

MJ. Mardomingo,
P. Sánchez Mascaraque,
E. Parra,
A. Espinosa,
M. Loro

Trastornos psiquiátricos de los padres y psicopatología en los hijos

Sección de Psiquiatría y Psicología Infantil, Hospital General
Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Parents psychiatric disorders and childhood psychopathology

Correspondencia:

María Jesús Mardomingo
Sección de Psiquiatría y Psicología Infantil
Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Doctor Esquerdo, 46
28007 Madrid.

RESUMEN

Los trastornos psiquiátricos de los padres incrementan el riesgo de los hijos de sufrir psicopatología no sólo por razones genéticas sino por los cambios negativos que la enfermedad psiquiátrica supone en la crianza del niño, la educación y la interacción de los miembros de la familia. En este artículo se revisa la relación entre los trastornos psiquiátricos de los padres y la psicopatología de los hijos con especial referencia a la esquizofrenia, la depresión y el trastorno antisocial de la personalidad.

Los padres con enfermedades psiquiátricas tienen muchas más dificultades para relacionarse normalmente con los hijos ya que la enfermedad perturba la percepción que se tiene del hijo dando lugar a pautas educativas inadecuadas y a un tipo coercitivo de interacción padres-hijo que facilita la aparición de trastornos emocionales y de la conducta. El trastorno psiquiátrico paterno empeora el pronóstico y la evolución de las enfermedades que pueden sufrir los hijos. Las características clínicas y la gravedad del trastorno psiquiátrico paterno, la edad, el sexo y el temperamento del niño y la personalidad de los padres son los factores más destacados para el surgimiento de trastornos psiquiátricos en los hijos.

Palabras clave: Trastornos Psiquiátricos paternos, psicopatología infantil, interacción familiar.

ABSTRACT

The children of parents with psychiatric disorders are at increased risk of developing emotional and behavioural problems. This is an issue of special concern for child psychiatrists. The link between parental psychiatric disorders and children psychopathology is sought in various mechanisms: genetic transmission, environmental influence and changes in the family interaction with increase conflict between family members. The negative perception of the child as a consequence of parental disorder has a huge impact on children emotional development and behaviour.

This article reviews the impact of parental schizophrenia, depression and antisocial personality disorder on children. Parental psychiatric illness is associated with more psychopathology of children and poor outcome. Disorders severity, age, sex and temperament of the child, and parent personality are the more important risk factors for psychopathology.

Key words: parental psychiatric disorders, family interaction, childhood psychopathology.

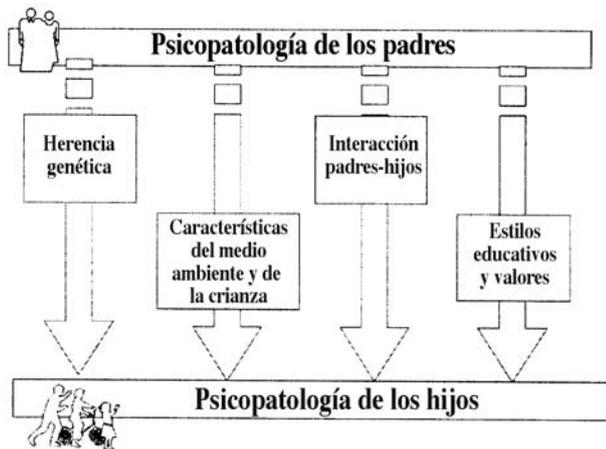


Figura 1. Trastornos psiquiátricos de los padres y efectos en el hijo.

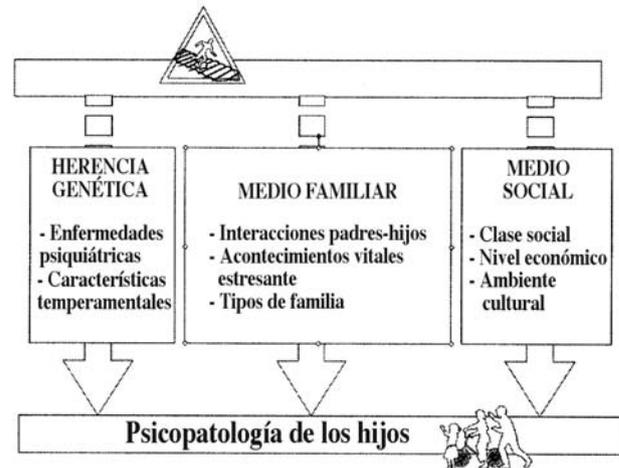


Figura 2. Factores de riesgo de psicopatología en los hijos.

INTRODUCCIÓN

La repercusión de la psicopatología de los padres en los hijos es un tema de especial interés en psiquiatría. ¿Es posible el desarrollo normal del niño cuando uno de los padres está enfermo? ¿Es mayor la repercusión cuando el enfermo es la madre o cuando lo es el padre? ¿Cuáles son los mecanismos por los que la psicopatología de los padres puede influir en los hijos? ¿Influye la edad del hijo o el número de hermanos?

Estas y otras muchas preguntas merecen la atención de los psiquiatras infantiles y su respuesta sin duda va a contribuir a la mejor comprensión de este problema y a que se establezcan medidas de prevención y tratamiento¹.

Es obvio que las enfermedades psiquiátricas de los padres repercuten en los hijos a través de la herencia y a través del ambiente (Figura 1). La mayoría de los trastornos psiquiátricos tienen una alta carga genética y hereditaria pero además las características del medio ambiente donde el niño vive son esenciales para el desarrollo normal del niño, y a su vez dependen del comportamiento y personalidad de los padres. Las pautas educativas que se siguen en la familia, el tipo de interacción padres-hijos, los criterios y valores de los padres y la percepción del sentido de la vida, son fundamentales en el estilo educativo y, por tanto, en la educación que reciben los hijos. Asimismo las características de personalidad y de comportamiento de los niños dependen de factores temperamentales heredados y del estilo educativo de la familia.

Los hijos heredan de los padres, en grado mayor o menor, la vulnerabilidad para sufrir enfermedades y las

características temperamentales que, a su vez, son factores de riesgo para sufrir psicopatología (Figura 2). El temperamento tímido e inhibido es, por ejemplo, un factor de vulnerabilidad para los trastornos de ansiedad, mientras que el perfeccionismo lo es para la anorexia nerviosa y la bulimia. Por otra parte, la interacción padres-hijos depende de las características de los padres y de las características de los hijos, lo que explica las grandes diferencias en la relación que tienen los padres con cada uno de sus hijos. Respecto a los estilos educativos está bien demostrado que la educación coercitiva y violenta da lugar a hijos agresivos y violentos, mientras que la permisividad a ultranza favorece las dificultades de adaptación, la dependencia y falta de autonomía y la insatisfacción permanente.

El medio social de la familia, el ambiente cultural, los valores y el sentido de la vida que los padres transmiten, son un factor de protección, un escudo ante los golpes de la existencia, de tal forma que los acontecimientos vitales desgraciados no tienen el mismo efecto deletéreo cuando existe este escudo protector.

Por último, el tipo de familia condiciona también en qué medida y de qué manera la enfermedad psiquiátrica de los padres afecta a los hijos. No es lo mismo que la familia permanezca intacta, o los hijos vivan con un único padre, o se trate de una familia desestructurada donde los papeles de padres y de hijos han desaparecido.

Parece, por tanto, evidente que el tema que nos ocupa es complejo y los factores implicados son múltiples, desde la herencia genética y el temperamento del niño

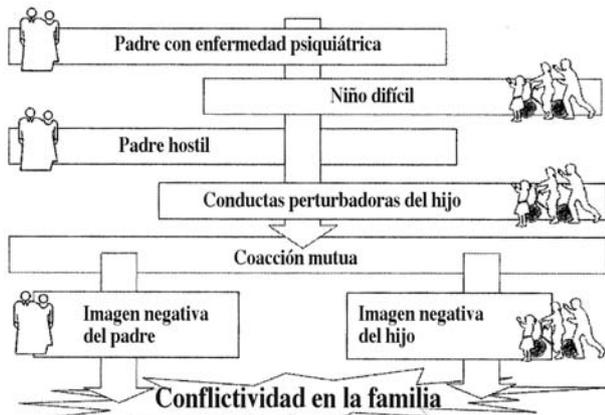


Figura 3. Interacción padres-hijo y psicopatología.

