

Actualizaciones

Repercusiones sobre el niño de los trastornos mentales de sus progenitores y cuidadores

J.L. Tizón García

Unitat de Salut Mental de Sant Martí-La Mina. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

Puntos clave

- Todas las culturas humanas conocidas han dado importancia a las relaciones padres-hijos como productoras o protectoras de las alteraciones de conducta en estos últimos, aunque posiblemente fuera el psicoanálisis la primera rama del saber que comenzó a estudiarlas desde el punto de vista científico.
- Hoy se considera que esas relaciones padres-hijos y, por extensión, cuidadores-niños, son la principal fuente tanto de los factores de riesgo como de protección en psicopatología.
- Por esa razón, se habla de “relaciones primigenias” o “relaciones de objeto” fundamentales. La teoría del apego o de la vinculación es una rama de la psicología especializada en el estudio de tales relaciones.
- Como consecuencia de ello, se ha observado la necesidad que tiene el ser humano, desde sus primeros años, de tener a su lado, de entrada, una “figura suficientemente estable y suficientemente próxima”. Resulta vital para su desarrollo. Y cada vez hay más datos que subrayan la necesidad de la presencia de una tercera figura, real o simbólica, que matice los riesgos de simbiosis de la diada inicial.
- Prácticamente todos los trastornos mentales clínicos han sido estudiados desde tal perspectiva: con estudios retrospectivos (sobre las relaciones entre padres e hijos en caso de que éstos presenten una psicopatología) y prospectivos (sobre el desarrollo de los hijos).
- Se dispone ya no tan sólo de incontables estudios clínicos, sino de miles de estudios empíricos, metaanálisis incluidos, acerca de dichas repercusiones.
- Algunos programas preventivos de la salud mental, como el del PAPPS, proponen, para comenzar a trabajar en este campo, centrarse en 7 trastornos mentales concretos de los padres para hacer prevención de la salud mental en los hijos.
- Una forma de perfilar mejor los factores de protección está relacionada con los “factores o niveles para la contención” (de la tendencia al desequilibrio mental) y la “resiliencia” o capacidad para afrontar los estresores.
- Las alteraciones psicopatológicas de los padres tienden a alterar su capacidad para las “funciones parentales”.
- Los 4 grupos de factores principales de transmisión de psicopatología de padres a hijos son los factores genéticos, las influencias connatales (especialmente intrauterinas y perinatales), las relaciones microsociales originarias y las relaciones macrosociales de toda la vida.
- Pero esos grupos de factores siempre interactúan, incluso en los casos más graves: no se puede hablar de una “causación genética” de ningún trastorno mental. Siempre hay que pensar en una etiopatogenia biopsicosocial.
- Los trastornos para los que más se ha postulado una base genética son el autismo, las psicosis tempranas, los trastornos obsesivo-compulsivos y el síndrome de La Tourette en la infancia, y la esquizofrenia y los trastornos bipolares en la adolescencia y la edad adulta.
- A partir de la importancia que revisten las relaciones primigenias como factor de protección y factor de riesgo, ya hace decenios que se han puesto en marcha, estudiado y validado numerosos programas preventivos sobre el tema, fundamentalmente en Europa, Estados Unidos y Australia.

Palabras clave: Psicopatología • Trastornos mentales • Antecedentes psiquiátricos • Familia • Resiliencia • Contención.

La realización de este trabajo ha utilizado parcialmente las búsquedas bibliográficas y los datos recogidos por los equipos de investigación dirigidos por el autor para el Proyecto SASPE (02E/99 de la Fundació Seny y la

Agencia para la Evaluación de la Investigación y las Tecnologías Médicas de Catalunya) y el Proyecto LISMEP (ayuda 014510/2001 de la Fundació MaratóTV3 y la Agencia Nacional Española de Evaluación y Prospectiva).

Ya desde los albores de la humanidad, y en todas sus culturas y subculturas, ha habido una conciencia más o menos difusa de las repercusiones que la situación emocional de los padres posee sobre el desarrollo emocional y cognitivo de los niños. Basta con recordar aquí al dramaturgo griego Sófocles, que reflexionó sobre el tema en sus tragedias *Edipo Rey*, *Antígona*, y otras. Por ejemplo, Sófocles hizo decir a Edipo, ya en el siglo V antes de nuestra era, dirigiéndose a sus hijas Ismene y Antígona:

— *Y, en fin, cuando ya lleguéis a la sazón del casamiento, ¿quién habrá, dónde está ése que decidirá drásticamente, hijas de mis entrañas, cargar con tales reproches que fueron la ruina de mis progenitores igual que serán la de vosotras dos?*

Como decíamos, en todas las culturas y subculturas humanas hay muestras de que tal influencia era y es captada en el ámbito popular, cultural y folklórico. Sin embargo, el psicoanálisis fue la primera especialidad científica que, ya a partir de los estudios clínicos del propio Sigmund Freud a finales del siglo XIX, comenzó a interesarse por la importancia de tales influencias. El factor de riesgo que supone unas relaciones primigenias alteradas fue destacado, por ejemplo, por Freud en toda su perspectiva del “complejo de Edipo”¹ y, más tarde, en sus primeros historiales de niños o adolescentes^{2,3}. Las consecuencias del maltrato en la infancia, hoy tan de moda en la prensa y la bibliografía científica, fueron elevadas a ese papel patogénico ya por el propio Freud hace más de un siglo: por ejemplo, en sus primeros casos clínicos^{2,3} y, por supuesto, en los más complejos, estudiados posteriormente^{4,5}.

Durante unos decenios, algunos autores de otras orientaciones psicológicas intentaron negar la importancia de tales afirmaciones y estudios clínicos, posiblemente más por sectarismo que a partir de la valoración de los datos conocidos, a pesar de sus posibles insuficiencias metodológicas (cfr. con Rutter⁶), una actitud, por cierto, bastante frecuente hasta hace pocos años. Quien esto escribe todavía pudo oír en la cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Barcelona en los primeros años ochenta que “los cuatro primeros años de la vida no tienen ninguna importancia para el desarrollo posterior”, palabras pronunciadas por el catedrático de la disciplina. Sin embargo, hoy ningún clínico o investigador puede negar la importancia de las relaciones primigenias para la organización mental del individuo y, por tanto, para la organización de su psico(pato)logía^a. De hecho, las relaciones con los progenitores y cuidadores iniciales, las “relaciones primigenias”, son consideradas como los principales factores de riesgo o contención para la psicopatología⁷⁻¹⁷. El psicoanálisis ha creado incluso un concepto específico para re-

ferirse a la importancia de la “introyección” o “incorporación en la mente” de tales relaciones primigenias: las “relaciones de objeto”^{16,17}.

Por otra parte, lejos ya del sectarismo teórico que antes mencionábamos, hoy en día hay numerosos clínicos, autores e investigadores que han profundizado en el tema, tanto desde las diversas ramas de la psicología (psicología clínica, psicología del desarrollo, psicología genética, psicología experimental, psicoanálisis, teoría del apego, psicología social...) como incluso desde la medicina (modelo de la experiencia del enfermar, antropología médica, medicina “existencial”, psiquiatría antropológica e intercultural, teoría sistémica, atención primaria y atención primaria a la salud mental, neurobiología...). Por ello, se dispone ya no tan sólo de incontables estudios y ensayos clínicos, sino de miles de estudios empíricos de todo tipo, metaanálisis incluidos, acerca de dichas repercusiones.

Empero, cuando hablamos de la repercusiones sobre la descendencia de la patología psiquiátrica de los padres (mejor habría que decir de los “progenitores y cuidadores”), no hemos de olvidar que con esta perspectiva estamos utilizando una visión parcial, apoyada en un “marcador” asistencial: el diagnóstico psiquiátrico. Y hay que recordar entonces que, también en este campo como en otros muchos, “ni están todos los que son ni son todo los que están”. Es decir, con ese marcador intentamos identificar los probables trastornos relacionales o biológicos graves, así como las posibles alteraciones en las relaciones padres-hijos. Pero ello no obsta para que muchas otras personas —al menos hasta la cuarta parte de la población general^{18,19}— padezcan esos trastornos sin que, en muchas ocasiones, se hayan diagnosticado.

En la tablas 1 y 2 se muestran los principales grupos de trastornos psiquiátricos y los problemas psicosociales considerados por dicha clasificación. Aparecen señalados los que más a menudo dan lugar a los llamados “trastornos mentales graves” o “severos” (TMS, según el típico anglicismo al uso). Hemos de recordar, además, que los trastornos mentales severos (TMS) vienen definidos no tan sólo por el cuadro clínico. Un grupo de expertos de la Generalitat de Catalunya²⁰ los definió como los trastornos psiquiátricos que, con determinados diagnósticos, cumplían además los criterios que aparecen en la tabla 3. Es decir, como a menudo puede observarse en la atención primaria de salud (APS), la afección de un paciente es más o menos grave no sólo por el diagnóstico que puede atribuírsele, sino por la cronicidad de su trastorno, por la dependencia psicológica o social que implica, por el consumo de servicios que conlleva, etc. Así, por ejemplo, en APS es factible observar que determinados cuadros diagnósticos no serían considerados “graves”, implican todo el resto de los criterios y, en el ámbito asistencial y clínico, sí han de ser considerados TMS (p. ej., determinadas pacientes con quejas somatomorfias reiteradas, los pacientes

^aEs decir, de su psicología y su psicopatología.

TABLA 1. Resumen de la clasificación psiquiátrica norteamericana DSM-IV

- Eje I: trastornos clínicos
 Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia (se excluye el retraso mental, que se diagnostica en el eje II)
 Delirio, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos*
 Trastornos mentales debidos a una enfermedad médica
 Trastornos relacionados con sustancias*
 Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*
 Trastornos del estado de ánimo
 Trastornos de ansiedad
 Trastornos somatomorfos
 Trastornos facticios*
 Trastornos disociativos
 Trastornos sexuales y de la identidad sexual
 Trastornos de la conducta alimentaria
 Trastornos del sueño
 Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados*
 Trastornos adaptativos
 Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica
- Eje II: trastornos de personalidad
 Trastorno paranoide de la personalidad*
 Trastorno esquizoide de la personalidad
 Trastorno esquizotípico de la personalidad
 Trastorno antisocial de la personalidad*
 Trastorno límite de la personalidad*
 Trastorno histriónico de la personalidad*
 Trastorno narcisista de la personalidad
 Trastorno de la personalidad por evitación
 Trastorno de la personalidad por dependencia*
 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
 Trastorno de la personalidad no especificado
 Retraso mental*

*Tienden a dar lugar a trastornos mentales severos.

TABLA 2. El eje IV del DSM-IV: problemas psicosociales y ambientales

- Problemas relativos al grupo primario de apoyo*
 Problemas relativos al ambiente social*
 Problemas relativos a la enseñanza
 Problemas laborales
 Problemas de vivienda*
 Problemas económicos*
 Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria
 Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el crimen*
 Otros problemas psicosociales y ambientales*

*Vinculados con los padres y la familia.

con trastornos de personalidad histriónico o por dependencia, muchos pacientes agorafóbicos graves, etc.). Todos ellos tienden a manifestarse abiertamente como trastornos relacionales en las consultas de APS. No hay que olvidar que los casos más graves pueden suponer serias alteraciones en las relaciones cotidianas y, por tanto, en las relaciones con los hijos.

