

## Impacto del riesgo psicosocial en los bebés: un estudio longitudinal.

FUENTE: PSIQUIATRIA.COM. 2002; 6(5)

**San Román, P. (\*) , Pedreira Massa J. L. (\*\*) , López-Torres Hidalgo, J. (\*\*\*) , Bonete Yacer, J. M. (\*\*\*\*); Castelló Pons, T. (\*\*\*\*).**

(\*) Psiquiatra Infantil. Unidad Salud Mental Infanto-juvenil de Albacete.

Profesora de la Universidad de Castilla la Mancha.

(\*\*) Paidopsiquiatra. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid

(\*\*\*) Médico de Familia. Centro de Salud Universitario Zona IV de

Albacete. Profesor de la Universidad de Castilla la Mancha.

(\*\*\*\*) MIR de Psiquiatría. Unidad Salud Mental Infanto-juvenil, Albacete.

Email: jlpedreira@terra.es

**ESTE TRABAJO OBTUVO EL 1er. PREMIO PFIZER-PSIQUIATRIA.COM EN  
NEUROCIENCIAS AL MEJOR TRABAJO DE PSIQUIATRÍA PUBLICADO EN  
INTERNET  
III CONGRESO VIRTUAL DE PSIQUIATRÍA  
Madrid, 28-02-2002**

---

### Introducción

Los resultados de las investigaciones sobre los factores de riesgo en el niño pequeño son concluyentes: existen ciertas situaciones que facilitan la aparición de trastornos psicopatológicos, sin embargo esas mismas situaciones no son generadoras de trastornos en todos los niños.

El concepto de factores de riesgo fue definido por la OMS en 1973 como "toda característica o circunstancia determinable, en una persona o grupo de personas, que se sabe va asociada a un riesgo anormal de existencia o de evolución especial a dicho proceso". La existencia de indicadores de riesgo sólo se asocia a una probabilidad más alta para que aparezcan trastornos, pero la evolución puede realizarse sin ninguna dificultad en particular.

El interés por el riesgo psicosocial en la primera infancia se debe fundamentalmente a su proyección preventiva, ya que es en los niños pequeños y en los bebés donde la evaluación y la intervención se orientan a la prevención. Sin embargo son escasas las investigaciones sobre la epidemiología de los riesgos precoces del desarrollo y más escasas aún las investigaciones longitudinales sobre factores de riesgo. Este tipo de investigaciones son necesarias para apoyar la detección precoz y posterior desarrollo de intervenciones apropiadas en este campo. Desde diferentes ámbitos se están demandando investigaciones con carácter longitudinal, que analicen el trastorno, no sólo en el contexto social y de desarrollo, sino también a lo largo del tiempo y, de ese modo, determinar el significado del problema en las distintas edades del proceso evolutivo. Identificar el riesgo y poder intervenir antes de la aparición de un trastorno es fundamental y se considera una de las claves para prevenir la aparición de trastornos mentales a lo largo de todo el periodo de la vida.

Entre las publicaciones sobre alto riesgo más importantes, se encuentra el Estudio Longitudinal de Rochester (SAMEROFF y col., 1982), en el que se valoró el impacto de los múltiples factores de alto riesgo en el desarrollo infantil. Este estudio es uno de los pocos que integran la psicopatología del desarrollo con un estudio prospectivo de niños en riesgo de sufrir problemas de desarrollo. Sus resultados indican que la clase social baja, la severidad de la patología materna y la calidad de los cuidados maternos tienen una influencia más negativa en el desarrollo del niño que el diagnóstico específico. En un informe posterior SAMEROFF y col. (1983) observaron que los factores de riesgo, tales como la clase social, la raza, la composición familiar y la severidad del deterioro materno, tenían un efecto aditivo y lineal en el funcionamiento cognitivo del niño a la edad de 4 años y efectos muy profundos en el desarrollo en su conjunto.

Otro estudio longitudinal de interés es el realizado por CHOQUET y DAVIDSON (1982) en el que estudiaron a 415 niños nacidos en 1974, en el distrito 14 de París, seleccionados al azar y valorados en 4 ocasiones (3, 9, 18 y 35 meses). Este estudio se refiere al desarrollo físico y psico-afectivo del niño, al modo de custodia que se ha utilizado con él, a las características de sus padres y a sus condiciones de existencia. Como resultado de este

estudio se identificaron tres grupos:

Grupo I (no riesgo), II (riesgo reducido) y III (alto riesgo), en este último grupo aparece como significativo el cúmulo y la persistencia de trastornos, siendo más frecuente que en los otros grupos el que sus padres habían sido "colocados fuera de su hogar" durante su infancia y las madres fueron descritas como insomnes, agotadas, nerviosas, deprimidas y dicen tener relaciones poco íntimas y cálidas con ese niño@.

Otros estudios longitudinales que se han realizado están referidos a la evolución de patologías concretas en la infancia. De gran interés es el realizado en 1984 por MANZANO y PALACIO sobre la evolución de las psicosis infantiles. A. LASA (1989) realizó un estudio retrospectivo sobre 138 niños psicóticos y describe una serie de "signos muy precoces de evolución psicótica". J.L. PEDREIRA (1997) distingue una serie de grupos de riesgo:

1. Niño@s con historia clínica de enfermedades de cierta importancia;
2. Niño@ que tiene para las figuras parentales una representación "simbólica" de un significante de alguien que haya muerto prematura o inesperadamente;
3. Niño@ procedente de un embarazo y/o parto con factores de riesgo para la vida materna;
4. Niño@ al que se le había pronosticado una muerte por alguna figura médica;
5. Niño@ cuya figura materna tuvo antecedentes de abortos espontáneos previos, tratamiento por amenaza de aborto o muertes neonatales.

También se han realizado estudios longitudinales sobre los TDAH o los trastornos de conducta, pero sobre factores de riesgo apenas existen estudios con metodología epidemiológica fiable para la evidencia científica.

El interés de los trabajos epidemiológicos en estos últimos años se ha orientado hacia cuáles son las condiciones para que un bebé, que ha sufrido interrupciones o alteraciones en estos cuidados e interacciones precoces, pueda verse aquejado en su futuro por una mayor morbilidad psiquiátrica (BATES y col., 1988; HAGOT y KAVANAGH, 1990-93; LEWIS y col., 1989).

Los investigadores muestran un gran interés en examinar los procesos subyacentes al riesgo y distinguen entre variables remotas y variables inmediatas. El factor de riesgo de pertenecer a una clase social baja es un factor remoto, es decir, se trata de una descripción del entorno que puede considerarse como algo situado a cierta distancia del individuo. Sin embargo, la clase social está en relación con una serie de variables que actúan en el contexto inmediato, tales como la falta de apoyo social, o pautas de crianza vinculadas a la clase social. Son precisamente estas variables inmediatas las que pueden darnos una mayor cantidad de información sobre los procesos de riesgo (BENDERSKI y LEWIS, 1994)

En la medida que el campo de la psicopatología evolutiva se ha desarrollado, también lo han ido haciendo los modelos de alto riesgo en psicopatología (TSIANTIS y MACRI, 1995), tratando de identificar factores específicos - factores de riesgo- que contribuyen al desarrollo de la enfermedad. El modelo transaccional para factores de riesgo y factores protectores plantea que los cimientos de la psicopatología pueden verse a través de un feedback continuo entre expresiones afectivas, cognitivas y conductuales, el estilo interactivo de los padres, el ambiente o entorno familiar cercano y las características y habilidades del niño@ a lo largo del tiempo (GOODMAN, 1992).

Hoy sabemos que para conocer la etiología de los trastornos mentales y prevenir su aparición es necesario conocer y actuar sobre los factores de riesgo que inciden a lo largo del desarrollo del niño@, siempre en relación con los factores protectores que actúan en cada caso, teniendo en cuenta la vulnerabilidad y la resistencia individual. Vulnerabilidad, resistencia, y factores protectores son términos todos ellos que describen procesos de adaptación del individuo ante determinadas circunstancias y acontecimientos. Favorecer la acción de los factores de protección sobre los de riesgo es lo que se conoce como resiliencia (RUTTER, 1986).

El protagonismo en la noción de vulnerabilidad se debe a ANTHONY (1980). Este concepto se refiere a que frente al mismo riesgo no todos los niños presentan al final los mismos trastornos, y que los factores personales juegan un papel considerable y constituyen así una vulnerabilidad mayor o menor. Los diferentes autores utilizan los términos vulnerabilidad, resistencia o factores de protección.

Al igual que con el riesgo, se considera que la protección reside tanto en el individuo como en el entorno. La presencia de factores protectores como el sexo, la alta autoestima, la capacidad para resolver problemas, ambientes familiares armoniosos, reduce la posibilidad estadística de incidencia de patologías (MORENO y RUANO, 1988). Las últimas investigaciones han demostrado que los factores de riesgo y los factores protectores están

estrechamente ligados a problemas en el desarrollo, pero no de forma específica y lineal.

Las factores de riesgo vienen de diferentes dominios: biológico, psicológico o social y pueden darse simultáneamente o de forma individualizada, también su impacto puede estar incrementado o aminorado por el sistema familiar (RUTTER, 1987; SEIFER, 1995). El número total de condiciones de riesgo que afectan a un niño puede ser más predictivo que varios resultados que se producen en un niño expuesto a un tipo específico de factor de riesgo. La falta de especificidad de los factores sencillos o múltiples de riesgo puede explicarse porque resultan involucrados una serie de factores de riesgo y el resultado que se obtiene es a menudo equivoco (ZEANAH, 1997).

En la actualidad los investigadores están intentando identificar los mecanismos por los cuales los factores de riesgo y vulnerabilidad interactúan en la infancia. RUTTER (1980) dice: "no es suficiente decir que los trastornos son multifactoriales y que su evolución depende un poco de todo (...) Es importante también descubrir qué factor es particularmente dominante, con qué resultado, qué tipos de interacciones se dan y qué mecanismos operan".

Como mejor se predicen los resultados es analizando el número y la severidad de los factores de riesgo que afectan al entorno próximo del niño y su perfil de neurocomportamiento (ZEANAH, 1997).

Los factores medio ambientales son determinantes cuando existe un compromiso biológico, la etiología de un compromiso médico en la infancia es probable que sea menos importante que la severidad de ese compromiso y el contexto en el que aparece. Existen relaciones mutuas y complejas entre la enfermedad y los factores medio ambientales.

En un trabajo previo hemos desarrollado un seguimiento longitudinal de una muestra de recién nacidos de Albacete (SAN ROMÁN y NÚÑEZ, 1998) sometidos a alto riesgo psicosocial comparándolo con otra muestra de recién nacidos sin riesgo psicosocial y las repercusiones que esta situación de alto riesgo genera en estos niños cuando tienen 2-3 años. Constituye el primer trabajo de este tipo realizado en España y en Europa. VERHULST ha realizado una investigación relevante, utilizando el CBCL (2-3 años) como instrumento de referencia en dos cortes, pero estaba dirigido a evaluar una intervención de tipo educativo y preventivo, por lo que aporta importantes datos, pero no sobre impacto evolutivo de los factores de riesgo previamente detectados, como es nuestro caso. De aquí el interés pionero que representa la presente investigación.

