

Problemas emocionales y de conducta en hermanos de menores con diagnóstico de trastorno mental

Emotional and behavioral problems in children having siblings with mental disease

VIRGINIA CAGIGAL DE GREGORIO¹

MARÍA PRIETO-URSÚA¹

Fecha de Recepción: 31-02-2006

Fecha de Aceptación: 20-04-2006

RESUMEN

El estudio evalúa la presencia y características de los problemas de conducta y emocionales en hermanos de menores diagnosticados de trastorno mental (MD). La muestra está formada por 153 menores de entre 4 y 18 años. En el grupo de hermanos de MD hay 58 sujetos, en el grupo control 95 menores sin hermanos diagnosticados. Para evaluar los problemas de conducta se ha utilizado el Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach y Edelbrock, 1983). Aunque ninguna de las puntuaciones medias entra en la categoría de rango clínico, se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos en todas las escalas salvo en Problemas de atención, observándose un mayor nivel de problemas de conducta en los hermanos de MD. Estos resultados se mantienen si consideramos la edad y el sexo de los sujetos. Se discute la relevancia de estos resultados así como las implicaciones que para la intervención clínica familiar se derivan de ellos.

ABSTRACT

This study analyzes emotional and behavioral problems in children with siblings who have being diagnosed a mental disease (MD). The sample consisted

¹ Universidad P. Comillas de Madrid.

of 153 children ranging from 4 to 18 years old, 58 of whom had MD siblings and 95 did not –control group. The Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach and Edelbrock, 1983) was used to assess behavioral problems. Although none of the mean scores had clinical relevance, significant differences were found between both groups in all scales except in the attention problems scale. Children with MD siblings had more of behavioral problems than children without MD siblings. Differences remain regardless of the age and gender of subjects. The relevance of results and their implications for family therapy are discussed.

PALABRAS CLAVE

Hermanos, Salud mental infanto-juvenil, Problemas de conducta.

KEY WORDS

Siblings, Child and adolescent mental health, Behaviour problems.

INTRODUCCIÓN

Existe evidencia empírica de la incidencia de los antecedentes psiquiátricos familiares como factor de riesgo de desarrollo de trastornos mentales. Sin embargo, la mayor parte de la investigación sobre antecedentes psiquiátricos familiares se ha centrado en investigar los antecedentes psiquiátricos de los padres o bien se ha abordado la cuestión de una forma más generalizada, refiriéndose a familiares en primer o segundo grado. De modo que la perspectiva vertical (padres-hijos, abuelos-padres-hijos,...), y especialmente la relación madre-hijo (Kelvin, Goodyer y Altham, 1996), ha captado la atención de los investigadores en mucha mayor medida que la perspectiva horizontal (hermano-hermano, sujeto-amigo,...).

Los estudios evidencian que ciertos trastornos en los padres, como los trastornos afectivos y las psicosis son un importante factor de riesgo para el desarrollo de problemas psiquiátricos en los hijos, ya que comprometen el cuidado del niño por parte del progenitor así como la calidad de la relación afectiva padre-hijo (Conrad y Hammen, 1993, en Kelvin et al., 1996; Puig-Antich et al., 1985). Existe abundante investigación sobre la relevancia de los antecedentes psiquiátricos de los padres en los trastornos mentales infanto-juveniles.

Incluso desde los diferentes modelos de terapia familiar, cuyo objeto de estudio es la familia y sus diferentes subsistemas, se ha investigado poco sobre el subsistema

fraterno (Gustafsson, Engquist y Karlsson, 1995). Menos aún se ha investigado sobre los hermanos de menores diagnosticados (Romo, 1996) y este nivel no es considerado prácticamente en las intervenciones clínicas en psiquiatría y psicología o en orientación escolar.

Sin embargo, distintos autores ponen de relieve la importancia de los antecedentes psiquiátricos en hermanos en el desarrollo de trastornos mentales. Si los antecedentes psiquiátricos de hermanos son un factor de riesgo para la presencia de sintomatología psíquica en los menores, parece importante profundizar en las características conductuales y sintomatológicas de estos últimos, fundamentalmente para poder conocer sus características y tener en cuenta sus necesidades en una posible intervención.

Este análisis no solamente es relevante por lo que pueda ofrecer de cara al ámbito preventivo sino que, tal como señalan Lobato, Faust y Spirito (1989), "las relaciones de hermanos son uno de los precursores más importantes de las relaciones entre iguales y de las relaciones de adultos (...). Los hermanos actúan como socializadores y educadores unos de otros, median en la atención parental y en el control parental, y proveen de un contexto similar al de los pares, para experiencias emocionales intensas y negociación del poder". Por ello, las experiencias e intercambios propios de la relación fraterna son insustituibles y ha de ser estudiada convenientemente en los casos en que alguno de ellos está diagnosticado de trastorno mental.

