



Módulo 2:

El impacto de la vulnerabilidad mental parental en los niños



www.strong-kids.eu

El presente proyecto ha sido financiado con el apoyo de la Comisión Europea. Esta publicación (comunicación) es responsabilidad exclusiva de su autor. La Comisión no es responsable del uso que pueda hacerse de la información aquí difundida.

ÍNDICE

1. QUÉ ENTENDEMOS POR VULNERABILIDAD MENTAL	4
1.1 VULNERABILIDAD	4
1.2 HABLANDO DE VULNERABILIDAD MENTAL	5
1.3 ¿ES UN EUFEMISMO EL TÉRMINO VULNERABILIDAD?.....	6
1.4 LO QUE ENTENDEMOS POR ENFERMEDAD MENTAL EN EL CONTEXTO DE LA VULNERABILIDAD MENTAL	6
2. VULNERABILIDAD MENTAL /ENFERMEDAD COMO FACTOR DE ESTRÉS PARA LOS NIÑOS	7
3. CONTACTO CON LAS FAMILIAS	8
4. VULNERABILIDAD MENTAL /ENFERMEDAD – ¿DE QUÉ ESTAMOS HABLANDO?	9
5. ¿POR QUÉ EVALUAMOS LA VULNERABILIDAD MENTAL COMO UN FACTOR DE ESTRÉS CRÓNICO PARA LOS NIÑOS?.....	10
5.1 DURACIÓN	10
5.2 SÍNTOMAS DISCRETOS Y OCULTOS	10
5.3 FALTA DE ELEMENTOS COMPARATIVOS – EL AISLAMIENTO SOCIAL NORMAL DE LOS NIÑOS PEQUEÑOS	11
5.4 SÚBITA INTERRUPCIÓN DE LA VIDA DIARIA, INESTABILIDAD EN LAS RELACIONES.....	11
5.5 LA ENFERMEDAD MENTAL COMO UN SECRETO DE FAMILIA.....	11
5.6 INTENSIDAD DE LOS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD MENTAL	12
5.7 LA EDAD DEL NIÑO	12
5.8 ¿SON AMBOS PADRES MENTALMENTE VULNERABLES?	12
6. ¿CÓMO REACCIONAN LOS NIÑOS?	14
7. ¿DE QUÉ INFORMAN LOS NIÑOS CON CIERTA RETROSPECTIVA?	14
8. LAS NECESIDADES DE LOS NIÑOS EN EL CONTEXTO DE LOS PADRES MENTALMENTE VULNERABLES (VÉASE CONCRETAMENTE EL MÓDULO 4: FOMENTO DE LA RESILIENCIA).....	15
9. LA CONDICIÓN DE PADRES Y VULNERABILIDAD MENTAL	15
10. LOS NIÑOS EN EL ÁMBITO DE PADRES CON DEPRESIÓN (BASADO EN DSM IV TR, 2000)	16
10.1 SINTOMATOLOGÍA (PERSPECTIVA GENERAL DIDÁCTICAMENTE ESTRUCTURADA DE LOS CRITERIOS)	16
10.2 IMPACTO DE LA DEPRESIÓN EN LA VIDA DIARIA DE LOS NIÑOS	17
10.2.1 <i>Haciendo de orientador emocional para el padre/madre depresivo.....</i>	<i>18</i>
10.2.2 <i>Protegiendo al aceptar la responsabilidad del padre/madre afectado – Parentificación</i>	<i>18</i>
10.2.3 <i>Problemas tempranos de desarrollo</i>	<i>19</i>
10.3 CUÁLES SON LAS ESTRATEGIAS DE APOYO MÁS IMPORTANTES PARA LOS NIÑOS EN EL ÁMBITO DE LA DEPRESIÓN	19
11. NIÑOS EN EL ÁMBITO DE PADRES QUE SUFREN DE TRASTORNO BIPOLAR (DSM IV, 2000)	20
11.1 SINTOMATOLOGÍA (PERSPECTIVA GENERAL DIDÁCTICAMENTE ESTRUCTURADA DE LOS CRITERIOS (EPISODIO MANÍACO).....	20
11.2 EL IMPACTO EN LOS NIÑOS EN EL ÁMBITO DE LOS TRASTORNOS BIPOLARES.....	21
11.3 PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN	22
12. LOS NIÑOS EN EL ÁMBITO DE PADRES QUE SUFREN ESQUIZOFRENIA.....	24
12.1 SÍNTOMAS DE ESQUIZOFRENIA (PERSPECTIVA GENERAL DIDÁCTICAMENTE ESTRUCTURADA DE LOS CRITERIOS)	24
12.2 EL IMPACTO EN LOS NIÑOS	25
12.3 ESTRATEGIAS GENERALES PARA LOS SISTEMAS DE APOYO	26

13. NIÑOS EN EL ÁMBITO DE PADRES QUE SUFREN TRASTORNOS DE ANSIEDAD	27
13.1 SINTOMATOLOGÍA (PERSPECTIVA GENERAL DIDÁCTICAMENTE ESTRUCTURADA DE LOS CRITERIOS)	27
13.2 EL IMPACTO EN LOS NIÑOS	28
13.3 PAUTAS GENERALES DE INTERVENCIÓN	28
14. NIÑOS EN EL CONTEXTO DE UN TRASTORNO DE PERSONALIDAD.....	29
14.1 DEFINICIONES DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD (VISIÓN GLOBAL DE LOS CRITERIOS DIDÁCTICAMENTE ESTRUCTURADOS).....	31
14.2 EL IMPACTO EN EL NIÑO DENTRO DEL CONTEXTO DEL TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD (ESPECÍFICAMENTE EN CUANTO A PADRES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD LÍMITE).....	31
14.3 ESTRATEGIA GENERAL PARA LOS SISTEMAS DE APOYO.....	32
15. NIÑOS EN EL CONTEXTO DE ADICCIÓN Y CONSUMO ABUSIVO DE SUSTANCIAS	33
15.1. BREVE SINTOMATOLOGÍA.....	33
15.2 EL IMPACTO DEL ABUSO DE SUSTANCIAS POR PARTE DE LOS PADRES EN EL BIENESTAR DEL NIÑO ...	33
15.3 ESTRATEGIA GENERAL DE LOS SISTEMAS DE APOYO	35
16. OBSERVACIONES FINALES	35
17 REFERENCIAS	36

Susie tiene 11 años y su asistencia a clase es irregular. Cuando está en el colegio, se suele encontrar cansada y suele ir vestida de forma muy desaliñada y su pelo tiene aspecto de sucio. Es una chica muy “mandona” y tiene dificultad para hacer amigos. Algunos niños menores que ella se sienten acosados e intimidados por ella, y el colegio siente una preocupación creciente por su comportamiento.

Su madre es familia monoparental y se le ha invitado dos veces a ir al colegio para discutir con ella el comportamiento de Susie así como su asistencia, pero no se ha presentado en ninguna de las dos ocasiones. Se asignó un asistente social del ámbito educativo (EWO) al caso, y al realizar visitas domiciliarias, descubrió que la madre sufre una enfermedad bipolar. La madre tiene medicación pautaada, pero no siempre la toma, lo que da como resultado días buenos y malos, y explica la asistencia errática de Susie. El motivo del comportamiento mandón de Susie también resulta evidente al tener que “mandar” a su madre que tome la medicación, así como tener que cuidar del bienestar de su madre. Trata de ser una figura parental para su hermano, Jake, de 9 años.

<http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfo/mentalhealthandgrowingup/parentalmentalillness/susiestory.aspx>

1. Qué entendemos por vulnerabilidad mental

El término vulnerabilidad mental no parece prodigarse en la literatura psiquiátrica (Zubin & Spring 1977). Al trabajar con padres, utilizamos este término, dado que la atribución de una enfermedad mental a estos, suele asociarse a un gran estigma lo que provoca en la mayoría de los casos, juicios, enfado o miedo por parte de los padres. **Este término acarrea un menor estigma y es aceptado más fácilmente por el padre/madre en cuestión. Sin embargo, somos conscientes – especialmente en lo que respecta a la esquizofrenia y/o trastornos bipolares, de que el término “enfermedad” también puede resultar útil.** Es de recalcar que en concreto, en lo que se refiere a una mejor comprensión por parte de los niños del término “enfermedad”, puede utilizarse de forma paralela, teniendo en cuenta la importancia que tiene para ellos relacionar estos diagnósticos con enfermedades somáticas”. La discusión refleja el desafío que supone, por una parte, que se reduzca la estigmatización y el tabú, y por otra parte, que los modelos somáticos puedan facilitar unos procesos más sencillos de comprensión por parte de los niños.

1.1 Vulnerabilidad

En el modelo de diátesis-estrés, la vulnerabilidad biológica o genética o predisposición (diátesis) interactúa con el entorno y los sucesos vitales (estresantes) desencadenando conductas o trastornos psicológicos. La influencia de factores genéticos, sin embargo, puede tener un origen muy variado, tal y como muestran Boggarts & Luźcz (1999) en lo relativo a diagnósticos diferentes. Cuanta mayor sea la vulnerabilidad, se necesita un menor estrés para desencadenar problemas de comportamiento o de trastorno. Aún así, el que alguien padezca

diátesis hacia cualquier tipo de trastorno no implica necesariamente que tenga que desarrollar dicho trastorno. Se necesita tanto la diátesis como el estrés para que suceda. Esta teoría fue creada por (Holmes & Rahe, 1967).

Este modelo de estrés ha sido reformulado en los últimos 20 años como el modelo de factores de protección contra el estrés y la vulnerabilidad, concretamente por Liberman, (2007, 2009) en el ámbito de la rehabilitación psiquiátrica.

¿Qué implicaciones se dan de estrés y vulnerabilidad en los niños? Especialmente si ambos padres dan muestras de grandes signos de vulnerabilidad, habría que hacer hincapié en una estrategia de disminución de los factores de estrés en los niños.

1.2 Hablando de vulnerabilidad mental

Como profesionales, encontramos a padres cuya paternidad se encuentra en riesgo dependiente de la enfermedad diagnosticada. Solemos ver que dicho riesgo es correlativo a un diagnóstico médico de algunas enfermedades mentales, pero igualmente, muchos de los padres con quienes nos encontramos en nuestro trabajo diario no están diagnosticados; y como resultado, ellos mismos algunas veces no reconocen su problema como una enfermedad mental o no se sienten con motivación como para buscar ayuda. Sólo unos pocos padres aúnan sus capacidades mermadas para hacer frente a sus responsabilidades diarias como padres, con recursos psicológicos posiblemente reducidos. La enfermedad mental siempre hace del padre o madre afectado alguien vulnerable a los factores estresantes, en comparación con un padre o madre no afectado, incluso en los momentos en los que no se manifiesten los síntomas.

