



UNIVERSIDAD AMERICANA DE ACAPULCO

EXCELENCIA PARA EL DESARROLLO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO CLAVE DE
INCORPORACIÓN 8852-25

“FACTORES DE RIESGO FAMILIARES PARA
LA DEPRESIÓN EN NIÑOS”

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
FABIOLA BERENICE HUATO CASTRO



DIRECTOR DE TESINA
M.P.C. ADRIANA GÓMEZ DÍAZ

ACAPULCO, GRO.

2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A Dios por estar a mi lado y darme fuerzas para seguir adelante y quitarme las barreras que se me presente.

A mis Padres por todo su apoyo y cariño durante el trayecto de mi formación académica.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Americana de Acapulco por ofrecer un excelente nivel educativo.

A la M.P.C. Adriana Gómez Díaz por su asesoría y apoyo en la realización de este proyecto.

A Coquis por ser una excelente secretaria y una extraordinaria amiga.

A mi hermana Evita por sus consejos y llamadas de atención, en virtud de hacerme una mejor persona.

A mi sobrina Crisantema por auxiliarme durante la realización de este proyecto.

INDICE TEMÁTICO

AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1: DEPRESIÓN EN NIÑOS	5
1.1 Breve reseña histórica.....	5
1.1.1 Depresión.....	5
1.1.2 Depresión en niños	6
1.1.3 A) La teoría psicoanalítica y la vuelta de la agresión sobre sí mismo	7
1.1.4 B) Síntomas únicos Vs síntomas esenciales y comunes con la depresión en adultos	8
1.1.5 Depresión enmascarada y equivalentes depresivos	8
1.1.6 C) Síntomas esenciales Idénticos para la depresión en niños y en adultos.....	9
1.2 Criterios diagnósticos de la depresión en niños.	10
1.2.1 Síntoma, síndrome y trastorno	10
1.2.2 Criterios de Weinberg (1973)	12
1.2.3 Criterios de Spitzer (1978)	13
1.2.4 Criterios según el DSM-IV.....	14
1.2.5 Criterios según el CIE-X.....	15
1.3 Depresión: prevalencia y comorbilidad.....	16
1.3.1 Prevalencia	17
1.3.2 Comorbilidad.....	18
1.3.3 Curso	19
1.4 Métodos de evaluación.....	20
1.4.1 Consideraciones generales.....	20
1.4.2 Entrevistas	21
1.4.3 Con los padres	21
1.4.4 Con los niños	22
1.4.5 Escalas de evaluación	22
1.4.6 Para niños.....	22
1.4.7 Para padres.....	23
1.4.8 Pruebas de laboratorio.....	23
CAPÍTULO 2: LA FAMILIA	25
2.1 Factores de riesgo.....	25

2.2. La familia: definición y funciones básicas.....	28
2.3 Salvador Minuchin y Charles Fishman	29
2.4 Perspectiva cognitivo-conductual	31
2.5 Configuraciones familiares	33
CAPÍTULO 3: FACTORES DE RIESGO FAMILIARES PARA LA DEPRESIÓN EN NIÑOS.....	36
3.1 Bases biológicas de la depresión	36
3.2 Maltrato infantil	43
3.3 Datos generales del abuso sexual	44
3.4 Modelo de indefensión aprendida.	46
3.5 El apego	49
3.6 Relación Conyugal: violencia y otros sistemas relacionales.....	50
3.7 Divorcio	52
3.8 Recapitulación.....	56
CONCLUSIONES.....	58
PROPUESTA	61
BIBLIOGRAFIA	68

INTRODUCCION

La depresión en niños ha sido un tema controvertido a lo largo de la historia. Se pensaba que ésta no se presentaba antes de la adolescencia, o bien se manifestaba en forma diferente a la de los adultos. La falta de estudio sistemático y la ausencia de criterios diagnósticos contribuyeron a retrasar su estudio. Aproximadamente a fines de 1970 y principios de 1980 comienzan a realizarse los primeros estudios empíricos, con lo cual se está frente a un área de investigación relativamente nueva.

Actualmente, se sabe que la depresión en niños existe, sus manifestaciones sintomáticas son similares a la de los adultos, es recurrente y está asociada a otras psicopatologías y dificultades interpersonales.

Nuevos estudios indican que las clasificaciones oficiales actuales no definen adecuadamente el trastorno en cuestión. Es necesario profundizar en las investigaciones al respecto para presentar criterios diagnósticos adecuados.

La importancia fundamental de la familia a principios de la vida del ser humano para la supervivencia y para la conformación como individuos, nos hace pensar que en este sistema se presentan factores de riesgo para la depresión en la niñez.

La familia es el primer sistema relacional en el cual estamos insertos, y como tal es la matriz creadora de significados compartidos, vínculos afectivos y patrones de interacción. Su influencia es determinante en la vida del niño en cuanto a su desarrollo cognitivo, afectivo y social.

