
Factores psicosociales de riesgo en psiquiatría infanto-juvenil

Ponencia presentada en el V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil.

Directores:

J. Toro Trallero

Profesor Titular de Psiquiatría, Universidad Central de Barcelona. Unidad de Psiquiatría Infantil y Juvenil, Hospital Clínico de Barcelona.

R. Bayés Sopena

Catedrático de Psicología Básica, Universidad Autónoma de Barcelona.

Temario:

— **Introducción**

J. Toro y R. Bayés

— **Patrón de conducta A en la infancia y la adolescencia: evaluación y adquisición.**

M.ª D. Bonet, T. de Flores y M. Valdés

— **Evaluación de acontecimientos vitales en la infancia**

G. Canalda, J. Toro, A. Vallés y E. Martínez

— **Acontecimientos vitales y psicopatología infantil**

G. Canalda, J. Toro, A. Vallés y E. Martínez

— **Comunicación no vocal y estrés en niños con parálisis cerebral**

C. Basil y R. Bayés

— **Actitud de los profesionales de la salud ante la dismenorrea juvenil**

E. Camarasa, N. Centelles y R. Bayés

— **Psicopatología en hijos de madres depresivas**

T. Brú y J. Toro

— **Valoración de la sintomatología depresiva en una población de escolares adolescentes**

M. García, J. Toro, F. Castro, L. Cuesta y P. Pérez

— **Publicidad y anorexia nerviosa**

J. Toro, M. Cervera y P. Pérez

- **Factores demográficos de riesgo en anorexia nerviosa**
J. Castro, J. Toro, M. García, P. Pérez y L. Cuesta
- **Ocupaciones riesgo para la anorexia nerviosa**
M.T. Ordeig, J. Moro y P. Pérez

Introducción

J. Toro y R. Bayés

Como señalaban hace poco Ader, Cohen y Felten (1987), en el artículo editorial de presentación de la nueva revista *Brain, Behavior and Immunity*, «nuestro conocimiento inmunológico actual no es suficiente para explicar por qué las reacciones alérgicas pueden ser provocadas por estímulos inmunológicos neutros aunque emocionalmente intensos; por qué pueden desaparecer las verrugas bajo hipnosis; por qué el ambiente social puede determinar la respuesta individual en enfermos infecciosos; por qué los virus latentes se traducen en enfermedad manifiesta bajo circunstancias ambientales «estresantes»; o por qué al exponerse a agentes infecciosos, algunos individuos enferman y otros no» (pág. 1). Dicho de otra manera, los agentes intrínsecamente nocivos, los estados intrínsecamente patógenos, son condiciones necesarias pero no suficientes para explicarnos la etiología y el curso de las enfermedades. De la misma manera, en ausencia de agentes o condiciones intrínsecamente curativas, se producen, en muchas ocasiones, mejorías o curaciones, a veces espectaculares. En el estado de conocimiento actual es, en nuestra opinión, cada vez más necesario sustituir de una vez la vieja concepción lineal en la que la exposición a un microorganismo o condición patógena concretos conducen a una enfermedad específica y un medicamento o tratamiento supuestamente activo a una mejoría o posible curación, por un *modelo bio-psico-social*, que sea capaz de dar cuenta de los complejos procesos que conducen a la enfermedad y a la salud humanas.

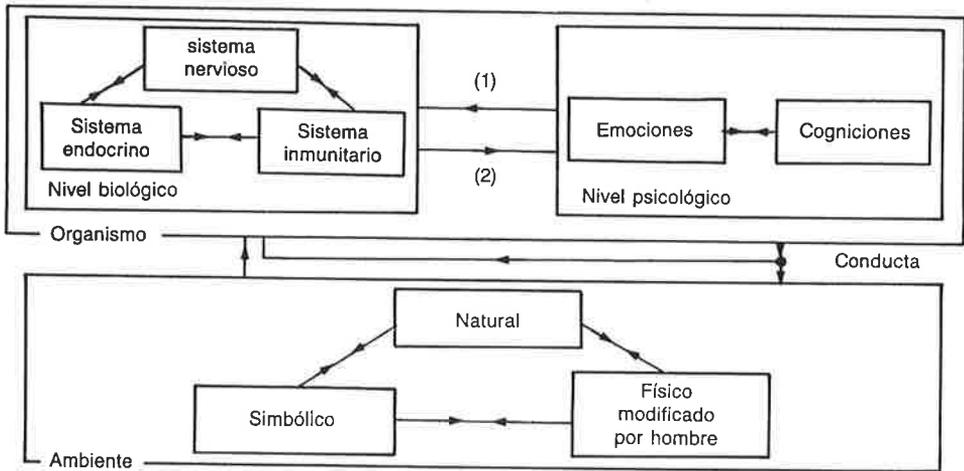
El modelo que presentamos en la figura 1, al que consideramos como permanentemente provisional y perfectible, posee las siguientes características:

a) Es *multideterminado*, al incluir variables biológicas, psicológicas y ambientales —tanto físicas como simbólicas— y tener en cuenta, por una parte, las estimulaciones nocivas o saludables del medio —tanto externo como interno— y, por otra, el grado de vulnerabilidad del individuo, el cual, mientras vive, se encuentra en perpetuo cambio.