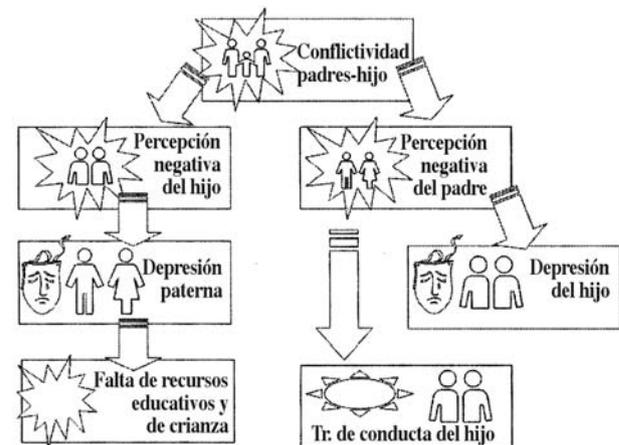


Figura 4. Conflictividad familiar y psicopatología.

hasta el tipo de trastorno psiquiátrico de los padres y las características del medio familiar y social.

En términos generales puede afirmarse que el hecho de que los padres sufran un trastorno psiquiátrico aumenta el riesgo de los hijos de sufrir psicopatología. En un estudio de Canino et al.,² se comparan 130 niños hijos de padres con problemas psiquiátricos con 235 niños hijos de padres sanos. Los primeros tienen más problemas de adaptación personal y social y obtienen puntuaciones más altas en la Child Behavior Checklist.

La enfermedad de los padres afecta tanto más a los hijos cuanto mayor es su gravedad³ pero además, se da la circunstancia de que en estas familias son también más frecuentes otros factores de riesgo añadidos, como la conflictividad conyugal, los cambios de domicilio y de cuidador del niño, el nivel socioeconómico desfavorecido y la falta de apoyo de otros miembros de la familia. Es decir, da la impresión de que cuando una situación es mala siempre puede empeorar. La enfermedad mental limita y merma la competencia educativa de los padres que no perciben de forma adecuada las necesidades del niño y no responden correctamente a esas necesidades (Figura 3). Por otra parte, la conflictividad padres-hijo es un factor de riesgo de problemas de comportamiento en los niños (Figura 4).

GENES Y PSICOPATOLOGÍA

Esquizofrenia y autismo

El componente genético de la mayoría de las enfermedades psiquiátricas está fuera de duda. Cuando el

padre o la madre sufren un trastorno psiquiátrico, el riesgo de que lo sufran los hijos aumenta en mayor o menor grado. Trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, la depresión, el trastorno bipolar, el autismo, la conducta disocial y los trastornos de la alimentación tienen una elevada carga familiar. En el caso del autismo apenas se ha estudiado el efecto en los hijos pues la mayoría de los pacientes no tienen descendencia, pero el hecho de que un miembro de la familia sufra el trastorno eleva hasta 50-75 veces por encima de la población general el riesgo de sufrirlo los familiares⁴. Este aumento del riesgo no se refiere solo al autismo como tal, sino también a una mayor incidencia en la familia de déficit de tipo cognoscitivo y de trastornos del lenguaje y de la comunicación⁵.

Por lo que se refiere a la esquizofrenia se calcula que el 83% de la varianza se debe a factores genéticos y sólo el 17% a factores ambientales no compartidos⁶. Se trata, por tanto, de uno de los trastornos psiquiátricos más graves, con una mayor carga hereditaria, y con una repercusión mayor en la interacción padres-hijos, en la dinámica familiar y en la capacidad educativa del padre enfermo⁷. Los niños con uno de los padres esquizofrénico tienen un riesgo del 12% de sufrir la enfermedad en la vida adulta, mientras que el riesgo de la población general es del 1%. Si ambos padres tienen la enfermedad el riesgo de los hijos se eleva al 39%⁸. La separación del niño del padre esquizofrénico no disminuye el riesgo del hijo, lo que indica que las pautas anómalas de crianza pueden perturbar al niño y pueden dar origen a otros tipos de psicopatología, pero no son las causantes de la esquizofrenia⁹. De forma similar los niños adoptados por padres esquizofrénicos

nicos, cuyos padres biológicos no tenían la enfermedad, tampoco padecen tasas más altas de esquizofrenia.