La propia vulnerabilidad, en cuanto al enfoque salutogénico (Antonovsky, 1967), también indica que los padres y los niños que viven en un contexto de enfermedad mental y donde uno de ellos o ambos padres son capaces de “hacer” algo de forma activa, mantienen o recuperan de nuevo la salud.

El término vulnerabilidad mental cubre alteraciones emocionales, cognitivas, sociales y de comportamiento, que a veces cumplen con los criterios de enfermedad mental. El espectro es amplio, desde enfermedad “moderada” como trastornos de ansiedad, al abuso en el consumo de sustancias y un diagnóstico más “severo” como los trastornos bipolares o la esquizofrenia.

Hay que ser optimistas y subrayar que incluso en los casos de baja vulnerabilidad, es posible reforzar tanto al padre o madre como al hijo.

1.3 ¿Es un eufemismo el término vulnerabilidad?

Queremos dejar claro que al utilizar el término “vulnerabilidad” no tenemos intención de “tapar” una enfermedad mental. Tal como se refirió anteriormente, esto permite que los padres deriven su atención del concepto de “enfermedad mental” y su carga – lo que incluye el estigma social, hacia un concepto de fortalecimiento (empowerment) y resiliencia. Este concepto de vulnerabilidad también incluye a personas que muestran signos de vulnerabilidad mental (por ejemplo, alta irritabilidad, tolerancia reducida a la frustración) que puede que no cumpla con los criterios de enfermedad mental. Así pues, el concepto de vulnerabilidad mental es más amplio, aún cuando nuestros materiales son algo intercambiables debido a:

- a) El término “enfermedad” tal y como se acepta históricamente y científicamente
- b) Alto grado de solapamiento de los términos

A resultas de este concepto, ambos términos podrían darse en paralelo en algunos capítulos.

1.4 Lo que entendemos por enfermedad mental en el contexto de la vulnerabilidad mental

Cambios significativos, aberraciones de la normalidad, dentro del área de las funciones psicológicas (emociones, cognición, percepción...) pueden interpretarse como indicadores de enfermedad mental. Pese a la discusión anterior del término “vulnerabilidad”, la definición y clasificación de los trastornos mentales es un asunto fundamental en la salud mental y para los usuarios, en el sentido de que son proveedores de servicios de salud mental. La mayor parte de los documentos clínicos internacionales utilizan el término “trastorno mental”. Los sistemas de categorización (CIE-10, 1991) para el área alemana, DSM IV TR (APA, 2000) con base en enfoques de la Asociación Psiquiátrica Americana **describen síntomas con el fin de una mejor comprensión por parte de los profesionales (para comparar criterios de diagnóstico).**

Como la mayoría de los profesionales en el proyecto KIDS STRENGTHS no están familiarizados de primera mano con los procesos de diagnóstico mental y no tenemos conocimiento de la sintomatología, se describen los diagnósticos más habituales con el fin de obtener una mejor comprensión de la situación de los niños. Teniendo en cuenta que cualquier diagnosis en el campo de la salud mental siempre abre discusiones sobre normas, contextos socio-culturales, parece obvio que diagnosticar a una persona como enferma mental o

mentalmente vulnerable, con todas sus consecuencias es, o debe ser, un proceso muy serio y exhaustivo.

Sin embargo dentro del proceso diagnóstico, el diagnosticador (en la mayoría de los casos) percibe síntomas y los subsume bajo un “epígrafe” (e.g. depresión). Esto puede evaluarse como una hipótesis de trabajo. Algunas veces sería necesario corregir las hipótesis de trabajo a medida que se vaya dando una mejor comprensión de los síntomas y de las fuentes. (No es de extrañar que esos diagnósticos puedan cambiarse.)

Un proceso diagnóstico siempre es un proceso de diálogo, con el profesional que tiene en cuenta que tanto el niño como los padres se enfrentan a

- gente desconocida (evaluador)
- situaciones extrañas que evaluar (tests, juegos)
- preguntas y herramientas inusuales.

Los procesos diagnósticos también habrán de incluir la perspectiva y los recursos de evaluación, fortalezas y también aspectos como el amor o el orgullo de ser padre/madre.

2. Vulnerabilidad mental /enfermedad como factor de estrés para los niños

Se estima que 1 de cada 4 de nosotros, en algún punto de nuestras vidas, experimentaremos episodios que cumplan con los criterios de una enfermedad mental. (OMS 2008, Real Colegio Británico de Psiquiatras). *Subestimados y olvidados*, son palabras fuertes que describen la situación de los niños que viven en un contexto de padres con vulnerabilidad mental – a excepción de los niños dentro del ámbito de consumo abusivo de sustancias (alcohol). La sensibilidad a las necesidades de los niños que viven en el contexto de la vulnerabilidad mental, tiene un trayecto histórico cortoy dependiente de la enfermedad mental. Acontecimientos fatales o de negligencia severa de niños en este contexto (e.g. Conferencia EUFAMI 2009) han llevado a profesionales y a la sociedad hacia una concienciación sobre este colectivo de niños.

Los niños, en el ámbito de padres con vulnerabilidad mental, pueden ser evaluados en los términos de la misma gravedad del trastorno y del impacto, al estar viviendo con un padre/madre con enfermedad crónica y severa. La gran diferencia radica en que las enfermedades más somáticas (diabetes, cáncer, enfermedades cardíacas) están más

socialmente aceptadas y los pacientes son básicamente amoldables y se sienten “enfermos”. También a los niños les queda muy claro que no son responsables de la enfermedad de sus padres. En su mayoría, el entorno muestra comprensión por el paciente y los niños. Por el contrario, los niños que viven en el contexto de la vulnerabilidad mental se culpan a sí mismos del “malestar” de sus padres. Muchas veces ese sentimiento se refuerza si el padre u otros adultos (abuelos, padre, madre) les culpan - si apoyan a sus padres también ellos pueden ser “castigados”.

Los datos muestran que del 30% al 60% de las personas con enfermedad mental severa tienen hijos. ¿Sabían que 1 de cada 12 niños tiene un padre/madre que no se siente bien en este sentido? La enfermedad mental está muy estigmatizada, a pesar de que en los últimos años han aparecido formas modernas de vulnerabilidad mental, socialmente aceptables: síndrome del *burn-out*, depresión. Cuanto más nos acercamos hacia la esquizofrenia, trastornos bipolares, consumo abusivo de sustancias o personalidad límite, hallaremos menos conocimiento y concienciación públicos.

3. Contacto con las familias

La mayoría de los profesionales de distintos campos (e.g. profesores de guardería, profesionales de enseñanza temprana) que trabajan con niños sienten inseguridad, malestar, e incluso ansiedad, cuando se ponen en contacto con padres con vulnerabilidad mental. La falta de información sobre las enfermedades mentales, los síntomas, mecanismos de superación y el impacto sobre el bienestar del niño son las principales razones para estas “sensaciones”. Los profesionales son cada vez más conscientes de ello, y suelen pedir más información (a menos que trabajen en servicios de salud mental especializados).

- ¿Qué significa vulnerabilidad/enfermedad mental y qué tipo de consecuencias muestran los distintos diagnósticos?

El segundo grupo de preguntas se centran en sus percepciones y en las posibilidades de identificar lo que perciben:

- ¿Puedo, (como profesional) advertir y observar los posibles cambios y síntomas cuando trabajo con familias o niños?

El tercer tipo de preguntas que surgen se centran en el niño (probablemente de forma vinculada con la cuarta pregunta)

- *¿Qué supone para el niño? – ¿Qué puedo hacer como profesional?*
- *¿Qué tipo de ayuda necesitan los niños?*

La estructura para este módulo, pues, sigue rigurosamente estas cuatro preguntas.

4. Vulnerabilidad mental /enfermedad – ¿De qué estamos hablando?

Las enfermedades mentales son frecuentes en todos los países y causan un sufrimiento atroz. Su distribución por todo el mundo es igual para algunos de ellos (por ejemplo: esquizofrenia, trastorno bipolar), pero muy diferentes para otros (trastornos de ansiedad, alcoholismo). Las personas con estos trastornos se ven a menudo abocadas a aislamiento social, una mala calidad de vida y una mortalidad superior. Estos trastornos son la causa de costes sociales y económicos de vértigo. (OMS 2008)

Millones de personas en todo el mundo se ven afectadas por trastornos mentales, de comportamiento y de consumo abusivo de sustancias. Por ejemplo, las estimaciones realizadas por la OMS en 2002 demostraron que 154 millones de personas sufren de depresión de modo global y 25 millones de personas, de esquizofrenia; 91 millones de personas están afectadas por trastornos de abuso de alcohol y 15 millones por trastornos por consumo de drogas.

Los datos muestran que los síntomas de vulnerabilidad mental en la población general parecen incrementarse. El número de mujeres que reciben pensión de invalidad por depresión está creciendo sorprendentemente. Esto también significa que **cada vez más** niños, al menos durante ciertos periodos de sus vidas, viven en el contexto de padres enfermos o gravemente afectados. No puede haber un modelo mono-causal nacional que explique este incremento observado de vulnerabilidad mental. Se han descrito las razones para el incremento de la vulnerabilidad mental como hipótesis a todos los niveles del modelo bio-psico-social de las enfermedades mentales: incremento de la angustia, retos parentales más altos, crisis económicas, necesidad de movilidad, presión, cambios demográficos, cambios familiares, etc.

Hasta el 2020, la depresión es con toda probabilidad, la segunda enfermedad más frecuente según los datos de la OMS. Por otra parte, la vulnerabilidad mental parental, sobre todo de la madre, puede entenderse como el dato de pronóstico de alteración del desarrollo en los niños (Laucht, 2009).

Sin embargo, uno de nuestros niños - de diez años de edad - describió sus experiencias con relación a su madre, quien trató de suicidarse y fue encontrada por el propio niño: “hay muchas partes en este puzzle, algunas veces no encajan y el marco no ofrece demasiada seguridad, ni física ni psicológica”.