b) *No dualista*, considerando a las variables psicológicas tan físicas como las biológicas aun cuando pertenecientes a grados de integración diferentes.

c) *No dicotómico*, al no introducir distinción ni separación alguna entre enfermedad física y mental, postulando que todo trastorno biológico produce alteración psicológica y que todo trastorno psicológico tiene su traducción en cambios en el substrato biológico, estimándose que el modelo de «salud-enfermedad» que se aplique al ámbito de la psiquiatría debe ser *el mismo* que aplican los demás terapeutas.

d) *Interactivo entre los elementos relevantes de un mismo nivel de integración*: a) *biológico*, a través de la continua influencia mutua de los sistemas nervioso, endocrino e inmunitario, en el sentido de que cualquier perturbación en uno de ellos tiene repercusiones en los otros dos; b) *psicológico*, a través de la continua influencia mutua entre variables cognitivas, emocionales y reacciones somáti-



- (1) Expectativas
(2) Reacciones somáticas percibidas

Fig. 1. Modelo multideterminado de salud/enfermedad

cas percibidas; y c) *conductual*, a través de la continua influencia mútua entre el hombre y el ambiente físico y simbólico propio de su cultura, por una parte, y entre el hombre y su propio organismo, por otra, a través de los denominados estilos de vida.

e) *Interactivo entre los distintos niveles de integración que constituyen la realidad bio-psico-social*. De la misma manera que el hombre cambia su entorno físico y simbólico a través de su acción, el entorno afecta a las variables biológicas y psicológicas del organismo, las cuales influyen a su vez en su comportamiento.

En la medida en que una enfermedad no sea únicamente producto de la exposición a agentes y condiciones intrínsecamente nocivos y la salud producto únicamente de la exposición a agentes y condiciones intrínsecamente saludables, y los resultados también dependen —además de la información genética— de factores aparentemente neutros que producen efectos diferenciales sobre los individuos, podrá hablarse, probablemente, de «enfermedades aprendidas» y de «salud aprendida».

Si esto es así, de la misma forma que el descubrimiento de los agentes y condiciones intrínsecamente patógenos o saludables —objetivo de la biomedicina y de las discipli-

nas tradicionalmente unidas a ella, como la farmacología— ha conseguido disminuir el riesgo y limitar o eliminar el daño de la enfermedad, el descubrimiento de la relación entre los factores psicosociales y la salud-enfermedad, así como de los principios y mecanismos que la rigen, debe contribuir a incrementar las ganancias hasta ahora conseguidas.

Aunque aquí debemos referirnos específicamente a la infancia y adolescencia, es evidente que los modelos de salud/enfermedad y de riesgo para enfermar son los mismos para todas las edades. El riesgo de enfermar es el resultado de las distintas distorsiones o disfunciones que sobrevengan en los distintos niveles de integración fenoménica y en sus sistemas interactivos que, unos y otros, ya han quedado expuestos anteriormente.

Si nos centramos ahora exclusivamente en el concepto de *riesgo* a enfermar, es forzoso incluir en él dos géneros de factores cuando menos: los *preexistentes* y los *precipitantes*. Los primeros determinarán la susceptibilidad individual a la experimentación de una determinada enfermedad. Los segundos decidirán de algún modo el momento cronológico en que haga su aparición el trastorno. A ellos aun es posible añadirles una tercera serie de he-

chos: los factores de *mantenimiento*, susceptibles de hacer perdurar —agravándola o no— la enfermedad una vez establecida. Los tres tipos de factores, interactuando conjuntamente a lo largo del tiempo, vienen a enriquecer y complementar el simplista y parcial concepto de etiología propio de la medicina tradicional. Todo ello supone que la explicación de una enfermedad —cualquier enfermedad— no es posible obtenerla preguntándose por *la causa* de la misma. Las cosas son mucho más complejas.