## **Material y método**

El objetivo principal de este trabajo es la detección precoz de los signos de riesgo evolutivos graves en el desarrollo del bebé y su relación con la aparición de trastornos psicopatológicos en el niño de 2-3 años.

El área del estudio es la Zona de Salud I de Albacete. Se trata de un área muy heterogénea en cuanto a características físicas, poblacionales y socioculturales. Presenta una gran disparidad en cuanto al nivel socioeconómico y familiar, existiendo un pequeño grupo con un nivel socioeconómico medio-alto, el grupo más numeroso tiene un nivel medio y medio-bajo y otro pequeño grupo con un nivel muy bajo. Por lo que se puede asegurar que representa con cierta exactitud el conjunto de la población.

## **Diseño metodológico en doble fase**

En cuanto a la metodología que hemos utilizado se trata de un diseño de muestreo en doble fase de tipo longitudinal prospectivo referido a la zona básica de salud I de Albacete. La muestra de la primera fase fue de 226 recién nacidos y la muestra de la segunda fase de 188 niños de 2-3 años.

## **Primera fase**

A lo largo de 1995 y 1996 realizamos un estudio observacional transversal sobre los recién nacidos en el año 1995 en una zona de salud de Albacete, con el fin de detectar lo más precozmente posible niños con algún retraso en su desarrollo evolutivo e identificar los factores de riesgo psicosocial que pudieran estar incidiendo en la maduración del bebé y conocer las interacciones que se producían entre la madre y el entorno (SAN ROMÁN y NÚÑEZ, 1998). En esta primera investigación obtuvimos una muestra de 226 recién nacidos. Los instrumentos que utilizamos en esta fase fueron la Escala de Hameury y el RAF de Lebovici. Como resultado de esta investigación obtuvimos 2 grupos de niños: Grupo de riesgo psicosocial y Grupo sin riesgo psicosocial (SAN ROMÁN VILLALÓN, P. y MARTÍNEZ NÚÑEZ M.M., 1998).

## **Segunda fase**

La valoración longitudinal la realizamos a lo largo del año 1998, cuando los niños tenían 2-3 años. En la segunda

fase valoramos de nuevo el riesgo psicosocial aplicando la Escala de Hameury y evaluamos las alteraciones del desarrollo mediante el cuestionario CBCL de ACHENBACH. La valoración social la realizamos mediante la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO-94) a nivel del tercer dígito.

Fueron incluidos en el estudio todos los niñ@s de la muestra inicial, pero hubo un grupo de niñ@s que por diferentes motivos no pudieron ser valorados. El total de la muestra de la valoración longitudinal fue de 188 niños.

### **Captación de la Muestra**

La captación de los sujetos de la muestra en la segunda fase ha sido lo más costoso del estudio ya que a los 2-3 años no existen consultas programadas con Pediatría. Se efectuó en cuatro etapas que exponemos a continuación: En una primera etapa se llamó por teléfono a todos los padres de los niñ@s de la muestra estudiada en 1995, explicándoles el objeto del estudio y dándoles una cita en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil para que acudieran a realizar las pruebas.

Fueron muy pocos los padres que acudieron. En una segunda etapa los padres de los niñ@s de la muestra de la población estudiada en 1995 recibieron una carta conteniendo información del estudio que íbamos a realizar y una cita para que acudieran a realizar la entrevista. También respondieron pocos padres. En una tercera etapa contactamos con los dos servicios de Pediatría del Centro de Salud solicitándoles que derivaran a sus pacientes a nuestra Unidad cuando acudieran por algún proceso somático agudo, ya que a los 2-3 años los niñ@s no forman parte de ningún programa de salud en el Centro. Al no ser muchos los niñ@s que acudían derivados por los pediatras tuvimos que comprobar y captar diariamente los casos que solicitaban consulta pediátrica, en muchos casos acudiendo a la hora de su cita pediátrica. En la última etapa se les visitó en sus domicilios y allí se realizaron las pruebas.

La recogida de datos se llevó a cabo desde diciembre de 1997 a Octubre de 1998.

### **Instrumentos de evaluación**

#### **1- ESCALA ERPS DE HAMEURY (1988):**

Es una escala sencilla para evaluar los problemas psicosociales en los cinco primeros años de vida. Diseñada para ser cubierta por los profesionales, destaca por su facilidad en la aplicación y es interesante la posibilidad de evaluar comparativamente al cabo de seis meses de diseñar algún tipo de intervención. La traducción al español (PEDREIRA, 1991) introdujo esta variante de evaluación longitudinal aceptada por los autores. Permite observar las interacciones intrafamiliares, familia-entorno y familia-servicios asistenciales. Es un método de evaluación que se integra en el conjunto de las otras evaluaciones clínicas (inteligencia, conducta, lenguaje, sistema nervioso).

En esta escala la evaluación psicosocial se establece agrupando la información en los siguientes apartados: el tipo de convivencia familiar que incluye la presencia de algunos acontecimientos vitales de especial significación; el estado de las interacciones familiares y la comprensión del proceso que padece el niñ@ por parte de las figuras parentales; y, el último grupo de ítems evalúa el grado de colaboración de la familia con el diseño terapéutico y los soportes sociales existentes para abordar el caso. Esta evaluación se establece a partir de las respuestas de los padres a un cuestionario que consta de 12 ítems y cada uno de ellos con cinco situaciones colocadas por intensidad de gravedad. Cada respuesta se puntúa de 1 a 5 en función de las capacidades de resistencia al estrés; sumando todas las puntuaciones se obtiene una puntuación total que es la que permite establecer el diagnóstico de riesgo y la evaluación de su intensidad. Esta escala puede repetirse con intervalos regulares para apreciar los cambios y la evolución.

#### **2- RAF DE LEBOVICI (traducción y adaptación de PEDREIRA, 1995):**

Entrevista y escala de evaluación de interacciones que se puede aplicar durante los trece primeros meses. Tiene un gran valor clínico-evolutivo para detectar factores de riesgo.

Posee una cualidad entre las demás: se basa en la exploración normalizada de bebés e incorpora ítems de la interacción, lo que facilita la formación y el incremento de las dotes de observación de los investigadores.

#### **3.- EL INVENTARIO DE COMPORTAMIENTO INFANTIL DE PADRES/THE CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR 2 TO 3 YEARS OLDS (CBCL/2-3) (ACHENBACH,1987):**

El CBCL de ACHENBACH y EDELBROCK evalúa en el niñ@ las alteraciones del desarrollo (aspectos cognitivos, conductuales, emocionales y psicosomáticos), es un método muy utilizado por su sencillez, fiabilidad, validez,

poder discriminante y aplicación transcultural y transracional, además ha demostrado su validez como herramienta de investigación. Es un cuestionario que recoge de forma estandarizada, con resultados cuantitativos, la descripción que los padres hacen sobre los comportamientos y sentimientos de sus hij@s. Diseñada por Achenbach y Edelbrock en 1983 siendo la aplicación para niñ@s de 2-3 años del año 1987. Se trata de un instrumento para valorar el normal desarrollo general del niñ@.

### **Evaluación de los casos/procedimiento**

VALORACIÓN LONGITUDINAL: A los padres y/o madres de los niñ@s se les realizó una entrevista, interesándonos por su salud física y psíquica y posteriormente se les aplicó la Escala CBCL 2-3 y la Escala de HAMEURY.

En la mayor parte de los casos se les leyó en voz alta todos los elementos del CBCL 2-3 en relación con su hij@ y se puntuaron las respuestas de los padres. En algunos casos fueron los padres quienes ellos mismos rellenaron el cuestionario en presencia del investigador para poder resolver las posibles dudas a la hora de contestar las preguntas del test.

En algunos casos fue necesario desplazarse al domicilio de los padres ante la imposibilidad de los mismos de acudir a la Unidad, realizándose la entrevista en la forma expuesta anteriormente.

### **Medición de los resultados**

- Escala de HAMEURY: cuando la puntuación total del Hameury era igual o mayor de 25 hemos considerado caso de "alto riesgo psicosocial", y cuando estaba en el rango 20-24 hemos considerado caso de "moderado riesgo psicosocial".

- CBCL 2-3: Puesto que el número de ítems del cuestionario es 100 y el máximo valor posible de cada uno de ellos es 2, el rango de la puntuación TOTAL del CBCL puede oscilar entre "0" (si todas las preguntas tuviesen "no es cierto" como contestación) y "200" (si la contestación de todas las preguntas fuese "casi siempre"), de manera que las respuestas obtenidas y sus valores se distribuyen como sigue: 0 = no es cierto; 1 = algunas veces; 2 = casi siempre. Para determinar el valor global del test de cada caso se suman las puntuaciones del conjunto total de ítems, y respecto de cada una de las subescalas. Para medir los resultados hemos considerado la puntuación total del CBCL y de las subescalas considerando por una parte el valor medio de éstas y por otra parte considerándolas desde los percentiles 25, 50, 75 y 95. Además, los casos en los que la puntuación total del CBCL estaba por encima de 60 los hemos considerado como patológicos.

### **Análisis estadístico**

En primer lugar realizamos la selección de la muestra y tamaño muestral para lo cual consideramos que para conocer el número de sujetos que se necesitarían estudiar para estimar una proporción de trastornos psiquiátricos en preescolares del 10% con una precisión de  $\pm 5\%$  y un nivel de confianza del 95, el número de sujetos necesarios a estudiar sería de 138 niños. En nuestro estudio hemos seleccionado 226, que corresponden a los recién nacidos en el periodo de enero a diciembre del año 1995 y pertenecientes al Centro de Salud Zona I de Albacete, lo que permite alcanzar una precisión de  $\pm 4\%$  con dicha prevalencia.

Los niñ@s fueron seleccionados mediante muestreo consecutivo.

En cuanto al tratamiento estadístico de las variables objeto de estudio, para el análisis descriptivo se utilizaron medidas de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y medidas de dispersión (desviación estándar, error estándar y varianza), teniendo en cuenta su intervalo de confianza.

Para objetivizar las relaciones entre las variables y para verificar la homogeneidad de cada una de ellas en las muestras principales y poder comprobar su asociación estadística se realizaron las pruebas que se describen a continuación: Chi cuadrado para dos variables cualitativas y prueba exacta de Fisher para muestras pequeñas. Comparación de medias estadísticas para la asociación de una variable cuantitativa y otra cualitativa, T de Student y test de Mann-Whitney como prueba no paramétrica. Análisis de la Varianza para 1 o 2 factores para la asociación de una variable cuantitativa y dos o más cualitativas (comparación múltiple de las medias). Test de Kruskal-Wallis en el caso anterior como prueba no paramétrica, si no se cumplían las condiciones de normalidad y homogeneidad. Para la evaluación del riesgo hemos utilizado la determinación de Odds Ratio. El estudio de correlaciones entre variables cuantitativas se realizó mediante dos métodos, con el test de Correlación de Pearson, para variables cuantitativas (paramétrica) y Correlación de Spearman (no paramétrica).