5. ¿Por qué evaluamos la vulnerabilidad mental como un factor de estrés crónico para los niños?

Aunque la enfermedad mental sea comparable a trastornos somáticos crónicos, han de ponerse en valor algunos factores específicos que desempeñan un papel fundamental a la hora de cargar de responsabilidades a los niños.

5.1 Duración

En base a los principales criterios de diagnóstico (CIE-10, DSM IV) las enfermedades mentales se definen por una cierta tendencia a ser crónicas - por ejemplo, los síntomas duran más de seis meses. Por otra parte, los datos empíricos muestran (Chaudron et al., 2006) que **solo** después de tres meses viviendo en el ámbito de un sistema de vulnerabilidad mental, los niños dan muestra de los primeros signos de angustia y de alteraciones en el desarrollo. **La intensidad de los síntomas, en la mayoría de los trastornos, puede incrementarse con el tiempo.** La experiencia demuestra que la mayoría de los episodios duran más de seis meses. Es bien sabido que lleva entre tres a siete años que un padre/madre afectado reconozca y admita sus problemas emocionales, sociales o de comportamiento como una posible enfermedad mental. Durante este tiempo (y a veces más), los niños tienen que vivir en este ámbito, especialmente si los padres no buscan ayuda o si los niños no dan muestra de “síntomas”.

5.2 Síntomas discretos y ocultos

Un segundo factor que contribuye a la vulnerabilidad mental que se evalúa como estresante crónico, es que, algunas veces, los síntomas no son tan severos o tan anómalos, al estar “ocultos tras las paredes del hogar”. Se podrían explicar como consecuencia de las circunstancias de la vida normal: por ejemplo, los años de tristeza de una madre tras su divorcio o tras perder su trabajo) y, en ese sentido, se ve como algo evaluado con normalidad. Los niños también pueden conseguir ayuda, si los padres reconocen que ellos mismos la necesitan.

5.3 Falta de elementos comparativos – el aislamiento social normal de los niños pequeños

Frecuentemente los niños pequeños no pueden comparar su situación con otras porque debido a su edad, pueden vivir “aislados” dentro de su familia. Sus padres son las únicas y principales “personas de vinculación” que representan “normalidad”, con la posibilidad minimizada de un feedback correctivo (inclusive so riesgo de un “trastorno psicótico compartido” (*folie à deux*) donde el niño pueda seguir el sistema de percepción parental: para ellos puede parecer normal que las persianas estén siempre bajadas, que su madre o padre no vayan al parque, etc.

5.4 Súbita interrupción de la vida diaria, inestabilidad en las relaciones

La previsibilidad del comportamiento y de situaciones da a los niños un sentido de seguridad física y emocional. Viven con más o menos tranquilidad. Los síntomas de enfermedad mental parental podrían poner en peligro esta previsibilidad: el padre tiene que ir al hospital, el hijo ve que su madre, que está en la cama, no se despierta porque ha intentado suicidarse, todo ello mientras viene la ambulancia. Normalmente, los niños no están preparados para semejantes situaciones y estas situaciones suelen abrumar sus mecanismos y estrategias para afrontar la situación. A menos que los padres abusen del alcohol, las causas inobservables de cambios de comportamiento hacen que los niños se asusten más: la madre no sale de la cama, la madre enciende todas las luces, etc. El cambio impredecible de patrones de interacción causa sentimientos de inseguridad. El padre prometió salir con Sara, pero eso no pasó. Peter le enseñó a su madre algo que había hecho, y esta empezó a gritarle. Lisa se encontró a su madre durmiendo en el suelo. La vinculación con la inseguridad podría ser un impacto sobre el comportamiento impredecible en la atención.

5.5 La enfermedad mental como un secreto de familia

Una de las grandes diferencias en los niños - por ejemplo, en comparación con los niños que viven en un ámbito de enfermedad somática crónica – es que la familia, pero también el niño por sí mismo, tienden a mantener la vulnerabilidad mental como un secreto de familia, dado que es un tabú para la sociedad.

La falta de información sobre la enfermedad mental de los padres y el tabú de hablar sobre ello, incide en no prestar al niño la atribución adecuada. Cada niño tiende a interpretar las reacciones de sus padres con relación a ellos mismos, a su propio comportamiento, especialmente si el sentimiento de responsabilidad se ve reforzado con frases como “¡Eres tú

quien me pones enfermo/a! Por tu culpa está tu madre en el hospital”. Habitualmente, atribuyen la rabia de sus padres o su tristeza a su propio comportamiento “posiblemente incorrecto”. Esto puede evaluarse como una primera “semilla” para desarrollar sentimientos de culpa y en última instancia, de depresión o trastorno de ansiedad.

La enfermedad mental como secreto familiar y social tiene una consecuencia doble:

- a. Dentro de la familia: el niño no sabe qué está pasando, aunque siente que “hay algo que no va” y
- b. De cara a la sociedad: la falta de concienciación sobre la enfermedad mental significa que el niño se queda solo, sin posibilidad de obtener ayuda de su entorno.

5.6 Intensidad de los síntomas de la enfermedad mental

La angustia percibida no está conectada de forma primaria con el diagnóstico de la enfermedad mental, sino más bien con la gravedad de los síntomas. Cuanto más graves se muestren los síntomas, más se desvían de los patrones normales de conducta, y mayor será el impacto en el niño. Como consecuencia, los síntomas de esquizofrenia o de trastorno bipolar o límite parecen tener un impacto negativo en los factores de protección del niño. En algunos casos, la experiencia vital del niño en este entorno podría llegar a parámetros del orden de trastornos de estrés postraumático.

5.7 La edad del niño

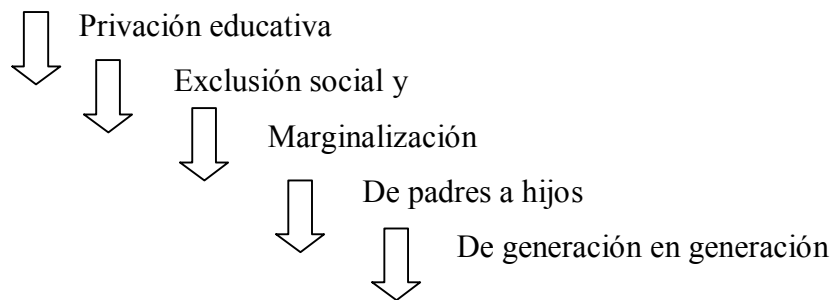
Otro factor de ansiedad es la edad de los niños: cuanto más pequeño sea el niño, mayor será el impacto negativo en lo que se refiere a sus recursos de protección. Una razón para ello es que el niño pequeño carece de otros sistemas de apoyo (social), y también el que la neuro-génesis normal en condiciones de altos niveles de estrés puede verse amenazada, reduciendo los recursos biológicos del niño, y haciéndolo más vulnerable.

5.8 ¿Son ambos padres mentalmente vulnerables?

Dos padres vulnerables muestran, obviamente, mayor impacto en el niño que sólo uno (aunque exista una red de apoyo social). En dichos casos, la probabilidad de heredar la vulnerabilidad genética (biológica) y padecer problemas mentales, en algún momento de la vida, está entre el 40% y el 50% (por ejemplo, en padres con esquizofrenia).

Sin embargo, Tytti Solantaus subraya que el modo en que esta vulnerabilidad se transmite no sólo puede verse en términos de predisposición genética. Solantaus describe una posible cascada de pasos de transmisión.

Transmisión de los trastornos mentales (Solantaus 2009)



En resumen, la vulnerabilidad mental, en al menos una de las figuras parentales, tiene que verse como un desasosiego de los sistemas que afectan a todos los otros miembros de la familia, especialmente a los niños pequeños. De las razones aducidas anteriormente, sus mecanismos de reflexión y de superación corren el riesgo de verse desbordados.

Por otra parte, el trabajo práctico con los padres con vulnerabilidad mental demuestra que los padres (tanto los sanos como los afectados) no suelen reconocer la angustia de sus hijos. La mayoría de ellos informan que:

- sus hijos no se dan cuenta de lo que está ocurriendo con el padre/madre afectado;
- sus hijos no sienten los cambios en el sistema familiar, e incluso que los padres tratan de “simular” normalidad.
- los niños pueden sentirse responsables del trastorno.

Tal subestimación de la capacidad de los niños para “sentir y ver” los cambios en su familia también proviene de los profesionales, que dejan a los niños solos con su carga, sin ayuda profesional. Sin embargo en la práctica vemos que, (en parte con la excepción de padres con consumo abusivo de alcohol) muy a menudo, los profesionales de la psiquiatría “utilizan” a los niños como **factor terapéutico para sus padres.**

Sin embargo, como los niños construyen de forma activa su propia realidad, como sus sistemas perceptivos (sensores) **están sumamente en alerta**, son capaces de percibir el poder

de cambios emocionales o de los comportamientos (inesperados) de sus padres. El primer paso de nuestro trabajo es sensibilizar a los padres de que sus hijos, aunque no sean capaces de verbalizar su situación, a una edad muy temprana de sus vidas, entre los 3 y 4 años, pueden percibir esos cambios. Y por eso mismo, es muy importante acrecentar la sensibilidad del padre/madre (tanto el afectado como el sano) de cara a la necesidad de su hijo/a, en especial en los tiempos revueltos de síntomas graves y mayor vulnerabilidad mental propios o de su pareja.

6. ¿Cómo reaccionan los niños?

Los síntomas manifestados (reacciones) de los niños hacia el estrés crónico (causado por algunas enfermedades crónicas graves o por vulnerabilidad mental agudizada) son muy similares, pero en general, inespecíficos. Esta naturaleza inespecífica de los síntomas es también una causa para no reconocer el sufrimiento del niño, también por parte de los profesionales. La edad del niño es más importante de cara a posibles alteraciones que el propio diagnóstico de/de los padre(s) (Pretis & Dimova 2004).

Los niños podrían reaccionar con distintas estrategias de superación (véase módulo 3, concerniente a la “asunción de roles”). Es más, las reacciones en gran medida dependen de la edad, género, temperamento (véase módulo 4).

En sus **primeros años de vida**, los niños pueden reaccionar en base, por ejemplo, a una regulación emocional alterada: más llanto, retraso en el lenguaje expresivo del desarrollo, retrasos cognitivos. Al **inicio de la preescolar o guardería**, se pueden observar las alteraciones en lo referente al comportamiento social-emocional en la guardería o al rendimiento académico en el colegio. Cada niño de cada sistema familiar es distinto. El acercamiento/contacto con las familias es siempre un proceso muy individual, personalizado.