Aunque no son abundantes en número, podemos encontrar interesantes estudios sobre hermanos de menores con diagnósticos específicos. Así, un primer grupo de investigaciones se ha centrado en analizar las características psicológicas de los hermanos de menores diagnosticados de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad. Estos parecen presentar mayores niveles de TDAH (Dellve, Cernerud y Hallberg, 2000), depresión, problemas de conducta y trastornos de ansiedad que hermanos de sujetos no diagnosticados (Biederman, Faraone, Keenan, Steingard y Tsuang, 1991; Faraone, Biederman, Keenan y Tsuang, 1991; Faraone y Biederman, 1994) produciéndose en mayor medida este efecto en varones que en mujeres (Faraone, Biederman y Lehman, 1993; Levy y Hay, 1996). Además de estas dificultades también se encuentran mayores niveles de trastorno oposicionista desafiante (Faraone y Biederman, 1994), con diferencias significativas con respecto a muestras de hermanos de menores diagnosticados de depresión y trastorno bipolar, así como con el grupo control (Faraone, Biederman y Mennin, 1996).

Si se estudian las características conductuales y emocionales de los hermanos de menores diagnosticados de TDAH utilizando el CBCL (Achenbach y Edelbrock, 1983), se encuentra mayor nivel de aislamiento y conducta delincuente que en el grupo control, y en un seguimiento de cuatro años se observan niveles más elevados que el grupo control en todas las escalas salvo en problemas de pensamiento (Faraone et al., 1996).

Por otra parte, si se analizan las puntuaciones en inteligencia de los hermanos no hiperactivos de niños hiperactivos, algunos autores encuentran puntuaciones medias más bajas que en grupo control (Welter, Welner, Stewart, Palkes y Wish, 1977; Faraone, Biederman y Lehman, 1993), aunque en un estudio más específico Faraone et al. (1996) no encontraron diferencias significativas en las puntuaciones en el WISC-R entre hermanos de menores con TDAH y grupo control, pero sí problemas de aprendizaje, más cursos repetidos, necesidad de atención personalizada en el colegio y asistencia a clases de apoyo.

Existe otro núcleo de estudios centrados en investigar las características conductuales y emocionales de los hermanos de menores diagnosticados de problemas emocionales, depresión y ansiedad. Kelvin et al. (1996) encuentran problemas psiquiátricos en un 42% de hermanos de menores diagnosticados de depresión y de trastorno de ansiedad, con un tipo de problemas diferente del de sus hermanos, menor comorbilidad, menos incidencia de los síntomas pero mayor desajuste social. Los datos muestran que estos hermanos presentan niveles más elevados de trastorno de ansiedad (Rende, Warner, Wickramarante y Weissman, 1999), depresión (Atkins, 1991) y consumo de drogas (Rende et al., 1999). Si consideramos los problemas emocionales y de conducta evaluados a través del CBCL, se observa mayor nivel de conductas internalizantes y externalizantes (Anderson, 2000).

Conviene señalar que Dossier y

Cooper (1993, en Kelvin et al., 1996) consideran que es difícil detectar los casos de hermanos con problemas de depresión en hermanos de diagnosticados, en parte porque parecen presentar menos desajuste que sus hermanos diagnosticados. Al mismo tiempo, estos autores consideran que los hermanos que no presentan problemas psiquiátricos son un 58%, lo que también da importancia a la resiliencia ante las dificultades sociales del hecho de convivir con un hermano diagnosticado.

Con respecto al patrón de agregación familiar (la tendencia de los trastornos, rasgos o características psicológicas a agruparse en la familia, en lugar de estar distribuidos de manera aleatoria; Szatmari, Boyle y Offord, 1993), estos autores encuentran agregación familiar en los trastornos psiquiátricos en niños, especialmente en los casos de trastornos de conducta y de problemas emocionales, pero éste patrón se muestra más evidente si son los padres los informantes, no apareciendo tan claro cuando son los profesores los informantes. El nivel de agregación familiar varía hasta cierto punto según las características de la relación de hermanos y el tipo de trastorno. Cabe pensar que, dado que la mayoría de estos estudios basan los datos en información de los padres, se podría estar produciendo un patrón de agregación familiar. En concreto, podemos cuestionarnos si los padres de niños con TDAH podrían sesgar sus valoraciones de los otros hijos en la línea de observar síntomas de TDAH; sin embargo, para Faraone et al. (1996) los datos

estadísticos muestran que no se trata sólo de un sesgo de los padres, sino que sustentan la hipótesis de que el TDAH es un trastorno familiar.

En cuanto a la investigación de ámbito nacional, existen importantes trabajos centrados en la relación de hermanos (Arranz, 1989; Arranz y Olabarrieta, 1998; Arranz, 2000; Arranz, Yenes, Olabarrieta y Martín, 2001; Arranz, Artamendi, Olabarrieta y Martín, 2002; Ríos, 1984, entre otros) y varios estudios sobre el impacto de la discapacidad en los hermanos; sin embargo, no hay prácticamente estudios publicados sobre los problemas emocionales y de conducta en los hermanos de menores diagnosticados en nuestro país.

Por ello, creemos de gran relevancia llevar a cabo este análisis, dado que cada vez se considera más la conveniencia de intervenciones en salud mental que integren a los diversos miembros de la familia, no necesariamente en un formato de terapia familiar, pero sí en diversos programas: apoyo a familiares, grupos psicoeducativos, programas de orientación a padres, etc. En esta búsqueda de intervenciones eficaces, la atención a los hermanos de menores diagnosticados de trastorno mental es importante, y puede resultar de gran utilidad tanto para prevenir el desarrollo de dificultades emocionales y conductuales en éstos como para intervenir de forma precoz en aquellos casos en los que esto sea necesario.