La interacción padres-hijos cuando uno de los padres es esquizofrénico se va a ver tanto más perturbada cuanto mayor sea la gravedad del cuadro clínico y la duración de la enfermedad¹. La hospitalización, sobre todo cuando se trata de la madre, es muy negativa para los niños pequeños dándose la circunstancia de que la influencia de la madre psicótica sobre el hijo es especialmente perjudicial durante los primeros años de vida. La madre psicótica tiene una actitud negativa ante el hijo, se siente más tensa y ansiosa con el niño, responde con menos sensibilidad ante los estados emocionales y las necesidades del hijo, tiene menos contacto con él y hay una falta general de armonía en la relación madre-hijo^{10,11}.

Si a la enfermedad de la madre se unen dificultades económicas, el pronóstico empeora, mientras que el buen nivel cultural y económico de la familia, la ausencia de acontecimientos vitales estresantes y el apoyo y ayuda de otros familiares o amigos son factores de protección tanto para los padres enfermos como para el niño⁷.

Trastornos afectivos

El componente hereditario de los trastornos afectivos está ampliamente demostrado. Cuando los padres sufren una depresión mayor aumenta el riesgo de los hijos de sufrir la misma enfermedad y ese riesgo es tanto mayor cuanto más joven era el padre o la madre cuando se pusieron enfermos. Así cuando la depresión paterna comienza antes de los 30 años, el riesgo de los hijos se multiplica por 13 para sufrir una depresión en la infancia, y por 5 para sufrirla en la vida adulta¹². Por si fuera poco, la depresión de los padres aumenta también el riesgo de que los hijos sufran otras enfermedades psiquiátricas, de modo particular trastornos de ansiedad (3 veces), trastorno de conducta (5 veces) y consumo de alcohol¹². El trastorno bipolar de los padres influye, por su parte, en la capacidad del niño para regular las emociones y en el vínculo que establece con la madre¹³.

La depresión de los padres afecta además a los hijos a través de los cambios negativos que se producen en el medio familiar como consecuencia de la enfermedad. La depresión favorece la percepción pesimista y desesperanzada del hijo y de la vida en general, disminuye la capacidad de respuesta de los padres ante los retos educativos del hijo, aumenta las discrepancias educativas y los conflictos entre padre y madre, y disminuye la calidad de la crianza de los niños pequeños¹⁴. El carácter crónico de la enfermedad y su persistencia a lo largo del tiempo es un

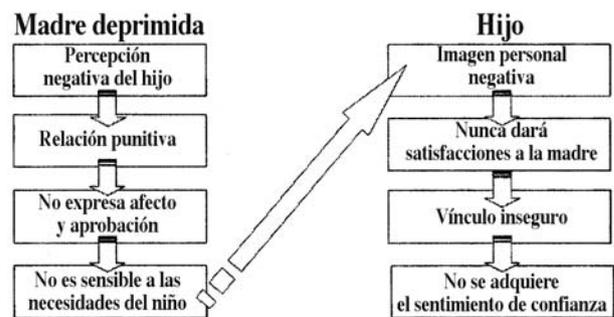


Figura 5. Depresión materna e interacción con el hijo.

factor muy perjudicial. Los niños suelen tener peor imagen personal, dificultades de adaptación, sentimientos de culpa, relaciones interpersonales más conflictivas y sentimientos de ambivalencia ante el padre enfermo.

Depresión e interacción madre-hijo

Uno de los temas que ha despertado más interés en psiquiatría y psicología infantil ha sido el tipo de relación que se establece entre la madre deprimida y el niño pequeño y qué efecto puede tener en el desarrollo del niño. La depresión de la madre durante el embarazo se correlaciona con mayor irritabilidad del niño recién nacido que llora más y se muestra insatisfecho¹⁵; asimismo, a la edad de dos y tres años los hijos de madres deprimidas tienen más problemas de comportamiento, problemas que no se daban antes de la enfermedad materna¹⁶.