7. ¿De qué informan los niños con cierta retrospectiva?

Muchos estudios relativos a las experiencias de niños que viven con padres con vulnerabilidad mental arrojan resultados parecidos. Informan de sentimientos de indefensión, (Wagenblass, 2001), y de quedarse solos (Marsh & Dickens 1997); a veces se sienten culpables y responsables de lo que está ocurriendo en su familia o con el padre/madre afectado, se sienten inseguros, con ansiedad y desbordados.

Es importante recalcar que con respecto a la salud psicológica, el niño tiene que tener la oportunidad de

- no solo comprender que la madre esté deprimida y que el padre beba o tenga alucinaciones,
- ser capaces de diferenciar el comportamiento relacionado con la enfermedad del comportamiento de rango normal (sano) de los padres.
- pero también tiene derecho y espacio para expresar sentimientos sanos de rabia, engaño parental, decepción, tristeza, que tiene que realizarse con el apoyo y ayuda de profesionales.

8. Las necesidades de los niños en el contexto de los padres mentalmente vulnerables (véase concretamente el módulo 4: Fomento de la resiliencia)

- a. Los niños tienen que sentirse seguros desde un punto de vista físico y psicológico. Para cualquier profesional que trabaje con niños, la primera pregunta es entonces: Como profesional, ¿qué puedo hacer para aumentar la sensación de seguridad física y psíquica del niño?
- b. Los niños precisan información y comprensión. La pregunta asociada para el profesional es: ¿cómo puedo, de forma óptima, informar y sensibilizar a los padres y al conjunto del sistema familiar de la vulnerabilidad en un sistema familiar concreto? ¿Cómo puedo acrecentar la concienciación sobre las necesidades de los niños? Dentro de los expedientes metodológicos se describen ejercicios concretos. Los niños necesitan que se atiendan y satisfagan sus necesidades. ¿Cómo puedo, como profesional, contribuir a asegurar que los padres puedan percibir y satisfacer mejor las necesidades del niño, y si esto no es posible, que las necesidades del niño se atiendan mediante otros sistemas de apoyo?
- c. Los niños necesitan tareas y retos propios de su edad. Se da el riesgo de que los niños en el ámbito de padres vulnerables acepten responsabilidades que no se corresponden con su edad – “parentificación”.

9. La condición de padres y vulnerabilidad mental

Aunque el 25% de los casos de custodia están vinculados con la vulnerabilidad mental/padres enfermos, ello no significa automáticamente que los padres con vulnerabilidad mental no puedan educar a sus hijos. Una evaluación individual de la seguridad física y psicológica, la vinculación, la estimulación apropiada a la edad, la estipulación de normas, reglas y valores, junto con la conformidad y la búsqueda o aceptación de apoyo o ayuda son indicadores esenciales para una buena (suficiente) condición de padre. Sin embargo: **LOS NIÑOS NUNCA DEBEN SER UTILIZADOS COMO FACTOR ESTABILIZADOR O**

(SUMAMENTE IMPORTANTE) MEDICACIÓN PSICOLÓGICA, O APOYO PARA EL PADRE/MADRE (S) ENFERMO(S).

Dentro del ámbito del abuso de alcohol, esta recomendación parece reconocerse en público, en otras situaciones (por ejemplo, con relación a ausencia de conformidad) se observa que el bienestar del niño o los sistemas de protección del niño dan muestra de dificultades o dudas a la hora de poner en marcha los servicios necesarios para los niños.

Sin embargo, la experiencia muestra que incluso en comunidades adineradas con muchos sistemas de apoyo (médico, social y educativo), los niños se encuentran con el riesgo de ser olvidados porque en muchos casos, los sistemas de apoyo centran su atención básicamente en las necesidades del padre/madre afectado. Es más, en el caso de síntomas episódicos, descompensación, la ayuda puede ser limitada en el tiempo.

10. Los niños en el ámbito de padres con depresión (basado en DSM IV TR, 2000)

El enfoque más importante dentro de este modulo con respecto a las distintas formas de enfermedad mental o en un contexto más general, la “vulnerabilidad mental” se basa en el Manual de Diagnóstico y Estadística (DSM) de la American Psychiatric Association (APA). Sin embargo, para poder describir mejor los criterios diagnósticos para profesionales, que no trabajen básicamente en el campo de la psiquiatría, los síntomas se agrupan (didácticamente) en torno a 4 categorías (teniendo en cuenta que esto refleja una heurística pedagógica): *Sentimiento, Pensamiento, Comportamiento y Reacciones corporales.*

10.1 Sintomatología (Perspectiva general didácticamente estructurada de los criterios)

SENTIMIENTO

- Humor depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, tal como se indica tanto en el informe subjetivo (por ejemplo, se siente triste o vacío), o por la observación realizado por otros (parece lloroso). (En niños y adolescentes, esto puede caracterizarse por un humor irritable).
- Interés o gusto claramente mermados por todas, o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi a diario

PENSAMIENTO

- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo el miedo a morir), ideación recurrente de suicidio sin un plan concreto, o intento de suicidio o plan concreto para intento de suicidio
- Capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión, casi a diario

COMPORTAMIENTO

- Agitación (mayor nivel de actividad) o retardo psicomotor casi a diario
- Fatiga o pérdida de energía casi a diario
- Sentimiento de no valer o culpa excesiva o fuera de lugar casi a diario

REACCIONES CORPORALES

- Pérdida de peso significativa sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo, cambio de más de 5% de masa corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi a diario.
- Insomnio o hipersomnio, casi a diario.

Según el DSM-IV, una persona que sufra de un trastorno depresivo de importancia debe tener un humor depresivo o una pérdida de interés o de gusto en las actividades diarias de forma consistente durante al menos un periodo de dos semanas. Este humor debe suponer un cambio sobre el humor habitual de la persona; el funcionamiento social, ocupacional, educativo o de otro tipo, también tiene que verse negativamente afectado por ese cambio de humor. Un humor depresivo originado por sustancias (como drogas, alcohol, medicación) o que sea parte de una afección médica general no se considera como un trastorno depresivo de importancia. (...). Además, los síntomas no se explican por un duelo (por ejemplo, tras la muerte de un ser querido) y los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una discapacidad funcional marcada, una preocupación mórbida con sentimientos de inutilidad, ideación del suicidio, síntomas psicóticos, o retardo psicomotor.

10.2 Impacto de la depresión en la vida diaria de los niños

En el ámbito de una depresión importante del padre o madre afectado, podría reaccionar de forma sensible a las necesidades emocionales del niño. Una madre informó que durante un episodio importante de depresión “no le importaba nada, ni siquiera sus hijos”. Sin embargo, durante los episodios de remisión, cuidaba de ellos de forma empática.

Especialmente y en relación al nivel de “energía/motivación” disponible de los padres con depresión, los niños muestran una gran sensibilidad: la motivación y la energía no estarán disponibles de modo constante y los niños verán que sus padres tienen pérdidas de energía, motivación y falta de respuesta que son inesperadas e inexplicables: “A veces mi madre/padre reacciona, a veces no, pero ¿cómo puedo estar seguro de cuando él o ella podrá satisfacer mis

necesidades??. Debido a esta respuesta parental incoherente o a veces respuestas negativas (estate callado, no me molestes), la mayoría de los niños (pequeños) tienden a renunciar a ello durante un tiempo y corren el riesgo de un comportamiento de apego inseguro.

Algunas veces la madre o el padre reaccionará a los deseos de contacto de los niños, a veces él o ella se quedará en la cama durante días y semanas. Los niños pequeños se ven entonces expuestos a un comportamiento que, desde la perspectiva de un niño, es muy difícil de prever. Para el propio niño pues, no es evidente que sus necesidades se vayan a ver o no satisfechas. A veces será posible, otras no. No hay señales claras de en qué casos se vaya a dar. Muchos niños pueden quedarse sin que se les cubran sus necesidades existenciales. **Esta irregularidad o inseguridad impredecible puede activar el sistema de alarma del pequeño, y su nivel de activación será consiguientemente, más elevado.**

Es más, esos niños pueden enfrentarse a intentos de suicidio – inclusive verse sujetos a situaciones sumamente traumáticas (ambulancias, preocupaciones por su madre/padre...)

10.2.1 Haciendo de orientador emocional para el padre/madre depresivo

Al darse cuenta de que las reacciones de sus padres son lentas o inexistentes, los niños mayores o los hijos únicos tratarán de reforzar sus actividades, de estimular al padre/madre para que se sienta activo y feliz (a menos que haya una persona de apego sana y disponible). En muy poco tiempo, el niño observará que sus esfuerzos no producen ningún cambio en el comportamiento del padre/madre con vulnerabilidad mental. Podrían intentarlo con más ahínco para estimular las reacciones del padre/madre afectado; la energía que inviertan se verá incrementada. La falta de respuesta podría ser decepcionante. Los sentimientos serán de impotencia o de tristeza con las consecuencias previsibles. Estamos completamente convencidos de que en la depresión juvenil, juega un papel esencial en la patogénesis la mayor vulnerabilidad mental de los padres.

10.2.2 Protegiendo al aceptar la responsabilidad del padre/madre afectado – Parentificación

A una edad muy temprana, los niños reconocen que, debido a la baja actividad de sus padres, la estructura del hogar no funciona en el día a día. En la siguiente fase, si no hay nadie que lo haga, cuidarán de sus propias necesidades, algunas veces también de sus hermanos, al igual que de sus padres. Esto también puede observarse, p. ej. en la esquizofrenia o en los trastornos bipolares, e incluso también cuando se dan problemas con el alcohol. Nuestra experiencia

muestra que un niño de 5 años podría aceptar la responsabilidad de recordarle a su madre que tiene que tomar su medicación si se dan síntomas de empeoramiento. La responsabilidad de la salud psicológica del padre/madre amado es una carga muy pesada para el niño (o incluso para los adultos), porque puede prolongarse durante muchos años.

10.2.3 Problemas tempranos de desarrollo

Al trabajar con niños de padres con vulnerabilidad mental vemos muchos casos de problemas tempranos de desarrollo, en ausencia de razones orgánicas.