En este estudio queremos evaluar la presencia y las característi-

cas de los problemas de conducta y problemas emocionales (problemas de conducta a partir de ahora) en hermanos de menores diagnosticados de trastorno mental. En concreto, tras la revisión efectuada, esperamos encontrar que los hermanos de menores con diagnóstico de trastorno mental presentan niveles más elevados de problemas de conducta que los hermanos de menores sin diagnóstico de trastorno mental.

MÉTODO

Participantes

La muestra de este estudio está formada por 153 menores de entre 4 y 18 años pertenecientes a un total de 92 familias.

El grupo de hermanos de menores diagnosticados (MD) lo componen 58 sujetos pertenecientes a 48 familias. De ellos, 27 (46,6%) son varones y 31 (53,4%) son mujeres. La edad media es de $\bar{X} = 10,1$ años (DT = 4,64).

En cuanto a los diagnósticos de sus hermanos, todos han sido emitidos por profesionales; de hecho, en 16 de los casos (33,33%) el diagnóstico ha sido confirmado por más de un profesional. De los menores diagnosticados, 39 (81,3%) están diagnosticados de *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*, 3 (6,3%) de *Déficit de Atención*, 2 (4,2%) de *Trastorno de aprendizaje*, 1 (2,1%) de *Problemas de conducta*, 1 (2,1%) de *Trastorno límite de la personalidad*, 1 (2%) diagnosticado de *Anorexia* y 1

(2,1%) con diagnóstico de *Retraso del Lenguaje*.

El grupo control está formado por 95 menores pertenecientes a 44 familias en las que ninguno de los menores tiene diagnóstico de trastorno mental. La edad media en este grupo es de $\bar{X} = 11,4$ años (DT = 3,4), y está formado por 45 varones (47,4%) y 50 mujeres (52,6%).

Instrumentos

Para evaluar los problemas de conducta en los menores de este estudio se ha utilizado el Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach y Edelbrock, 1983). Es la prueba de evaluación infantil y psicopatológica más utilizada actualmente en diferentes países (Del Barrio et al., 1994). Hemos utilizado el Listado de Conductas Infantiles para padres de Achenbach (1991), que es la versión española de la Child Behavior Checklist en la traducción castellana de l'Unitat d'Epidemiologia i de Diagnòstic en Psicopatologia del Desenvolupament de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Esta escala consta de dos partes. La primera es la llamada escala de competencia social, y permite evaluar la cantidad y la calidad de la actividad del menor. Se trata de un conjunto de preguntas sobre la actividad y la calidad del desempeño del menor en dichas actividades. La segunda parte es el listado de problemas de conducta.

Este listado está formado por 118 ítems sobre problemas de conducta, aunque realmente son 113, dado

que el ítem 56 se divide en 6 opciones para valorar mejor la información requerida. Por derivación empírica desde el análisis factorial, se obtienen las puntuaciones en ocho escalas. Un análisis de segundo grado muestra dos grandes factores que agrupan las diferentes escalas; uno de los factores corresponde a conductas de miedo, inhibición y gran control de la conducta, mientras que el otro corresponde a conductas de tipo agresivo, antisocial e incontroladas. Estos factores se han denominado Internalizante y Externalizante, respectivamente (Achenbach y Edelbrock, 1983). En las niñas Internalizante explica un 63% de la varianza, mientras que en los niños la varianza es explicada en mayor medida por Externalizante (65%) (Sardiner, Pedreira y Muñiz, 1997).

Diferentes autores han dado cuenta de una elevada validez predictiva de los trastornos mentales en menores, incluso de forma longitudinal en seis años (Verhulst, Koot y Van der Ende, 1994). Se encuentra correspondencia entre las puntuaciones en las diferentes subescalas y los diagnósticos categoriales según el DSM-III (Edelbrock y Costello, 1988; Gould, Bird y Staghezza, 1993) y más recientemente según el DSM-IV (Hudziak, Copeland, Stanger y Wadsworth, 2004).

En nuestro caso sólo hemos aplicado el listado de problemas de conducta, por ser la que recoge la variable dependiente que queremos estudiar. La puntuación española es superior en general a la del resto de los países en población normal (Del Barrio, Cerezo y Cantero, 1994; Sar-

dinero et al., 1997); por ello, hemos utilizado la baremación de muestra nacional española.

Los datos de fiabilidad de este cuestionario (alpha de Cronbach) muestran valores superiores a 0,8 en todas las escalas y subescalas, excepto en *Aislamiento* (0,78), *Quejas Somáticas* (0,73), *Conducta Delincuente* (0,78) y *Problemas de Pensamiento* (0,66).