TABLA 3. Criterios definitorios de un trastorno mental severo (o grave)²⁰

- I. Criterios diagnósticos:
 Trastornos esquizofrénicos
 Depresión mayor recurrente
 Trastorno bipolar maníaco
 Trastorno bipolar depresivo
 Trastorno bipolar mixto
 Paranoia
 Agorafobia con crisis de angustia
 Trastorno obsesivo-compulsivo
 Trastorno límite de la personalidad
 Personalidad esquizotípica
- II. Gravedad clínica
- III. Evolución crónica del trastorno
- IV. Utilización característica de los recursos asistenciales

TABLA 4. Trastornos mentales de los padres que hay que tener en cuenta y señalar en la historia, según el PAPPS

- A. Patología psiquiátrica diagnosticada en los padres^a:
 Siete tipos de trastornos a los que se debe conceder especial atención^b:
 Trastornos delirantes
 Esquizofrenia
 Trastornos depresivos mayores
 Episodio de manía
 Intento de suicidio
 Trastornos graves de la personalidad
 Alcoholismo y abuso de drogas
- B. Sospecha de patología mental grave de los padres, por presentar éstos o el niño alguno de los siguientes signos de alerta^c:
 Agresividad dentro de la familia
 Episodios reiterados de tristeza e inhibición
 Institucionalización psiquiátrica prolongada
 Sospecha de abuso de drogas
 Carenas biológicas, psicológicas o higiénicas importantes en los hijos, o elementos que hacen pensar en una falta de cuidados adecuados y continuados de éstos
 Malos tratos o abusos con los hijos
 Episodios de ansiedad o depresión de la madre en el primer año de vida del niño
 Aislamiento social de la familia

Modificada de Ciurana y Tizón²³ y Tizón et al^{24,115}.

^aEl profesional debe tener en cuenta la posibilidad de que no se comuniquen (o no se hagan evidentes) los diagnósticos psiquiátricos previos.

^bEscogidos por la accesibilidad de su diagnóstico o su comunicación en APS.
^cLos signos de alerta obligan al profesional, en la medida de lo posible, a realizar los pasos pertinentes para llegar a un diagnóstico positivo, incluyendo el contacto del pediatra con el médico de los padres.

Con el fin de facilitar que los dispositivos de APS y de la atención primaria a la salud mental o salud mental comunitaria^{21,22} puedan tener en cuenta estos datos, ya hace más de 10 años que propusimos como población “diana” los consultantes con los 7 diagnósticos señalados en la tabla 4²³. Después, esa concepción fue recogida y ampliada por el grupo de trabajo en Prevención en Salud Mental del PAPPS y la semFyC²⁴. Se trataba de facilitar la atención precoz a los hijos de pacientes cuyos diagnósticos son más accesibles para

esas líneas asistenciales o que suelen acudir a las mismas aportando diagnósticos de otros servicios. Más adelante, esos mismos criterios han sido tenidos en cuenta por los programas o protocolos de prevención en salud mental de la infancia, como el de la Generalitat de Catalunya, incluido como apartado del Programa del Niño Sano²⁵.

Estudios empíricos

Como ya hemos mencionado, hoy puede mantenerse sin lugar a dudas que hay claras relaciones entre el trato de los padres y las conductas y el desarrollo (emocional y cognitivo) del hijo. Se han podido demostrar ciclos entre los problemas del niño y los problemas de la madre, tanto en observaciones de tipo clínico y psicoanalítico como en estudios y observaciones con métodos estadísticos, correlacionales y experimentales^{7-14,26-35}.

Para poder tener en cuenta en la asistencia los datos proporcionados por los estudios empíricos sobre el tema —como decimos numerosísimos—, hay que recordar y partir de los conceptos de factores de riesgo y factores de protección. A estos últimos se les denomina en ocasiones “factores para la contención” o “factores para la resiliencia”. Como es sabido, los factores de riesgo son características, variables o contingencias que, si se dan en un individuo, hacen que éste tenga mayores probabilidades de desarrollar un trastorno que la población general. Los factores de protección son los que logran que un individuo tenga una probabilidad menor de padecer ese trastorno que la población general. Los factores de contención o resiliencia³⁶⁻³⁸ son los que, a pesar de la presencia de factores de riesgo, parecen proteger al individuo de la descompensación o el trastorno. La contención sería la función o la capacidad para percibir y recibir las ansiedades, propias o ajenas, incorporarlas en nuestro interior, y devolverlas (o no) a un nivel de “metabolización” o elaboración que favorezca más el desarrollo que las ansiedades iniciales “inmodificadas”^{16,37}: una capacidad de contención aumentada en el individuo, en sus allegados o en su red social implica una protección importante contra el desequilibrio mental en cualquiera de sus formas. El concepto, mucho más reciente, de resiliencia guarda estrechas relaciones con el de contención: se suele entender por resiliencia la capacidad de adaptarse y soportar las situaciones y factores de riesgo desfavorables sin caer en la desorganización o la psicopatología, fundamentalmente mediante las capacidades individuales o grupales de adaptación y flexibilización ante los envites de tales contingencias^b.

^bLa resiliencia sería, pues, “una capacidad notable o inusual para recobrase o afrontar con éxito estrés significativos, tanto de origen interno como externo”³⁹ y “la capacidad de los individuos y sistemas (familias, grupos y comunidades) para afrontar con éxito adversidades o riesgos significativos. Esa capacidad se desarrolla y cambia con el tiempo, aumenta con los factores protectores del individuo, el sistema o el medio y contribuye al mantenimiento o la mejoría de la salud”^{19,23,38,39}.

TABLA 5. Los niveles para la contención de las presiones hacia el desequilibrio (mental)

1. El mundo interno mental (los “objetos internos”)
2. Las capacidades yoicas (para integrarnos y conducirnos con nuestros impulsos y con la sociedad)
3. El cuerpo y la representación mental del cuerpo
4. La familia real
5. Las redes profanas o red social
6. Las redes profesionalizadas: pedagógica, sanitaria, de asistencia social...

Modificada de Tizón⁵⁷.

Pero no hay que olvidar que los factores de riesgo no son estáticos. Cambian en relación con la fase del desarrollo del individuo, los conflictos, los estresores y las pérdidas afectivas de la vida, la diversidad de dispositivos de la red social o familiar...

Algunos factores de riesgo, como los derivados de la familia y el sexo, parecen ser fijos, al menos en la vida adulta, pues forman parte de la dotación del individuo, pero ya no son modificables “hacia atrás”. Empero, no hay que olvidar que sí son maleables en su “representación mental” (es uno de los objetivos de la psicoterapia) y, desde luego, aún son maleables y modificables en la edad infantil. Otros factores de riesgo, como la falta de apoyo o red social, las dificultades culturales, diversos tipos de exposiciones a tensiones innecesarias, etc., pueden ser mejoradas mediante intervenciones adecuadas y planificadas³⁹⁻⁴¹. Incluso en trastornos con más carga hereditaria, como es el caso de la esquizofrenia, los estudios de concordancia muestran que cerca de la mitad de los gemelos monocigotos no desarrollan el trastorno^{39,40,42}, lo que sugiere la posibilidad, apoyada por la clínica y por estudios poblacionales⁴², de que si son adecuadamente cuidados esos niños y sus familias desde la infancia, el riesgo de desarrollar el trastorno disminuye.

Por tanto, los distintos tipos de prevención deben tener en cuenta no tan sólo los factores de riesgo, sino también los de protección o resiliencia. El constructo resiliencia se relaciona con esos factores protectores, pero se orienta sobre todo a una perspectiva más conductual, y refiere la capacidad de un individuo para superar sucesos adversos o recuperarse de acontecimientos vitales traumáticos. Un modelo para estos factores de protección que incluye no tan sólo elementos conductuales, sino también la importancia de las representaciones mentales como factores de contención, es el esquema que desarrollé en 1993^{15,21,36} de los “factores o niveles para la contención” (de la tendencia al desequilibrio promovido por acontecimientos vitales y otras contingencias vitales negativos) (tabla 5).

Los factores de riesgo generales o inespecíficos son comunes en muchos trastornos mentales; por ejemplo, en el

ámbito individual, los déficit neurofisiológicos, las dificultades temperamentales, las enfermedades físicas crónicas o la inteligencia por debajo de la media. Otros factores de riesgo inespecíficos son familiares: desavenencias conyugales graves, minusvalía o marginación social, hacinamiento, criminalidad o uso de drogas en los padres, trastorno mental materno, institucionalización en la infancia, etc.^{25,39-41}. Asimismo, hay que tener en cuenta los factores comunitarios, como la marginación o la disgregación social, la escolaridad inadecuada o interrumpida, las catástrofes sociales, la falta de solidaridad social, las situaciones sociales que son vividas con incapacidad de cambiarlas, etc.^{39,44-49}.

También hay que recordar que hay factores que determinan una vulnerabilidad, sobre la cual los factores de riesgo pueden facilitar aún más las evoluciones desfavorables. Por ejemplo, el bajo peso al nacer predispone a numerosas repercusiones físicas y mentales, que aumentan en un medio social considerado de alto riesgo^{39-41,50,51}. También la acumulación de factores de riesgo puede aumentar la tendencia a que aparezcan trastornos.

Factores de riesgo biológicos

Se conocen numerosos datos acerca de los factores biológicos de los padres (o derivados de dichos factores) que predisponen al trastorno mental de los hijos. El lector puede ampliar su conocimiento en obras como las citadas en la bibliografía^{39-41,47,51-54}, pero esos factores de riesgo biológicos parecen comprobados en el caso del autismo⁵⁵, en las psicosis tempranas, los trastornos obsesivo-compulsivos y el síndrome de La Tourette³⁹⁻⁴¹. Y hay que recordar que cuando hablamos de “factores de riesgo biológicos” no nos estamos refiriendo tan sólo a los genotipos patológicos supuestamente transmitidos, sino también a las desorganizaciones familiares que favorecen el mal cuidado del embarazo y el parto, con las lesiones del sistema nervioso central (SNC) subsiguientes, a la mala alimentación en la infancia y en la primera infancia, a la exposición repetida a alérgenos por frecuentes cambios de alimentación provocados por la ansiedad materna o de los médicos, a traumatismos, a infecciones evitables...

Como decimos, los trastornos mentales que parecen poseer mayores componentes genéticos son el autismo, los trastornos bipolares y la esquizofrenia⁴¹. Además, los factores biológicos y los ambientales no son independientes, sino interdependientes, como acabamos de recordar con la mención de los cambios de alimentación en la primera infancia. Pero también en una escala más estrictamente biológica, la expresividad y la manifestación de ciertos genes y alelos están determinadas por las situaciones relacionales, afectivas o microsociales que actúan como “desencadenantes” de dichos genotipos, que producen su expresión fenotípica. Por ejemplo, las experiencias traumáticas en la infancia pueden producir cambios biológicos persistentes en el SNC⁴⁰. Un “tem-

peramento irritable” manifestado desde el nacimiento puede dificultar significativamente las “capacidades parentales” de determinadas familias en ciertos momentos de su ciclo familiar^{56,57}. Así, hoy está suficientemente bien documentada una serie de factores de riesgo biológicos que ejercen importantes efectos sobre la estructura cerebral y, por tanto, facilitan o dificultan el desarrollo posterior de trastornos; por ejemplo, la exposición intrauterina al alcohol y el tabaco, los traumas perinatales, la exposición a metales pesados, la desnutrición durante el embarazo, las lesiones cerebrales traumáticas y determinados síndromes cromosómicos, etc.⁴⁰.