Como resultado de una exposición a una privación emocional, en el caso de la depresión y también de la esquizofrenia, podemos observar un aumento de la alteración en la expresión verbal en los cinco primeros años. La investigación muestra que los niños que están en un ámbito de depresión tienden a llorar más a menudo (Milgrom et al. 1996), y muestran un comportamiento menos explorativo (Field et al. 1996), y tampoco reaccionan apropiadamente, por ejemplo, ante estímulos verbales por parte de padres con depresión.

10.3 Cuáles son las estrategias de apoyo más importantes para los niños en el ámbito de la depresión

- a. **El tratamiento de la depresión de los padres es pues el primer paso y el principal para el bienestar del niño.** De este modo se reducirá el origen de su carga. Siempre hay que señalar que la depresión es una enfermedad que en la mayoría de los casos se puede tratar con muy buenos resultados. Es posible una recuperación completa (ausencia de síntomas). La combinación de **medicación, educación psicológica y la psicoterapia de apoyo consiguen los mejores resultados.**
- b. Los niños en el ámbito de la depresión necesitan alegría, receptividad (¿?), situaciones donde puedan expresar sus emociones. En el trabajo diario, esto implica activar a los miembros sanos de la familia o a las parejas de la red familiar para crear islas de alegría, diversión, optimismo, activación. Islas carentes de preocupaciones.
- c. Información: desde el principio hay que explicarle al niño que la vulnerabilidad de la madre o del padre no está relacionada con su propio comportamiento. Que él/ella no es culpable. Y que su comportamiento no está conectado con el cansancio de su padre/madre, su irritabilidad o de la enfermedad que le provoca el llanto.
- d. **Al niño debe permitírsele que exprese sus sentimientos, que grite, que cante, que baile, que corra, que llore, que se enfade** (en el mejor de los casos, no en presencia del

padre/madre afectado dado que el comportamiento del niño podría suponer un factor de tensión para el padre/madre).

11. Niños en el ámbito de padres que sufren de trastorno bipolar (DSM IV, 2000)

11.1 Sintomatología (Perspectiva general didácticamente estructurada de los criterios (episodio maníaco))

Los actuales criterios de diagnóstico para el trastorno bipolar describen una enfermedad heterogénea que se manifiesta de muchas formas. La frecuencia e intensidad de los cambios en el estado de ánimo (entre depresivos y maníacos) varía en gran medida de una persona a la otra. Los síntomas de depresión ya se han descrito en 10.1.

SENTIMIENTO

- Un claro periodo de estado de ánimo anormal y persistentemente exacerbado, expansivo, o irritable, que dura al menos una semana (o cualquier duración en caso de requerir hospitalización). La alteración del estado de ánimo es lo suficientemente severa como para provocar un impedimento notorio en el funcionamiento ocupacional o en actividades sociales comunes o relaciones interpersonales, o que requiera hospitalización para prevenir daño al sujeto o a los demás, así como presentar características psicóticas.
- Autoestima o grandiosidad exagerada, que potencialmente incluye delirios de grandeza

PENSAMIENTO

- Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos se aceleran
- Distracción (por ejemplo, atención a estímulos externos no importantes o intrascendentes)

COMPORTAMIENTO

- Habla más de lo usual o siente la presión de continuar hablando
- Aumenta su actividad orientada a metas (ya sean sociales, de trabajo o escolares, o sexuales) o agitación psicomotriz
- Participa en exceso en actividades placenteras que tienen potencialmente consecuencias dolorosas (por ejemplo, hacer compras sin medida, indiscreciones sexuales, o inversiones económicas poco inteligentes)

REACCIONES CORPORALES

- Disminuye la necesidad de dormir (por ejemplo, siente que descansa después de sólo 3 horas de sueño) o una dificultad persistente para conciliar el sueño.

Los síntomas son producto de los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, el consumo abusivo de drogas, medicamentos, u otro tratamiento) o una afección general.

El manual DSM-IV TR caracteriza el trastorno bipolar como una afección en la que el paciente presenta cambios significativos en el estado de ánimo y que dura de semanas a meses indistintamente. Los pacientes experimentarán cuanto menos un episodio maníaco con picos exagerados en su estado de ánimo; se sigue un periodo de normalidad o de equilibrio de al menos dos meses antes de iniciarse un episodio depresivo mayor. Estos cambios en el estado de ánimo no son producto de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno psicótico o trastorno delirante. Los cambios del estado de ánimo tampoco son resultado directo de la ingestión de sustancias, tales como pastillas para dormir o anfetaminas prescritas. Sin embargo, el consumo abusivo de sustancias (alcohol) puede darse junto con episodios especialmente maníacos.

11.2 El impacto en los niños en el ámbito de los trastornos bipolares

Hechos: se asume con frecuencia la preponderancia de por vida del trastorno bipolar (específicamente del bipolar 1) del 1%. Si los niños viven en el contexto de dos padres con trastorno bipolar, 1 de cada dos niños podría desarrollar los síntomas.

Los niños en el ámbito de los trastornos bipolares se enfrentan a estados de ánimos extremadamente cambiantes, que podrían verse reforzados con un posible abuso de alcohol. Incluso cuando son muy jóvenes, la mayoría de los niños declaran que notan claramente el cambio de comportamiento de sus padres: un niño de 6 años dijo que su padre acudía con frecuencia al restaurante e invitaba a los niños a tomar refrescos o helado, etcétera. Entonces lo sabía: empezaba otra vez. Los niños pueden notar cambios cuando, por ejemplo, los padres usan palabras o frases o hacen preguntas extrañas que no harían durante las etapas estables. En las etapas maníacas los niños afrontan la activación y la actividad de sus padres: salir, no dormir, hacer ruido, irritabilidad e incluso agresividad.

Al principio, este comportamiento podrá ser divertido para el niño al obtener lo que desea, pero la intensidad de las reacciones hace que provoquen principalmente temor. Pero después de un tiempo se vuelve bastante extenuante para el niño, especialmente si el niño es pequeño y se le obliga a seguir las actividades de los padres. El niño comenzará muy pronto a notar que cuando mamá o papá no cumplen sus promesas, sus necesidades tampoco se cumplen.

Sus vidas podrían estar en peligro. Los padres podrían olvidar cuidar del niño adecuadamente o darle de comer, o seguir las reglas de seguridad básicas (por ejemplo, permanecer afuera en condiciones climáticas de frío durante largo periodo de tiempo sin abrigo, ni guantes). La vida cotidiana carece así de una estructura y un mayor nivel de intolerancia podría preceder agresión hacia el niño, especialmente si el niño trata de corregir a sus padres.

Conforme el padre/madre enfermo comienza a perder el “control” y cometer acciones extrañas, el niño podría sentirse avergonzado. Cuando se niega a participar, o a seguir las actividades de sus padres, podría recibir agresiones verbales. Y después de algún tiempo la situación puede volver a ser todo lo contrario. Los padres pueden gritar, reír, cantar, mostrar generosidad, pero también actuar agresivamente. Durante la etapa depresiva es posible que se encuentren cansados y sin energía ni motivación. La tristeza se instala en sus rostros y movimientos (véase depresión).

El niño se queda solo (si no hay otro adulto en la familia). No pueden ignorarse sus necesidades en ambas etapas. Las reacciones pueden ser contradictorias y, para el niño, difícil de entender al verse envuelto entre altos niveles de irritabilidad y emociones expresadas, por ejemplo, en términos de comportamiento explosivo, hasta la tristeza y depresión.

Este comportamiento no predecible es difícil de seguir para el niño. El impacto de este comportamiento en el niño se traduce en un comportamiento extremadamente impredecible y un comportamiento parental que cruza los límites personales del niño. Los niños que están en este ámbito podrían mostrar síntomas de trastornos de ansiedad generalizada o de apego inseguro.

11.3 Pautas para la intervención

- a. Es de gran importancia iniciar el tratamiento médico del padre/madre enfermo. Sin embargo, esto resulta difícil, ya que el padre afectado no se siente “enfermo”, a pesar de los problemas legales a nivel nacional para tratar a una persona sin su consentimiento.
- b. Para los profesionales no será posible trabajar con los padres cuando se dé un episodio maníaco agudo – debido a una auto-reflexión deficiente.
- c. Los padres que sufren una etapa maníaca aguda normalmente no serán capaces de cumplir o mantener los acuerdos terapéuticos ya que la falta de cumplimiento es un síntoma importante del episodio maniaco. Desde un punto de vista profesional, cualquier acuerdo con los padres en esta etapa maníaca aguda tiene grandes visos de fracasar. Si no están presentes otras personas sanas como los abuelos, cónyuges o una

red de apoyo social, el niño no debe quedarse solo bajo el cuidado de una persona que sufre un episodio maniaco agudo, ya que los niños en tales situaciones podrían estar en peligro. **El niño no debe dejarse solo bajo el cuidado de una persona con episodio maniaco agudo** debido a **la elevada probabilidad de que el bienestar del niño se encuentre en peligro**. Si el niño vive solo con un padre/madre enfermo, el quedarse con la abuela o un vecino o en un hogar adoptivo, como solución temporal podría proteger su bienestar. El niño tiene “derecho” a contar con estructuras y rutinas clara, incluso en los momentos del episodio maniaco agudo del padre/madre. Estas estructuras le proporcionan las seguridades emocionales y físicas necesarias.

- d. Es de gran importancia iniciar el tratamiento del padre/madre enfermo en el hospital. Sin embargo, esto resulta difícil, ya que el padre afectado no se siente “enfermo”, a pesar de los problemas legales a nivel nacional para tratar a una persona sin su consentimiento.
- e. Si el niño es mayor, podría prepararse un “plan de crisis” ante cualquier situación para que el niño cuente con un sentimiento de control dentro de circunstancias inesperadas que impliquen riesgo para él, por ejemplo: ¿Qué puedo hacer cuándo alguno de mis padres intenta salir conmigo de noche? ¿A dónde puedo ir? ¿A quién puedo llamar cuando alguno de mis padres se comporta de manera extraña?
- f. Los niños necesitarán (con la edad apropiada) comprender y contar con información acerca de que los cambios en el comportamiento de sus padres se deben a cambios en el funcionamiento del cerebro.
- g. Los “acuerdos” con el profesional deben centrarse en el padre/madre sano, informándole acerca de:
 - a. La importancia de satisfacer las necesidades del niño, y su obligación de protegerle
 - b. Posibles intervenciones de apoyo para el niño y el sistema familiar
 - c. Información sobre el diagnóstico, tratamiento, y en ocasiones el diagnóstico sobre el comportamiento cambiante del padre.
 - d. La situación legal: cuándo se puede obligar a una persona a llevar un tratamiento (médico) en contra de su voluntad.
- h. Si no hay un padre/madre sano disponible, los sistemas de bienestar/protección del niño deben activarse.
- i. En los trastornos bipolares, la conexión genética es muy elevada: por lo tanto, debe evitarse cualquier presión adicional sobre el niño.