Se entiende que el hombre es un ser bio-psico-social. Los factores de riesgo para la depresión en niños implican aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Estos están íntimamente interrelacionados en el desarrollo y

mantenimiento de la depresión. Deslindar dichos factores es artificial y solo reflejarían parte de la realidad.

En el presente trabajo se estudian solo los factores de riesgo familiares, pero se tiene en cuenta la existencia e interrelación con los factores antes mencionados.

El **objetivo** que guía este trabajo es: localizar en la estructura familiar factores que favorezcan la aparición de depresión en niños.

Importancia del estudio del problema de investigación

La depresión conlleva gran sufrimiento a la persona que la padece y generalmente también a los que conviven con ella. Interfiere con el desarrollo normal ocasionando problemas adicionales: en el desarrollo de habilidades sociales, académicas e interpersonales.

Algunos autores postulan un aumento de incidencia de depresión y suicidio en la población joven.

Estudios empíricos sostienen que el riesgo de recurrencia es alto si el primer episodio ocurrió en la niñez o adolescencia. Presenta una alta comorbilidad. Este punto es de especial importancia, ya que sugiere que generalmente aparece junto a otros trastornos, lo que podría deteriorar significativamente diversos aspectos de la vida del niño.

Detectar los factores de riesgo de la depresión no sólo implica una mayor comprensión del trastorno para su estudio, sino también una herramienta útil en la clínica para detectar situaciones familiares potencialmente peligrosas para el niño. Esto posibilita intervenciones previas a que dicho trastorno aparezca (prevención).

Se dispone de los **recursos necesarios** para hacer viable este estudio. Las fuentes primarias (artículos científicos en los cuales se reportan investigaciones empíricas), no se han podido hallar en su totalidad, ya que generalmente son proporcionadas por revistas extranjeras y no siempre es posible conseguirlas. En tales casos se mencionan fuentes secundarias que compilan y resumen la información de primera mano.

La mayor parte de los estudios citados pertenecen a otros países, fueron realizados en otra cultura, contexto y situación diferente. Generalizarlos queda pendiente para futuras investigaciones.

No hay una teoría que de respuesta al problema de la investigación. Existen teorías que postulan diferentes modelos para explicar la depresión.

El problema que sostiene el presente trabajo se estudiará a través de la **investigación bibliográfica**.

Se tomarán los resultados y conclusiones de estudios empíricos y fuentes secundarias pertinentes al tema.

Se tendrán en cuenta también investigaciones que se basan en **teorías cognitivas** que explican el trastorno depresivo (hipótesis de la vulnerabilidad cognitiva para la depresión y reformulación teórica del modelo de indefensión aprendida).

Explicaciones, sin soporte empírico, de autores que focalizan en diferentes **modalidades relacionales** que se presentan en ciertas situaciones (abuso, violencia conyugal, divorcio) se han seleccionado debido a la importancia de las relaciones interpersonales en la problemática que nos ocupa.

Al considerar esta problemática en el presente estudio se ha tenido en cuenta uno de los **conceptos básicos sistémicos**: este es que el comportamiento individual se genera dentro del sistema familiar, al que también modifica.

En el **capítulo primero** se definirá que se entiende por depresión infantil, se expondrá la historia de su estudio; los criterios requeridos para su diagnóstico, su tasa de prevalencia, comorbilidad con otros trastornos, y métodos de evaluación. Estos datos son imprescindibles para estudiar el problema de investigación.

En el **capítulo segundo** se desarrollarán los conceptos básicos de una perspectiva bio-psico-social. Se definirá que se entiende por familia, los diferentes tipos que hoy se presentan, y sus funciones básicas. De esta forma se comprenderá su importancia y funciones para el desarrollo normal del niño.

En el **capítulo tercero** se tratará el tema principal del presente trabajo. Como resultado de la investigación bibliográfica, se expondrán los factores de riesgo familiares.

Por último, se encuentran las conclusiones a las que se ha llegado, junto con un plan que se propone a partir de la investigación realizada.

Capítulo 1: Depresión en niños

1.1 Breve reseña histórica

1.1.1 Depresión

Se han encontrado textos antiguos que describen lo que hoy se conoce como trastorno depresivo.

Hipócrates aproximadamente en el 400 a.C. utilizó los términos “manía” y “melancolía” para referirse a trastornos mentales. Este último término continuó siendo utilizado y descrito por otros médicos como Areteo (120-180), Galeno (129-199) entre otros. Emil Kraepelin en 1899 denominó melancolía involutiva a un tipo de depresión de inicio tardío, que comenzaba en la menopausia de la mujer y en la madurez de los hombres. Las depresiones ocupaban un lugar importante en la psiquiatría clásica Kraepeliana. Estas formaban parte importante del espacio psicótico, siendo una de las tres grandes referencias diagnósticas, junto a las neurosis y a las psicopatías¹.

Juan Luis Linares y Carmen Campo (2000) en una breve reseña histórica citan a Bleuler quien incluyó las distimias en la psicosis maníaco-depresiva. