inconexas, pasivas y automáticas, con pérdida de línea directriz

(globalmente comprensible)

Disgregado: Asociaciones de ideas laxas, pasivas, desligadas de la experiencia, sin influencia externa, con pérdida de la línea directriz (globalmente incomprensible)

Incoherente: disgregado + fluctuación de conciencia (orgánico)

5.4- Propiedad del pensamiento (robo, inserción, lectura, difusión, sonorización, control)

Alteraciones Si

No

6-Sensopercepción:

Normalidad Si

No

Imágenes eidéticas:

Alucinaciones: auditivas, cenestésicas o viscerales, cinestésicas o motoras, visuales...

Ilusiones.

7-Ideas de muerte

No

Si

- Ideas pasivas de muerte

- Ideación autolítica

- Autoagresiones

- Conductas parasuicidas-finalidad querulante (movilización del entorno)

- Antecedentes de intentos autolíticos previos: Si No

8-Alimentación Sin alteraciones relevantes

- Atracones (compulsión)-hiperfagia-hiperorexia
- Anorexia-hiporexia-hipofagia
- Conductas purgativas
- Potomanía
- Sitiofobia: negación voluntaria a la ingesta sin relación al peso o estética
- Pica, rumiación o mericismo
- Vómitos psicógenos

9-Sueño Sin alteraciones relevantes

- Hipersomnia
- Insomnio (conciliación-mantenimiento, despertar precoz, mixto)
- Pesadillas
- Terrores nocturnos:
- Miedos nocturnos:

Otros

10-Atención: *valorar el impacto de la desatención en el estudio, ocio, relaciones.*

Adecuada a la edad: Si No

12-Memoria:

Adecuada a la edad: Si No

13-Lenguaje:

13.2 Psicopatología del lenguaje: Si No

14-Trastornos del aprendizaje

Problemas generales para aprender:

No

Si

Trastornos específicos del aprendizaje_

Dislexia

Disgrafía

Discalculia

15-Psicopatología de las conductas motoras: Si No

-Hiperactividad

-Hipoactividad

-Inestabilidad motriz (torpeza motora)

-Tics

-Sincinesias: *solo señalar si mayores de 10-12 años.*

-Estereotipias (*movimientos intencionales, sin finalidad, reiterativos y cíclicos*)

-Manierismo: *movimiento involuntario habitual y arraigado*

-Tricotilomanía

-Onicofagia

-Rasgos de personalidad-patrones afrontamiento:

EXPLORACIÓN COGNITIVA

Si

No

14-Juego-Capacidad de simbolización

Normalidad .SI

NO

Dibujo: comentarios:

PRUEBAS PSICOLOGICAS

Si

NO

DIAGNOSTICO

PLAN TERAPEUTICO