12. Los niños en el ámbito de padres que sufren esquizofrenia

En la mayoría de los cursos de formación, la esquizofrenia tiende a relacionarse con imágenes míticas de “doble personalidad”, del tipo de “Dr. Jeckyll y Mr. Hyde”. Equivale a un sinónimo de trastorno mental. La mayoría de los profesionales que no trabajan principalmente en el campo de la psicología, dan muestra de grandes dificultades para comprender lo que es la esquizofrenia. En esta sección, por lo tanto, el principal enfoque deberá centrarse en explicar cómo “funcionan” las personas con esquizofrenia y el impacto que tiene en los niños. La prevalencia de por vida en la población en general mundial es cerca del 1-2%. (Perälä et al., 2007) señaló que las encuestas que se basan en la población muestran promedios inferiores. Sin embargo, 13 de cada 100 niños con al menos un padre/madre enfermo, desarrollarán también los síntomas.

12.1 Síntomas de esquizofrenia (Perspectiva general didácticamente estructurada de los criterios)

De acuerdo a la cuarta edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), para poder diagnosticar esquizofrenia, deben cumplirse tres criterios de diagnosis:

Síntomas característicos: Dos o más de los siguientes, cada uno presente en la mayoría del tiempo durante un periodo de un mes (o menos, si los síntomas se alivian con tratamiento).

SENTIMIENTO

- Síntomas negativos: Disminución del afecto (carencia o declinación de la respuesta emocional), alogia (carencia o declinación del habla), o avoliación (falta o empobrecimiento de la motivación)

PENSAMIENTO

- Habla desorganizada, que es manifestación de un trastorno del pensamiento formal. El criterio del habla desorganizada sólo se cumple si es lo suficientemente severo como para impedir sustancialmente la comunicación.
- Delirios: sentirse acechado, que las personas hablan de él o ella.

COMPORTAMIENTO

Comportamiento muy desorganizado (por ejemplo, vestirse de manera poca apropiada, llorar con frecuencia) o comportamiento catatónico.

PERCEPCIÓN

- Alucinaciones

Si se considera que los delirios son extraños, o se dan alucinaciones, éstas consisten en escuchar una voz que participa en comentarios constantes acerca de las acciones del paciente o en escuchar una o más voces conversar entre sí, sólo se requiere este síntoma en este punto.

Disfunción social/ocupacional: Durante una parte significativa del tiempo desde el comienzo de la aflicción, una o más áreas importantes del funcionamiento como el trabajo, relaciones interpersonales, o cuidado personal, se encuentran notablemente por debajo del nivel logrado antes de comenzar la afección.

Duración: Persisten las señales continuas de afección durante al menos seis meses. El periodo de seis meses debe incluir al menos un mes de síntomas (o inferior, si los síntomas se tratan en un hospital).

No se puede diagnosticar esquizofrenia si hay presencia de síntomas de trastorno del estado de ánimo o trastorno permanente del desarrollo, o si los síntomas son el resultado directo de alguna afección médica general o de una sustancia, como el consumo abusivo de alguna droga o medicamento.

12.2 El impacto en los niños

La experiencia demuestra que la esquizofrenia (junto con el trastorno bipolar y el trastorno límite de la personalidad) es una de las cargas más pesadas para un niño que vive en el ámbito de padres con vulnerabilidad mental. El impacto en la vida del niño puede considerarse como severo, debido al “comportamiento extraño” que se manifiesta: habla (desorganizada) concentración disminuida, impedimento significativo del funcionamiento social, causas de aislamiento social y las subsecuentes dificultades en el campo del apego y la estimulación apropiada del desarrollo (Mattejat & Lisofsky 1998).

No sólo niños pequeños (falta de capacidad para constatar la realidad si no se da otro miembro sano en la pareja), sino también los de mayor edad, se encuentran en un mundo hostil, aprehensivo e injusto. Ellos comprenden esto sólo a través de la interpretación de los padres. La realidad de los padres se puede tornar en la realidad del niño, el denominado trastorno “folie à deux” (trastorno psicótico compartido). Si el niño permanece en este ámbito, si el cumplimiento disminuye o hay negación de la vulnerabilidad mental, se da el gran riesgo de quedar atrapado en el mundo de la psicopatología de la persona enferma. Es importante subrayar que esto no es una regla. El impacto en el niño depende en la intensidad de los síntomas. Es importante ser consciente de que, en tales casos, cuando los niños muestran síntomas similares a los del padre, podría tratarse de una psicosis inducida (no una esquizofrenia del niño). **En el caso de la psicosis inducida, la separación del padre enfermo reducirá los síntomas en el niño.**

Las alucinaciones acústicas (por ejemplo, en términos de voces imperativas) ideas paranoides (estar envenenado o ser observado por el servicio secreto, por ejemplo) no tienen que estar presentes todo el tiempo pero podrían representar algunos indicios para el profesional no psicológico, de que los síntomas de la esquizofrenia podrían estar presentes. Por lo tanto, las personas con esquizofrenia podrían reaccionar también con miedo.

Cuando los síntomas del padre/madre enfermo son severos, esta circunstancia podría absorber la mayor parte de la atención de la persona; y la atención constante hacia las necesidades del niño podrían estar en riesgo. En tales situaciones, el niño enfrentará un comportamiento irregular en cuanto a su cuidado, apego inseguro y falta del estímulo necesario para su desarrollo. Por lo tanto, pueden observarse con frecuencia demoras del desarrollo cognitivo (sin explicación orgánica), y se diagnostican principalmente cuando los pequeños acuden al jardín de infancia.

12.3 Estrategias generales para los sistemas de apoyo

- a. **El cumplimiento** (la apertura de los padres vulnerables para aceptar la propia vulnerabilidad mental y cooperar en el tratamiento) en términos de medicamento y comunicación, puede ser el factor principal para combatir la fuente de presión contra el niño, lo cual protege a éste de mejor forma. Dicho aspecto es también pertinente en relación a las demás enfermedades descritas.
- b. **Apoyo por parte de los demás adultos sanos:** Incluso si los síntomas no son muy pronunciados y el padre/madre se muestra abierto a responder, **debe tenerse en cuenta la posible repetición y empeoramiento repentinos de los síntomas en términos de enfermedad crónica. En tales casos el tener a una persona adulta estable cerca representa un importante factor de protección para el niño, al aportar un sentimiento necesario de seguridad.**
- c. **Información y comprensión por parte del niño sobre la vulnerabilidad mental del padre/madre que sufre esquizofrenia.** Teniendo presentes las características de los síntomas de la esquizofrenia, su forma de manifestarse, resulta bastante difícil explicar al niño lo que sucede con papá y mamá. Algunas ideas útiles desde la praxis serían llamar a la esquizofrenia la “enfermedad de los pensamientos saltarines” (palabras de Ilse, 8 años) o que mamá o papá “viven como adentro de una película diferente” (palabras de Markus, 6 años). En este caso resulta pertinente que esta explicación no sea “correcta” desde el punto de vista científico. Es importante que el niño distinga que

aquello que se manifiesta en mamá o papá es una enfermedad, independiente de sus comportamientos, independiente de ellos mismos. La información detallada está disponible en el módulo 3.

- d. **Educación psicológica** con el padre enfermo en relación a su vulnerabilidad mental, opciones de tratamiento y consecuencias en el desarrollo psicológico sana del niño. Este aspecto es también aplicable a las otras enfermedades descritas.

13. Niños en el ámbito de padres que sufren trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad son los de mayor prevalencia entre la población en general y su impacto en el niño puede observarse con frecuencia. Aproximadamente 18.1 por ciento de las personas en este grupo de edad en el transcurso de un año dado (en EEUU), sufren un trastorno de ansiedad (Kessler et al. 2005).

13.1 Sintomatología (Perspectiva general didácticamente estructurada de los criterios)

SENTIMIENTO

- Al menos 6 meses de "ansiedad y aprehensión excesivas" ante una variedad de sucesos y situaciones. "Excesivo" puede interpretarse generalmente como más de lo que se esperaría ante una situación o suceso en particular. La mayoría de las personas experimentan ansiedad ante ciertas cosas, pero la intensidad de la ansiedad corresponde generalmente a la situación.
- Sentirse nervioso, tenso, inquieto

PENSAMIENTO

- Problemas de concentración

COMPORTAMIENTO

- Los síntomas provocan "aflicción clínicamente significativa" o problemas de funcionamiento en la vida diaria. "**Clínicamente significativa**" se refiere a que una parte depende de la perspectiva de quien proporciona el tratamiento. Algunas personas pueden presentar muchos de los síntomas anteriores y afrontarlos lo bastante bien como para mantener un alto nivel funcional.
- Existe una importante dificultad para controlar la ansiedad o la aprehensión. Si alguien tiene que luchar para recobrar el control, relajarse o afrontar la ansiedad o la aprehensión, entonces se cumple este requisito.

REACCIONES CORPORALES

- Se fatiga o agota con facilidad
- Irritabilidad

- Tensión significativa en los músculos
- Dificultad para dormir

Los síntomas no son parte de otro trastorno mental y la afección no se debe a un problema de consumo abusivo de sustancias o de índole médica.

13.2 El impacto en los niños

Los trastornos de ansiedad en los padres (dependiendo de la agudeza de los síntomas) tienen con mucha frecuencia un impacto negativo en el apego y comportamiento exploratorio de los niños. Al vivir con exceso de ansiedad y aprehensión, los padres no son capaces de proporcionar un apego seguro, lo que desemboca en una relación insegura y en ansiedad en los niños (Muris et al, 1996). Como consecuencia, los padres se muestran sobreprotectores, y restringen al niño en su comportamiento exploratorio. En cuanto al concepto de indefensión aprendida, los niños tienden a abandonar la exploración, ya que las reacciones de los padres podrían asustarles. A través de la ansiedad del padre, el niño crea una imagen del mundo lleno de riesgos y peligros. El resultado puede ser la falta de experiencia y competencia, así como un comportamiento de rechazo social.