Para predecir la probabilidad de estar incluido en los diferentes grupos y cuantificar la relación existente se aplicó el modelo de Regresión logística. En un modelo se incluyó como variable dependiente la existencia o no de riesgo psicosocial. Posteriormente se construyeron otros modelos de regresión logística en los que se consideraron como variables dependientes los resultados del CBCL, tanto el total como las distintas subescalas cognitiva, conductual,

psicosomática y emocional.

Por último, la comprobación de la consistencia interna de los instrumentos utilizados (CBCL y Hameury) fue realizada mediante el Alpha de Cronbach.

## Resultados

### Tasa de respuesta

De los 249 recién nacidos del Centro de Salud pudieron ser valorados en la primera fase en 226, que corresponde a una Tasa de respuesta del 90,8 %, siendo las causas de no respuestas las siguientes: en 5 casos cambio de domicilio, en 7 se negaron a la valoración, 7 no acudieron a las citas y en 1 caso no fue posible el contacto por adopción. La muestra del estudio inicial fue de 226 casos.

En la valoración longitudinal la muestra fue de 188 casos que corresponde a una tasa de respuesta del 83%, siendo las causas de no respuestas las siguientes: en 10 casos no pudo realizarse la valoración por diferentes motivos, en 5 casos habían cambiado de domicilio, 6 se habían cambiado de ciudad, 16 padres se negaron a participar y 1 caso no pudo ser entrevistado por estar en una situación terminal de SIDA.

En cuanto al género, existe un mayor porcentaje de niños (56,4%) que de niñas (43,6%). (Gráfico 1)

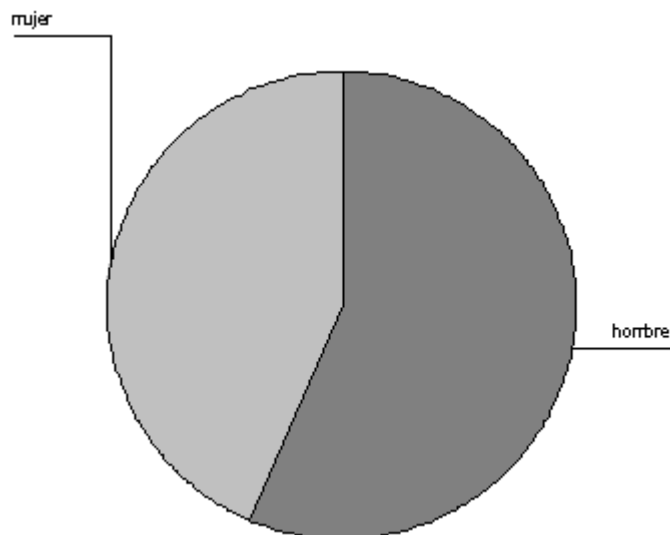


Gráfico 1. Distribución de frecuencias según el sexo

En la segunda fase la edad de los niñ@s de la muestra oscilaba entre los 24 meses (el más pequeño) y los 46 meses (el mayor), siendo el rango más frecuente de edad de 31-36 meses (42%), seguido a poca distancia del rango de 24-30 meses. En cuanto a los rangos menos frecuentes encontramos el de 37-42 meses (17%) y el de 43-48 meses (2,7%) (Gráfico 2)

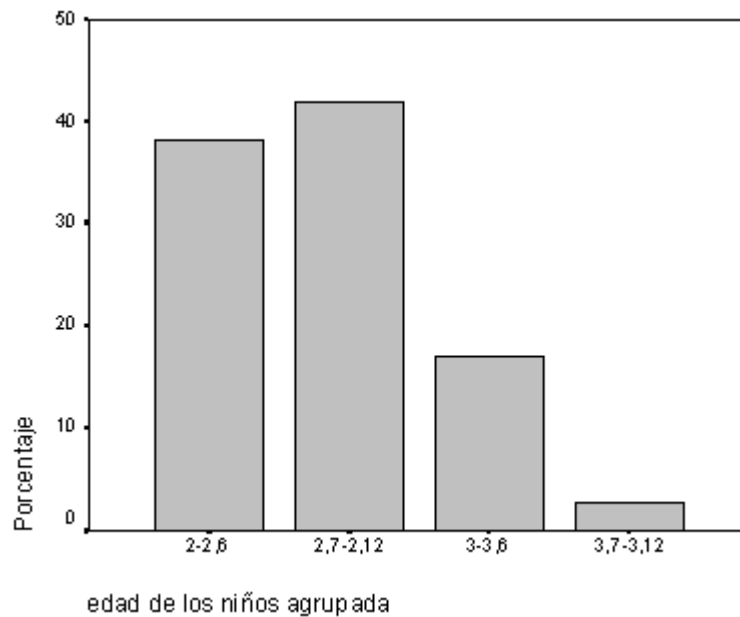


Gráfico 2. Distribución de frecuencias por grupos de edad.

De las variables cuantitativas analizadas en la segunda fase (Tabla 1), la edad media de los niños de nuestra muestra fue de 2 años y ocho meses, la media de la posición que ocupaban en la familia era del segundo, la media del número de hermanos fueron dos, la edad media de la madre fue de 31 años y del padre 34, teniendo un tiempo medio de paro el padre de 16 meses y la madre de 15 meses.

	MEDIA	DESV. ESTANDAR	ERROR S.	RANGO
Edad niño (*)	32,57	5,40	0,39	27
Posición	1,90	1,12	8,19	9,00
Número de hermanos	2,12	1,16	5,96	5
Edad madre	31,14	5,72	0,42	42
Edad padre	33,51	5,79	0,42	43
Tiempo paro padre (*)	16,26	2,36	0,63	60
Tiempo paro madre (*)	15,05	2,85	0,75	36
Puntuación total Hameury	14,43	4,44	1,38	1,00

Tabla 1. Medidas centrales y de dispersión de las variables cuantitativas.

(\*) meses

#### Consistencia interna de la Escala de Hameury

Para comprobar la consistencia interna de Hameury hemos utilizado "el alpha de Cronbach", obteniendo un  $\alpha=0,5908$ , que corresponde con una fiabilidad moderada, pero razonable al tratarse de aspectos

psicosociales.

**Resultados de la aplicación de la Escala de Hameury: 1ª Fase (Tabla 2)**

El número total de casos de alto riesgo psicosocial fue de 17 (7,5%) y 209 casos no los consideramos de riesgo (92,5%). El número total de casos de riesgo psicosocial moderado fue de 29 (12,8%) y 197 no los consideramos de riesgo (87,2%).

	Puntuación total	Frecuencia	Porcentaje	Tasa de Prevalencia
E. de Hameury: 1ª Fase	= ó > 25	17	7,5	7,5
	= ó > 20	29	12,8	8,4

Nº total de casos: 226

Tabla 2: Distribución de frecuencias en la puntuación total de la Escala de Hameury(1995).

**Resultados de la aplicación de la Escala de Hameury: 2ª Fase (Tabla 3)**

En la segunda fase, al aplicar de nuevo la E. De Hameury, la proporción de alto riesgo psicosocial es de un 3,7% y de moderado riesgo psicosocial de un 7,4%. Es decir, a los 3 años la tasa de riesgo psicosocial había disminuido.

	Puntuación total	Frecuencia	Porcentaje	Tasa de Prevalencia
E. de Hameury: 2ª Valoración	= ó > 25	7	3,7	3,7
	= ó > 20	14	7,4	7,4

Tabla 3: Distribución de frecuencias en la puntuación total de la Escala de Hameury(1998).

**Consistencia interna de la Escala CBCL 2-3**

Los resultados obtenidos en la determinación de la consistencia interna del instrumento utilizado están detallados en la tabla 4.

Escala o Subescala	Alfa de Cronbach	Alfa estandarizado
<b>Total</b>	<b>0,80</b>	
<b>Cognitivo</b>	<b>0,52</b>	<b>0,92</b>
<b>Conductual</b>	<b>0,84</b>	<b>0,95</b>
<b>Somático</b>	<b>0,62</b>	<b>0,92</b>
<b>Emocional</b>	<b>0,35</b>	<b>0,78</b>

Tabla 4. Consistencia interna del CBCL mediante el Alpha de Cronbach.

Cuando agrupamos las subescalas cognitiva, somática y emocional en Subescala Internalización y la conductual en Subescala Externalización el Alfa de Cronbach que obtenemos lo reflejamos en la tabla 5.

<b>Escala o Subescala</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
<b>Internalización</b>	<b>0,90</b>
<b>Externalización</b>	<b>0,87</b>

Tabla 5. Consistencia interna del CBCL mediante el Alfa de Cronbach.

	<b>Emocional</b>	<b>Conductual</b>	<b>Cognitivo</b>	<b>Somático</b>
<b>Total</b>	<b>0,6</b>	<b>0,9</b>	<b>0,8</b>	<b>0,8</b>

Tabla 6. Correlación entre la puntuación TOTAL del CBCL y sus subescalas

	<b>Emocional</b>	<b>Conductual</b>	<b>Cognitivo</b>	<b>Somático</b>
<b>Emocional</b>	<b>1</b>	<b>0,49</b>	<b>0,41</b>	<b>0,44</b>
<b>Conductual</b>	<b>0,49</b>	<b>1</b>	<b>0,66</b>	<b>0,61</b>
<b>Cognitivo</b>	<b>0,41</b>	<b>0,66</b>	<b>1</b>	<b>0,83</b>
<b>Somático</b>	<b>0,44</b>	<b>0,61</b>	<b>0,83</b>	<b>1</b>

Tabla 7. Correlación de las distintas subescalas con ellas mismas.

Los resultados de la correlación de la puntuación total con las distintas subescalas y de las subescalas con ellas mismas las reflejamos en las tablas 6 y 7.

Los resultados obtenidos utilizando distintos puntos de corte (percentiles 25, 50, 75 y 95), teniendo como referencia las frecuencias de la puntuación total y de las subescalas del CBCL en los cuatro percentiles, están reflejados en la tabla 8

<b>Percentiles</b>	<b>25</b>	<b>50</b>	<b>75</b>	<b>95</b>
<b>Puntuación Total</b>	<b>6</b>	<b>23</b>	<b>35</b>	<b>56</b>
<b>P. Subescala cognitiva</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>8,55</b>
<b>P. Subescala somática</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>1,56</b>
<b>P. Subescala emocional</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>10,55</b>
<b>P. Subescala conductual</b>	<b>8</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>33</b>

Tabla 8. Distribución de frecuencias en la puntuación del CBCL. Puntos de corte: percentil 25, 50, 75 y 95.