Factores de riesgo psicológicos y psicosociales

La mayoría de los estudios, tanto prospectivos como retrospectivos, prueban la asociación entre los trastornos mentales graves de los padres y los trastornos psicopatológicos en los hijos, ya sea en la edad adulta o en la infancia. Como puede suponerse, los estudios prospectivos realizados sobre la edad infantil son menos complejos, por lo que éstos son realmente numerosos, sobre todo a partir de los estudios que determinaron la importancia de la depresión puerperal respecto al desarrollo de los hijos^{39,51}. Hoy se sabe, por ejemplo, que afecta gravemente el desarrollo emocional y/o cognitivo de los hijos el hecho de que los progenitores padezcan un trastorno psicótico, una esquizofrenia, una depresión mayor, una depresión puerperal en el caso de la madre^{39-41,51}, o sufran un trastorno por abuso de alcohol o de otras sustancias psicotóxicas. Asimismo, afecta el desarrollo de los hijos el hecho de que los padres y cuidadores padezcan una falta de límites morales y de capacidades de contención⁵²⁻⁵⁴ o trastornos de personalidad graves, en especial los trastornos esquizotípicos, narcisistas e histriónicos. La falta de control de los impulsos en los progenitores facilita situaciones de abuso físico, sexual o psicológico, gravemente lesivas. Hay suficientes datos a favor de que determinados factores ambientales y psicosociales pueden predisponer a la psicopatología del niño. Por ejemplo, la relación entre acontecimientos vitales estresores y la psicopatología del niño y del adulto hoy puede considerarse como bien establecida. En el caso del niño, se han estudiado las repercusiones de las desavenencias conyugales de los padres, el divorcio o la muerte de un progenitor, y se ha hallado su correlación con la depresión en los niños^{39,40}. Los maltratos en la infancia se han vinculado en estudios empíricos con los trastornos en la vinculación en los niños, los trastornos por estrés postraumático, los trastornos de conducta, la desadaptación social, la delincuencia, etc. Cuando el niño se hace adulto, los maltratos en la infancia se han vinculado con trastornos depresivos, suicidio, perturbaciones de la conducta, dificultades relacionales graves, trastornos de personalidad, etc.^{39,40}.

Las familias disfuncionales, las desavenencias parentales graves, la presencia de psicopatología grave o la criminalidad en un padre, el hacinamiento o las familias muy numerosas

TABLA 6. Funciones parentales en la familia (en nuestra cultura y desde el punto de vista psicológico)

	Aspectos	Concepto-resumen
1. Cuidado y sustento corporales básicos	Provisión de alimento, vestido, refugio...	"Urdimbre afectiva" Función de diada (madre-hijo)
2. Funciones (emocionales) introyectivas y proyectivas que dan lugar a la mente y al pensamiento	Amor-ternura/odio Esperanza/desesperanza Confianza/desconfianza Contención (<i>rêverie</i> + poner límites)/incontinencia	
3. Relación sujeto B objeto externa e interna	Creación del objeto (mental) Creación del sujeto (<i>self</i>) Creación del espacio mental, de la capacidad de mentalización	
4. Funciones de contención y organización de los límites	Formas de comunicación	Triangulación originaria: madre-hijo-padre -("complejo de Edipo")
	Límites para la adhesión, la simbiosis y la sexualidad, la agresividad, las formas y límites del conocimiento...	
5. Organización y desarrollo de la conciencia moral	Conciencia moral: pulsiones frente a sociedad moral, motivación, premios, logros Objetivos, valores, lealtades Formas de apoyo en crisis familiares y sociales Ideal del "yo"	
6. Identidades psicosociales fundamentales	En la psicosexualidad En la agresividad-destructividad En el conocimiento	
7. Modelos de relación con el exterior	Familia estructurada, desestructurada, "en reversión", aglutinada, etc. Familia de pareja básica, matriarcal, patriarcal, "banda de chicos", "casa de muñecas", etc.	Las relaciones interior-exterior de la familia como "célula básica" de la sociedad

Modificada de Tizón^{15,57}.
Rêverie: capacidad de empatía con el bebé y el niño y de sentir, pensar y fantasear con él y por él.

parece que son factores que predisponen a los trastornos de conducta y antisociales en los niños y adultos, especialmente cuando los niños no han tenido al menos una relación fundamentalmente amorosa con uno de los dos progenitores. Las pérdidas de estatus socioeconómicos facilitan la aparición de depresiones en los padres, abusos de drogas, pérdida del control de los impulsos y, subsiguientemente, riesgos de abusos físicos, psicológicos, físicos o sexuales de los hijos y, por supuesto, la pérdida de las capacidades parentales que reseñamos en la tabla 6. La exposición a la violencia en la infancia parece que también facilita la eclosión de trastornos por estrés postraumático y fobias⁵⁸. La relación continuada con un progenitor deprimido es un claro factor de riesgo para la salud mental de los niños y de los futuros adultos. En cuanto a las relaciones padres-hijos abusivas, hay que recordar que la mayoría de los niños sometidos a abusos no se hacen delinquentes o abusadores, tan sólo en el 20-30% de los casos. Hay estudios suficientemente reiterados que ponen en relación los malos tratos en la infancia con la psicopatología de los padres: trastornos del estado de ánimo, estrés postraumático, conductas autolesivas y de abuso de sustancias, trastornos por somatización y alimentarios, trastornos disociativos y trastornos de control de los impulsos de los padres³⁹.

El factor de riesgo o de protección fundamental es la calidad de la relación entre los niños o infantes y sus cuidadores primarios, que se manifiesta por un apego o vinculación seguros, el modelo más o menos consciente para el resto de las relaciones futuras de ese niño y de ese adulto. Las alteraciones en el apego o vinculación primitiva (apego ansioso, evitativo, psicotóxico...) están relacionadas con la depresión posterior. El crecimiento en un medio abusivo está vinculado con la depresión, los trastornos fóbicos, los trastornos de conducta y los trastornos de personalidad^{40,58,59}. Respecto a los niños altamente reactivos en sus primeros meses, así como los de "temperamento inhibido", los estudios a largo plazo muestran que esas conductas tienden a perdurar en una parte de ellos y dar lugar a trastornos de ansiedad en la infancia y posteriormente^{60,61}. Los metaanálisis de los estudios acerca de la importancia del apego o vinculación primaria muestran una y otra vez que las alteraciones psicopatológicas y psicosociales (incluida la tendencia hacia la violencia y la delincuencia) están correlacionadas con el hecho de que el cuidador principal del niño padezca problemas mentales, como depresión, abuso de sustancias, inadaptación social, etc., más que con las diferencias individuales entre los niños^{53,59}.

Interacción entre los factores de riesgo familiares y genéticos

Como mencionábamos anteriormente, a menudo no es fácil separar el peso relativo de los factores biológicos y los relacionales en la génesis de un trastorno psicopatológico (*nature versus nurture*). Desarrollaré algunos ejemplos con el fin de facilitar la reflexión sobre el tema:

Depresión parental y psicopatología de los descendientes

Las diversas investigaciones ha mostrado que entre el 20 y el 50% de los niños y adolescentes deprimidos poseen una historia familiar de depresión^{39,40,62}. Los hijos de padres deprimidos o con trastornos del estado de ánimo tienen hasta 3 veces más posibilidades de presentar depresión. Pero la depresión parental también aumenta el riesgo de trastornos de ansiedad, trastornos de conducta, abuso de drogas, etc.⁴⁰. El riesgo aumenta si los 2 progenitores están deprimidos o si uno de ellos ya estuvo deprimido en su juventud o si la depresión es recurrente⁶³. La psicodinámica de este riesgo es más fácilmente comprensible que la determinación genética, aún por concretar. Una madre o un padre deprimidos tienen menos energía y, por tanto, poseen una capacidad disminuida para proporcionar los cuidados mínimos de la urdimbre afectiva, para atender a las demandas emocionales del hijo, para ponerle límites firmes... (tabla 6). Por otra parte, esos progenitores pueden parecer alternativamente inhibidos y distantes o irritables, intolerantes o agresivos, con lo que dificultan la introyección o la interiorización de esa primera relación, que es la base para el desarrollo mental y emocional posterior. Además, los padres deprimidos no proporcionan a sus hijos estrategias de afrontamiento adecuadas, con lo que dificultan su vida y sus relaciones posteriores. Con la consecuencia de que ese niño, a su vez, comienza a sufrir en otros medios (escuela, pares...), lo que aumenta el sufrimiento mental y, posiblemente, la depresión del progenitor.

Los efectos de la depresión materna en el niño pueden apreciarse ya desde las primeras semanas y meses de la vida de éste^{11,27-35,51,56,64,65}: estos niños miran menos a sus madres, se comunican menos con ellas, evitan sus miradas, retardan su "sonrisa social", sus interacciones son más breves y tienden a interrumpirse^{27-35,51,64,65}. Y todo ello tiende a generalizarse: a medio plazo no se trata tan sólo de respuestas a la madre deprimida, sino que hay respuestas similares al padre, los hermanos, los pares... La investigación muestra que las madres deprimidas tienen menores capacidades de modificar la ansiedad o las conductas de los hijos y que éstos tienden a desarrollar trastornos de conducta o raptos agresivos con sus hermanos y compañeros. Asimismo, el riesgo de suicidio en el caso de los hijos de suicidas aumenta entre 2 y 7 veces^{57,66}. Por el contrario, la presencia de una

relación próxima, íntima, contenedora, protege de la depresión³⁹.

Ésa es una muestra de las alteraciones biológico-psicológicas en el caso de la depresión. Más adelante intentaré hacer una ilustración similar para el caso de la esquizofrenia, uno de los trastornos mentales más graves desde todo punto de vista. Baste aquí con hacer un breve repaso de los factores de riesgo que tienen que ver con los padres y los cuidadores de entre todos los factores de riesgo para la esquizofrenia incluidos en nuestro listado SASPE (tabla 7)⁶⁹⁻⁸⁶.

Otra muestra para la reflexión es el consumo de drogas de los padres. Por ejemplo, el alcoholismo de los padres se ha asociado en repetidas ocasiones con conflictos y disfunciones familiares graves. Aunque los estudios realizados en gemelos proporcionan una evidencia de la importancia de los factores genéticos, los estudios familiares no pueden distinguir entre *nature* y *nurture* en la etiología de los trastornos de los hijos. Los hijos de alcohólicos poseen un mayor riesgo de padecer descuidos, maltratos y abusos, tienen una socialización deficiente y parecen mostrar un riesgo mayor para desarrollar trastornos de conducta. Algunos de los hijos parecen especialmente proclives al alcoholismo, no sólo por factores biológico-genéticos, sino también porque la comida y la bebida no han estado integradas dentro del conjunto de hábitos y ritos sociales que permiten mantenerlos en los límites sociales no patológicos³⁹.

La enumeración de los trastornos de los padres que suponen graves factores de riesgo para el desarrollo y la psicopatología de los hijos, seguida de la enumeración de los trastornos de los hijos que se han vinculado con alteraciones psicopatológicas de los padres, haría esta revisión innecesariamente farragosa, además de facilitar poco la aplicación en la clínica de esos hallazgos. Por ello, en la segunda parte intentaré, sobre todo, describir la patogenia de esas influencias, las vías por las cuales determinan su influjo deletéreo en el desarrollo infantil normal.