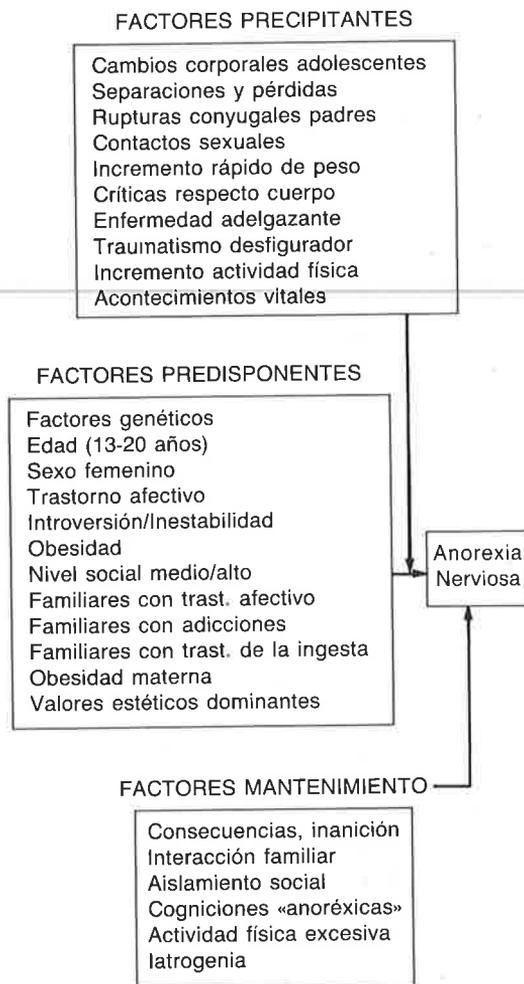
Sirva de ejemplo lo que ha puesto de manifiesto una revisión reciente (Toro y Vilardell, 1987) en el caso de una importante enfermedad adolescente, la anorexia nerviosa. La figura 2 muestra la presencia demostrada de al menos 12 factores predisponentes, 10 factores precipitantes y 6 factores de mantenimiento del trastorno. Todos ellos, pero especialmente los dos primeros, constituyen los factores de riesgo para la experimentación de la anorexia nerviosa.

El modelo de salud/enfermedad que hemos presentado es válido para cualquier género de trastorno. Ahora, al adentrarnos en el tema central de esta comunicación, vamos a referirnos al «riesgo» poniéndolo en relación con el trastorno psiquiátrico propiamente dicho. Los trastornos que estudia la psiquiatría, cualquiera que sea su etiopatogenia, se caracterizan por una serie de manifestaciones emocionales, y/o cognitivas, y/o conductuales. En la figura 3 se esquematiza la relación entre estas posibles manifestaciones psicopatológicas y los posibles factores de riesgo que las faciliten o desencadenen. Por supuesto que tales factores pueden ser estrictamente biológicos, genéticos o adquiridos, o de índole experiencial, es decir psicosociales o pertinentes al medio ambiente físico.

Obsérvese que los factores de riesgo inciden sobre un organismo cuyos elementos relevantes desde una perspectiva psicopatológica —emociones, cogniciones y conducta— interactúan y se influyen mutuamente, pudiendo establecer unos «circuitos reverberantes» que mantengan y acentúen o no, a lo largo del tiem-

po, la actuación de aquellos factores.

Los factores de riesgo que implican primariamente al organismo biológico son bien conocidos y aparecen en todas las obras más o menos especializadas: herencia genética, prematuridad, afectación neurológica perinatal, encefalitis, etc. Interesa subrayar aquí, en áreas de una concepción interactiva del ser humano, que ni siquiera estos factores que parecen



(Toro y Vilardell, 1987)

Fig. 2. Secuencia de factores predisponentes, precipitantes y de riesgo en la anorexia nerviosa

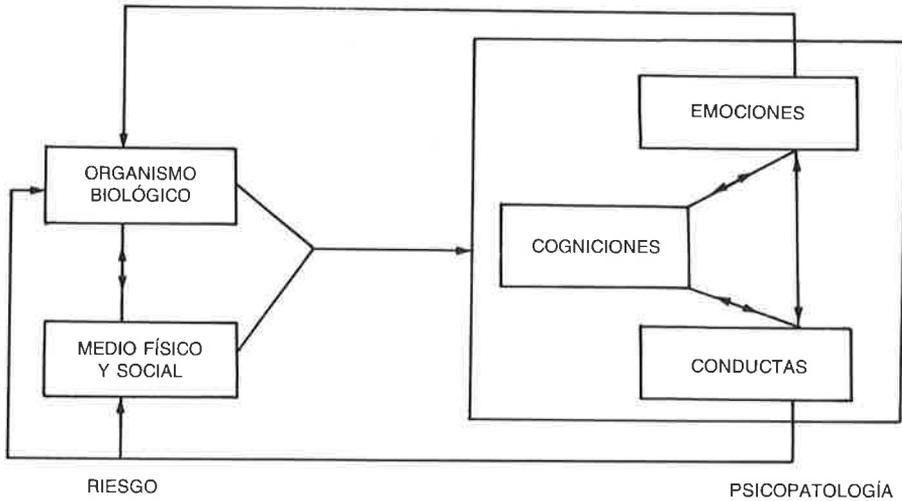


Fig. 3. Esquema de la relación factores de riesgo-psicopatología

ser tan «evidentes» ejercen su influencia psicopatológica de modo directo. En otras palabras, ante el mismo factor orgánico pueden encontrarse consecuencias muy dispares. Esta disparidad va a depender de la influencia de otros factores mediadores capaces de mitigar o exacerbar el papel negativo de los factores biológicos de riesgo. Por supuesto, que estos *factores mediadores* son de índole psicosocial. Veámos algunos ejemplos.