En cuanto a los resultados del CBCL, la media de la puntuación total y de las subescalas emocional, conductual, cognitiva y emocional exponemos sus medias, desviaciones estándar, error estándar y rango en la tabla 9.

	<b>MEDIA</b>	<b>DESV. ESTANDAR</b>	<b>ERROR S.</b>	<b>RANGO</b>
<b>Puntuación total</b>	<b>27,26</b>	<b>18,54</b>	<b>1,35</b>	<b>118,00</b>
<b>Emocional</b>	<b>5,53</b>	<b>3,27</b>	<b>0,23</b>	<b>16,00</b>
<b>Conductual</b>	<b>15,14</b>	<b>9,28</b>	<b>0,67</b>	<b>50,00</b>
<b>Cognitivo</b>	<b>3,45</b>	<b>4</b>	<b>0,29</b>	<b>26,00</b>
<b>Psicosomático</b>	<b>4,03</b>	<b>5,35</b>	<b>0,39</b>	<b>36,00</b>

Tabla 9. Medidas centrales y de dispersión del CBCL

Las distribuciones de frecuencias de las alteraciones del desarrollo en el niñ@, en función de los percentiles 25 al 95 y el valor de los percentiles 25, 50, 75, 90 en los resultados de la Escala CBCL, pueden verse en las tablas 10 y 11.

	TOTAL	Emocional	Conductual	Cognitivo	Psicosomático
Percentil 25					
Normal	25,7	34,6	26,1	25,7	27,7
Alterado	74,3	65,4	73,9	74,3	72,3
Percentil 50					
Normal	50,8	54,8	52,1	65,8	58
Alterado	49,4	45,2	47,9	34,2	42
Percentil 75					
Normal	75,9	79,8	75,5	76,5	83
Alterado	24,1	20,2	24,5	23,5	17
Percentil 90					
Normal	95,7	95,2	95,7	95,2	95,2
Alterado	4,3	4,8	4,3	4,8	4,8

Tabla 10. Distribución de frecuencias de las alteraciones del desarrollo infantil según los percentiles 25 a 95.

PERCENTILES	Cognitivo	Psicosomático	Conductual	Emocional	TOTAL
25	1	1	8	2	16
50	3	3	14	4	23
75	4	5	20	7	35
90	6	7	27	9	45

Nº casos=188

Tabla 11. Valor de los percentiles 25, 50, 75, 90 en los resultados de la Escala

### Resultados de la estadística analítica o inferencial

- Variables del estudio cuya relación es estadísticamente significativa

En el análisis estadístico que hemos realizado relacionando las distintas variables aparecen como estadísticamente significativas las señaladas en la tabla 12

RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES	p
• Depresión puerperal → tiempo de paro del padre	0,003
• Enf. Física o psíquica del padre Tto. En la USMIJ	0,001
• Enf. Física o psíquica de la madre Tto en la USMIJ	0,007
• Grupo de riesgo psicosocial moderado-alto Tto. En la USMIJ	0,02

Tabla 12 . Variables del estudio estadísticamente significativas

Existe significación estadística entre la depresión puerperal y el tiempo de paro del padre ( $p=0,003$ ). Cuando los niños están en tratamiento en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ), aparece como significativo el que los padres estén enfermos física o psíquicamente, tanto las madres ( $p=0,007$ ) como los padres ( $p=0,001$ ).

Los niñ@s que están en tratamiento en la Unidad aparece como significativo que se encuentren en la actualidad en situación de riesgo psicosocial moderado-alto (Hameury= ó > 20) (p=0,02). También aparece como significativa la relación entre las enfermedades del padre y estar en tratamiento en la USMIJ (p=0,070).

**Variables estadísticamente significativas en el grupo de moderado-alto riesgo psicosocial:**

Las variables del estudio que han resultado estadísticamente significativas en relación con el grupo de moderado-alto riesgo son las siguientes (Tabla 13)

	VARIABLES	p
Grupo de Moderado-alto Riesgo psicosocial	Alteraciones conductuales niños	0,009
	Menor edad del padre	0,0064
	Menor edad de la madre	0,0014
	Tiempo de paro del padre	0,0088
	Padre no se ocupa el primer año	0,0000
	Parto pre o postmaduro	0,0013
	No trabajan los padres	0,0000
	Embarazo no deseado	0,0001
	Interacción madre-bebé disarmónica	0,019
	Intercambios madre-bebé raros o ausentes	0,0000
	Tristeza en la interacción	0,0022
	Indiferencia en la interacción	0,009
	Excitación en la interacción	0,019

Tabla 13. Variables del estudio estadísticamente significativas

En este grupo de riesgo es estadísticamente significativa la presencia de alteraciones conductuales. Cuanto más jóvenes son los padres existe mayor riesgo. Cuando no trabajan los padres mayor riesgo y a mayor tiempo de paro mayor riesgo.

Y también mayor riesgo:

Cuanto menos se ocupa el padre del bebé en su primer año de vida, existe un mayor riesgo psicosocial.

Cuando el parto es pre o postmaduro, se da un mayor riesgo.

Cuando el embarazo es no deseado aumenta el riesgo psicosocial.

**Nivel de concordancia de los resultados de la E. de Hameury en la 1ª y 2ª fase**

Hemos realizado la prueba de simetría de McNemer (Tabla 14) para ver si hay concordancia entre los niños que estaban en situación de riesgo psicosocial moderado-alto en el primer año y los que estaban en esa situación en el 2º-3º año y no existe significación estadística aunque casi existe (0,1). El riesgo psicosocial no se mantiene en todos los casos a lo largo del tiempo, pero en un 30,7% de los casos siguen a los 3 años siendo casos de riesgo.

No. riesgo en ambas fases	Riesgo en ambas fases	Riesgo en 1ª fase	Riesgo en 2ª fase
153	8	18	9

Tabla 14 . Nivel de concordancia. Resultados de la E. De Hameury en la 1ª y 2ª

**Resultados del CBCL en relación con las variables:**

Respecto a las variables que tienen significación estadística respecto a los resultados del CBCL (tabla 15), hemos obtenido los siguientes resultados:

Los varones presentan más problemas de conducta que las mujeres

Los niños nacidos con un perímetro cefálico menor de 10 o mayor de 90 presentan más problemas de desarrollo.

Los hijos de madres que han padecido una depresión puerperal presentan más problemas de conducta y emocionales que los niños cuyas madres no la han padecido.

Cuando ha existido una disfunción en la interacción madre-bebé en el primer año, a los 2-3 años los niños presentan más problemas somáticos y cognitivos que los que la interacción ha sido adecuada.

Cuando en la interacción ha existido excitación en el primer años los niños presentan más problemas cognitivos.

VARIABLES	RESULTADOS DEL CBCL 2-3	PERCENTIL	P
Sexo → Varones	• Problemas de conducta	25	0,004
	• Problemas cognitivos	50	0,006
		50	0,067
Perímetro cefálico <10 ó >90	• Problemas del desarrollo	p. total	0,08
Depresión puerperal	• Problemas de conducta	25	0,065
	• Problemas emocionales	25	0,084
		50	0,034
Disfunción Interacción Madre-bebé	• Problemas somáticos	50	0,044
	• Problemas cognitivos	75	0,084
		75	0,034
Excitación interacción Madre-bebé	• Problemas cognitivos	25	0,068

Tabla 15. Resultados en la E. CBCL 2-3 en relación con las variables

#### Grupo de alto riesgo psicosocial( 1995): Resultados del CBCL (Tabla 16)

Respecto a los resultados que los niños obtienen en el CBCL cuando han estado expuestos a una situación de alto riesgo en el primer año de vida, aparecen como estadísticamente significativas la presencia de alteraciones cognitivas, somáticas , emocionales, conductuales y en la puntuación total de la escala. Es decir, en el grupo de alto riesgo psicosocial aparecen alteraciones en todas las subescalas, sin embargo en el grupo de no riesgo no se producen estas alteraciones.

	Resultados del CBCL 2-3	Percentil	p
Grupo de Alto Riesgo Psicosocial 1ª fase	Trastorno cognitivo	95	0,064
	Trastorno psicósomático	50	0,040
	Trastorno emocional	75	0,016
		95	0,064
	Trastorno conductual	50	0,030
		95	0,040
	p. total de la escala	25	0,027

Tabla 16. Grupo de alto riesgo psicosocial (1995): resultados del CBCL.

#### Grupo de moderado-alto riesgo psicosocial (1995): Resultados del CBCL (Tabla 17)

Cuando la situación de riesgo psicosocial ha sido de moderado-alto riesgo en el primer año de la vida, aparecen como estadísticamente significativa la presencia de alteraciones somáticas, emocionales, conductuales y en la puntuación total de la escala.

	Resultados del CBCL 2-3	Percentil	p
Grupo de Moderado-Alto Riesgo Psicosocial 1ª fase	Trastorno psic somático	50	0,082
	Trastorno emocional	75	0,049
	Trastorno conductual	25	0,006
		50	0,001
		75	0,023
	T. p. total de la escala	25	0,006

Tabla 17. Grupo de moderado-alto riesgo psicosocial (1995): resultados del CBCL.

**- Grupo de moderado-alto riesgo psicosocial (1998): Resultados del CBCL.** (Tabla 18)

Cuando la situación de moderado-alto riesgo existe el 2º-3º año de la vida, aparecen estadísticamente significativos los aspectos cognitivos, emocionales, conductuales y en la puntuación total de la escala.

	Resultados del CBCL 2-3	Percentil	p
Grupo de Moderado-Alto Riesgo Psicosocial 2ª fase	Trastorno cognitivo	50	0,086
		75	0,016
	Trastorno emocional	75	0,024
	Trastorno conductual	50	0,001
		75	0,023
	T. p. total de la escala	50	0,062
		75	0,081

Tabla 18. Grupo de moderado-alto riesgo psicosocial (1998): resultados del CBCL

**Poder predictivo de las variables en la aparición de riesgo psicosocial moderado: regresión logística multivariante** (Tabla 19)

En el primer modelo de regresión logística que realizamos respecto al riesgo psicosocial moderado alto, con una capacidad de predicción de nuestro modelo (Índice de Youden) del 89,50:

La variable padre apareció como primer predictor, existiendo un riesgo 4,84 veces superior de presentar riesgo psicosocial moderado cuando el padre no se ocupa del bebé. El segundo predictor fue la variable parto y lo hizo como un potente predictor de riesgo psicosocial, existiendo un riesgo 6,5 veces superior cuando el parto es pre o postmaduro La variable trabajo en nuestro modelo surge como tercer predictor y el más potente, existiendo un riesgo 18,40 veces superior de riesgo psicosocial cuando los padres no trabajan. Y el cuarto predictor fue la variable intercambios, con un riesgo 6,6 veces superior de riesgo psicosocial cuando no se producen intercambios entre la madre y el bebé en el primer año.