Para terminar este apartado habría que recordar que muchos de los factores de riesgo y protectores del trastorno mental son comunes a numerosos trastornos mentales. Por ejemplo, determinados factores de riesgo durante la infancia pueden llevar a un estado de vulnerabilidad de forma que otros factores de riesgo tengan más efecto; por ejemplo, la prematuridad, el bajo peso al nacer, el temperamento irritable o inhibido iniciales, los déficit psicológicos o la inteligencia por debajo del promedio. En el período prenatal y en los primeros 10 años de la vida, los niños parecen más vulnerables que las niñas a los estresores físicos y psicosociales. En la segunda década, las mujeres parecen ser más vulnerables a los factores psicosociales. Entre los adultos jóvenes, de nuevo los varones parecen ser más vulnerables³⁹. Los factores que suponen un riesgo general aumentado de trastornos mentales para los hijos son los trastornos conyugales graves, la inadaptación social de los padres, el hacina-

TABLA 7. Antecedentes (y factores de riesgo precoces) en la infancia para la esquizofrenia posterior. Una aplicación del Listado SASPE (Señales de Alarma y Signos prodrómicos de la esquizofrenia)

<p>Problemas biológicos pre o perinatales</p> <ul style="list-style-type: none"> ++ Problemas obstétricos y perinatales + Bajo peso/gestación acortada + Daños neurológicos perinatales ++ Menor tasa de lactancia materna con respecto a los hermanos <p>Desarrollo</p> <ul style="list-style-type: none"> Retraso en la deambulaci3n + Retrasos del desarrollo ++ Trastornos cognitivos <p>Socializaci3n</p> <ul style="list-style-type: none"> ++ Hábitos solitarios ++ Evitaci3n de la relaci3n social +++ Mayores problemas de las madres para manejarlos a los 4 ańos ++ Dificultades en las relaciones con pares/prefiere socializarse en pequeños grupos/menos de 2 amigos +++ Historia de juegos en solitario ++ Pasividad en la relaci3n social +++ Separaciones tempranas de los padres +++ Institucionalizaci3n temprana +++ Trastornos en la dinámca familiar: funciones familiares deterioradas <p>Otros sntomas o trastornos</p> <ul style="list-style-type: none"> Niños "hipersensibles", labilidad emocional ++ TDAH ++ Ansiedad en situaciones sociales y evitaci3n social + Trastornos de lenguaje ++ Conductas disruptivas y agresivas + Malos resultados escolares (en la infancia y la adolescencia) ++ "Niño raro", según la opini3n de los profesores

Los ítems señalados suelen estar vinculados a trastornos relacionales, psicosociales o psicopatológicos paternos o maternos.

^aSntesis derivada de las citas 31-42, 69-85, 94 y 120.

^bListado construido con las primeras fases de los estudios de investigaci3n sobre antecedentes, seńales de alerta y pródromos de la esquizofrenia de la Unitat de Salut Mental de Sant Martí-La Mina (apoyados por las becas del Proyecto SASPE (02E/99 de la Fundaci3n Seny tras evaluaci3n de la Agencia para la Evaluaci3n de la Investigaci3n y las Tecnologías M3dicas de Catalunya) y el Proyecto LISMEP (ayuda 014510/2001 de la Fundaci3n MaratóTV3 tras evaluaci3n de la Agencia Nacional Espańola de Evaluaci3n y Prospectiva).

miento, la criminalidad del padre, el trastorno mental de la madre, la institucionalizaci3n o el internamiento precoces de los padres o de los niños, estar a cargo de los servicios sociales o comunitarios, etc.

Pero hemos de recordar que, en sentido contrario, unas relaciones primigenias con los progenitores o sustitutos suficientemente contenedoras son el mejor medio de contenci3n o resiliencia para soportar las adversidades futuras de esos niños y futuros adultos^{15,38,67,68}. Hace ya decenios que se conoce ese dato que, en la cultura humana reciente, ha sido sumamente resaltado por las migraciones masivas del siglo XX y XXI. Esas relaciones primigenias han resultado ser el primer factor de protecci3n para las migraciones, incluso para las migraciones masivas y mal asistidas, como tuvimos ocasi3n de estudiar, resumir e investigar en nuestros estudios sobre las migraciones interiores a la península ibérica

TABLA 8. Clasificaci3n de los tipos de relaci3n en la primera infancia
Eje II de la "cero a tres"

Diagn3stico	Valorar en cada caso
901. Relaci3n sobreimplicada	1. Calidad conductual de la interacci3n
902. Relaci3n subimplicada	2. Tono afectivo
903. Relaci3n ansiosa/tensa	3. Implicaci3n psicol3gica (psicodinámca)
904. Relaci3n colérica/hostil	
905. Trastorno mixto de la relaci3n	
906. Relaci3n abusiva	
a. Verbalmente abusiva	
b. Físicamente abusiva	
c. Sexualmente abusiva	

durante el siglo XX, hoy superadas y desbordadas por las migraciones extracomunitarias⁸⁷⁻⁸⁹. Cada día hay más datos que abonan que, para que esas relaciones resulten "factores de protecci3n o contenci3n" en el futuro, han de ser suficientemente próximas y suficientemente estables y, a ser posible, triangulares, es decir, del niño con dos adultos con papeles y roles diferenciados. Aunque no hemos de dejar de tener en cuenta la protecci3n que pueden suponer determinadas redes sociales, "profanas" y de la familia ampliada, para el desarrollo de los niños: es una vía más "colectiva" de estructuraci3n del *self*, del "sí mismo" individual. Una vía que posee una clara importancia en la historia antigua y la prehistoria de la humanidad, pero cuyo futuro a medio y largo plazo no podemos prever ni dogmatizar⁹⁰⁻⁹³.

Modelos y perspectivas para entender la patogenia

Todo lo mencionado es considerado hoy lo suficientemente conocido y básico como para que algunas clasificaciones internacionales de la psicopatología lo incluyan entre sus ejes principales. Como ejemplo, apporto una tabla-resumen del eje II de la clasificaci3n de psicopatología de "cero a 3 ańos", compatible con el DSM y la CIE (tabla 8).

Entender que los factores de riesgo y protecci3n son comunes a muchos trastornos es el primer paso para entender su patogenia. Posteriormente, se suele aducir 3 modelos para entender las vías mediante las cuales actúan los factores de riesgo y los protectores (de contenci3n o resiliencia): compensatorio, probatorio y protector³⁹. En el modelo compensatorio, los factores de riesgo, incluida la vulnerabilidad genética y los conflictos o presiones del medio se combinan aditivamente y pueden potenciar el uno al otro. Es la agregaci3n de factores de riesgo lo que produce el trastorno. El modelo de las pruebas (probatorio) describe una relaci3n curvilínea en la cual tanto los presiones como los factores de riesgo mejoran la competencia mientras no sean excesivos, pero llevan a la descompensaci3n a partir de determinado ni-

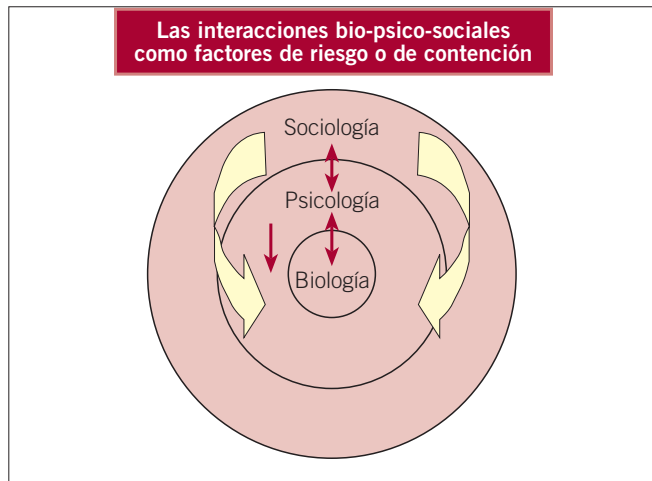


Figura 1. Las interacciones biopsicosociales como factores de riesgo o de contención.

vel de presiones o factores de riesgo. El modelo de protección sugiere que los factores protectores modulan o compensan el impacto de los factores de riesgo, por ejemplo, mejorando la capacidad de afrontamiento, de adaptación y la construcción de capacidades nuevas.

En términos etiológicos, desde el punto de vista de la psicopatología del desarrollo, mucho menos sectaria y sesgada que la psiquiatría y la psiquiatría infantil dominantes en nuestro medio, hoy se cree que la génesis de la psicopatología se halla bajo la influencia de varias “series complementarias”^{11-16,39,40,91} (fig. 1):

1. La dotación genética del infante.
2. Las influencias connatales, especialmente intrauterinas y del período del nacimiento.
3. Las relaciones microsociales originarias, de la primera infancia: familia, allegados, red social próxima... (relaciones primigenias).
4. Las relaciones macrosociales: cultura y sociedad.

La interacción de esas series de variables es lo que puede explicar la psicopatología asociada con las relaciones primigenias. Como puede observarse, en todas las series, y en especial en las tres primeras, los progenitores desempeñan un papel preponderante.

Pero, ¿cuál es la dinámica patogénica y patoplástica de tales problemas en el desarrollo de los hijos? Tal vez podamos facilitar su comprensión con unas líneas explicativas.

Dinámica de los factores de riesgo desde el vértice biológico

Comencemos con las vulnerabilidades biológicas del neonato. Pueden ser de 3 tipos generales: genéticas, connatales no genéticas y vinculadas con enfermedades y traumas en el período neonatal y la primera infancia. Como hemos dicho, hoy se sabe que hay una vulnerabilidad genética para numerosos trastornos psicopatológicos que, por definición, se

trasmite de padres a hijos. Pero no hay estudios que hayan comprobado que dicha influencia genotípica determine el fenotipo psicopatológico, los trastornos en el niño o en el adulto del futuro. Incluso en el caso de los trastornos psicopatológicos para los cuales la constelación genética (que no “el gen”) están más estudiados, como la esquizofrenia o los trastornos bipolares, se sabe que la expresión de esa vulnerabilidad depende enormemente de las circunstancias de la familia de acogida del niño y de las contingencias posteriores de la vida. El estudio de Tienari et al⁹², por ejemplo, realizado en hijos de esquizofrénicos adoptados, era contundente al respecto: es la calidad afectiva y relacional de la familia de acogida la que determina la aparición de esquizofrenia en los hijos de los esquizofrénicos adoptados^{42,92,93}.

Si esas capacidades de contención de la familia (de origen o de acogida) no son suficientes, no hay que olvidar que las repercusiones de esa vulnerabilidad genética en la psicopatología puede ser directa o indirecta. Por ejemplo, puede influir en la psicología de las relaciones precoces. Un niño que reacciona mal a los cuidados e interacciones paternas puede “desmontar” las capacidades de relación de los progenitores y cuidadores: las relaciones padres-hijos pueden irse alterando de forma progresiva a base de inhibir patrones de reacción previamente preprogramados o incluso aprendidos en esos padres, pero que un niño con “temperamento irritable” o con otras alteraciones relacionales iniciales pone en crisis o inhibe. El resultado puede ser un trastorno en las relaciones padres-hijo y, a medio plazo, un trastorno psicopatológico en el niño. En el caso del autismo, de ciertas psicosis infantiles y de otra psicopatología infantil, hay estudios que muestran que tales influencias no deben descartarse. Se trataría de una influencia indirecta de lo biológico sobre la psicopatología de la nueva generación: a través de lo psicológico o microsociales.