¿Qué factores de la depresión materna y qué características de la interacción madre-niño son más perjudiciales para el hijo? La percepción negativa y pesimista del hijo transmite al niño una mala imagen personal con la sensación de que haga lo que haga nunca será satisfactorio para la madre. Las madres deprimidas riñen más al niño, le castigan con mayor frecuencia, desaprueban lo que hace y rara vez expresan alegría o afecto por su comportamiento. Esta situación mina la confianza del niño y le priva de una experiencia agradable y positiva en una de las circunstancias más importantes de la vida: la relación con la madre. La relación madre-hijo perturbada repercute en el desarrollo emocional y cognoscitivo del niño y no le permite adquirir de modo natural un sentimiento fundamental para la vida: el sentimiento de confianza en las relaciones interpersonales (Figura 5). Las madres deprimidas hablan menos al hijo y cuando lo hacen es para censurarlo, no lo cogen en brazos ni lo besan, desaprue-

140 ban lo que hace y establecen un tipo de interacción esencialmente negativo. El niño capta desde muy pronto el rechazo, interioriza una mala imagen de sí mismo y no adquiere la seguridad necesaria para relacionarse de forma adecuada con los demás¹⁷. La madre se siente insatisfecha, no disfruta con el hijo, no es sensible a sus sentimientos, no se entera de sus necesidades, y el niño no es feliz, siempre temeroso de no responder a las expectativas de la madre.

La interacción mímica y gestual, que es esencial en la comunicación humana, está alterada en la relación de la madre deprimida con el hijo. Las madres miran menos a los hijos, buscan menos su mirada y expresan menos afecto cuando los miran. De esta forma los niños interiorizan un estilo de interacción personal no solo depresivo desde la perspectiva materna, sino deprimente desde la perspectiva del hijo¹⁸. El niño sabe que no será capaz de dar gusto a la madre, de merecer su aprobación y que, por tanto, él no vale nada¹⁹. La falta de adecuación de las respuestas de la madre a las necesidades del hijo y el sentimiento de frustración del niño se traducen en oposicionismo, irritabilidad, inquietud, desobediencia y agresividad. El hijo se comporta como un niño difícil lo que a su vez incrementa el desánimo de la madre y la percepción negativa del hijo. La madre se afianza en un estilo educativo de tipo coercitivo y controlador y el niño en su actitud oposicionista.

La perturbación de la relación madre-hijo depende de las características del trastorno depresivo, especialmente de la gravedad y duración; de las características de personalidad de la madre, y de las características temperamentales del niño. Si el niño tiene un temperamento intenso y absorbente, la incapacidad de la madre para cuidarlo y responder a sus necesidades se pondrá aún más en evidencia. Por otra parte, si la madre, además de sufrir una depresión, tiene problemas de personalidad, la relación con el hijo será especialmente conflictiva, hasta el punto de que para algunos autores las características de personalidad de la madre son un factor más relevante que la propia depresión en la relación con el hijo²⁰.

Cuando la madre tiene una depresión el papel del padre en la crianza y educación de los hijos es fundamental pudiendo ser un factor de riesgo añadido o un factor de protección para el niño. La depresión de uno de los padres suele aumentar la conflictividad y las discrepancias conyugales, generando un ambiente alterado en la familia con discusiones y enfrentamientos. Este ambiente alterado favorece la inestabilidad emocional del hijo con más trastornos de las emociones en las niñas y más

trastornos del comportamiento en los niños²¹. En algunos casos la conflictividad entre los padres existía ya antes de la aparición del trastorno depresivo de uno de ellos y actuó como factor desencadenante, en otros los conflictos son posteriores a la depresión y pueden deberse al tipo anómalo de interacción familiar que surge y se afianza cuando el padre o la madre están deprimidos¹⁴.