	Beta	Error S	p	r de Pearson	Exponente de r
Padre	1,5	0,5	0,0048	0,2	4,84
Parto	1,8	0,6	0,0036	0,2	6,5
Trabajo	2,9	0,6	0	0,3	18,4
Intercambios	1,8	0,7	0,017	0,1	6,6

Tabla 19. Variables Predictoras del riesgo psicosocial moderado

**- Poder predictivo de las variables en la aparición de trastornos del desarrollo (Tabla 20)**

En nuestro modelo el único predictor que aparece es la variable padre, existiendo un riesgo 3 veces superior de presentar los niños trastornos del desarrollo cuando los padres no trabajan.

En nuestros resultados aparece una asociación entre la falta de trabajo de los padres y la aparición de patología, tanto en la puntuación total de la escala como en las subescalas conductual y cognitiva, de tal manera que existe un riesgo 3 veces superior de tener un preescolar con trastornos cuando los padres no trabajan y de que el trastorno sea a nivel conductual 3 veces superior y cognitivo 2,3 veces.

Puntuación total	Beta	Error S	p	R de Pearson	Exponente de r
Trabajo	1,1	0,4	0,01	0,1	3

Tabla 20. Variable predictora de los trastornos del desarrollo

**Poder predictivo de las variables en la aparición de trastornos emocionales (Tabla 21)**

Los trastornos emocionales se asociaron con el parto prematuro o postmaduro y con la intervención del padre en el cuidado del niño del padre, existiendo 2,5 veces mayor riesgo cuando el padre no se ocupa y 2,4 cuando el parto ha sido pre postmaduro.

Subescala emocional (percentil 75)	Beta	Error S	p	R de Pearson	Exponente de r
Tipo de conciliación del sueño	1,3	0,5	0,0084	0,1	3,8

Tabla 21. Variables predictoras de los trastornos emocionales

**Poder predictivo de las variables en la aparición de trastornos psicosomáticos (Tabla 22)**

Los trastornos somáticos aparecieron asociados con los niños que en su primer año han presentado trastornos en la conciliación del sueño, existiendo un riesgo 3,8 veces mayor de presentar trastornos somáticos los niños que en el primer año han presentado trastornos de conciliación del sueño.

Subescala emocional (percentil 75)	Beta	Error S	p	R de Pearson	Exponente de r
Tipo de conciliación del sueño	1,3	0,5	0,0084	0,1	3,8

Tabla 22. Variable predictora de los trastornos del desarrollo

### Poder predictivo de las variables en la aparición de trastornos cognitivos (Tabla 23)

También, la variable trabajo aparece como un predictor de la aparición de trastornos cognitivos. Existiendo un riesgo 2,3 veces superior de aparecer trastornos cuando no trabaja el padre.

Puntuación total	Beta	Error S	p	R de Pearson	Exponente de r
Trabajo	0,8	0,4	0,05	0,09	2,3

Tabla 23. Variable predictora de los trastornos cognitivos

### Poder predictivo de las variables en la aparición de trastornos conductuales (Tabla 24)

En nuestros resultados aparece una asociación entre la falta de trabajo de los padres y la aparición de trastornos conductuales, de tal manera que existe un riesgo 3 veces superior de tener un preescolar con trastornos cuando los padres no trabajan y de que el trastorno sea a nivel conductual 3 veces superior. y cognitivo 2,3 veces.

También otros investigadores han relacionado la falta de apoyo social con la aparición de trastornos en el desarrollo de los preescolares (RICHMAN y col., 1975.)

Puntuación total	Beta	Error S	p	R de Pearson	Exponente de r
Trabajo	1,2	0,4	0,0043	0,1	3,5

Tabla 24. Variable predictora de los trastornos conductuales

## Discusión

El interés de esta investigación se basa en la repercusión social, ya que son escasos los trabajos publicados con estas características. Es el primer estudio longitudinal de factores de riesgo que se hace en España y Europa por lo que tiene una dimensión y repercusión de carácter preventivo, en la medida que contribuye a esclarecer el papel que puede jugar el riesgo psicosocial en el desarrollo evolutivo del niño.

### I. DEL MÉTODO DEL ESTUDIO

Es posible utilizar distintos métodos para evaluar el riesgo psicosocial, pero la escala ERPS de HAMEURY destaca por su facilidad en la aplicación y posibilita evaluar comparativamente resultados con el paso del tiempo.

Además, para que la puntuación del test sea considerada como de moderado o alto riesgo es necesario que se sumen varias situaciones de riesgo en ese caso y hoy se sabe que no es la existencia de un solo factor de riesgo lo que puede determinar patología sino la concurrencia de varios factores de riesgo (ZEANAH, 1997).

También existen distintos métodos para la evaluación en el niño de las alteraciones del desarrollo (aspectos cognitivos, conductuales, emocionales y psicosomáticos), pero uno de los más adecuados por su sencillez, fiabilidad, validez, poder discriminante y aplicación transcultural y transracional lo constituye el CBCL de ACHENBACH y EDELBROCK, que además ha demostrado su validez como herramienta de investigación.

En nuestro estudio, la consistencia interna de la Escala de HAMEURY fue testada mediante el Alfa de Cronbach, que aportó resultados del 0.59, que corresponde con una fiabilidad moderada, pero razonable al tratarse de aspectos psicosociales. La consistencia interna del CBCL también fue testada mediante el Alfa de Cronbach (Tabla 4), que aportó resultados del 0.80 para la puntuación TOTAL del test y del 0.84 para la subescala "conductual". Las subescalas "somática" y "cognitiva" tuvieron resultados del 0.62 y 0.52 y la puntuación más baja, del 0.35, fue para la subescala "emocional". Acorde con la literatura, consideramos niveles de 0 a 20 como pésimos, del 20 al 40 como malos, del 40 al 60 como discretos, del 60 al 80 como buenos y del 80 al 100 como muy buenos. El haber obtenido niveles más bajos en la subescalas "somática", "cognitiva" y "emocional" podría deberse a varias razones: en primer lugar, al ser un cuestionario contestado por los padres los datos que se refieren a conductas "internalizadas" (subescala somática, emocional y cognitiva), que son las que obtenemos puntuaciones más bajas, depende su puntuación del estado psicológico y afectivo de los padres y de su capacidad perceptiva; además, es

posible que en una casuística mayor el nivel de consistencia interna del CBCL hubiera aumentado en estas subescalas. La inclusión o exclusión de los ítems en cada subescala se realiza a criterio del investigador, aunque en nuestro caso la selección de los ítems para la medición de las distintas subescalas se hizo acorde a lo manifestado en la literatura, por esta razón no sabemos si la inclusión de algunos ítems en las mismas o la exclusión de algunos de los que se incluyeron, pudiera variar estos niveles de Alfa de Cronbach. No obstante, al agrupar los ítems en "interiorización" y "externalización" el alfa de Cronbach que obtenemos es "muy bueno", 90 para "interiorización" y 87 para "externalización" (Tabla 5). Por tanto, los valores obtenidos para el Alfa de Cronbach del instrumento sugieren que los resultados descritos para la aplicación del CBCL pueden ser utilizables, si bien con la prudencia acorde a cada caso del análisis, según los valores de la escala.

El método del estudio fue de tipo prospectivo longitudinal, puesto que se ha realizado en dos fases, en una primera fase, postnatal y la segunda fase cuando los niños tenían 2-3 años. Como McCALL (1977) ha señalado, en la investigación clínica con niños, si la investigación está realmente basada en aspectos evolutivos, ha de ser longitudinal. Los estudios longitudinales permiten la recolección de datos sobre los cambios evolutivos relacionados con la edad y la posibilidad de hacer interferencias sobre distintos grupos de edad. Está universalmente aceptado que los niños no se desarrollan de un modo uniforme y que las diferencias genéticas, ambientales y la interacción de ambos tipos de influencias, hacen que no todos los niños sigan el mismo ritmo evolutivo (McCALL, 1981; SAMEROFF y CHANDLER, 1975; SROUFE, 1979).

## II. DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO

### SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

Aunque pretendimos estudiar todos los recién nacidos que correspondían al Centro de Salud Zona I, no debemos olvidar que todavía existe un grupo de niños, que bien por la distancia geográfica al Centro de Salud (al haberse cambiado de domicilio) o bien porque su nivel cultural no les hace considerar necesarias las revisiones periódicas, no acudieron a nuestra consulta en el periodo de recogida de datos. Como ha sido establecido en otras investigaciones (CAMPBELL y col., 1983), generalmente los que no han acudido son casos en los que existe una situación elevada de riesgo psicosocial. Por ese motivo, hemos de tener en cuenta la posibilidad que nuestra muestra pudiera no representar exactamente a nuestra población de referencia, aunque consideramos que sí lo hace y entendemos que nuestros resultados son extrapolables al área de Salud de Albacete exclusivamente en el contexto del estudio.

Al realizar cualquier estudio estadístico es siempre aconsejable verificar la normalidad y homogeneidad de los grupos de estudio, por lo que ha sido necesario evaluar la homogeneidad entre los dos grupos, previamente se ha verificado para cada variable la hipótesis de normalidad, que se realizó en todas las variables continuas con la prueba Kolmogorov-Smirnov. Así comprobamos cuales eran susceptibles de ser comparadas mediante métodos paramétricos. Pero, en algunas de las variables estudiadas los resultados no fueron significativos, o no sumaban un número de observaciones mayor de 30, por lo que fueron analizadas mediante test no paramétricos, como el Mann-Whitney, reconociendo las limitaciones que conllevan y que, en nuestra opinión, redundan en la disminución del poder del análisis general que se viene refiriendo para el estudio.

## III. DE LA ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

El presente estudio tiene un diseño de muestreo en doble fase, en el que se estudiaron 226 recién nacidos pertenecientes a un Centro de Salud en la primera fase y se evaluaron 188 en la segunda. A pesar de que la muestra ha disminuido un 17% desde la evaluación postnatal hasta la evaluación realizada después de tres años, la tasa de respuesta ha sido muy alta, de un 83,1%, similar a las obtenidas por ACHENBACH (1981) de 82,3% para su muestra de población general, por VERHULST (1985) de 85,1 y por PEDREIRA (1996) de un 85,8%. Este número de casos permite aceptar los resultados con un error del 4 % y un intervalo de confianza del 95 %, considerando el número total de recién nacidos en Albacete en ese año que fue de 5669.