Así, un patrón precursor en los niños que desarrollarán esquizofrenia es un escaso control de los impulsos y, en particular, de la agresión: estos niños tienen rabietas frecuentes, pueden ser destructivos y son sujetos reiterados de intervenciones disciplinarias. Otro patrón precursor es el retraimiento social y la falta de respuesta en las relaciones interpersonales, la disminución en la expresividad emocional y la incompetencia social. Otros datos precoces que suelen encontrarse entre los antecedentes infantiles de la futura esquizofrenia están recogidos en la tabla 7.

Pero incluso si el niño no llega a descompensarse y/o descompensar a sus progenitores, puede hacerlo con sus pares o en la institución escolar. Tal vez entonces unos cuidados inadecuados (p. ej., uso de violencia y aplicación de límites exigentes y rígidos para un niño con temperamento irritable) puedan favorecer diversos trastornos de conducta en el niño. Comienza entonces un “círculo vicioso” en el cual el niño puede sentirse cada vez menos comprendido y ayudado, tanto en casa como en la escuela, y responder con intentos de

que le atiendan cada vez más perentorios, continuos y desorganizados. El cuadro acaba siendo de “trastorno de conducta” con mayor o menor “hiperactividad”. En nuestro decenio, eso significa además un grave riesgo para que ese niño comience a recibir un tratamiento con derivados anfetamínicos que, al margen de que ayuden sintomáticamente o no a corto plazo (y más aún si ayudan), facilitan la “cristalización” o estructuración de los trastornos relacionales familiares: es el niño el que está enfermo de “hiperactividad”, que es “genética”. Pero esas alteraciones relacionales de la familia, más o menos facilitadas por el temperamento del niño, tal vez hubieran podido cambiarse por medidas psicológicas y psicosociales. El resultado es un trastorno que evoluciona, da lugar a otros trastornos posteriores (incluida una posible descompensación psicótica), se desarrolla con una clara dependencia de sustancias “legales” e incluso puede dar paso a otras dependencias de sustancias (legales o ilegales). Se trataría de un ejemplo de las influencias indirectas de lo biológico, a través de lo social.

Pero también en los padres o tutores que han sido capaces de mantener con otros hijos o ahijados esas relaciones suficientemente estables y suficientemente próximas pueden darse influencias biológicas, psicológicas o sociales que alteren esas capacidades de contención. Ciertas contingencias biológicas, como una enfermedad del padre o de la madre, psicológicas, como un duelo importante o un trastorno por estrés postraumático en uno de ellos, o sociales, como el desempleo, tienen como consecuencia casi siempre una disminución de las capacidades de contención de ese progenitor. Como ejemplo extremo, cabe citar que cada vez hay más datos acerca de cómo los duelos de la madre en el segundo trimestre del embarazo son un factor de riesgo para el autismo y ciertos trastornos psicóticos^{80,84} y, posiblemente, para otro tipo de psicopatología. Se trata de ejemplos en los que lo psicológico no aparece por psicogénesis, sino que viene determinado desde los ámbitos biológico o sociocultural.

Dinámica de los factores de riesgo desde el vértice psicológico

Por otra parte, si tomamos las “series complementarias” y los factores de riesgo desde una perspectiva psicológica, ya antes mencionábamos que hay determinadas relaciones psicopatológicas de los padres que se han mostrado como un importante factor de riesgo para la psicopatología de los hijos (p. ej., la depresión puerperal, el abuso de drogas por parte de la madre o los trastornos psicóticos de los padres^{39-41,51}). Pero ello no debe hacernos olvidar que, además, esos niños están más expuestos a los trastornos en su alimentación y ritmos biológicos, los accidentes domésticos o las enfermedades intercurrentes (otitis y bronquitis recidivantes, crisis asmáticas, trastornos inmunitarios de diverso grado y tipo, etc.). Recientemente, estamos investigando las relaciones entre ser hijo de esquizofrénico y padecer trastornos

psicopatológicos. En nuestro estudio⁹⁴, los esquizofrénicos, a pesar de lo que pudiera creerse, poseen una fertilidad y una fecundidad similares a la población general. Algunas familias esquizofrénicas incluso poseen una fecundidad aumentada con respecto a la población general. Los estudios empíricos hablan de un 20-40% de trastornos mentales ya en la infancia en estos hijos y de un 46% de síndromes esquizofrénicos durante la vida si ambos progenitores lo son³⁹. En nuestra muestra, sin embargo, lo que observamos es que es casi imposible acercarse, incluso con equipos *ad hoc*, a esos hijos de esquizofrénicos (376 hijos de 476 pacientes, pero con medias que oscilan, según las barriadas, entre tasas de 0,62 y 1,07 por paciente). Son difícilmente localizables y, además, tanto ellos, como los padres, tienden a impedir los contactos con los medios asistenciales hasta que no son indispensables y urgentes. Es como si, según una metáfora propia, permanecieran “a la deriva en los intersticios de la sociedad”. En nuestra muestra, consultan y son diagnosticados de trastornos mentales por un equipo especializado de alta accesibilidad sólo el 20% de los casos. El resto permanecen “a la deriva”... hasta que aparece la psicopatología grave, según nuestra experiencia; de hecho, cuando mediante equipos de investigación se llega a contactar con los que previamente no han pedido consulta en un servicio de salud mental o han sido derivados a estos servicios por sus pediatras, es decir, en los casos “no consultantes”, los trastornos psicopatológicos en nuestra muestra llegan al 100% de los casos (estudio en 2 fases con uso del GHQ y entrevista clínica abierta¹⁸). Algunos trabajos observacionales muestran que las vías para llegar a la psicopatología, a la enfermedad o al desarraigo social vienen determinadas por graves alteraciones en las conductas que expresan las funciones parentales del paciente diagnosticado de un síndrome esquizofrénico^c. Otras pautas u organizaciones de las relaciones fundamentales, las “relaciones de objeto”, pueden llevar a resultados similares; por ejemplo, una madre gravemente histriónica, agorafóbica o alcohólica, o “padres OVNI” (“objeto volante no identificado”) o, por el contrario, gravemente narcisistas^{15,99}. En definitiva, no hemos de olvidar que la psicopatología se expresa como formas de relación anómalas y rígidas en la relación social, que impiden otras formas relacionales más adecuadas a la situación. Por supuesto, en la convivencia familiar, esas formas de relación dominantes, o diversas formas de defensa y reacción frente a ellas, son introyectadas por el bebé y el niño, pasan a conformar lo fundamental de sus pautas mentales y relacionales, o a estimular defensas rígidas contrarias. Así, se entiende

^cDatos preliminares recogidos por los equipos de investigación del Proyecto SASPE (02E/99 de la Fundació Seny y la Agencia para la Evaluación de la Investigación y las Tecnologías Médicas de Catalunya) y el Proyecto LISMEP (ayuda 014510/2001 de la Fundación MaratóTV3 y la Agencia Nacional Española de Evaluación y Prospectiva).

que las pautas extremadamente anómalas den lugar a organizaciones mentales y relacionales de la descendencia también anómalas, trastornadas o desadaptativas^{51,56,94-98}.

Dinámica de los factores de riesgo desde el vértice sociológico

Si nuestro vértice de observación de las repercusiones de la situación de los progenitores sobre sus hijos parte de la perspectiva social o sociológica, también desde ahí tenemos numerosos datos acerca de cómo esos factores de riesgo social repercuten sobre el desarrollo de los hijos. La pérdida del empleo genera siempre una serie de profundos duelos imbricados que, en algunos casos, da lugar al desarrollo de duelos patológicos⁵⁷; por ejemplo, a duelos con depresión, es decir, auténticos episodios depresivos, o al abuso de alcohol u otras drogas, trastornos de conducta, o incluso a suicidios y parasuicidios^{57,66}. Los hijos de ese factor inicialmente social tal vez puedan alimentarse en la Europa del siglo XXI, pero es posible que hayan de cambiar de escuela o colegio (con lo cual sufren duelos y pérdidas afectivas añadidas); pueden hallarse abrumados por profundos sentimientos depresivos ante los cambios operados en su padre y en la imagen interna que tiene sobre él; también pueden tener más tendencia a entrar en contacto con redes de (seudo)contención menos sanas, más marginales, con mayor riesgo de trastorno social y psicopatológico, etc. En este caso, el factor de riesgo inicial podría ser social; si bien, a través de vías biológicas, psicológicas y sociales, repercute en las capacidades de adaptación y elaboración de conflictos del propio niño y, por tanto, aumenta su sufrimiento excesivo, facilitando así su descompensación psico(pato)lógica. No hay que olvidar nunca que esos hechos, hoy por hoy, inciden en modelos y estructuras familiares sujetas a grandes transformaciones y, por consiguiente, más vulnerables, tanto en el caso de las familias no europeas, cuyo modelo familiar está siendo devastado por catástrofes, guerras, hambrunas y migraciones masivas, como en el modelo de la familia de los países del hemisferio norte, sujeto a los cambios resumidos en la tabla 9.

Naturalmente, todo ello es diferente según actúen los demás niveles o factores para la contención que hay que considerar (tabla 5) y, desde luego, según el momento del desarrollo infantil en el cual incida cada factor: la orfandad, los conflictos entre los padres o una intervención genital u otorrinolaringológica entre los 3 y los 6 años supone un riesgo psicológico algo mayor que en otras edades; un niño vulnerable puede soportar peor las enfermedades y la pérdida de los progenitores; una enfermedad intercurrente o banal puede favorecer más los trastornos somatomorfos en un niño vulnerable... También las influencias son diferentes según la gravedad del trastorno, diagnosticado o no, del progenitor. Es muy difícil que un padre o una madre gravemente deprimidos, drogodependientes o esquizofrénicos no se relacionen en ocasiones con sus hijos de forma psicopatogénica,

TABLA 9. Cambios y variables sociodemográficas que afectan de forma significativa a la estructura familiar

VARIABLES	EVOLUCIÓN Y CONSECUENCIAS SOBRE LAS RELACIONES FAMILIARES
	Alargamiento de la esperanza de vida: en un siglo se ha doblado (de 40 a 80 años) Se alarga la vida en común de la pareja y la familia (de 10 a 40 años)
	Drástica reducción de la carga reproductora femenina (desde 20 años, 7 hijos y 3 años por hijo, a 5 años, 2 o 3 hijos y 1,5 años por hijo) Disponibilidad sexual amplia sin relación con la reproducción: aumento de la valoración de la sexualidad y el amor como fundamento de la pareja y la familia
	Pérdida del carácter religioso atribuido a la sexualidad y la familia
	Emergencia de la mitad de la humanidad: las mujeres con disponibilidad social aparecen como individuos plenamente humanos
	Ruptura de la endogamia Interculturalidad, mayor libertad y vulnerabilidad en las normas familiares
	Aparición y predominio de la familia nuclear reducida y de otros tipos (sociales) de familia, al contrario de la familia patriarcal clásica Debilitamiento del aspecto institucional de la familia:
	El vínculo es menor fuerte (aparece la "monogamia sucesiva") o se prefiere no institucionalizarlo
	Desequilibrios entre los sexos: en algunos países (China), déficit de mujeres; en gran parte de los países occidentales, predominio de mujeres (mayores con edades mayores) Nuevos modelos de relación intersexual e intrasexual, nuevos modelos de familia, nuevos modelos de filiación...
	Consecuencia general: "la gente se casa menos y más tarde; se divorcia antes; se tienen menos hijos y se engendran a una edad más madura; después de un divorcio, las personas se vuelven a casar en menos ocasiones" (L. Rousel, 1989).
	Modificada de Tizón ⁵⁷ .