Procedimiento

Se solicitó la participación en el estudio de las familias de menores diagnosticados que acudieron a diferentes Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid durante un período de tres meses. Para recoger los datos, en primer lugar se contactó con diferentes profesionales de Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Se mantuvo una entrevista personal con cada uno de los profesionales de dichos centros que de forma voluntaria mostraron su disposición a colaborar con este estudio. En dicha entrevista se explicaron los objetivos del mismo, así como el procedimiento a seguir con las familias y los instrumentos que deberían completar los padres. En cada centro se contó con tres meses consecutivos para llevarla a cabo. En tres de ellos los profesionales permitieron a la investigadora contactar y exponer los objetivos de esta investigación directamente al adulto responsable del menor, mientras que en otros tres centros fue el propio profesional (psiquiatra o psicólogo) quien informaba a la familia del estudio y pedía su colaboración. A

aquellas familias que estuvieron dispuestas a participar se les entregó un sobre franqueado con los cuestionarios, que habían de cumplimentar, devolviéndolo por correo.

Por otra parte, se contactó con diferentes asociaciones de familiares de menores con distintos trastornos mentales. De todas ellas se mostraron dispuestas a colaborar con el estudio dos: la Asociación de familiares de menores con trastornos mentales Dédalo y la Asociación de Niños con Síndrome de Hiperactividad y Déficit de Atención (ANSHDA). En estas asociaciones se llevó a cabo un envío con los cuestionarios y un sobre franqueado a todos los asociados con hijos menores de edad solicitando su colaboración por carta. Todos los menores incluidos en la muestra procedentes de estas asociaciones tenían un hermano con un diagnóstico emitido por al menos un profesional de la salud mental.

En cuanto al grupo control, las familias fueron contactadas fundamentalmente a través de orientadores escolares de diferentes centros escolares, mientras que un pequeño grupo estuvo formado por personas allegadas a la investigadora. Cada centro o cada orientador informaban a los padres sobre la investigación y la colaboración que se solicitaba. En los casos en los que se mostraron dispuestos a participar, se les entregó el sobre franqueado con los cuestionarios para que, una vez cumplimentados, fueran remitidos por correo.

En cada sobre se incluía un *Cuestionario para el padre* (de color

verde), un *Cuestionario para la madre* (de color amarillo) y tres ejemplares del *CBCL* (en color azul), solicitando por escrito que de este último cuestionario se cumplimentara uno a propósito de cada hijo en cada familia de forma conjunta.

Los datos se recogieron de forma anónima, y tanto la obtención de éstos como el tratamiento que se les ha dado han sido adecuados a las directrices de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999. Una vez codificados han sido tratados con el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences, SPSS, versión 12.0 para Windows.

Para responder a los objetivos planteados, se llevaron a cabo *análisis descriptivos* (frecuencias y porcentajes de diferentes variables del estudio) y *análisis inferenciales* (métodos paramétricos: t de Student).

RESULTADOS

Vamos a empezar la descripción de los resultados con una descripción general de las categorías clínicas que han obtenido en sus puntuaciones los hermanos de MD y los sujetos del grupo control. En la tabla 1 presentamos las medias obtenidas para cada una de las escalas y subescalas del *CBCL*, así como la categoría clínica de dichas medias. Como se puede observar, en ninguna escala los grupos alcanzan una puntuación de rango clínico.

Aunque ninguna de las puntua-

Tabla 1
Puntuaciones en el CBCL de los hermanos de MD y los sujetos del grupo control

Escala del CBCL	Puntuación media Grupo control (N=95)	Categoría clínica [*]	Puntuación media hermanos (N=58)	Categoría clínica [*]
CBCL Total	19,53	1	31,66	1
Internalizante	5,47	1	10	1
Externalizante	6,62	1	10,99	1
Aislamiento	1,63	1	3,41	1
Quejas somáticas	1	1	1,9	1
Ansiedad/Depresión	2,83	1	4,93	1
Problemas sociales	1,38	1	2,41	1
Problemas de pensamiento	0,32	1	0,65	1
Problemas de atención	3,03	1	3,34	1
Conducta delincuenta	1,06	1	1,97	1
Conducta agresiva	5,56	1	9	1

^{*} 1 = puntuación de rango inferior a clínico; 2 = puntuación de rango clínico límite; 3 = puntuación en rango clínico.

ciones medias de los grupos entran dentro de la categoría de rango clínico, cuando comparamos las puntuaciones en el CBCL de los hermanos de MD y de los menores del grupo control, tal como observamos en la Tabla 2, se encuentran diferencias significativas en todas las escalas salvo en *Problemas de atención*, siendo además el tamaño del efecto muy elevado para todas las escalas (salvo para *Problemas de pensamiento* y *Problemas de atención*), lo que indica un mayor nivel de todos los tipos de problemas de conducta en los hermanos de MD que en los menores sin ningún hermano diagnosticado.

Vamos a profundizar en las diferencias entre ambos grupos, analizando el comportamiento de sus puntuaciones según las variables edad y sexo de los sujetos. En la tabla 3 presentamos las frecuencias de cada uno de los rangos según la edad.

Como podemos observar, en el grupo control encontramos casos aislados de puntuaciones en rangos clínicos para alguna de las escalas. Los grupos de más edad (10 a 13 años y 14 años o más) son los que muestran una mayor frecuencia de sujetos en rango clínico, sobre todo en los Problemas Internalizantes.

