

H. Romero Escobar¹, E. Martín Moreno²,
A. Calvo Fernández³

Unidad de salud mental Infantil y Juvenil. Hospital General Universitario de Alicante

¹Psiquiatra, ²Psicóloga Clínica, ³MIR de Psiquiatría

Correspondencia:

Helena Romero Escobar

Avda. de Alicante s/n. 03690. San Vicente del Raspeig (Alicante).

aljudit@gmail.com

*Habilidades parentales
para padres con trastorno
mental: una prevención
necesaria*

*Parental abilities for
parents with mental
disorders: a necessary
prevention*

RESUMEN

Pese a que las recomendaciones generales de salud indican la importancia de priorizar el desarrollo de programas de prevención, desde salud mental se tiende, a focalizar la atención en la parte más asistencial, de trincheras. En las unidades de salud mental infantil, al intervenir en la edad pediátrica, se podría considerar que ya se está realizando la tarea preventiva de esos futuros adultos.

La presencia de psicopatología en uno o ambos padres puede comprometer la salud mental de los hijos por la exposición a pautas desadaptativas de crianza y problemas en la vinculación afectiva.

En algunos países ya se está invirtiendo recursos en apoyar y mejorar las habilidades parentales de pacientes con Trastorno Mental de las Unidades de Salud Mental de Adultos como medida protectora y por tanto preventiva de estos menores en riesgo.

En este trabajo se revisa la relevancia de la crianza saludable y el establecimiento de una vinculación segura para el desarrollo de una correcta salud mental.

Se describen iniciativas llevadas a cabo con el objetivo de prevenir alteraciones en los hijos de personas con Trastorno Mental.

Y tras este análisis, conscientes de la importancia preventiva de intervenir en este ámbito, desde nuestra Unidad de Salud Mental Infantil, proponemos realizar de forma grupal un trabajo de fortalecimiento de lazos vinculares y pautas de crianza en padres usuarios de los servicios de salud mental y los dispositivos de las Unidades de Conductas Adictivas.

Palabras clave: padres, trastorno mental, psicopatología, prevención.

ABSTRACT

Although the general health recommendations indicate the importance of prioritizing the development of prevention programs, in mental health services we tend to focus the attention only on care. In child mental health units, as we intervene on children, we could think that the preventive task is being performed for these future adults.

The presence of psychopathology in one or both parents may compromise the mental health of children from exposure to maladaptive patterns of parenting and bonding problems.

Some countries are already investing resources to support and improve parenting skills for patients with a mental disorder as a protective and preventive action for these children at risk.

In this paper we discuss the importance of healthy parenting and the establishment of a secure attachment for the development of a proper mental health. It describes initiatives taken in order to prevent disturbances in children whose parents have a mental disorder.

And after this analysis, aware of the importance of preventive actions in this field, from our Children's Mental Health Unit, we propose to work with groups of parents from Adult Mental Health and Addictive Behaviour Units to strengthen attachment and improve parenting skills.

Key words: parents, mental disorder, psychopathology, prevention.

JUSTIFICACIÓN

Hace tiempo ya, que en medicina se tiene claro que es mucho más costoso para la sociedad intentar curar o frenar determinadas alteraciones físicas como infartos cardíacos o accidentes vasculares cerebrales y costear sus secuelas y consecuencias (económicas y humanas), que intentar ir al origen.

Así el doctor Valentín Fuster (1) está llevando a cabo un trabajo consistente en promover hábitos saludables en niños en edad preescolar con la colaboración de los personajes de Barrio Sésamo en varios países, entre ellos España, Colombia y Estados Unidos. Este reputado cardiólogo que probablemente ha salvado muchas vidas, muy posiblemente también ha presenciado la muerte de otra gente, para quienes era demasiado tarde y no se pudo hacer nada para evitar que fallecieran. Estas vivencias son las que le han llevado al final de su carrera profesional a dedicar su tiempo y sus conocimientos a prevenir. Ahora piensa que a medio y largo plazo esto contribuirá a aumentar la esperanza de vida y sobre todo a mejorar la calidad de vida de la gente.

En nuestro campo de salud mental, se está empezando en esta línea de la prevención con programas como los de primeros episodios psicóticos (2). Es mucho más costoso y se requieren muchos recursos para la atención de trastornos mentales graves (tratamientos farmacológicos,

medidas de rehabilitación e inserción social...) que lo que requiere la prevención.