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

Los trastornos del comportamiento se caracterizan por dos hechos fundamentales: tienen un elevado componente genético en la etiopatogenia (a los genes corresponde el 45-80% de la varianza) y son especialmente sensibles a los factores ambientales, que tienen un papel determinante en la edad de aparición del trastorno y en el curso clínico. El medio educativo y familiar juega un papel primordial en el trastorno de la conducta, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y el trastorno oposicionista. Estas circunstancias ambientales influyen en la gravedad del cuadro clínico, la precocidad del comienzo de los síntomas, la evolución y el pronóstico.

El hecho de que los padres sufran una enfermedad psiquiátrica va a representar una clara desventaja para los hijos que tienen un trastorno de la conducta. Si la relación familiar y la educación es estos niños es difícil y compleja incluso para los padres con buenos recursos educativos, mucho más va a serlo para aquellos que tienen un trastorno psiquiátrico. Estos padres suelen sentirse incapaces de afrontar los problemas del hijo y de seguir las recomendaciones educativas que reciben, lo que significa que la enfermedad psiquiátrica de los padres es un factor de vulnerabilidad y de mal pronóstico para los hijos con trastornos de conducta.

El temperamento difícil y los problemas de comportamiento suponen un reto difícil de superar para el padre enfermo que responde con desconcierto, inseguridad, permisividad y ambivalencia o bien con castigos exagerados, incoherencia e inconsistencia en las pautas educativas y agresividad y rechazo²⁰ hacia el hijo.

El padecimiento de un trastorno de la personalidad antisocial por los padres, más frecuentemente por el padre, es una circunstancia profundamente perturbadora para el desarrollo emocional del niño y para la adquisición de pautas de comportamiento adecuadas. Sin duda representa un factor de riesgo elevadísimo para que el hijo desarrolle un trastorno antisocial. El pronóstico es aún peor cuando concurren otros factores de riesgo como conductas delictivas en la familia, nivel socioeconómico

desfavorecido, separación de los padres con falta de acuerdo, falta de apoyo de otros miembros de la familia y acontecimientos vitales estresantes añadidos.

La interacción madre-hijo inadecuada como consecuencia de los problemas de personalidad de la madre y del temperamento difícil del hijo se traduce en agresividad del niño desde los primeros años de vida²³, más aún cuando también existe conflictividad entre los padres. Las madres responden al temperamento intenso y exigente del niño con reacciones emocionalmente desproporcionadas, expresando enfado, rechazo y una percepción negativa del niño que éste poco a poco interioriza. La relación entre ambos acaba siendo de tipo impositivo y punitivo, con incoherencia de las pautas educativas. La actitud reprobadora de la madre fomenta a su vez las conductas perturbadoras del niño que se muestra cada vez más exigente incrementando la cólera de la madre. Esta situación mantenida impide que el niño adquiera el sentimiento fundamental de confianza en la relación con la madre, y en sí mismo, y le priva de un modelo de referencia y de unas pautas educativas que le enseñen a resolver los problemas y a enfrentarse de modo adecuado con los retos de la vida cotidiana.

CONSIDERACIONES FINALES

Los trastornos psiquiátricos de los padres influyen en el desarrollo emocional y en la adaptación social de los hijos quienes sufren tasas más altas de enfermedades psiquiátricas. La depresión de la madre perturba la interacción madre-hijo con un impacto especialmente negativo en el niño pequeño. La interacción padres-hijo de tipo punitivo y coercitivo favorece los trastornos interiorizados en las niñas y los exteriorizados en los niños y en todos los casos empeoran el pronóstico. La esquizofrenia y el trastorno antisocial de la personalidad son dos entidades de alto riesgo para los hijos, mientras que la ausencia de trastornos de personalidad en los padres es un claro factor de protección. Los trastornos psiquiátricos de los padres suponen una mayor complejidad a la hora de diagnosticar a los niños y deben ser tenidos muy en cuenta al decidir el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mardomingo MJ: Entorno familiar y psicopatología. La armonía añorada. En Mardomingo MJ: *Psiquiatría para padres y educadores*. Ciencia y Arte. Madrid, Narcea, 2003, 154-193.
2. Canino GJ, Bird HR, Rubio-Stipec M, Bravo M, y Alegria M: Children of parents with psychiatric disorders in the community. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1998; 29:398-406.
3. Oates M: Patients as parents: The risk to children. *British Journal of Psychiatry* 1997; 170 (suppl. 32): 22-27.
4. Filipek PA, Accardo PJ, Baranek GT, Cook EH Jr, Dawson G, Gordon B, Gravel JS, Johnson CP, Kallen RJ, Levy SE, Minshew NJ, Ozonoff S, Prizant BM, Rapin I, Rogers SJ, Stone WL, Teplin S, Tuchman RF, Volkmar FR: The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. 1999 Dec; 29(6):439-84. Review. Erratum in: *J Autism Dev Disord* 2000 Feb;30(1):81.
5. Mardomingo, MJ: Trastornos generalizados del desarrollo: El autismo infantil precoz. En Mardomingo MJ, *Psiquiatría del niño y del adolescente: Método, fundamentos y síndromes*. Madrid, Díaz de Santos, 1994, 383-450.
6. Cannon TD, Kaprio J, L'nnqvist J, Huttunen M, y Koskenvuo M: The genetic epidemiology of schizophrenia in a Finnish twin cohort. *Archives of General Psychiatry* 1998; 55: 67-74.
7. Mardomingo, MJ: Esquizofrenia. En Mardomingo MJ, *Psiquiatría del niño y del adolescente: Método, fundamentos y síndromes*. Madrid, Díaz de Santos, 1994, 349-381.
8. Erlenmeyer-Kimling L, Cornblatt B: Biobehavioral risk factors in children of schizophrenic parents. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 14:357-374, 1984.
9. Marcus J, Hans S L, Nagler S et al.: Review of the NIMH Israeli Kibbutz-City Study and the Jerusalem Infant Development Study. *Schizophrenia Bulletin* 13:425-438, 1987.
10. Naslund B, Persson-Blennow I, McNeil T, Kaij L y Malmquist-Larsson A: Offspring of women with nonorganic psychosis: Infant attachment to the mother at one year of age. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1985; 71: 441-450.
11. Persson-Blennow I, Naslund B, McNeil TF y Kaij L: Offspring of women with nonorganic psychosis: Mother-infant interaction at one year of age. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1986; 73: 207-213.
12. Wickramaratne PJ y Weissman MM: Onset of psychopathology in offspring by developmental phase and parental depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1998; 37: 933-942.
13. Gaensbauer TJ, Harmon RJ, Cytryn L, y McKnew DH: Social and affective development in infants with a manic-depressive parent. *American Journal of Psychiatry* 1984; 141: 223-229.
14. Beardslee WR, Versage EM y Gladstone TRG: Children of affective ill parents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1998; 37:1134-1141.
15. Zuckerman B, Bauchner H, Parker S, y Cabral H: Maternal depressive

- symptoms during pregnancy, and newborn irritability. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 1990; 11: 190-194.
16. Ghodsian M, Zajicek E, y Wolkind S: A longitudinal study of maternal depression and child behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1984; 25: 91-109.
17. Goodyer IM: Family relationships, life events and childhood psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1990; 31: 161-192.
18. Carter AS, Garrity-Rokous FE, Chazan-Cohen R, Little C y Briggs-Gowan MJ: Maternal depression and comorbidity: Predicting early parenting, attachment security and toddler social emotion problems and competencies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001; 40:18-26.
19. Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD, y Gemar M: A cognitive science perspective on kindling and episode sensitization in recurrent affective disorder. *Psychological Medicine*, 1996; 26: 371-380.
20. Mills M, Puckering C, Pound A y Cox A: What is about depressed mothers that influences their children's functioning? En Stevenson J (ed), *Recent advances in developmental psychopathology (42-63)*. Pergamon, Oxford 1985.
21. Essex MJ, Klein MH, Cho E y Kraemer HC: Exposure to maternal depression and marital conflict: Gender differences in children's later mental health symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2003; 42:728-737.
33. Shaw DS, Owens EB, Vondra JI, Keenan K y Winslow EB: Early risk factors and pathway in the development of early disruptive behaviour problems. *Development and Psychopathology* 1996; 8: 679-699.