La Tasa de prevalencia de alto riesgo psicosocial en la primera fase fue de un 7,5% y de moderado-alto riesgo psicosocial fue de un 8,4% (Tabla 7). En la segunda fase al pasar de nuevo la Escala de HAMEURY, la proporción de alto riesgo psicosocial es de un 3,7% y de moderado-alto riesgo psicosocial del 7,4%, es decir, a los tres años la Tasa de riesgo psicosocial había disminuido a un 3,7% en el caso de alto riesgo y a un 7,4% en el riesgo psicosocial moderado-alto (Tabla 8). CAMPBELL y col. (1989) en sus estudios afirman que las familias más disfuncionales son las que abandonan los estudios longitudinales y, en nuestro estudio, se confirma esa afirmación ya que en la primera fase, al quitar las pérdidas, la proporción de riesgo psicosocial sería de un 6,9% para los casos de alto riesgo y de un 13,8% para los de moderado-alto riesgo. Por tanto, la disminución de la prevalencia del riesgo psicosocial en la segunda fase obedece a que las pérdidas son casos de alto riesgo psicosocial, sin olvidar el apoyo que a distintos niveles realizan los equipos de Atención Primaria y Servicios Sociales en las familias de riesgo. No obstante, en los lactantes que estaban en situación de moderado-alto riesgo no desaparece

espontáneamente esa situación de riesgo sino que en el 30,7% continúan siendo casos de riesgo, de ahí la importancia de la actuación preventiva con estos posibles futuros "casos clínicos".

En la segunda fase a todos los niñ@s se les pasó el test CBCL para medir los resultados obtenidos en la escala cognitiva y las escalas conductual, psicossomática y emocional. Se evaluaron así mismo distintas variables del niño pre y postnatales así como de los padres y de la interacción madre-bebé y se establecieron dos grupos los de los niños "sin riesgo psicossocial" y los de "riesgo psicossocial moderado-alto" estudiando diferencias entre los dos grupos.

#### IV. DE LA ESTADÍSTICA INFERENCIAL

Una relación estadísticamente significativa no comporta juicio de causalidad, puesto que este criterio, según DOMENECH y EZPELETA (1995), debe obtenerse por una adecuada estrategia y no por el método estadístico, y por otra parte, el hecho de no encontrar variables estadísticamente significativas no permite asegurar que no exista una relación entre las dos variables ya que en ocasiones, simplemente puede estar traduciendo una escasa potencia de la prueba estadística o que nuestra muestra no sea lo suficientemente grande como para evidenciar la asociación. Además, el hecho de no ser "estadísticamente significativa" no implica, según PORTA y col. (1988), que este fenómeno no sea "clínicamente importante".

La investigación epidemiológica poblacional implica unas restricciones que siempre debemos tener presentes según SALLERAS (1989), aunque un estudio longitudinal permite aproximarse al establecimiento de relaciones causales entre las variables.

#### GRUPO DE RIESGO PSICOSOCIAL MODERADO.

En este grupo de riesgo psicossocial es estadísticamente significativa la presencia de alteraciones conductuales en el niño (Tabla 13). Este resultado también lo encontramos en la literatura revisada, así: EMERY y O´LEARY (1982) afirman que los niñ@s que viven en hogares en disarmonía muestran más problemas emocionales y conductuales que los niños que viven en hogares armoniosos. SHAW et al. (1994) demuestran que el pobre ajuste marital predice problemas de conducta externalización en niñ@s de 36 meses. REID y CRISAFULLI (1990) consideran el conflicto marital como factor de riesgo en la psicopatología infantil. FRENDRINCH, WARNER y WEISSMAN (1990) lo relacionan con trastornos de conducta externalización e internalización. JENKINS y SMITH (1991) han mostrado que el conflicto parental emerge como un fuerte predictor de problemas de los niños y lo relacionan con conductas externalización más que con conductas internalización o emocionales. CAMPBELL (1995) afirma que los niñ@s identificados con problemas de conducta en la temprana infancia provienen de familias disfuncionales. CAMPBELL (1991); KOOT (1993); McGEE, PATRIDGE, WILLIAMS y SILVA (1991), demuestran en sus investigaciones que en el periodo preescolar, los niñ@s que presentan problemas de conducta provienen de familias con circunstancias adversas.

También ZEANAH (1997) señala en sus estudios cómo el status socioeconómico y la pobreza están relacionados con los resultados del desarrollo en la infancia, pudiendo presentar retrasos en las escalas cognitivas y de desarrollo.

También existe significación estadística respecto a que los padres no trabajen y al tiempo de paro del padre, es decir, cuando no trabajan los padres, mayor riesgo y a mayor tiempo de paro del padre, mayor riesgo. En la literatura consultada el paro del padre forma parte de lo que se ha llamado "adversidad familiar", que sería un conjunto de elementos que afectan de forma importante la capacidad familiar para proporcionar un óptimo cuidado del niñ@. POLAINO (1998) y RUTTER (1985) relacionan adversidad familiar y riesgo de vínculo inseguro con posteriores problemas conductuales.

La discordia familiar, los problemas económicos y la psicopatología parental están asociados con síntomas persistentes en niñ@s problemáticos, mientras que estos mismos niñ@s en familias más armoniosas es más probable que superen sus dificultades con o sin tratamiento (PATERNITE y LONEY, 1980; RICHMAN y col., 1982).

Las variables ambientales y culturales influyen directa o indirectamente en las primeras relaciones (TRAFECH y VÁZQUEZ, 1998) y así en nuestro trabajo nos encontramos que aparecen como estadísticamente significativas en este grupo de riesgo psicossocial ciertas variables relacionadas con la interacción madre-bebé: tristeza, indiferencia, excitación, intercambios raros o ausentes y relación madre-bebé disarmónica. Estas variables fueron obtenidas de la observación directa en la sala de espera de la consulta de Pediatría. Todas estas variables indican una relación distorsionada entre la madre y el bebé y señalan un tipo de vinculación ansiosa en este grupo de riesgo, bien de tipo evitativa o ambivalente. LEWIS, FEINING (1989) plantean que la conducta interactiva de la madre juega un papel determinante en la clasificación del vínculo que se desarrollará, así como en los primeros

meses determinan la sociabilidad ulterior del niño. TRAFECH y VÁZQUEZ (1998) afirman que las variables ambientales y culturales influyen directa o indirectamente en las primeras. SHAW y VONDRA (1993) coinciden con RUTTER (1980) en cuanto a la relación establecida entre factores familiares estresantes y patrones de vinculación. ERIKSON, STOUFE, EGELAND (1985); TROY y STOUFE, (1987) y LOEBER (1990), afirman que la adversidad familiar puede alterar el proceso de vinculación.

Encontramos asociación estadística entre el grupo de riesgo y las edades de los padres, es decir, cuanto más jóvenes son los padres existe mayor riesgo. En la literatura consultada también la edad de la madre al nacer el bebé se considera que puede convertirse en un factor de riesgo, así MORENO y RUANO (1998) dicen que puede ser un factor de riesgo para problemas de conducta en niños pequeños. LEADBEATEAR (1993) considera la edad de la madre como factor de riesgo asociada a un status socioeconómico bajo y a la inestabilidad familiar. También LEADBEATEAR y BISHOP (1994) investigando posibles predictores de conducta en niños preescolares de madres adolescentes, encontraron una mayor incidencia y niveles clínicamente significativos de problemas de conducta. Respecto a la edad del padre como factor de riesgo no hemos encontrado referencias en la bibliografía consultada.

Aparece como estadísticamente significativo el que el padre se ocupe del bebé en este grupo de riesgo. Es decir, cuanto menos se ocupa el padre del bebé en el primer año, existe un mayor riesgo psicosocial. Apenas existen investigaciones donde se estudie el papel del padre en la crianza del niño. La idea popular de que sólo las mujeres están preparadas para interesarse por los niños no puede mantenerse. Los hombres también emiten un tipo especial de respuesta y las diferencias entre los sexos parecen deberse más a convenciones sociales que a la expresión de alguna predisposición innata (SHAFFER, 1994). Pese a que ha habido grandes avances en la participación de los padres durante el embarazo y el parto, las fuerzas que históricamente los han excluido de estos procesos siguen siendo poderosas. BRAZELTON y CRAMER (1993) afirman que en solo el 4% de las culturas estudiadas existe una visible "relación estrecha y regular" entre el padre y el hijo. En muchas culturas se observa una estricta separación entre hombres y mujeres durante el parto y los días siguientes al alumbramiento; en el 79% de las Sociedades del mundo el padre no duerme con la madre y el bebé durante el periodo de lactancia (HAHN y PAIGE, 1980).

BRAZELTON (1993) afirma que el proceso del embarazo, el parto y el vínculo temprano se ve fuertemente influido por las actitudes del padre. La actitud del marido también influye en la competencia de la madre para amamantar o alimentar con el biberón a su hijo (PEDERSEN, 1982).

Muchos estudios confirman las observaciones clínicas, por no mencionar la intuición cotidiana: la presencia y el apoyo afectuoso del futuro padre ayudan a la mujer a desarrollar el rol materno. Se ha demostrado que el padre tiene una influencia directa en el desarrollo del hijo, reforzada por su vínculo con el niño desde la primera infancia en adelante. La actitud de la madre hacia el rol del padre influye sobre este vínculo (BRAZELTON, 1993).

MILLER, COWAN, HETHERINGTON y CLINGEMPEEL (1993) concluyen en sus investigaciones que una baja calidez materna estaba asociada con altos índices de conducta externalizada, pero para los padres, tanto del grupo control como los del estudio que mostraban conductas cordiales, no se encontraron diferencias. También hay que considerar el papel que el padre tiene como elemento asegurador de la madre en la relación con el bebé.

Aparece como estadísticamente significativo en este grupo de riesgo la existencia de parto pre o postmaduro, es decir, cuando el parto es pre o postmaduro, se da un mayor riesgo. Este resultado también lo encontramos en la literatura revisada, así SÁMEROFF y CHANDLER (1975) revisaron los estudios en relación a los riesgos de la reproducción y concluyeron que las complicaciones en el embarazo y en el nacimiento se correlacionaban a menudo con situaciones de estrés psicosocial. De todos modos, el efecto combinado de un funcionamiento deficitario en la infancia, en un ambiente de cuidados inadecuados, genera una gran probabilidad de establecerse un patrón cíclico de funcionamiento deficitario del niño y de cuidados insuficientes, que conducía a dificultades mayores y más continuas que las complicaciones del nacimiento o el estrés psico-social. Estos autores examinaron la relación entre el diagnóstico familiar, severidad de la patología y complicaciones durante el embarazo y el nacimiento y encontraron que la severidad del trastorno y la ansiedad materna durante el embarazo estaban asociadas con mayor número de complicaciones en el embarazo y en el nacimiento.

Así mismo, tiene significación estadística el que el embarazo sea o no deseado, es decir, cuando no es deseado aumenta el riesgo psicosocial. Los bebés que no han sido deseados por sus padres se encuentran en una situación de desventaja respecto de los deseados en la interacción con su madre. Por otra parte, esta situación puede generar un nivel de ansiedad materna elevado que ha sido descrito por DOMENECH y COSTAS (1988) como "signo de riesgo" que influirá en la interacción madre-bebé.

#### RESULTADOS DEL CBCL.

La correlación entre la puntuación TOTAL del CBCL y las distintas subescalas fue excelente para todas las

subescalas ( $r$  mayor de 0,7) excepto para la "emocional" que fue muy buena ( $r$  mayor de 0,4) y la correlación entre las subescalas consigo mismas muy buena ( $r$  mayor de 0,4), lo cual es ampliamente refrendado en la literatura consultada (Tabla 6).