El *temperamento* es una de las características conductuales que más relación parece guardar con determinados géneros de psicopatología. Concretamente el conjunto de características que se engloban en el llamado «niño difícil» (Thomas y cols., 1968) parecen asociadas a alteraciones como la hiperactividad y el trastorno de conducta. El temperamento parece depender directamente de determinadas características biológicas, en parte genéticas. Pues bien, es evidente que su concreción, patológica o no, dependen esencialmente de las prácticas educativas de los padres del supuesto «niño difícil» (Plomin, 1983).

La dotación *genética* es un factor altamente relevante en muchos trastornos psiquiátricos, por ejemplo la esquizofrenia. Pues bien, es sabido que muchos casos sólo se ponen de

manifiesto tras la experimentación de determinadas influencias ambientales, más concretamente ciertas situaciones estresantes (p. ej., Gottesman y Shields, 1972).

Sabemos que la *prematuridad* es un importante factor de riesgo para el retraso del desarrollo y más concretamente para el retraso mental. Sin embargo desde hace tiempo también sabemos que este riesgo queda mitigado o anulado cuando el prematuro promedio nace en familias de nivel sociocultural medio o superior, mientras que se manifiesta con todo su poder negativo cuando el nacimiento del prematuro se produce en una familia de condición sociocultural deficitaria (Drillien, 1964).

Por fin, no hace falta señalar que el pronóstico psicopatológico del niño *lesionado cerebral* o *enfermo crónico* depende más de factores como la calidad de la asistencia que reciba, la respuesta familiar ante el trastorno en cuestión, el estereotipo social que exista de dicho trastorno o la adecuación de la escolaridad, que de las características intrínsecas de su condición patológica orgánica.

Revisada la literatura actual acerca de las relaciones existentes entre psicopatología infantil y factores de riesgo, y dejando de lado

los de naturaleza primariamente biológica, queda verificada la influencia de los siguientes factores experienciales:

a) *Factores familiares:*

- Trastornos psiquiátricos de los padres (sin descartar el posible componente genético)
- Criminalidad y agresividad
- Separaciones y pérdidas de los padres
- Conflictos conyugales entre los padres
- Situaciones estresantes
- Condición de adoptado por parte del niño
- Televisión (en relación con conductas agresivas y asociales)

b) *Factores sociales:*

- Nivel socioeconómico (y cultural) bajo
- Pertenencia a una minoría étnica
- Situaciones de estrés social

Por supuesto que estos párrafos no agotan ni mucho menos un tema tan complejo y tan rico como el de los factores de riesgo psicosocial en psiquiatría infantil. Sirvan tan sólo de introducción a una serie de trabajos, todos ellos empíricos, que de un modo u otro guardan relación con la cuestión que aquí nos ocupa. Sus contenidos son evidentemente dispares. Pero todos ellos tienen un *leit motiv*

constante: la detección de factores predisponentes o precipitantes de ciertos trastornos, así como, en algunos casos, el esbozo de ciertos procedimientos de intervención. Y una reflexión final: los estudios de riesgos en psicopatología no son ni ejercicios de filigrana académica, ni simples aportaciones a los conocimientos etiopatogénicos. Encierran algo socialmente mucho más importante: el dar pistas para los imprescindibles procedimientos de intervención preventiva.

Bibliografía

- ADER, R.; COHEN, N. y FELTEN, D. L.: *Brain, Behavior and Immunity*, 1, Editorial: Brain, behavior and immunity, (1), 1-6, 1987.
- DRILLIEN, C. M.: *The growth and development of the prematurely born infant*. Baltimore, Williams and Wilkins, 1964.
- GOTTESMAN, I. I. y SHIELDS, J.: *Shizophrenia and genetics: a twin study vantage point*. New York, Academic Press, 1972.
- PLOMIN, R.: *Advances in Clinical Child Psychology*. Childhood temperament. En Lahley, B. B. y Kazdin, A. E. (eds.) Vol. 6, New York, Plenum, 1983.
- THOMAS, A.; CHESSE, S. y BIRCH, H. G.: *Temperament and behavior disorders in children*. New York University Press, 1968.
- TORO, J. y VILARDELL, E.: *Anorexia nerviosa*. Martínez Roca, Barcelona, 1987.