En cuanto al ámbito de la Salud Mental Infantil; por definición, hacemos prevención de la salud mental del futuro adulto. Sin embargo, muchas veces nos llegan "tarde" y por tanto actuamos "tarde". A menudo en las Unidades de Salud Mental, nos dedicamos más a la asistencia de trinchera y nada o casi nada a la Prevención y Promoción de la Salud Mental. Más allá de los casos individuales, como profesionales de la Salud Infantil, tenemos la obligación de proteger a la infancia e intentar evitar daños que en ocasiones pueden llegar a ser irreparables durante su desarrollo.

Siguiendo esta reflexión, debemos plantearnos... ¿Qué necesitan los niños para desarrollarse adecuadamente? (3, 4)

La pirámide del psicólogo humanista Maslow (5) nos habla de una jerarquía en la que no se pueden alcanzar los peldaños superiores de espiritualidad y superación mientras no se tienen cubiertos los inferiores consistentes en cubrir las necesidades fisiológicas básicas. Esto puede resumirse en una frase: Los niños para su correcto desarrollo necesitan básicamente tres cosas: seguridad, afecto y límites. Es decir, necesitan sentirse seguros, queridos y tener un modelo o guía de conducta a seguir.

Según apunta toda la evidencia científica somos el resultado de la interacción genes-ambiente. Según apuntaba el fisiólogo alemán Preyer, autor del primer manual de Psicología evolutiva (6), el niño no es una tabla rasa, sino que viene determinado por sus características genéticas y será el ambiente el encargado de completar el desarrollo. Sobre la carga genética poco se puede actuar, de momento. Sin embargo, las condiciones ambientales sí podemos intentar mejorarlas. Sabemos que las relaciones de apego tempranas van a ser determinantes para el neurodesarrollo y para la posterior formación de la personalidad.

Por otro lado, también sabemos que la presencia de psicopatología en uno o ambos padres puede comprometer grave e irreversiblemente el establecimiento de una vinculación temprana adecuada (7).

En países como Rusia se destinan por ello cinco veces más recursos a la Salud Mental Infantil que a la Salud Mental del Adulto (8). Y en otros países, como analizaremos más adelante, empiezan a diseñarse programas de abordaje de las dificultades paternas en pacientes de las Unidades de salud mental de Adultos (9, 10, 11, 12, 13).

Conscientes de la importancia preventiva de intervenir en este ámbito, desde nuestra Unidad de Salud Mental Infantil proponemos realizar de forma grupal un trabajo de fortalecimiento de lazos vinculares en padres usuarios de los servicios de salud mental y los dispositivos de las Unidades de conductas adictivas.

ANTECEDENTES

Existen suficientes evidencias desde el campo de la neurociencia, de la psicología social y de la psicología del desarrollo que indican que las intervenciones en los primeros años de vida de un niño pueden prevenir desenlaces adversos a largo plazo, así como mejorar el funcionamiento de los padres (14).

En Suiza, en el equipo del psiquiatra alicantino Francisco Palacio (15), se trabaja desde hace años en evaluar y mejorar el vínculo entre el bebé y sus padres.

Esto se hace en el contexto de consultas individuales, lo cual resulta costoso pero sostenible por su modelo sanitario que es mayormente privado.

En el trabajo realizado por Jiménez Pascual A.M. (16) sobre la evaluación de la interacción padres-bebés se describen los distintos tipos de relación que se establecen entre los padres y el bebé.

1. Relación sobreinvolucrada:

El progenitor se involucra en exceso, ya sea en la atención física y/o psicológica:

El Progenitor obstaculiza las metas y deseos del bebé; controla de forma excesiva o formula exigencias inadecuadas para el nivel de desarrollo del bebé.

El bebé parece difuso, no enfocado e indiferenciado; despliega conductas sumisas o puede carecer de habilidades motrices o lingüísticas.

2. Relación subinvolucrada:

Conexión con el bebé esporádica o infrecuente.

Progenitor: insensible o no responde a las señales del bebé; ignora, rechaza o no conforta al bebé; no le protege adecuadamente.

Bebé: puede parecer retrasado en el desarrollo psicomotor.

Progenitor y bebé parecen desligados.

3. Relación ansiosa-tensa:

Interacciones tensas, con poco disfrute distendido.

El progenitor puede ser sobreprotector o hipersensible.

La manipulación del bebé puede ser torpe o tensa. Aparecen algunas interacciones verbal o emocionalmente negativas.

La adecuación entre los temperamentos es pobre.

El niño puede ser muy obediente o ansioso.

4. Relación colérica-hostil:

Interacción ruda y abrupta carente de reciprocidad emocional.