Respecto a los resultados del CBCL en función del sexo, en nuestra casuística sólo encontramos diferencias en cuanto al sexo en la subescala "conductual" del CBCL (Tabla 15), objetivándose una mayor frecuencia de problemas de conducta en los varones, lo cual coincide con los datos aportados por la literatura en los que describen a los niños más agresivos y opositoristas y a las niñas más tímidas y con más problemas del sueño (KOOT y VERHULST, 1991). MACCOBY Y JACKLIN (1980), apuntan que la conducta agresiva presenta diferencias por sexos a los seis años de edad y por debajo de ésta.

Sin embargo, en las últimas publicaciones (QUEROL, 1998) se apunta un cambio en cuanto a presencia de agresión en niños y niñas justificándolo a partir de los cambios socioculturales y de rol del sexo femenino. En nuestra muestra sólo se cumplió cuando estimamos como punto de corte el percentil 25, y no así en el 50, 75 y 95, en que no encontramos diferencias significativas (Tablas 56, 57, 58 y 59).

Respecto a las variables obstétricas tan solo aparece significación estadística el perímetro cefálico al nacimiento respecto a los resultados del CBCL, los niños que presentan un perímetro cefálico menor del percentil 10 o mayor del percentil 90 presentan más problemas cognitivos que los que tienen un percentil de 10-90 (Tabla 15). MATARRANZ (1997) afirma que las variables obstétricas que más influyen en la aparición del desarrollo cognitivo son el peso fetal, el CIR, los pHs de la presentación y de cordón y el Apgar.

Encontramos diferencias estadísticamente significativas en los resultados del CBCL en los niños/as cuyas madres habían padecido depresiones puerperales, en el percentil 25 de la subescala emocional, no en las otras subescalas. Es decir, los niñ@s cuyas madres han tenido depresión puerperal presentan más problemas emocionales que los niñ@s que sus madres no han presentado depresiones puerperales (Tablas 15). En la bibliografía consultada, sobre todo en la de los últimos años, aparecen múltiples referencias que apoyan estos resultados y que relacionan la depresión materna con la existencia de un vínculo inseguro (LYONS-RUTH et al., 1987; SHAW and VONDRA, 1993), problemas cognitivos y de lenguaje (MURRAY, 1992) y problemas de interacción social (FIELD et al., 1995; WEINBERGER y TRONICK, en prensa). STERN (1974 y 1981) se refiere a la hipoestimulación que se observa en las madres deprimidas en la relación con sus bebés. ZEANAH (1997) considera que el número total de factores de riesgo puede ser más predictivo que varios resultados que se produzcan en un niño expuesto a un tipo específico de factor de riesgo.

Respecto a las variables analizadas de la interacción madre-bebé aparecen diferencias significativas en el aspecto cognitivo (percentil 25) cuando existía excitación en la interacción madre-bebé, pero no aparecen alteraciones en el CBCL en otras variables relacionadas con la interacción. Es decir, la existencia de excitación en la interacción en nuestra investigación está relacionada con retrasos en los aspectos cognitivos. GROSSMANT, SPANGLER, SUESS y UNZNER (1985) y RUTTER (1995) comprueban que niños definidos por sus padres como irritables tenían dificultades relacionales con sus cuidadores, lo cual propiciaba un vínculo inseguro-evitativo. De esta forma se ratificaba la implicación del temperamento en la determinación del vínculo, destacando la habilidad materna como un factor importante sobre todo cuando hablamos de niños ansiosos. Sin embargo, no encontramos referencias bibliográficas respecto a la existencia de excitación en la madre en interacción con su bebé.

Respecto a los resultados que los niñ@s obtienen en el CBCL (Tabla 16) cuando han estado expuestos a una situación de "alto riesgo psicosocial" en su primer año de vida aparecen como estadísticamente significativa la presencia de alteraciones cognitivas (percentil 95), somáticas (percentil 50), emocionales (percentiles 75 y 95), conductuales (percentiles 50 y 95) y en la puntuación total de la escala (percentil 25). Es decir, en el "grupo de riesgo" aparecen alteraciones en todas las subescalas, sin embargo en el "grupo de no riesgo" no se producen estas alteraciones.

Cuando la situación de riesgo psicosocial ha sido "moderado-alto" (Tabla 17) en el primer año de vida aparecen como estadísticamente significativa la presencia de alteraciones somáticas (percentil 50), emocionales (percentil 75), conductuales (percentiles 25, 50 y 75) y en la puntuación total de la escala (percentil 25). La diferencia entre los grupos de alto riesgo y moderado-alto riesgo es en los aspectos cognitivos que están afectados en el alto riesgo y no afectados en el moderado-alto riesgo.

Cuando la situación de "moderado-alto riesgo" se produce en el tercer año de vida aparecen diferencias estadísticamente significativas en los aspectos conductuales y en la puntuación total de la escala. Haciéndolo por percentiles, aparecen estadísticamente significativos los aspectos cognitivos (percentiles 50 y 75), emocionales (percentil 75), conductuales (percentiles 50, 75 y 95) y en la puntuación total de la escala.

Hemos realizado la prueba de Simetría de McNemar (Tabla 14) para ver si hay concordancia entre los niños que

estaban en situación de riesgo psicosocial moderado-alto en el primer año y los que estaban en esa situación en el segundo-tercer año de vida y no existe significación estadística. Es decir, el riesgo psicosocial no se mantiene en todos los casos a lo largo del tiempo pero en un 30,7% de los casos siguen siendo casos de riesgo.

Estos hallazgos nos llevan a la consideración de que la alteración en el desarrollo del niño obedece, no tanto a un sólo factor de riesgo que actúe en el niño, sino a la concurrencia de múltiples factores de riesgo y que los factores sociofamiliares y ambientales juegan un papel fundamental en el desarrollo del niño. ZEANA (1997) llama la atención sobre el impacto que produce en los niños la pobreza y el status socioeconómico que ésta conlleva, generando retrasos en el desarrollo. POLLIT (1994) afirma que cuando esta situación se produce en los niños, los más pequeños son los más afectados, presentando retrasos en las escalas cognitivas y de desarrollo. McLOYD (1990) señala que la pobreza crónica no es una variable unitaria, sino una combinación de condiciones estresantes de diferente penetrancia que restringe de forma severa las posibilidades de desarrollo en el niño. DUNCAN (1994) señala que es poco probable que una familia pobre haga del hogar un medio estimulante. Estas variables afectan al niño de forma indirecta, ya que un medio estimulante y una interacción positiva entre la madre y el niño está relacionada con un vínculo de seguridad (COX et al., 1989), entonces la presencia de un soporte social adecuado se asocia con un medio estimulante y una provisión de materiales de juego adecuados con los cuales se prevén unos resultados de desarrollo satisfactorios.

Los niños se desarrollan rápidamente y se van formando por una interdependencia continua, tanto de factores biológicos como ambientales y sociofamiliares. Existen unas complejas interrelaciones entre los factores de riesgo. Los modelos lineales causa-efecto no nos sirven para comprender el desarrollo de la psicopatología. La existencia de un sólo factor de riesgo no justifica la aparición de retrasos en el desarrollo. Han de ser varios factores de riesgo los que actúen para producir un trastorno en el desarrollo.

#### PODER PREDICTIVO DE LAS VARIABLES EN LA APARICIÓN DE RIESGO PSICOSOCIAL MODERADO.

En la regresión logística multivariante es de vital importancia la elección de las variables a incluir en el modelo, pues la inclusión o la exclusión de una de ellas hace que el peso del resto de las variables sí incluidas, a la hora de predecir la aparición de riesgo psicosocial, aumente o disminuya. En nuestro modelo incluimos aquellas variables que nos parecieron de "importancia clínica" para la aparición de riesgo psicosocial, aunque la importancia estadística (la significación) no fuera tan alta.

Se han hecho análisis de regresión logística en vista a la predicción de perfiles de psicopatologías particulares. El valor de estos análisis es la valoración de riesgos psicosociales en los niños o sus familias en base a combinaciones de características específicas con el fin de prevenir la aparición de patologías posteriores.

La capacidad de predicción de nuestro modelo (Índice de Youden) fue del 89,50. La variable padre apareció como primer predictor, existiendo un riesgo 4,84 veces superior de presentar riesgo psicosocial moderado cuando el padre no se ocupa del bebé. El segundo predictor fue la variable parto y lo hizo como un potente predictor de riesgo psicosocial, existiendo un riesgo 6,5 veces superior cuando el parto es pre o postmaduro. La variable trabajo en nuestro modelo surge como tercer predictor y el más potente, existiendo un riesgo 18,40 veces superior de riesgo psicosocial cuando los padres no trabajan. Y el cuarto predictor fue la variable intercambios, con un riesgo 6,6 veces superior de riesgo psicosocial cuando no se producen intercambios entre la madre y el bebé en el primer año.

#### PODER PREDICTIVO DE LAS VARIABLES EN LA APARICIÓN DE LOS RETRASOS EN LA ESCALA CBCL.

El estudio se ha realizado tomando como punto de corte el percentil 75, debido a que es este percentil el más utilizado por la literatura para evaluar los retrasos del desarrollo (ACHENBACH y EDELBROCK, 1987; KOOT, 1993; PEDREIRA, 1991; VERHULST, 1996).

Diferentes investigadores, buscando factores de riesgo que puedan generar trastornos de comportamiento en la infancia, han comentado que sólo pueden encontrarse predisposiciones generales o vulnerabilidades (ENGEL, 1977; BROMAN, 1979). En esta investigación hemos identificado que los factores de riesgo psicosocial que existen en el primer año están asociados con la aparición de patología en el segundo y tercer año, tanto en los cuatro síndromes de comportamiento de desvío como en la puntuación total de la escala.

La característica más solidamente asociada con la psicopatología preescolar incluyó la falta de soporte social (es decir, el que los padres no trabajen), que el padre no se ocupe del bebé durante el primer año y el tipo de parto (prematuro o postmaduro). Estos y otros indicadores de riesgo se incluyeron en la regresión logística que realizamos tanto para la suma total de la Escala CBCL como de las subescalas emocional, conductual, somática y cognitiva. Estos modelos determinan estimaciones de riesgo relativamente ajustadas para la aparición de un trastorno de comportamiento. Las ecuaciones de regresión logística enfatizan la importancia del papel tanto de la

madre como del padre y del soporte social que conlleva el que los padres trabajen.

En nuestros resultados aparece una asociación entre la falta de trabajo de los padres y la aparición de patología, tanto en la puntuación total de la escala como en las subescalas conductual y cognitiva, de tal manera que existe un riesgo 3 veces superior de tener un preescolar con trastornos cuando los padres no trabajan y de que el trastorno sea a nivel conductual 3 veces superior y cognitivo 2,3 veces.