generadora de psicopatología. Pero un padre o una madre incluso esquizofrénicos, suficientemente apoyados por la familia, las redes sociales y la red profesional, pueden participar en el cuidado de sus hijos sin que éstos desarrollen necesariamente una psicopatología grave. Incluso en esos casos con cuadros más graves, como hemos observado, el desarrollo de psicopatología depende en buena medida de que no funcionen adecuada y precozmente el resto de los factores o niveles para la contención: las defensas personales, el cuerpo y la representación mental del cuerpo, la familia ampliada, las redes sociales y las redes profesionalizadas (tabla 5). En definitiva, se trata de tener una idea clara de las funciones que desempeña la familia en el desarrollo de los hijos para intentar apoyar las más gravemente dañadas o deficitarias, a ser posible de forma previa y con el acuerdo de los padres afectados. Por eso incluyo aquí el esquema que suelo utilizar para determinar qué aspectos de dichas "funciones parentales" hemos de sustituir con el fin de subsanar el sufrimiento de los padres y, por tanto, el futuro de los hijos^{57,97-99} (tabla 6). Un niño necesita alguien lo suficientemente estable y cariñoso para desarrollarse. Pero también necesita alguien que ponga límites a su tendencia a simbiotizarse con

“mamá” o a su agresividad y necesidad de dominio y control. De forma similar, cuando en nuestra cultura un niño pasa la mayor parte del tiempo triste, o sucio o descuidado, la hipótesis más probable debe ser que algo con repercusiones psicológicas graves está ocurriendo en su familia y/o con sus padres. La teoría del apego o vinculación, una de las corrientes más establecidas de la psicología y la psicología del desarrollo modernas, se dedica especialmente al estudio de esas situaciones y repercusiones (tabla 10).

En resumen, en este campo, como en cualquier otro de la psicopatología (y de la patología general), hemos de adoptar un esquema explicativo biopsicosocial, pero no estrecho o dogmático, sino mucho más complejo, en el cual cada *input* o serie complementaria repercute, como factor de riesgo o de contención, en cada uno de los otros 3 niveles (fig. 1).

Por ello, querría incluir aquí una viñeta, tomada de un trabajo reciente¹⁰⁰, que ilustrara esa situación:

La Unidad Funcional de Atención a la Primera Infancia^{99,100,115} decidió realizar una observación dentro de la consulta de pediatría en el caso de una paciente que, según la pediatra, “he decidido que no la entiendo y no puedo entenderla: cuida muy bien a su hija, es atenta con ella, la quiere, nos escucha... Yo creo que quiere hacer lo que le decimos la enfermera y yo, pero luego, nada. Una y otra vez parece que no ha entendido nada, como si no se enterase. No hubo forma de ayudarla con la lactancia materna y ahora no hay forma de que no lleve a su hija con demasiada ropa o a que no haga líos con los horarios de las comidas o con las cantidades... Y ahora ya es muy importante, porque la niña ha dejado de ganar peso y nos parece “demasiado tranquila”.

Se decidió entonces realizar una observación en la propia consulta, ya que, según la pediatra, “no tengo ni idea de cómo responderá si hacemos cualquier otra cosa”. Un miembro del seminario de “Observación Terapéutica en la Infancia”¹¹⁵ acudió a la hora de la consulta con la pediatra para la revisión del “Programa del Niño Sano” de los 6 meses. Ésta es la transcripción escrita de su observación:

“La madre entra muy abrigada, con la niña también muy abrigada cogida fuertemente en los brazos. Casi no saludan y a la niña casi ni se le ve la cara, de tan apretada que la tiene la madre. Luego, fugazmente, parece como si la niña dirigiera alguna mirada a la pediatra y, tal vez, una muy fugaz sonrisa. Parece que se mueve poco. Después de los saludos de rigor, la pediatra le pregunta ‘¿qué tal?’. La madre responde con un ‘bien’ muy lacónico y que me parece poco expresivo. La pediatra queda como ‘cortada’ y entonces le dice ‘vamos a pesar a la niña y luego hablamos’. Pero para pesarla, casi tiene que arrancársela de los brazos a la madre. No es que se oponga, es que no parece capaz de ‘soltarla’. Y todo ello, mirándola tan sólo ocasionalmente... Me parece que la niña también la mira ocasionalmente, pero de forma fugaz. La pediatra, sensible a la situación, cambia de idea y dice algo así como ‘bueno: si quieres, primero hablemos y lue-

TABLA 10. Un esquema en 15 principios de la teoría del apego

1. La conducta de apego es la que lleva a que una persona alcance o conserve la proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido
2. Las conductas de vinculación o apego son diferentes a las de alimentación y sexuales, aunque poseen una importancia al menos similar para la vida humana
3. Llevan al establecimiento de vínculos afectivos o apegos, al principio entre el niño y el progenitor y, más tarde, entre adultos
4. Esas conductas y patrones conductuales están modificados por sistemas de conducta que, al principio del desarrollo, se van corrigiendo homeostáticamente, pero siguiendo el criterio 1
5. Mientras que un vínculo de apego perdura, las diversas formas de conductas de apego que contribuyen a él están activas sólo cuando resulta necesario
6. Muchas de las emociones humanas más intensas surgen mientras las relaciones de apego se forman, se mantienen, se desorganizan, se renuevan...
7. La amenaza de pérdida despierta ansiedad, y la pérdida real pesadumbre y cólera
8. El mantenimiento del vínculo de apego es la principal fuente de seguridad en la infancia y una de las fundamentales en la vida adulta
9. Por ello, la psicología y la psicopatología de las emociones coincide, en buena parte, con la psicología y la psicopatología de los vínculos de apego
10. Las conductas de apego se han hecho idiosincrásicas de muchas especies porque contribuyen a la supervivencia del individuo, al mantenerlo en contacto con quienes le brindan cuidado. Más aún en las especies “nidícolas”
11. Brindar cuidados es una conducta complementaria de la conducta de apego y cumple asimismo una función evolutiva: proteger al individuo apegado
12. Si la conducta de apego permanece potencialmente activa toda la vida y cumple funciones biopsicosociales adaptativas básicas, es un grave error suponer que su actividad en un adulto implica patología, regresión o “conductas inmaduras”
13. A cualquier edad puede haber patrones perturbados de la conducta de apego, debido a que el desarrollo se ha desviado. Una forma de clasificar los tipos de “vínculo de apego” es la que los divide en apego seguro, ansioso, evitativo y ambivalente
14. Los principales determinantes del curso que sigue la conducta de apego son las experiencias del individuo con sus figuras de apego durante sus años de inmadurez: con la triangulación originaria (madre-padre-self) y/o sus sustitutos más permanentes
15. Los patrones de vínculos afectivos adultos dependen de la forma en la cual las conductas de apego se organizan en la personalidad

Modificada de Tizón⁵⁷, Belsky y Nezworski⁶⁷, y Bowlby⁶⁸.

go la pesamos’. Pero ya para entonces parece que la madre se ha separado un poco de su hija: la niña yace en su regazo, bastante hipotónica y pasiva, mientras la madre mira a la pediatra.

Cuando ésta comienza a hablar y a preguntarle por la alimentación, la madre pone a la hija en el mueble auxiliar de

la mesa de pediatría. La coloca allí con mucho cuidado. La niña se deja hacer y creo que mira al techo. La madre le pone una mano encima y mira hacia la pediatra, que está de frente, mientras que el mueble auxiliar y su hija están de lado. La conversación de la madre con la pediatra (en realidad, es más bien un monólogo de la pediatra) se va prolongando y todos comenzamos a inquietarnos por algo que comienza a suceder: la madre está tan atenta a la pediatra y parece que le cuesta tanto seguirla, que ha dejado de mirar a la niña, sujetarla y atenderla. Laura, en su fajo de ropas, yace cerca de la esquina del mueble, con peligro de caerse. La madre no parece enterarse y todas comenzamos a inquietarnos más y más. La pediatra llega a cortarse en su discurso y nos miramos. La madre sigue sin enterarse del peligro de su hija. Al final, dada la situación, decido romper mi papel de observadora e intervengo: toco a la niña y le digo algo. La niña me responde con una mueca y moviéndose más, con lo que hay más riesgo de que se caiga. Entonces la pediatra, cuidadosamente, le dice a la madre: ‘tal vez es mejor que la cojas, que la tengas en brazos mientras hablamos’.

Nos miramos y, sin palabras, coincidimos en que luego habrá que hablar. La visita y la observación siguen hasta el final y, luego, en el breve comentario una vez que la madre se ha marchado, decidimos que la alternancia entre adhesión y disociación en esta madre es tan llamativa y extrema que, si se junta a sus dificultades de ‘comprensión’ (o de introyección), hace pensar en un trastorno mental severo, tal vez ya diagnosticado. Se decide preguntar en la unidad de salud mental de la zona: el resultado es ‘apabullante’. La madre está diagnosticada de ‘síndrome esquizofrénico’ y ha dejado de asistir a las consultas tras el parto¹⁰⁰.

Programas preventivos basados en los datos anteriores

Ya hace decenios que se aplican los programas preventivos basados en los datos reseñados anteriormente. En 1990, Meissels y Shonkoff¹⁰¹ realizaron su monumental compilación de programas preventivos específicos e inespecíficos para estos casos, estudiados tanto desde el punto de vista de la eficacia, como de la eficiencia y la efectividad y la accesibilidad, obra que puede complementarse con otras señaladas en la bibliografía¹⁰²⁻¹¹⁵. En 1999, Mental Health Europe, el organismo europeo de la World Federation for Mental Health, ha recopilado un resumen de los 195 programas preventivos europeos para la infancia (“de 0 a 6 años”) con más tradición o apoyos científicos. Entre ellos aparecen 11 programas españoles, dos de ellos ya nombrados anteriormente. Se trata de programas dirigidos a la prevención y promoción de la salud mental de la primera infancia^{25,100,108}.