El progenitor puede ser insensible a las señales del bebé.

El niño puede parecer ansioso, inhibido, impulsivo o difusamente agresivo.

El niño puede presentar conductas temerosas, vigilantes y evitativas, o por el contrario, puede manifestarse exigente, desafiante o resistente con su progenitor.

En estos casos, los niños tienden más a las conductas concretas que al desarrollo de la fantasía e imaginación.

Aunque no todos los hijos de padres con algún trastorno mental van a experimentar dificultades (debido a la resiliencia y otros factores protectores), el riesgo de padecer algún trastorno mental es dos a tres veces superior que el de la población general. (17, 18).

Así en una muestra de usuarios de una unidad de salud mental de adultos, el 50% de los hijos cuyos padres padecían algún trastorno mental padecían ellos mismos algún problema de salud mental. (19).

El riesgo psicopatológico de los niños se ve incrementado por la combinación de una serie de factores entre los que se incluyen: adversidad psicosocial, edad de los niños, estadio del desarrollo, relaciones familiares y severidad y cronicidad del trastorno psiquiátrico de los padres. (20, 21).

En Australia se ha visto que la mayoría de los programas están orientados a niños entre 8 y 18 años y que existe un vacío asistencial en niños menores de 8 años.

Hay pocos estudios en cuanto a investigación, evaluación y prevención en el área de hijos de padres con trastorno mental, especialmente en cuanto a las necesidades de los niños entre 0 y 5 años (22). Algo más se ha hecho en el contexto específico de la depresión post-parto. (23).

Sabemos que los hijos de padres con algún tipo de psicopatología son una población de alto riesgo y a menudo estos padres son los que menos ayuda piden; por un lado por el estigma de su enfermedad mental, por otro quizá por el temor a perder la custodia de sus hijos. El sen-

timiento de discriminación, marginación y culpa en unos casos y la falta de insight en otros, les impide buscar ayuda para sus dificultades en la crianza de sus hijos (24, 25).

En Australia se están llevando a cabo programas preventivos en la línea de Promoción, Prevención e Intervención precoz en Salud Mental (Commonwealth Department of Health and Age Care, 2000) (26, 27, 28).

El Plan Nacional para promover la Salud Mental perinatal (2008-2010) tiene por objetivo mejorar la salud mental perinatal y el bienestar de las madres así como la relación de estas con sus hijos (29). Concretamente existe una preocupación creciente en identificar los padres con problemas de alcohol o drogas.

En el caso concreto de la depresión materna, no es suficiente con tratar dicha depresión, también habrá que intervenir en la relación madre-hijo, puesto que el abordaje único de la depresión materna no sería suficiente para mejorar el bienestar del niño. (30).

Se necesitan políticas de Salud Pública para proteger a los niños, haciendo especial hincapié en los hogares con padres con trastorno mental, abuso de tóxicos o violencia doméstica. Así mismo se requieren estudios longitudinales para medir la eficacia de estas intervenciones preventivas (31).

No es nada nuevo el sugerir que la intervención más precoz y más intensiva puede modificar la trayectoria vital de los niños en riesgo.

Pero conviene preguntarse cómo hacerlo, quién puede llevarlo a cabo mejor, qué profesionales deberían estar implicados, cuál es la mejor medida en términos de coste/beneficio. En las discusiones clínicas de muchas reuniones de equipo se suele hacer comentarios del estilo: “estos padres están mucho peor que sus hijos”. Pero, habría que preguntarse cuántos padres que están realmente mal no consultan nunca en una unidad de salud mental infantil.

Debemos cambiar el foco hacia esos padres ya diagnosticados en las Unidades de Salud Mental de Adultos y en las Unidades de conductas Adictivas.

En un estudio (32) llevan a cabo un programa piloto de grupo de padres para mejorar las habilidades parentales de padres usuarios de unidades de salud mental de adultos y de unidades de conductas adictivas.

La estructura del estudio consta de un programa inicial de 6 sesiones semanales, seguido de 4 visitas domiciliarias complementarias, en las que se objetiva la puesta en marcha de las estrategias aprendidas, con la

posibilidad de desarrollar un plan de seguridad familiar si fuera necesario.

Las sesiones de 3 horas cada una incluyen:

1. Crianza positiva: causas de los problemas de conducta infantil.
2. Salud mental paterna y crianza: impacto de la salud mental en la crianza.
3. Desarrollo de relaciones positivas con los hijos (Triple P: Positive parenting Program).
4. Nociones sobre desarrollo infantil (miedos, socialización, aspectos académicos).
5. Manejo de la mala conducta (Triple P).
6. Implementación de rutinas y estrategias (Triple P).