También otros investigadores han relacionado la falta de apoyo social con la aparición de trastornos en el desarrollo de los preescolares (RICHMAN y col., 1975; EARLS, 1980; ONTARIO, 1986 y RUTTER, 1975; LARSON, 1988).

Los trastornos emocionales se asociaron con el parto prematuro o postmaturo y con la intervención del padre en el cuidado del niño del padre, parece que en estos niños la presencia de trastornos emocionales está influenciada por distintas experiencias neonatales que reflejan cuidados maternos y apoyo emocional por parte del padre.

Los trastornos somáticos aparecieron asociados con los niños que en su primer año han presentado trastornos en la conciliación del sueño.

No hemos encontrado asociación entre trastornos psicopatológicos de los padres y aparición de psicopatología en los preescolares, lo cual significa en nuestro estudio que la patología paterna, como factor único, no ocasiona trastornos evidentes en los niños preescolares. Sin embargo, otros autores sí han encontrado esta asociación.

## Conclusiones

Durante el primer año de la vida del niño es fundamental detectar las situaciones de riesgo psicosocial porque pueden originar alteraciones en el desarrollo del niño; en esa función detectora, tanto los padres como los profesionales de la salud infantil tienen una labor fundamental y de cumplirla de forma satisfactoria se posibilita la intervención precoz para minimizar, en lo posible, el impacto de esa situación de riesgo.

Es necesario estudiar la atención al parto y la atención neonatológica. Necesitamos para que se produzca una adecuada interacción una estabilidad biológica: hay que acariciar a los bebés y favorecer el proceso de vinculación de las madres con estos bebés. Desde los servicios de neonatología deben contemplar la interacción.

Desde atención primaria y pediatría se deben detectar de forma temprana de los grupos de riesgo, teniendo en cuenta que el que los padres no trabajen, la maternidad adolescente, las depresión postparto...son factores de riesgo psicosocial. Detectada la situación es necesario un proceso de consenso de los profesionales para hacerse cargo de las distintas situaciones, y así los trabajadores sociales se harán cargo de la maternidad adolescente y de la falta de trabajo de los padres. Cuidado especial de las mujeres embarazadas que pertenecen a los grupos sociales más desfavorecidos. Se ha demostrado que las visitas domiciliarias a estos grupos sociales, iniciadas a lo largo del embarazo y continuadas durante el primer año de vida, introducen modificaciones favorables en la calidad de las interacciones madre-hijo; además estos efectos eran más notables que cuando las visitas se iniciaban seis semanas después del nacimiento. Es necesaria una mayor continuidad en el apoyo de la madre a la salida de la maternidad, los trabajadores sociales pueden aportar ayuda a estas madres.

Seguimiento desde pediatría contemplando en el "programa del niño sano" ítems para detectar: depresión puerperal, familia uni o biparental, trabajo de los padres, parto y problemas del sueño (cólicos, dificultades del sueño....) y si el padre se ocupa del cuidado del bebé.

Detectar tempranamente los grupos de riesgo contribuye a la prevención de trastornos psicopatológicos, ya que la temprana infancia es un periodo ideal para intervenciones, que pueden ser de corta duración. El sostén que se les da en ese momento pueden liberar fuerzas positivas hacia el apego y el progreso.

No solo hay que tener en cuenta a la madre en la relación con el bebé, el papel del padre es fundamental. Hoy hay que hablar de "parentalidad", no solo por la interacción de padre con su bebé, sino también como sostén de la madre. El que el padre se ocupe del niño es un "factor protector" del desarrollo psíquico del niño. Se ha de promover una participación más activa del padre en el cuidado del niño. Los grupos de educación para el parto y el personal médico y sanitario son importantes agentes de cambio que pueden tener una fuerte influencia futura destinada a determinar nuevos modelos de paternidad en los que se fomente el cuidado de los hijos en el hombre.

La existencia de patología en el niño preescolar no viene determinada por un solo factor de riesgo que haya incidido en el primer año de vida, son múltiples los factores de riesgo que tienen que actuar en el niño y son necesarios estudios epidemiológicos basados en la comunidad que determinen sus mecanismos de actuación.

Son necesarios más estudios longitudinales con metodología rigurosa y preservando los requerimientos éticos de toda investigación de este tipo con los que poder comparar los resultados de esta investigación.

## Bibliografía

- COLLOMB, H. et VALANTIN, S.: Le kwashiorkor, anorexie mentale de l'enfance. In L'enfant dans sa famille. L'enfant à haut risque psychiatrique. Paris, PUF. 1980, 1, págs. 339-46.
- CUMMINGS, E. M., IANOTTI, R. J. and ZAHN-WAXLER, C.: The influence of conflict between adults on the emotions and aggression of young children. *Dev. Psychol.* 1985, 21, págs. 495-507.
- DOMENECH, E. y COSTAS, C.: Factores de riesgo psicopatológico en el recién nacido y en el lactante. *Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna.* 1988, 15, 2, págs. 29-68.
- DOMENECH, E.: Signos de alarma en el desarrollo psicológico de un niño antes de los treinta meses. En: J. Callabed y J.M. Domenech, F.A. Moraga y C.A. Wennberg: *Pediatría psico-social.* Barcelona. Societat Catalana de Pediatria, Prin Center S.A. 1993, págs. 37-52.
- DOMENECH, E.: Psicopatología de la primera edad. En: J. Rodríguez Sacristán, Dir.: *Psicopatología del niño y del adolescente.* T.II. 1995, págs. 927-976.
- DOMENECH, E.: Evaluación psicológica en la temprana infancia. En: Silva, F., *Evaluación psicológica en niños y adolescentes.* Madrid: Síntesis. 1995, págs. 173-221.
- ECHEBURÚA, E. y DE CORRAL, P.: Manual de violencia familiar. Madrid. Siglo XXI. 1998, págs. 177-188.
- GARMEZY N.: Children under stress; Perspectives on antecedents and correlates of vulnerability and resistance to psychopathology. En A.I. Rabin, J. Aronoff, J. Barclay (Edts): *Further explorations in personality.* New York: Wiley. 1981, págs. 196-269.
- GARMEZY, N., MASTEN, A. S. and TELLEGEN, A.: The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development.* 1984, 55, págs. 97-111.
- LEBOVICI, S., DIATKINE, R. et SOULE, M.: *Traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'Adolescent.* Paris, PUF, 1985.
- LEBOVICI, L., WEIL-HALPERN, F.: *La psicopatología del bebé.* Madrid. Siglo veintiuno. 1995.
- LEMOS S. : Factores de riesgo y protección en psicopatología en niños y adolescentes. En J. Buendía, Dir. *Psicopatología en niños y adolescentes.* Desarrollos actuales. Madrid.Ed. Pirámide. 1996. págs. 25-54.
- MARTÍN ÁLVAREZ, L., PAUL, J. DE. y PEDREIRA, J. L.: La infancia maltratada: contenidos psicopatológicos. En J. Rodríguez Sacristán, Dir. : *Psicopatología del niño y del adolescente.* Sevilla: Universidad de Sevilla. 1998, T.II., págs. 1297-1322.
- MAZET, P. y STOLERU, S.: Manual psicopatología de la primera infancia. Barcelona. Masson. 1990, págs. 258-270.
- PEDREIRA MASSA, J. L.: *Protocolos de Salud Mental Infantil para la Atención Primaria.* Madrid. ELA. 1995. págs. 25-69.
- PEDREIRA MASSA, J. L.: La vulnerabilidad en la primera infancia. *Anales de Psiquiatría.* 1997, Vol. 13, Nº 7, págs. 299-310.
- PEDREIRA MASSA, J. L.: La familia y los trastornos psicopatológicos en la infancia. En J. Rodríguez Sacristán, Dir. *Psicopatología del niño y del adolescente.* Sevilla. Universidad de Sevilla. 1998. T.II. págs. 1215-1234.
- PEDREIRA MASSA, J. L.: La maternidad en la adolescencia. En J. Rodríguez Sacristán, Dir. *Psicopatología del niño y del adolescente.* Sevilla. Universidad de Sevilla. 1998. T.II. págs. 1247-1267.
- PEDREIRA MASSA, J. L.: *Metodología de investigación en Psicopatología, Psiquiatría y Salud Mental de la infancia y la adolescencia.* Madrid: Oficina del Defensor del Menor de la CAM, 2001.
- PEDREIRA MASSA, J. L., SÁNCHEZ, B. y SARDINERO, E.: Aplicación del método epidemiológico en la detección de los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia. En J. L. González de Rivera, F. Rodríguez Pulido, A. Sierra, Coords.: *El método epidemiológico en Salud Mental.* Barcelona, Salvat-Masson. 1993, págs. 215-238.
- PEDREIRA MASSA, J. L. y SARDINERO GARCÍA, E.: Prevalencia de trastornos mentales en la infancia en atención primaria pediátrica. *Actas Luso-Esp Neurol. Psiquiatría.* 1996, 24, 4, págs. 173-190.
- PEDREIRA, J. L., BORRERO, J. y RODRÍGUEZ SACRISTÁN, J.: Reactividad al estrés en la infancia y la adolescencia. *Psiquis.* 1996, 17, 5 (junio), 281-292.
- PEDREIRA MASSA, J. L. y RODRÍGUEZ-SACRISTÁN, J.: La investigación en la Psicopatología del desarrollo: un reto para el futuro. *Psiquis,* 1997, T 18, nº 2, págs. 76-86.
- RUTTER, M.: Stratégies épidémiologiques et concepts psychiatriques dans la recherche sur l'enfant vulnérable. In L'enfant dans sa famille. L'enfant à haut risque psychiatrique. Paris. PUF. 1980, 1, págs. 195-210.
- RUTTER, M.: Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *Brit. J. Psych.* 1985, 147, págs. 598-611.
- RUTTER, M.: Psychosocial resilience and protective mechanism. *American Journal of Orthopsychiatry.* 1987, 57, págs. 316-331.
- SAN ROMÁN, P. y MARTÍNEZ, M. M.: Detección precoz de los factores de riesgo en los trastornos de vinculación desde atención primaria. En: *Coordinación e integración de recursos en la práctica de la Salud Mental.* Coord.: Ana M. Jiménez Pascual y M.V.Cervera Monteagudo. Ed. Asociación Castellano-Manchega de Neuropsiquiatría y

Salud Mental. Ciudad Real. 1998. págs. 149-155.

- SOLNIT, A.: L'enfant vulnérable. Rétrospective. In L'enfant dans sa famille. L'enfant à haut risque psychiatrique. Paris. PUF, 1981, 2, págs.485-498.

- TSIANTIS J. y MACRI, I.: Factores de riesgo y de protección en psicopatología de la infancia y la adolescencia. En: J. Rodríguez Sacristán, Ed. Psicopatología del niño y de adolescente. Sevilla. Universidad de Sevilla. 1995. T II. págs. 1191-1213.

- ZEANAH CH. H., and col.: Infant Development and Developmental Risk: A Review of the Past 10 Years. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. 36:2, February, 1997, págs. 165-177.