Uno de los programas preventivos en salud mental con

TABLA 11. Actividades generales del subprograma de Prevención en Salud Mental del PAPPS sobre “Antecedentes de patología psiquiátrica en los padres”

1. La presencia de alguno de tales trastornos mentales graves (de los padres o los hijos) debería ser señalada de forma clara en la historia clínica de los hijos, por lo menos en la lista de “condicionantes y problemas” o su equivalente
2. En ese grupo de población definido, hay que realizar un seguimiento especialmente cuidadoso y prudente del programa del niño sano (vacunaciones, revisiones, visitas periódicas...), procurando anotar claramente las citas en el carnet o tarjeta de visitas y cuidando especialmente la periodicidad de las mismas
3. Realizar “sobre la marcha” o, si es preciso, concertar al menos una entrevista con los familiares. El motivo directo puede ser precisamente el desarrollo de dicho programa del “Niño Sano”. Objetivo: atención cuidadosa, aunque si es posible no explícita o directa, acerca de los cuidados cotidianos recibidos por el niño; hay que prestar atención a lo que los padres expresan acerca del niño
4. En caso de surgir señales de alarma (tabla 4) en el niño, se debe contactar, si es necesario, con el médico de adultos, el trabajador social del centro, los servicios psicopedagógicos o los de salud mental y, asimismo, con el pediatra cuando se detectan trastornos psiquiátricos en los padres
5. La no presentación repetida a las consultas programadas implica una señal de alerta suplementaria, ante la que hay que reaccionar según las recomendaciones incluidas en el subprograma

Recomendaciones de Ciurana y Tizón²³, y Tizón et al^{24,115}.

más tradición, el del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), ha tenido en cuenta desde el principio esos datos, tanto en su aplicación a la infancia como en la edad adulta^{19,23,24,113,115,116}. De ahí que, entre sus 13 programas prioritarios, incluya el subprograma “Antecedentes de patología psiquiátrica en los padres”. Las tablas 4 y 11 muestran los criterios de inclusión en este subprograma y las actividades mínimas solicitadas en esos casos a los equipos de APS interesados en la promoción y la prevención de la salud mental. Se trata de realizar medidas sencillas de prevención primaria (tabla 11) en los hijos menores de 22 años de edad, de cuyos padres se tienen datos como los que figuran en la tabla 4. Conseguir un cierto conocimiento en la práctica de los apartados A y B de la tabla 4 puede suponer una mejoría en las capacidades de los equipos de APS para integrar los elementos de salud mental en su práctica cotidiana. Por otra parte, una cierta experiencia en la detección de los apartados A y B es básica para poder realizar las intervenciones mínimas que componen las recomendaciones del subprograma.

Si el equipo de atención primaria no se encuentra suficientemente formado, decidido o seguro de esos datos, no hemos que olvidar que hay otras numerosas formas de recolectarlos; por ejemplo, haciendo un seguimiento especialmente cuidadoso y prudente del “Programa del Niño Sano”,

lo cual nos proporcionará elementos diagnósticos sobre los padres y sobre los hijos. En caso de no ser suficiente, pueden utilizarse sistemas de detección precoz, como el RQC de la OMS, incluido en el programa del PAPPS¹⁹, el uso del General Health Questionnaire¹⁸, el EADG¹¹⁷, o bien la interconsulta con el servicio de salud mental. Los equipos más especializados, tanto de sanidad como de enseñanza, pueden utilizar herramientas de detección más específicas, como la entrevista clínica adecuadamente orientada, diversos tipos de entrevistas semiestandartizadas, la Children's Behaviour Checklist de Achenbach^{118,119}, o los 2 listados que estamos intentado desarrollar y baremar: el ARBB de Guedeney (Alerta sobre el Retraimiento del Bebé [ADBB-ARBB])¹²⁰ o nuestro instrumento LISMEE-LISMEP (Listado de Ítems de conducta de edad preescolar y escolar^{94,121}).

Se trata de modestos trabajos que han de ser ampliados y mejorados en el futuro: la salud (mental) de las próximas generaciones puede depender de que sepamos desarrollar la sensibilidad clínica y los instrumentos de detección precoz de las alteraciones en la mencionada relación entre padres e hijos. Por supuesto, la salud mental de las próximas generaciones está relacionada, sobre todo, con el desarrollo de unos modelos sociales más solidarios y cuidadosos con la infancia, pero también, como decimos, con que seamos capaces de desarrollar esos sistemas, procedimientos y vías de prevención precoz en este campo. Se trata, pues, de un esfuerzo y un trabajo que poseen un importante valor humano, además de un valor o valía profesional. Una valía que ya apuntaba con lírica concisión el poeta hindú Rabindranath Tagore (1861-1941), cuando escribió: "El hombre es un niño; poder crecer es su poder".

Bibliografía

- Freud S. Sobre las teorías sexuales infantiles. En: Obras completas de S. Freud (1908). Vol 9. Buenos Aires: Amorrortu; 1989. p. 183-203.
- Freud S. Análisis de la fobia de un niño de cinco años (caso "Juanito"). En: Obras Completas de S. Freud (1909). Vol 10. Buenos Aires: Amorrortu; 1989. p. 1-250.
- Breuer J, Freud S. Estudios sobre la histeria. En: Obras completas de S. Freud (1985). Vol 1. Madrid: Biblioteca Nueva; 1968. [También en Freud S. Obras Completas. Vol 2. Buenos Aires: Amorrortu; 1989. p. 23-310].
- Freud S. De la historia de una neurosis infantil. En: Obras completas (1918b). Vol 17. Buenos Aires: Amorrortu; 1989. p. 1-112.
- Freud S. Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia ("dementia paranoides") descrito autobiográficamente (caso "Schreber"). En: Obras completas de S. Freud (1910). Vol 12. Buenos Aires: Amorrortu 1989. p. 11-73.
- Rutter M. Long-term effects of early experience. *Devl Med Child Neurol.* 1980;22:800-15.
- Kagan J, Zentner M. Early childhood predictors of adult psychopathology. *Harv Rev Psychiatry.* 1996;3:341-50.
- De Ajuriaguerra J. *Manuel de Psychiatrie de l'enfant.* Paris: Masson; 1978.
- Erikson EH. *Infancia y sociedad.* Buenos Aires: Hormé; 1970.
- Mazet P, Stoleru S. *Psicopatología de la primera infancia.* Barcelona: Masson; 1990.
- Lamour M, Lebovici S. Les interactions du nourrisson avec ses partenaires. *Psychiatrie de l'Enfant.* 1991;34:171-275.
- Meltzer D, Harris H, Hayward B. *El paper educatiu de la família.* Barcelona: Espaxs; 1989.
- Miller L, Rustin M, Shuttleworth R. *Closely Observed Infants.* Londres: Gerald Duckworth & Co.; 1989.
- Rutter M. Family, area and school influences in the genesis of conduct disorders. En: Denckla MB, editor. *The child with development disabilities grown up: adult residua of childhood disorders.* *Neurol Clin.* 1993;11:105-125:95-114.
- Tizón JL. Atendiendo al sufrimiento de los padres: cuidando el futuro. En: Sasot J, Moraga FA, editores. *Avances en psicopediatría: padres, salud, sociedad.* Barcelona: Prous Science; 2001. p. 145-67.
- Tizón JL. *Apuntes para una psicología basada en la relación.* 6.ª ed. Barcelona: Biblària; 1995.
- Bofill P, Tizón JL. *Qué es el psicoanálisis: orígenes, temas e instituciones actuales.* Barcelona: Herder; 1994.
- Goldberg DP, Huxley P. *Common Mental Disorders.* London: Routledge; 1992.
- Tizón JL. Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. En: Brotons C, Ciurana R, Iglesias M, editores. *Manual de prevención en atención primaria. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS).* Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2003. p. 547-75.
- Servei Català de la Salut, Consell Assessor sobre Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental. *Programa d'atenció específica als trastorns mentals severes.* Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2003.
- Tizón JL. La atención primaria a la salud mental (APSM): una concreción de la atención sanitaria centrada en el consultante. *Aten Primaria.* 2000;26:111-9.
- Tizón JL. Una aproximación a las posibilidades de la atención primaria a la salud mental de la infancia. *Cuadernos de Gestión.* 2001;7:9-30.
- Ciurana R, Tizón JL. Atención primaria y prevención de los trastornos de la salud mental [editorial]. *Aten Primaria.* 1993;12:1-2.
- Tizón JL, Buitrago F, Ciurana R, Chocrón L, Fernández C, García-Campayo J, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. *El Programa del PAPPS y la semFYC, versión 2003 (con inclusión de los nuevos subprogramas sobre "Violencia doméstica y de pareja" y "Maltratos a los ancianos").* *Aten Primaria.* 2003;32 Supl 2:77-101.
- Amigó E, Angulo F, Artemán A, Callabed J, Casalé D, Cerdán G, et al. *Programa de Seguiment del Nen Sa: Protocol de Salut Mental Infantil i Juvenil.* Barcelona: Direcció General de Salut Pública-Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya; 1999.
- Bowman FM, Garralda ME. Psychiatric morbidity among children who are frequent attenders in general practice. *Br J Gen Pract.* 1993;43:6-9.
- Cohn JF, Tronick EZ. Three-month-old infants' reaction to simulated maternal depression. *Child Develop.* 1983;54:185-93.
- David M. Danger de la relation précoce entre le nourrisson et sa mère psychotique. *Psychiatrie de l'Enfant.* 1981;24:151-96.
- David M. Souffrance du jeune enfant exposé a un état psychotique maternel. *Perspectives Psychiatriques.* 1987;6:7-21.
- Denckla MB. The child with development disabilities grown up: adult residua of childhood disorders. *Neurol Clin.* 1993;11:105-25.
- Field T. Models for reactive and chronic depression in infancy. En: Tronick EZ, Field T, editors. *Maternal depression and infant disturbance.* San Francisco: Jossey-Bass; 1986. p. 47-60.
- Field T. Affective and interactive disturbances in infants. En: Osofsky JD, editor. *Handbook of infant development.* New York: Wiley; 1987. p. 972-1005.
- Tronick EZ, Field T. *Maternal depression and infant disturbance.* San Francisco: Jossey-Bass; 1986.
- Tronick EZ. *Social interchange in infancy: affect, cognition and communication.* Baltimore: University Park Press; 1982.
- Tronick EZ, Gianino AF. The transmission of the maternal disturbance to the infant. En: Tronick EZ, Field T, editors. *Maternal depression and infant disturbance.* San Francisco: Jossey-Bass; 1986.
- DalCin A, de Mesones J, Tizón JL. *La Mina district of Barcelona: a planning approach to psychopathology.* *Cities.* 1995;12:87-95.