13.3 Pautas generales de intervención

Los niños con apego inseguro tienen, en la mayoría de los casos, al menos un padre inseguro. Esto no se debe a una determinación biológica sino al procesamiento “ansioso” de la información sobre el mundo y la vida. En el caso de niños pequeños (edad preescolar) las intervenciones de apoyo resultan más efectivas cuando ambos -padre y niño- participan. Por lo tanto, pueden considerarse como exitosas algunas estrategias:

- a. La estrategia de dar pequeños pasos con el padre y el niño pequeño, con la mucha paciencia necesaria por parte de los profesionales. Para las personas que sufren de ansiedad, el mayor problema es afrontar las nuevas experiencias. Sienten temor ante situaciones nuevas, desconocidas. Mientras mayor sea el reto que representa la situación, mayor será el temor de iniciarla y emprenderla. Sería más fácil convencer a los padres de que intentaran nuevas experiencias si se las ofrecieran en pequeñas “dosis”, porque el riesgo podría ser menor. Los profesionales deben:
 - Alentar a los padres a intentar cambios mediante pasos muy pequeños
 - Comprender su inseguridad y la “falta” de cooperación del padre, especialmente al comienzo de las intervenciones. El reforzamiento positivo para el padre y el niño en cada paso pequeño ayuda a su confianza en sí mismo.
- b. Información para el padre acerca de la importancia y necesidad de que su hijo descubra el mundo activamente. Con relación al replanteamiento cognitivo, la mayoría

de los padres sí reconocen que la auto-eficacia y autonomía son dos pasos importantes hacia la adultez. Con base en la inseguridad y la aprehensión como síntoma principal del trastorno de ansiedad, retrasan la oportunidad, uno año, dos, o tres, de que el niño se desarrolle hacia la independencia. Su argumento es que el niño tendrá mayor madurez o más capacidad para comprender los posibles riesgos y peligros (desde su punto de vista).

- c. Educación psicológica con el padre enfermo en cuanto a su vulnerabilidad mental, opciones de tratamiento e impacto en el desarrollo psicológico del niño. La mayoría de los padres serán capaces de reconocer que si ellos mismos se sienten seguros, el niño podrá ser capaz de volverse más autónomo. Ellos logran comprender que la indefensión aprendida y la ansiedad ante sus propias vidas podría tener un impacto significativo en la vida de los niños: por ejemplo, en lo que se refiere a contactos sociales, jardín de infancia, rendimiento escolar y autonomía en general.

14. Niños en el contexto de un trastorno de personalidad

El trastorno de la personalidad es un campo que tiende también a entrañar un gran riesgo para los profesionales. Esto se debe a que el término trastorno de la personalidad no es muy conocido y la frontera entre el denominado comportamiento “normal” y los trastornos de la personalidad tiende a ser, en ocasiones, algo tenue. **No existe una tendencia general hacia la diagnosis excesiva. En general, las características de los trastornos de personalidad pueden verse como un crisol continuo de cualidades de la personalidad que muestran gran estabilidad** en cuanto a tiempo, circunstancia y **resistencia a la terapia**. En la mayoría de los casos, las primeras señales de los trastornos de la personalidad ocurren con retrospectiva, aunque pueden identificarse desde la tierna infancia, pero es más común en la adolescencia. Ya se ha mencionado que el trastorno de la personalidad, especialmente su tipo límite (además de la esquizofrenia y el trastorno bipolar debido a su inestabilidad emocional) tiene un fuerte impacto negativo en el bienestar del niño. El grado de vulnerabilidad genética y los factores ambientales siguen siendo objeto de discusión: la hipótesis indica una mayor proporción de los factores ambientales (Boggarts & Luβcz, 1999).

La Asociación Psicológica Americana (APA) define el trastorno de la personalidad como "un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta marcadamente de las expectativas de la cultura del sujeto que da muestras de ello" (DSM IV, 2000).

(...) Estos patrones de comportamiento en los trastornos de la personalidad se asocian generalmente con serias alteraciones en las tendencias de las conductas de un individuo, que normalmente comprometen varias áreas de la personalidad, y casi siempre se asocian a trastornos personales y sociales de consideración. Además, los trastornos de la personalidad son inflexibles y persistentes a lo largo de muchas circunstancias (...).

Puede rastrearse generalmente el inicio de estos patrones de conducta al final de la adolescencia y comienzo de la edad adulta y, en situaciones menos comunes, a la niñez. Por lo tanto es improbable que el diagnóstico de un trastorno de personalidad sea apropiado antes de la edad de los 16 ó 17 años. (...)

El diagnóstico del trastorno de la personalidad puede ser muy subjetivo; sin embargo, en base a patrones inflexibles y persistentes de conducta provocan habitualmente serias dificultades personales y sociales, así como impedimentos funcionales generales. Se dice que los patrones rígidos y permanentes de emociones, pensamientos y conductas surgen a raíz de sistemas subyacentes de creencias y que estos sistemas se conocen como fijaciones de la fantasía o "esquemas disfuncionales".

El manual DSM-IV enumera diez trastornos de la personalidad, divididos en tres grupos:

Grupo A (raros o excéntricos)

- **Paranoide:** se caracteriza por la sospecha irracional y desconfianza.
- **Esquizoide:** Falta de interés en las relaciones sociales, indiferencia por compartir tiempo con los demás, misantropía, introspección.
- **Esquizotípico:** se caracteriza por pensamientos o conductas anormales.

Grupo B (dramáticos, emocionales o erráticos)

- **Antisocial:** falta de respeto a la ley y los derechos de los demás.
- **Límite:** marcado pensamiento en "blanco y negro", inestabilidad en el estado de ánimo, la identidad, la autoimagen y la conducta interpersonal.
- **Histriónico:** comportamiento que busca la atención permanente y que incluye seducción sexual inapropiada o emociones exageradas.
- **Narcisista:** un patrón permanente de grandiosidad, necesidad de admiración, y falta de empatía.

Grupo C (ansiosos o temerosos)

- **Trastorno de personalidad de evitación**: inhibición social, sentimientos de inadecuación, sensibilidad extrema a la opinión negativa y retraimiento social.
- **Dependiente**: dependencia psicológica permanente en las demás personas.
- **Obsesivo-compulsivo**: obstinado cumplimiento de las reglas, códigos morales y excesiva devoción al orden.

14.1 Definiciones de los trastornos de la personalidad (visión global de los criterios didácticamente estructurados)

De acuerdo con el manual DSM-IV-TR, el diagnóstico de un trastorno de la personalidad debe satisfacer los siguientes criterios generales, además de los criterios específicos enumerados bajo el trastorno en particular que se considera.

- A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta marcadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las siguientes áreas:
1. **COGNICIÓN** (formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos)
 2. **AFECTIVIDAD** (la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)
 3. **ACTIVIDAD INTERPERSONAL** (funcionamiento interpersonal y control de los impulsos)
- B. El patrón permanente es inflexible y duradero a través de una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- C. El patrón permanente conduce a la aflicción clínicamente significativa o impedimento social, ocupacional u otras importantes áreas del funcionamiento.
- D. El patrón es estable y de larga duración y su inicio puede rastrearse hacia la adolescencia o principios de la edad adulta.
- E. El patrón permanente no se explica como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.
- F. El patrón permanente no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplos, el abuso de una droga, o medicamento) o una afección médica general (por ejemplo, trauma en la cabeza).

14.2 El impacto en el niño dentro del contexto del trastorno de la personalidad (específicamente en cuanto a padres con trastornos de personalidad límite)

El impacto del trastorno de la personalidad en los niños depende en gran medida del tipo de trastorno (tal como se describen arriba). Sin embargo, generalmente se correlaciona con los patrones inflexibles de los problemas de la personalidad en tiempo y circunstancia. Los riesgos sobre un niño, desde el inicio de su primera infancia, dependerán por lo tanto en el tipo de trastorno.

En el caso del trastorno límite, el niño podría experimentar el cambio frecuente de parejas, como también de lugares de trabajo y de vivienda, así como explosivas e inesperadas reacciones emocionales -desde intolerancia hasta castigo y abuso. El apego y la orientación emocional para el niño pueden ser bastante inestables. Algunos padres “olvidan” la verdadera edad del niño, cargando todos sus problemas de “adultos” sobre sus hijos, haciéndolos sus amigos o parejas. Los problemas por abuso de drogas o problemas con la ley son parte de los síntomas de algunos trastornos de la personalidad. El apego estable, el sentimiento de seguridad y paternidad sensata se verán por lo tanto en peligro. Los niños tendrán normalmente sentimientos de vivir en un mundo inseguro y hostil. Desde momentos tempranos de sus vidas podrían verse “forzados” a aceptar la responsabilidad de sus necesidades, o convertirse en independientes. Una independencia que no es apropiada para su joven edad. Sin embargo, el apego a los padres podría ser muy fuerte, ya que, pese a ser inestable, el mismo padre o madre podría ser la única persona disponible por un largo periodo de tiempo.

14.3 Estrategia general para los sistemas de apoyo

- a. Estar en contacto con personas vulnerables en cuanto a trastornos de la personalidad es un gran reto para los profesionales. Generar conformidad, establecer contactos es una inversión continua por parte del profesional que requiere de elevada tolerancia a la frustración y así como estrategias y metas claras. **La mayoría de los padres en este contexto no mostrarán conformidad ni aceptarán la información de que su personalidad es un riesgo para el niño. Al tener esto en mente, su inestabilidad emocional “impide” en alto grado estrategias de larga duración.** En primera instancia, el enfoque del profesional debe centrarse en la seguridad e integridad del niño en términos de satisfacción de necesidades.
- b. Sin embargo, es de todos conocido que la ayuda y las estructuras profesionales parecen siempre ir un paso por detrás de estas familias. Así, de ser posible, es necesario proporcionar estabilidad en el apego a los mismos padres. **No obstante, esto requiere mucha paciencia en una “estrategia de pequeños pasos” – generando confianza del lado de los padres así como de los sistemas de ayuda.**
- c. Debe realizarse un análisis detallado de los recursos constantes del sistema para poder evaluar si las estructuras externas, como los abuelos o la guardería, pueden aportar al niño visiones adicionales del mundo.

- d. Se considera un factor altamente preventivo el incluir a adultos sanos en la estructura cotidiana del niño (como para todas las demás enfermedades).