Los criterios de inclusión constan de padres con trastorno mental, con hijos con edades comprendidas entre 2 y 10 años. En cuanto a la evaluación, se utilizó el Inventario de Conducta infantil de Eyberg (36 ítems) y la Escala de Crianza- Parenting Scale (30 ítems). Los resultados del estudio fueron los siguientes:

Se realizaron 5 grupos de padres. Al inicio se incluyeron 29 padres, aunque solo 19 completaron las 10 sesiones. De esos 19 participantes, el 84% eran mujeres. El rango de edad de los padres osciló entre 19 y 55 años. La edad media de los padres fue de 32 años. La edad media de los niños fue de 4.7 años. El 85% de los niños cuyos padres completaron el programa no estaban recibiendo ninguna atención por problemas emocionales o de conducta.

Todos los participantes tenían algún tipo de trastorno mental que repercutía en la crianza; de los 19 que completaron el estudio, el 68% habían sido atendidos en un servicio de salud mental. Ocho de ellos tenían depresión y ansiedad, cinco de ellos tenían depresión, tres sufrían trastorno bipolar, uno estaba diagnosticado de psicosis, una madre tenía depresión post-parto y trastorno de estrés post-traumático, uno tenía depresión y trastorno obsesivo compulsivo y nueve de ellos eran consumidores de alcohol y/o otras drogas.

El programa de escuela de padres con Trastorno mental es capaz de producir mejoría a dos niveles; en las habilidades parentales y en la conducta de los niños.

Las puntuaciones post-grupo en la Parenting Scale sugieren que la negatividad parental, la ausencia de límites paternos y la disciplina ineficaz o demasiado severa, son prácticas parentales que contribuyen a la mala evolución de los hijos. Las puntuaciones del Cuestionario de Ey-

berg post-grupo indican una reducción en los problemas de conducta de sus hijos.

Estos hallazgos sugieren que enseñar a los padres habilidades parentales más constructivas redundaría en una mejoría en la conducta de los niños.

Los padres refirieron sentirse con mayor control y haber aprendido y puesto en práctica estrategias eficaces para manejar la conducta de sus hijos.

Estos resultados son prometedores pero se requieren muestras mayores y replicar esto en otros lugares para reforzar estos hallazgos preliminares.

De vez en cuando tenemos que salir de las trincheras para tener una perspectiva más amplia.

... sino los árboles no nos dejarán ver el bosque....

BIBLIOGRAFÍA

1. Peñalvo JL, Santos- Beneit, G, Sotos- Prieto M, Martínez R, Rodríguez C, Franco M, López-Romero P, Pocock S, Redondo J, & Fuster V. A cluster randomized trial to evaluate the efficacy of a school-based behavioral intervention for health promotion among children aged 3 to 5. *BMC Public Health* 2013;13:256.
2. McGorry PD, Killackey EJ. Early intervention in psychosis: a new evidence based paradigm. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2002 Oct-Dec;11(4):237-47.
3. Egger, H. & Angold, A. Common emotional and behavioural disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2006;47(3/4), 313-337.
4. Briggs-Gowan, M., Carter, A., Skuban, E & Hertz, S. Prevalence of social-emotional and behavioral problems in a community sample of 1- and 2-year-old children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2001; 40, 811-819.
5. Maslow, A. *A Theory of Human Motivation*; 1943. Disponible en books.google.es.
6. Preyer, W. *El alma del niño*; 1882. Ed. Daniel Jorro.
7. Priest, S., Austin, M., Barnett, B & Buist, A. A psychosocial risk assessment model (PRAM) for use with pregnant and postpartum women in primary care settings. *Archives of Women's Mental Health*; 2008, 11(5-6), 307-317..
8. Royal College of Psychiatrists. *Patients as Partners: Addressing the Needs, Including the Safety of Children whose Parents Have Mental Illness*; 2002. (Council Report CR105). London: Royal College of Psychiatrists.
9. Nicholson, J., Hinden, B., Biebel, K., Henry, A., & Katz-Leavy, J. A qualitative study of programs for parents with serious mental illness and their children: Building practice-based evidence. *Journal of Behavioral Health Services and Research*; 2007, 34(4), 395-413.
10. Clark, C. & Smith, P. Promoting Collaborative Practice for children of parents with mental illness and their families. *Psychiatric Rehabilitation Journal*; 2009, 33(2), 95-97.
11. Fudge, E. & Robinson, P. A public health approach to promoting better mental health outcomes for children of parents with a psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal*; 2009, 33(2), 83-90.
12. Newman, L., & Mares, S. Recent advances in the theories of interventions with attachment disorders. *Current Opinion in Psychiatry*; 2007, 20(4) 343-348.
13. Jack P. Shonkoff and Deborah A. Phillips. *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*; 2000. Editors: Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development, Board on Children, Youth, and Families.
14. Lebovici S. The Bertrand Cramer and Francisco Palacio-Espasa method of mother-infant psychotherapy. *Psychiatr Infant*; 1994;37(2):415-27;discussion 429-41.
15. Jiménez-Pascual AM. Detección y atención precoz de la patología mental en la primera infancia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*; 2002, Vol 22 (82).
16. Worland, J., Weeks, D. G., & Janes, C. L. Predicting mental health in children at risk; 1987.
17. Maybery, D., Reupert, A., Goodyear, M., Patrick, K., & Crase, L. Prevalence of children whose parents have a mental illness. *Psychiatric Bulletin*; 2009, 33, 22-28.
18. Matthai, J., Jespersen, S., Bourne, A., Donegan, T., Akinbiyi, A., & Gray, K. Use of Strengths and Difficulties Questionnaire in identifying emotional and behavioural problems in children of parents with