Tabla 2
Diferencia de medidas en el CBCL, obtenidas por el grupo de hermanos de MD y el grupo control

Escala CBCL	Hermanos (N = 58)		Grupo Control (N = 94)		Valor de t	d Cohen (p < 0,05)
	Media	DT	Media	DT		
Total	31,66	18,07	19,52	10,92	4,62**	0,99
Internalizante	10,02	7,1	5,46	4,47	4,38**	0,99
Externalizante	10,99	7,37	6,62	4,62	4,05**	0,99
Aislamiento	3,41	3,27	1,63	1,84	3,8**	0,98
Quejas somáticas	1,9	2,18	1	1,49	2,75*	0,86
Ansiedad/Depresión	4,93	3,82	2,83	2,55	3,7**	0,98
Problemas sociales	2,41	2,54	1,38	1,75	2,72*	0,85
Problemas pensamiento	0,65	1,13	0,32	0,75	2*	0,62
Problemas atención	3,34	3,37	3,03	2,57	1,56	0,15
Conducta delincuente	1,97	2,16	1,05	1,29	2,92*	0,89
Conducta agresiva	9,02	5,92	5,56	4,04	3,92**	0,99

* p < ,05; ** p < ,001

En el grupo de hermanos la frecuencia relativa de sujetos en rango clínico es superior; además, al igual que en el grupo control, los hermanos más mayores (los de los grupos de 10 a 13 años y de 14 años o más) son los que presentan más puntuaciones de rango clínico, aunque en este grupo se observa más presencia de estos tramos en el CBCL Total, en los Problemas Internalizantes y en los Problemas Externalizantes.

En cuanto al sexo en relación con los problemas de conducta, como observamos en la Tabla 4, en el grupo control 43 varones (95,6%) y 46 mujeres (92%) tienen una pun-

tuación total de rango inferior al clínico, mientras que 2 varones (4,4%) y 3 mujeres (6%) tienen una puntuación de rango límite.

En el grupo de hermanos, sin embargo, podemos apreciar que 6 varones (22,2%) presentan puntuación de rango clínico en el CBCL total, mientras que de las mujeres son 4 (12,9%) las que se encuentran en dicho grupo.

Si analizamos exclusivamente el subgrupo de hermanos de menores con diagnóstico de TDAH o de Déficit de Atención (el diagnóstico más frecuente en nuestra muestra, un 89,6%) en relación con los menores

Tabla 3
Distribución de sujetos por categorías clínicas en las escalas del CBCL,
según grupos de edad de los sujetos del grupo control
y de hermanos de MD

Escalas CBCL	Grupos de edad	Categoría clínica* Grupo control (N = 95)			Categoría clínica* Hermanos (N = 58)		
		1	2	3	1	2	3
	De 4 a 5 años	5	0	0	13	1	2
CBCL Total	De 6 a 9 años	21	0	0	8	2	1
	De 10 a 13 años	36	2	0	8	2	3
	De 14 años o más	27	3	0	10	4	4
	De 4 a 5 años	5	0	0	14	1	1
Internalizante	De 6 a 9 años	20	1	0	8	2	1
	De 10 a 13 años	33	1	4	7	2	4
	De 14 años o más	27	1	2	9	3	6
	De 4 a 5 años	4	1	0	13	2	1
Externalizante	De 6 a 9 años	21	0	0	9	1	1
	De 10 a 13 años	36	1	1	8	2	3
	De 14 años o más	29	1	0	10	3	5
	De 4 a 5 años	5	0	0	15	0	1
Aislamiento	De 6 a 9 años	21	0	0	10	1	0
	De 10 a 13 años	36	2	0	11	2	0
	De 14 años o más	29	1	0	13	1	4
	De 4 a 5 años	5	0	0	15	0	1
Quejas somáticas	De 6 a 9 años	21	0	0	9	2	0
	De 10 a 13 años	36	2	0	10	1	2
	De 14 años o más	30	0	0	16	1	1
	De 4 a 5 años	5	0	0	15	0	1
Ansiedad/Depresión	De 6 a 9 años	21	0	0	10	0	1
	De 10 a 13 años	37	1	0	10	3	0
	De 14 años o más	29	1	0	17	1	0
	De 4 a 5 años	5	0	0	14	0	2
Problemas sociales	De 6 a 9 años	21	0	0	9	2	0
	De 10 a 13 años	36	2	0	13	0	0
	De 14 años o más	30	0	0	18	0	0
	De 4 a 5 años	5	0	0	15	1	0
Problemas de pensamiento	De 6 a 9 años	20	0	1	9	2	0
	De 10 a 13 años	38	0	0	12	1	0
	De 14 años o más	30	0	0	16	2	0
	De 4 a 5 años	5	0	0	14	1	1
Problemas de atención	De 6 a 9 años	21	0	0	9	2	0
	De 10 a 13 años	36	2	0	13	0	0
	De 14 años o más	28	1	1	15	2	1
	De 4 a 5 años	5	0	0	16	0	0
Conducta delincuenta	De 6 a 9 años	21	0	0	10	1	0
	De 10 a 13 años	38	0	0	12	0	1
	De 14 años o más	30	1	0	14	3	1
	De 4 a 5 años	5	0	0	16	0	0
Conducta agresiva	De 6 a 9 años	21	0	0	10	0	1
	De 10 a 13 años	38	0	0	10	2	1
	De 14 años o más	30	0	0	16	1	1

* 1 = puntuación de rango inferior a clínico; 2 = puntuación de rango clínico límite; 3 = puntuación en rango clínico.