15. Niños en el contexto de adicción y consumo abusivo de sustancias

15.1. Breve sintomatología

De acuerdo con la definición del manual DSM-IV-TR, la dependencia de sustancias se da "cuando un individuo persiste en el uso del alcohol u otras drogas a pesar de problemas relacionados con el uso de dichas sustancias, y se puede diagnosticar como dependencia." Y continúan los criterios para su diagnóstico.

El manual DSM-IV-TR define el abuso de sustancias como

Un patrón inadaptado en el consumo de sustancias que conduce a un significativo impedimento o aflicción clínicos, que se manifiesta por uno (o más) de los siguientes datos, en un período de 12 meses:

COMPORTAMIENTO

- Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)
- Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)
- Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)
- consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)

B. Los síntomas no han cumplido nunca con los criterios de Dependencia de Sustancias para esta clase de sustancia.

15.2 El impacto del abuso de sustancias por parte de los padres en el bienestar del niño

Además de los trastornos de la personalidad, el consumo abusivo de sustancias puede considerarse como un factor de riesgo importante para el desarrollo y satisfacción de las necesidades de los niños pequeños.

Algunas datos preponderantes (<http://www.oas.samhsa.gov/2k7state/2k7State.pdf>)

- En 2006-2007, el 8,1% de la población de EE.UU. de 12 años o más había consumido una droga ilegal en el transcurso de un mes
- En 2006-2007 a nivel nacional en EE.UU., casi la cuarta parte (23,2%) de todas las personas de 12 años o más participaron en juergas donde se consumió alcohol en el transcurso de un mes
- El tabaco es la segunda sustancia más consumida en EE.UU. después del alcohol. A nivel nacional, entre las personas de 12 años o mayores, el promedio de consumo de tabaco en el transcurso de un mes en 2006-2007 era 29,1%.
- En 2006-2007, 7,6% de la población de 12 años o más se clasificó como dependiente o consumidora abusiva de alcohol a nivel nacional en el transcurso de un año.

Los niños que viven en un contexto de abuso de alcohol o de drogas, por parte de los padres, podrían ver a éstos intoxicados, tendidos en el suelo, incapaces de hablar correctamente; encontrarse con peleas y pasar por momentos de alta activación dentro de la fase de abstinencia, podrían **simplemente ser olvidados por parte del padre/madre, o ser abandonados durante la noche.** También podrían ser entregados a amigos de los padres o vecinos si éstos necesitan aplicarse otra dosis. **Organizar su dosis diaria necesaria es la prioridad en sus vidas, y por ello** los padres podrían no estar disponibles

- Físicamente
- En cuanto a cuidado y atención,
- O en términos de receptividad parental.

Además de los indicios genéticos y somáticos, por ejemplo, el síndrome de alcohol fetal o síndrome de abstinencia post-natal del niño en el contexto de adicción por consumo abusivo de sustancias, muestran que el apego es con frecuencia desorganizado debido a la adicción.

Debido a los cambios en los demás y la falta de estímulos continuos, los niños muestran déficits en las rutinas de su vida diaria y en sus habilidades. Por otro lado, la paternidad es ambivalente y los niños se percatan pronto de que sus necesidades no se ven satisfechas inmediatamente y debido a la disponibilidad ambivalente de la persona de apego podría darse el riesgo de que estas necesidades no sean satisfechas. **Aprenden muy pronto a ser responsables por sí mismos, como muchos niños en el contexto de padres con vulnerabilidad mental.**

Los problemas con la autoridad y los roles sociales más adelante se deben no a la “base biológica” sino que son consecuencia de estas experiencias de vida. Desempleo, pobreza y agresión física representan las mayores amenazas para el niño en cuanto a su seguridad. Sin

embargo, el impacto del alcoholismo en los niños parece ser subestimado en la sociedad occidental. Por otro lado, se considera muy elevado el riesgo de recaídas. Durante el tratamiento, incluso cuando se dan recaídas, los padres informan que sus niños son el único factor que evita que beban, o incluso que se suiciden como resultado del abuso de las drogas. Debe decirse claramente que, desde la perspectiva del sistema de apoyo, no deben usarse nunca los niños que se encuentran en este ámbito como método de tratamiento para los padres.

15.3 Estrategia general de los sistemas de apoyo

- a. Crear una mínima base de seguridad que garantice la integridad y que cumpla las necesidades de los niños.
- b. Asegurar la presencia de personas sanas con quien pueda expresar el niño sus preocupaciones, aprender las estrategias de salud que fortalezcan al niño y su autoeficiencia y que aumente la previsibilidad del comportamiento de la propia persona que ofrece el apoyo.
- c. Podría necesitarse cuidados de acogimiento si las necesidades básicas de los niños se encuentran en peligro (necesidades que deben atenderse en términos de nutrición, estructuras diarias y rutinas cotidianas).
- d. Establecer límites claros (también importante en otros contextos de vulnerabilidad/enfermedad mental).

16. Observaciones finales

Existe una discusión permanente sobre los términos “vulnerabilidad mental” y “enfermedad mental”. En nuestros módulos decidimos usar ambos términos:

- “vulnerabilidad” ya que podría disminuir la estigmatización
- “enfermedad mental” ya que se conoce bastante bien y responde a modelos biológicos comprensibles para explicarlos a los niños.

Los niños de padres con vulnerabilidad mental dicen con frecuencia que “sus padres siguen siendo sus padres”. Como hemos dicho anteriormente, que la “vulnerabilidad mental” o “enfermedad mental” no se relacionan generalmente con la falta de motivación por parte de los padres para ser lo “suficientemente buenos” padres. Además de las estrategias de apoyo para los niños, debe tomarse en cuenta el punto de vista de los padres en cuanto a

- mejorar la receptividad parental
- crear una buena conformidad básica
- comunicarse de forma respetuosa y
- establecer límites claros

Sin embargo, debe señalarse que la mayoría de los profesionales en el campo social o educativo, no deben convertirse en “terapeutas” de los padres. Al trabajar con padres vulnerables/enfermos mentales, los profesionales pueden también alcanzar sus propios “límites”. Será necesario establecer redes de colaboración con profesionales de la salud.

En la mayoría de los casos el apoyo y las intervenciones podrán garantizar la seguridad e integridad del niño, previsibilidad y apego, cuidado diario e información apropiada para el desarrollo, socialización adecuada dentro de las normas socialmente aceptadas y la risa. Sin embargo, para un niño que vive en el contexto de padres mentalmente vulnerables/enfermos también significa que en ciertos momentos de la vida su seguridad podría verse amenazada. **El sistema (miembro sano en la pareja, abuelos, o amigos o estructura de bienestar social) siempre debe tener esto presente, con la disposición en algunas ocasiones para actuar y así garantizar el bienestar del niño.** Por lo tanto, resulta crucial la disponibilidad de un apego personal estable.

Debe de existir el adecuado entendimiento del niño y clara información de que si los padres no se sienten bien, existe una amplia base biológica explicable para ciertos comportamientos. Este comportamiento no tiene nada que ver con el niño, sino que los padres también son responsables de su propio bienestar y algunas veces del tratamiento que necesiten. Así, **el niño que se encuentra en el ámbito de la vulnerabilidad/enfermedad mental tiene la oportunidad de hacerse fuerte y con capacidad de recuperación.**

17 Referencias

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 4th Edition Text Revision
- Antonovsky, A. (1987): Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well. Jossey-Bass, San Francisco
- Boggarts, B., Lußcz, H. (1999). Hirnbiologische Grundlagen psychiatrischer Erkrankungen – Was ist therapeutisch machbar? Psychiatrische Praxis, 26, 7-11
- Chaudron, L.H., Kitzman, H, Szilagyi, P, Sidora-Arcoleo K., Anson, E (2006). Changes in Maternal Depressive Symptoms Across the Postpartum Year at Well Child Care Visits *Ambulatory Pediatrics*, 6, 4, 221-224

- Field, T., Estroff, D.B., Yando, R., del Valle, C., Malphurs., J., Hart, s. (1996). „Depressed“ mothers' perception of infant vulnerability are related to later development. *Development and Psychopathology*, 4, 49-66
- Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O, Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, 62.6, 617-27.
- Laucht, M. (2009) Die Mannheimer Längsschnittstudie. Was wir von Mannheimer Risikokindern lernen können. Vortrag am 16. Kölner Kinderpsychiatrie Kolleg. Köln, 16.-17.5.2009
- Liberman, P. (2007). Recovery from Schizophrenia. Retrieved 8.1.2010
http://www.jhsph.edu/bin/s/w/Liberman_Recovery_from_Schizophrenia_Nov_2007.pdf
- Liberman, P. (2008) Recovery From Disability: Manual of Psychiatric Rehabilitation. Washington, D.C., American Psychiatric Publishing
- Marsh D. T., Dickens R.M (1997): Troubled journey. Putnam Pinguin, o. O.
- Mattejat, F., Lisofsky, B. (1998): Kinder psychisch kranker Eltern. Was wir wissen, und was zu tun ist. In: F. Mattejat, B. Lisofsky (Eds.), ...nicht von schlechten Eltern, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 66-78
- Milgrom, J., Westley, D.T., McCloud, P.I. (1996): Do infants of depressed mothers cry more than other infants? *Journal of Paediatrics and Child Health*, 31, 218-221
- Muris, P., Steerneman, P., Merckelbach, H., Meesters, C. (1996): Parental modelling and fearfulness in middle childhood. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 263-267
- Perälä, J. et al. (2007) Lifetime Prevalence of Psychotic and Bipolar I Disorders in a General Population *Arch Gen Psychiatry*;64,1,19-28.
- Pretis, M., Dimova, A. (2004). Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern
- Soltanus, T (2009). Effective Child and Family Programme. Paper presented at the EUFAMI Conference, 26-27.11.2009, Vilnius
- Wagenblass, S. (2001): Biographische Erfahrungen von Kindern psychisch kranker Eltern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 50, 513-524
- WHO 2008 http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/mmh_jan08_meeting_report.pdf
- WHO (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability—A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 2, 103-124
- http://www.eufami.org/index.php?option=com_content&task=view&id=814&Itemid=223?language=
- <http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfo/mentalhealthandgrowingup/16parentalmentalillness.aspx>
- <http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfo/mentalhealthandgrowingup/parentalmentalillness/susiesstory.aspx>