- a mental illness in Australia. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health; 2008, 7(3). Disponible en <http://amh.e-contentmanagement.com/archives/vol7/issue/3/article/3267/use-of-the-strengths-and-difficulties>.
19. Fudge, E., Falkov, A., Kowalenko, N., & Robinson, P. Parenting is a mental issue. Australasian Psychiatry; 2004, 12(2) 166-171.
 20. Newman, L., Stevenson, C., Bergman, L., & Boyce, P. Borderline personality disorder, mother-infant interaction and parenting perceptions: preliminary findings. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry; 2007, 41(7), 598-606.
 21. Kowalenko, N. Children aged 0-5 with a parent who has a mental illness: The need for early intervention. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health; 2009, 8(3). Disponible en <http://amh.e-contentmanagement.com/archives/vol8/issue/3/article/3470/children-aged-05-with-a-parent-who-has-a-mental>.
 22. Nicholson, J. & Deveney, W. Why not support(ed) parenting? Psychiatric Rehabilitation Journal; 2009, 33, 79-82.
 23. Alakus, C., Conwell, R., Gilbert, M., Buist, A., Castle, D. The needs of parents with a mental illness who have young children: an Australian perspective on service delivery options. International Journal of Social Psychiatry; 2007, 53(4), 333-339.
 24. Fudge E and Mason P. Consulting with young people about service guidelines relating to parental mental illness. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health; 2004, 3(2), 50-58. Disponible en www.auseinet.com/journal/vol3iss2/fudgemason.pdf.
 25. Beyondblue (2008). Beyondblue National Action Plan for Perinatal Mental Health 2008-2010. Retrieved 17 november, 2009. Disponible en www.beyondblue.org.au/index.aspx?link_id=4.665#national%20action%20plan.
 26. Kowalenko, N., Barnett, B., Fowler, C., & Matthey, S.. The perinatal period: Early interventions for mental Health. In R. Kosky, A. O'Hanlon, G. Martin, & C. Davis (Eds.), Clinical Approaches to Early Intervention in Child and Adolescent Mental Health; 2000 (Volume 4) (17-22). Adelaide: Australian Early Intervention Network for Mental Health in Young People.
 27. Reupert, A., & Maybery, D. A "snapshot" of Australian programs to support children and adolescents whose parents have a mental illness. Psychiatric Rehabilitation Journal; 2009, 33(2) 125-132.
 28. Austin, M.P. Perinatal mental health: Opportunities and challenges for psychiatry. Australasian Psychiatry; 2003, 11(4), 399-403.
 29. Van Doesum, K., Riksen-Walraven, J., Hosman, C., & Hoefnagels, C. A randomised controlled trial of home visiting intervention aimed at preventing relationship problems in depressed mothers and their infants. Child Development; 2008, 79(3), 547-561.
 30. Scott, D. Think child, think family: How adult specialist services can support children at-risk of abuse and neglect. Family matters; 2009, 81, 37-42.
 31. Phelan, R., Lee, L., Howe, D., & Walter, G. Parenting and mental illness: a pilot programme for parents. Australasian Psychiatry; 2006, 14(4), 399-403.