Tabla 4
Distribución por categorías clínicas en las escalas del CBCL, por sexo de los sujetos del grupo control

Escalas CBCL	Sexo	Categoría clínica*			Categoría clínica*		
		Grupo control (N = 95)			Hermanos (N = 58)		
		1	2	3	1	2	3
CBCL Total	Varón	43	2	0	17	4	6
	Mujer	46	3	0	22	5	4
Internalizante	Varón	40	2	3	17	2	8
	Mujer	45	1	3	21	6	4
Externalizante	Varón	44	1	0	20	3	4
	Mujer	46	2	1	20	5	6
Aislamiento	Varón	43	2	0	22	2	3
	Mujer	48	1	0	27	2	2
Quejas somáticas	Varón	44	0	1	21	3	3
	Mujer	48	0	1	29	1	1
Ansiedad/Depresión	Varón	44	1	0	22	3	2
	Mujer	48	1	0	30	1	0
Problemas sociales	Varón	44	0	1	25	1	1
	Mujer	48	0	1	29	1	1
Problemas de pensamiento	Varón	45	0	0	23	4	0
	Mujer	48	0	1	29	2	0
Problemas de atención	Varón	42	2	1	22	3	2
	Mujer	48	1	0	29	2	0
Conducta delincuente	Varón	45	0	0	25	1	1
	Mujer	49	0	0	27	2	2
Conducta agresiva	Varón	45	0	0	25	1	1
	Mujer	49	0	0	27	2	2

* 1 = puntuación de rango inferior a clínico; 2 = puntuación de rango clínico límite; 3 = puntuación en rango clínico.

del grupo control (Tabla 5), se encuentran diferencias significativas en las medias de la puntuación *Total del CBCL* entre ambos grupos, en *Problemas Internalizantes* y también en *Problemas Externalizantes*.

Observamos también que existen diferencias significativas entre las

medias de las puntuaciones de los hermanos de sujetos con TDAH o con Déficit de Atención y las medias de los sujetos del grupo control en todas las subescalas salvo en *Problemas de pensamiento* y *Problemas de atención*, siempre con puntuaciones superiores en el primer grupo sobre el segundo.

Tabla 5
Diferencia de medias en el CBCL, obtenidas por el grupo de hermanos de MD diagnosticados de TDAH y el grupo control

Escala CBCL	Hermanos de TDAH (N = 52)		Control (N = 94)		Valor de t	d Cohen (p<0,05)
	Media	DT	Media	DT		
Total	30,26	17,36	19,52	10,92	4,04**	0,99
Internalizante	9,69	6,74	5,46	4,47	4,05**	0,97
Externalizante	10,99	7,37	6,62	4,62	3,5**	0,89
Aislamiento	3,27	3,15	1,63	1,84	3,46**	0,91
Quejas somáticas	1,75	1,95	1	1,49	2,41*	0,62
Ansiedad/Depresión	4,88	3,92	2,83	2,55	3,4**	0,93
Problemas sociales	2,19	2,41	1,38	1,75	2,34*	0,48
Problemas pensamiento	0,61	1,12	0,32	0,75	1,7	0,41
Problemas atención	3,06	3,23	3,03	2,57	0,57	0,09
Conducta delincuente	1,97	2,21	1,05	1,29	2,72*	0,82
Conducta agresiva	8,44	5,44	5,56	4,04	3,34**	0,84

* p < ,05; ** p < ,001

En definitiva, todos los datos corroboran la mayor presencia de Problemas de Conducta en menores que tienen un hermano diagnosticado, confirmando nuestra hipótesis de partida.

CONCLUSIONES

Los datos han puesto de relieve que los padres de los hermanos de menores diagnosticados informan de que éstos sí presentan mayor nivel de problemas de conducta, tanto en general como si concreta-

mos en problemas de tipo internalizante y problemas de tipo externalizante. Estos datos son consistentes con los de otros autores, que identifican un mayor nivel de problemas emocionales y de conducta en los hermanos que en menores sin hermanos diagnosticados (Szatmari et al., 1993).

Además, si tomamos una perspectiva dimensional, que es desde la que hemos llevado a cabo nuestro trabajo, hemos encontrado que los hermanos de menores presentan un nivel más elevado en todas las

diferentes dimensiones de problemas de conducta estudiadas (aislamiento, quejas somáticas, ansiedad/depresión, problemas sociales, problemas de pensamiento, conducta delincuente, conducta agresiva) salvo en problemas de atención.