37. Tizón JL. Psicosis, contención y esperanza: Las funciones emocionales del equipo en el tratamiento de pacientes graves. *Informaciones Psiquiátricas*. 1992;129:593-616.
38. Mangham C, McGrath P, Reid G, Stewart M. Resiliency: relevance to health promotion. Detailed analysis. Ottawa: Ministry of Supply and Services; 1995.
39. Institute of Medicine. Risk and protective factors for the onset of mental disorders. Washington DC: Academy Press; 1994.
40. US Department of Health and Human Services. Mental health: a report of the surgeon general. Rockville: NIMH; 1999.
41. National Institute of Mental Health. Genetics and mental disorders: report of the National Institute of Mental Health's Genetics Workgroup. Rockville: NIMH; 1998.
42. Alanen YO. Schizophrenia: its origins and need-adapted treatment. London: Karnack Books; 1997, 1999.
43. Epstein H. Vida y muerte en la escala social. *Revista de Occidente*. 1999;215:19-47.
44. Wilkinson RG. *Unhealthy Societies: the afflictions of inequality*. London: Routledge; 1997.
45. Marmot MG. Improvement of social environment to improve health. Geoffrey Rose memorial lecture. *Lancet*. 1998;351:57-60.
46. Marmot MG, Wilkinson RG, editors. *Social determinants of health*. New York: Oxford University Press; 1999.
47. Singh-Manoux A, Adler NE, Marmot MG. Subjective social status: its determinants and its association with measures of ill-health in the Whitehall II study. *Soc Sci Med*. 2003;56:1321-33.
48. Runciman WG. Relative deprivation and social injustice: a study of attitudes to social inequality in twenty-century England. Los Angeles: University of California Press; 1996.
49. Wolf S, Bruhn JG. The power of clan. The influence of human relationships on heart disease. New Brunswick: Transaction Publishers; 1993.
50. McGaughey P, Starfield B, Alexander C, Ensminger ME. Social environment and vulnerability of low birth weight children: a social-epidemiological perspective. *Pediatrics*. 1991;88:943-53.
51. Manzano J, editor. *Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos*. Madrid: Necodisne; 2001.
52. Freud S. Pegan a un niño (contribución al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales). En: *Obras completas de S. Freud* (1919). Vol 17. Buenos Aires: Amorrortu; 1989. p. 177-200.
53. Tremblay RE, Phil RO, Vitaro F, Dobkin PL. Predicting early onset of male antisocial behavior from preschool behavior. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:732-8.
54. Chaffin M, Kelleher K, Hollenberg J. Onset of physical abuse and neglect: psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse Negl*. 1996;20:191-203.
55. Piven J. The biological basis of autism. *Curr Opin Neurobiol*. 1997;7:708-12.
56. Brazelton TB, Cramer B. *La relación más temprana*. Barcelona: Paidós; 1993.
57. Tizón JL. *Pérdida, pena, duelo: vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona: Paidós; 2004.
58. Jenkins E, Bell C. Exposure and response to community violence among children and adolescents. En: Osofsky J, editor. *Children in a violent society*. New York: Guilford Press; 1997.
59. Van Ijzendoorn MH, Juffer F, Duyvesteyn MG. Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: a review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *J Child Psychol Psychiatry*. 1995;36:225-48.
60. Kagan J. On attachment. *Harvard Rev Psychiatry*. 1995;3:104-6.
61. Olds D, Robinson J, Song N, Little C, Hill P. *Reducing Risks for mental disorders during the first five years of life: a review of preventive interventions*. Rockville: Center for Mental Health and Statistics; 1999.
62. Puig Antich J, Goetz D, Davies M, Kaplan T, Davies S, Ostrow L, et al. A controlled family history study of prepubertal major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46:406-18.
63. Wickramaratne PJ, Weissman MM. Onset of psychopathology in offspring by developmental phase and parental depression. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*. 1998;37:933-42.
64. Murray L, Kempton C, Woolgar M, Hooper R. Depressed mother's speech to their infants and its relación to infant gender and cognitive development. *J Child Psychol Psychiatry*. 1993;34:1083-102.
65. Guedeney A, Charron J, Delour M, Fermanian J. L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'échelle d'Alarme Détresse Bébé (ADBB). *Psychiatrie de l'Enfant*. 2001;44:211-31.
66. Worden JW. *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós; 1997.
67. Belsky J, Nezworski T. *Clinical implications of attachment*. New Jersey: Erlbaum; 1988.
68. Bowlby J. *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Buenos Aires: Paidós; 1983.
69. Marcellis M, Navarro Mateu F, Murray R, Selten JP, Van Os J. Urbanisation and psychosis: a study of 1942-1978 birth cohorts in The Netherlands. *Psychol Med*. 1998;28:871-9.
70. Nicolson R, Lenane M, Singaracharu S, et al. Premorbid speech and language impairments in childhood-onset schizophrenia: association with risk factors. *Am J Psychiatry*. 2000;157:794-800.
71. Olin SC, Mednick SA. Risk factors of psychosis: identifying vulnerable populations premorbidly. *Schizophr Bull*. 1996;22:223-40.
72. Olin SC, Mednick SA, Cannon T, Jacobsen B, Parnas J, Schulsinger F, et al. School teacher ratings predictive of psychiatric outcome 25 years later. *Br J Psychiatry*. 1998;172 Suppl:7-13.
73. Salokangas RK. Living situation social network and outcome in schizophrenia: a five-year prospective follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*. 1997;96:459-68.
74. Santini S, Caselli L, Lucareli S, Trinci A, Ferrara M, Zappa M. Risk factors associated with the phenomenon of long-term care in psychiatry. A case-control study conducted in the Servizio di Igiene Mentale of Cassetino (Arezzo). *Epidemiol Prev*. 1997;21:34-40.
75. Torrey EF, Bowler AE, Clark K. Urban birth and residence as risk factors for psychoses: an analysis of 1880 data. *Schizophr Res*. 1997;25:169-76.
76. Torrey EF, Yolken RH. At issue: is household crowding a risk factor for schizophrenia and bipolar disorder? *Schizophr Bull*. 1998;24:321-4.
77. D'Amato T, Saoud M. Risk factors and schizophrenia. *Encephale*. 1996;22:3-7.
78. David AS, Malmberg A, Brandt L, Allebeck P, Lewis G. IQ and risk for schizophrenia: a population-based cohort study. *Psychol Med*. 1997;27:1311-23.
79. Isohanni I, Järvelin MR, Nieminen P, Jones P, Rantakallio P, Jokelaine J, Isohanni M. School performance as a predictor of psychiatric hospitalization in adult life. A 28-year follow-up in the Northern Finland 1966 birth cohort. *Psychol Med*. 1998;28:967-74.
80. Jones PB, Rantakallio P, Hartikainen AL, Isohanni M, Sipilä P. 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. *Am J Psychiatry*. 1998;155:355-64.
81. Linszen DH, et al. Early recognition, intensive intervention and other protective and risk factors for psychotic relapse in patients with first psychotic episodes in schizophrenia. *Int Clin Psychopharmacol*. 1998;13 Suppl 1:7-12.
82. Tien AY, Eaton WW. Psychopathological precursors and sociodemographic risk factors in the schizophrenia syndrome. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49:37-45.
83. Van Os J, Jones P, Sham P, Bebbington P, Murray RM. Risk factors onset and persistence of psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998;33:596-605.
84. Verdoux H, Van Os J, Sham P, Jones P, Gilvarry K, Murray R. Does family predispose to both emergence and persistence of psychosis? A follow-up study. *Br J Psychiatry*. 1996;168:620-6.
85. Yung AR, Phillips LJ, McGorry PD, McFarlane CS, Francey S, Harrigan S, et al. Prediction of psychosis. A step towards indicated prevention of schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1998;172 Suppl:14-20.
86. Peters RV, McMahon RJ, editors. *Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency*. Londres: SAGE; 1996.
87. Rodríguez A. Repercusiones de la emigración sobre la salud mental y psicopatología familiar en la población gallega. *Documentación Social*. 1982;47:75-82.
88. Oztek P, Colledge M, Svensson PG, editors. *Migration and health*. La Haya: OMS; 1986.
89. Tizón JL, Salamero M, Pellegrero N, Sáinz F, Atxotegi J, San José J, et al. Migraciones y salud mental: un análisis psicopatológico tomando como punto de partida la inmigración asalariada a Catalunya. *Barcelona: PPU*; 1993.

90. Stern D. *The interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books; 1985.
91. Fonagy P. The development of psychopathology from infancy to adulthood: the mysterious unfolding of disturbance in time. Plenary Address at the World Association of Infant Mental Health Congress. Montreal, 28 de julio de 2000. Montreal: WAIMH; 2000.
92. Tienari P, Wynne LC, Moring J. The Finnish adoptive family study of schizophrenia. Implications for family research. *Br J Psychiatry*. 1994;164:20-6.
93. Turpeinen P. *Ahdingossa luova lapsi ja nuori*. Helsinki: Tienviittoja Kasvuun; 2004 [versión inglesa].
94. Tizón JL, Artigué J, Parra B, Goma M, Ferrando J, Pareja F, et al. Señales de alerta y síntomas prodrómicos de la esquizofrenia en APS (estudio SASPE). Protocolo de una investigación empírica. *Aten Primaria*. En prensa 2004.
95. Tizón JL. ¿Se puede pensar todavía en una "sociogénesis" y en una "psicogénesis" de las psicosis? *Archivos de Psiquiatría*. 2004;67:67-72.
96. McKinnon R, Michels R. *Psiquiatría clínica aplicada*. México: Interamericana; 1973.
97. Manzano J, Palacio-Espasa F. *Los escenarios narcisistas de la parentalidad*. Bilbao: Altxa; 2002.
98. Tizón JL. Psychoanalysis and primary health care: our participation as psychoanalysts in a long-overdue change in the health services. En: Guimón J, Zac S, editors. *Challenges of psychoanalysis in the 21st century*. New York: Kluwer Academic/Plenum Books; 2001. p. 83-101.
99. Tizón JL, Fuster P. Father's role. En: *Book of abstracts del VI International Congress on Infant Observation: New discoveries and applications. Centenary of Esther Bick*. Krakow: Przemysl; 2002. p. 28-31.
100. Tizon J, Artigue J, Goma M. Infant observation in a Functional Unit for Mental Health in Primary Infancy (FUMHEC). *Book of 7th International Conference on Infant Observation, Esther Bick's method: paths of growth: from the eyes to the mind*. Firenze. En prensa 2004.
101. Meissels SJ, Shonkoff JP. *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Press Syndic of the University of Cambridge; 1990.
102. Council of Europe. *Conference of European ministers responsible for public health. An European approach to health promotion*. Estrasburgo: Consejo de Europa; 1981.
103. Costello EL, Shugart MA. Child mental health and primary pediatric care. *Pediatrics*. 1991;3:636-41.
104. Cox AD. Preventive aspects of child psychiatry. En: Garralda ME, editor. *Managing children with psychiatric problems*. Londres: BMJ; 1993. p. 179-207.
105. Garralda ME. *Managing children with psychiatric problems*. Londres: BMJ; 1993.
106. Jané-Llopis E. La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Rev Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2004;89:67-79.
107. Kelleger K, Starfield B. Health care use by children receiving health services. *Pediatrics*. 1990;85:114-8.
108. Mental Health Europe, European Commission: *mental health promotion for children up to 6 years: directory of projects in the European Union*. Bruselles: European Commission; 2000.
109. Newton J. *Preventing mental illness in practice*. London: Tavistock and Routledge; 1992.
110. Pla de Salut de Catalunya: *salut mental i atenció primària en salut mental*. Barcelona: Servei Català de Salut; 1994.
111. Tizón JL, coordinador. *Programa de Salut Mental de Catalunya. Treballs, conclusions i recomenacions del Grup de Treball sobre Suport a l'Atenció Primària de Salut*. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1995.
112. Sommerschild H. *Prevention in child psychiatry*. *Acta Psychiatr Scand*. 1987;337 Supl 76:59-63.
113. Tizón JL. *Atención primaria a la salud mental y salud mental en atención primaria*. Barcelona: Doyma; 1992.
114. National Center for Clinical Infant Programs: *Clasificación diagnóstica: 0-3*. Buenos Aires: Paidós; 1998.
115. Tizón JL, San José J, Nadal D. *Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental*. Barcelona: Herder; 1997, 2000.
116. Fernández MC, Herrero S, Buitrago F, Ciurana R, Chocrón L, García-Campayo J, et al. *Violencia doméstica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Pública-semFYC-PAPPS; 2003.
117. Lobo A, Montón C, Campos R, García Campayo J, Pérez-Echevarría MJ, y el GZEMPP. *Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica. El nuevo instrumento EADG*. Madrid: Roche; 1995.
118. Achenbach TM. *Manual for the child behavior checklist/2-3 and 1992 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry; 1992.
119. Bérubé RL, Achenbach TM. *Bibliography of published studies using ASEBA instruments*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry; 2000.
120. Guedeney A, Fermanian J. A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: the alarm distress baby scale. *Infant Mental Health J*. 2001;22:559-75.
121. Tizón JL, Artigué J, Gomá M, Parra B, Ferrando J, Marzari B, Pérez C. Factores de riesgo de padecer trastornos psicóticos: ¿es posible realizar una detección preventiva? En prensa.