Por otra parte, y dado que en nuestro estudio contamos con una proporción de muestra elevada de menores con problemas de atención e hiperactividad, hemos analizado los problemas de conducta de los hermanos de éstos, y nuestros datos apoyan los datos de Szatmari et al. (1993), quienes en los hermanos de menores con TDAH encuentran problemas conductuales y emocionales, pero no problemas de atención. Otros autores también han encontrado una mayor incidencia de trastornos de tipo externalizante en los hermanos de niños con TDAH (Faraone et al., 1993; Faraone y Biederman, 1994; Faraone et al., 1996; Welner et al., 1977) y de problemas emocionales (Biederman et al., 1990; Faraone y Biederman, 1994; Faraone et al., 1996).

Dado que los hermanos de menores diagnosticados presentan mayor nivel de problemas de conducta que los sujetos del grupo control, algunos autores proponen la necesidad de intervenir sistemáticamente con ellos (Faraone et al., 1996; Günayer Senel y Akkoek, 1995; Kelvin et al., 199). Otros autores han propuesto llevar a cabo de forma sistemática una sesión sólo con el subsistema fraterno en el contexto de un proceso global de terapia familiar (Bank y Kahn, 1975; Ríos, 1994). Sin embargo, desde otros estudios se cuestiona una

intervención sistemática con los hermanos, al considerar que se les puede "patologizar" innecesariamente (Cadman, Boyle y Offord, 1988), cuando, tal como muestran nuestros datos, no presentan problemas de rango clínico.

En la aplicación de intervenciones dirigidas a los hermanos, las familias se sienten mejor en intervenciones de tipo psicoeducativo, en donde se desarrollan programas relacionados con las pautas educativas y el desarrollo diferenciado de cada hijo, que con intervenciones de tipo estructural o estratégico (Gustafsson et al., 1995). En estas sesiones de tipo psicoeducativo se considera a los hermanos como informantes y ayudadores, y se les invita a participar si quieren (Falloon, Boyd y McGill, 1984).

Nosotros consideramos que los profesionales de salud mental deben conocer y tener en cuenta el riesgo en el que se encuentran los hermanos de los menores que atienden; por tanto, las intervenciones no solamente deben estar centradas en los síntomas del sujeto diagnosticado, sino que también conviene tener acceso a los hermanos, dialogar en algún momento de la intervención con ellos, de modo que se puedan detectar indicios de malestar psicológico o de problemas conductuales en ellos. Así mismo se debe solicitar información a los padres sobre la conducta de sus otros hijos, no sólo sobre el diagnosticado, puesto que ellos también pueden haber observado cambios emocionales o de conducta en ellos. Esto permitirá detectar de forma precoz posibles necesi-

dades en estos niños, disminuir el sufrimiento de todos los miembros de la familia, y contribuir a una mejoría del hermano diagnosticado.

Por otra parte, las intervenciones deben propiciar que los padres ganen competencias y mejoren sus creencias sobre sus capacidades educadoras y de apoyo a todos sus hijos, contribuyendo a eliminar creencias irracionales sobre los trastornos mentales, sobre el desarrollo de los hijos y sobre las posibilidades de cambio en la familia.

Conviene, en cualquier caso, considerar que, aunque la nuestra es una de las muestras más amplias en los estudios sobre hermanos de menores diagnosticados y que,

además, se han tomado los grupos de hermanos en su integridad y no tomando exclusivamente díadas (una de las formas más habituales de abordaje en investigación sobre hermanos), el tamaño de la muestra obliga a tomar con prudencia los resultados, a la espera de otros trabajos que repliquen nuestra aportación.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la ayuda de los profesionales de Salud Mental que han colaborado en la investigación: Ana Rosa Álvarez, José Carlos Espín, Carlos García, Raúl García, Félix García-Villanova, Ángeles Lasaleta, Cristina Polo y Felicitas Sánchez-Picazo.

REFERENCIAS

- Achenbach, T.M. y Edelbrock, C.S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Anderson, M.B. (2000). *School adjustment in siblings of students with emotional impairments*. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, 61 (1-A), 80.
- Arranz Freijo, E. (1989). *Psicología de las relaciones fraternas*. Barcelona: Herder.
- Arranz Freijo, E. (2000). Sibling Relationships: An Educational Resource and a Way of Evaluating the Quality of Family Relationships. *Early Child Development and Care*, 164, 13-28.
- Arranz, E., Artamendi, J., Olabarrieta, F. y Martín, J. (2002). Family Context and Theory of Mind Development. *Early Child Development and Care*, 172 (1), 9-22.
- Arranz, E. y Olabarrieta, F. (1998). *Las relaciones entre hermanos*. En M. J. Rodrigo y J. Palacios (Coords.). *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza Editorial.
- Arranz, E., Yenes, F., Olabarrieta, F. y Martín, J.L. (2001). Relaciones entre hermanos/as y desarrollo psicológico en escolares. *Infancia y aprendizaje*, 24 (3), 361-377.
- Arranz, E., Olabarrieta, F., Yenes, F. y Martín, J.L. (2001). Percepciones en las relaciones entre hermanos/as en niños/as de ocho y once años. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 54 (3), 425-441.
- Atkins, S. (1991). Siblings of learning disabled children. Are they special, too?. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 8(6), 525-533
- Bank, S. y Kahn, M. (1975). Sisterhood-brotherhood is powerful: Sibling sub-system and family therapy. *Family Process*, 14, 311-337.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Keenan, K., Knee, D. y Tsuang, M.R. (1990). Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 526-533
- Biederman, J., Faraone, S.V., Keenan, K., Steingard, R. y Tsuang, M.T. (1991). Familial association between attention deficit disorder and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 633-642.
- Cadman, D., Boyle, M.H. y Offord, D.R. (1988). The Ontario Child Health Study: Social adjustment and mental health of siblings of children with chronic health problems. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 9 (3), 117-121.
- Del Barrio, V., Cerezo, M.A. y Cantero, M. J. (1994). *Adaptación y características psicométricas del CBCL de Achenbach en Población Española*. Comunicación presentada en el IV Congreso de Evaluación Psicológica, Santiago de Compostela. Septiembre de 1994.
- Dellve, L., Cernerud, L. y Hallberg, L.R.M. (2000). Harmonizing Dilemmas: Siblings of children with DAMP and Asperger Syndrome's Experiences of coping with their life situations. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14 (3), 172-178
- Edelbrock, C. y Costello, A. (1988). Convergence Between Statistically Derived

Behavior Problem Syndromes and Child Psychiatric Diagnoses. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16 (2), 219-231.

Falloon, I.R.H., Boyd, J.L. y McGill, C.W. (1984). *Family Care of Schizophrenia. A Problem-Solving Approach to the Treatment of Mental Illness*. Nueva York: Guilford.

Faraone, S. y Biederman, J. (1994). Is Attention Deficit Hyperactivity Disorder familial? *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 271-287

Faraone, S.V., Biederman, J., Keenan, K. y Tsuang, M.R. (1991). A family-genetic study of girls with DSM-III Attention Deficit Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 148, 112-117.

Faraone, S.V., Biederman, J. y Lehman, B.K. (1993). *American Journal of Psychiatry*, 150(6), 891-895.

Faraone, S.V., Biederman, J. y Mennin, D. (1996). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (11), 1449-1459.

Gould, M.S., Bird, H. y Staghezza, B. (1993). Correspondence Between Statistically Derived Behavior Problem Syndromes and Child Psychiatric Diagnoses in a Community Sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21 (3), 287-313.

Günayer Senel, G. y Akkoek, F. (1995). Stress levels and attitudes of normal siblings of children with disabilities. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 18 (2), 61-68.

Gustafsson, P.A., Engquist, M.L. y Karlsson, B. (1995). Siblings in family therapy. *Journal of Family Therapy*, 17(3), 317-327.

Hudziak, J., Copeland, W., Stanger, C. y Wadsworth, M. (2004). Screening for DSM-IV

externalizing disorders with the Child Behavior Checklist: a receiver-operating characteristic analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (7), 1299-1307.

Kelvin, R.G., Goodyer, I.M. y Altham, P.M.E. (1996). Temperament and psychopathology amongst siblings of probands with depressive and anxiety disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37 (5), 543-550.

Levy, F. y Hay, D. (1996). *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 37(5), 569-578.

Lobato, D., Faust, D. y Spirito, A. (1989). Examining the effects of chronic disease and disability on children's sibling relationships. *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development*, 13 (3), 219-238.

Puig-Antich, J, Lukens, E., Davies, M., Goetz, D., Brennan-Quattroch, J. y Todak, G. (1985). Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders. I. Interpersonal relationships during the depressive episode. *Archives of General Psychiatry*, 42, 500-504.

Rende, R., Warner, V., Wickramarante, P. y Weissman, M.M. (1999). Sibling aggregation for psychiatric disorders in offspring at high and low risk for depression: 10-year follow-up. *Psychological Medicine*, 29(6), 1291-1298.

Ríos, J.A. (1984). *Manual de orientación y terapia familiar*. Madrid: Instituto de Ciencias del Hombre.

Ríos, J.A. (1994). Intervenciones sistémicas con niños. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 26, 31-42.

Romo Jiménez, M.L. (1996). El papel de la fratria en la psicopatología de los adolescentes. *Informaciones Psiquiátricas*, 144, 165-170.

Sardinero García, E., Pedreira Massa, J.L. y Muñiz, J. (1997). El cuestionario CBCL de Achenbach: Adaptación española y aplicaciones clínico-epidemiológicas (1). *Clinica y Salud*, 8 (3), 447-480

Szatmari, P., Boyle, M.H. y Offord, D.R. (1993). Familial Aggregation of Emotional and Behavioral Problems of Childhood in the General Population. *American Journal of Psychiatry*, 150 (9).

Szatmari, P., Boyle, M.H. y Offord, D.R. (1989). ADHD and conduct disorder: degree of diagnostic overlap and differences among

correlates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 865-872.

Verhulst, F., Koot, H.M y Van der Ende, J. (1994). Differential Predictive Value of Parents' and Teachers' Report of Children's Problem Behaviors: A Longitudinal Study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22 (5), 531-546.

Welner, Z., Welner, A., Stewart, M., Palkes, H. y Wish, E. (1977). A controlled study of siblings of hyperactive children. *Journal of Nervous Mental Disease*, 165, 110-117.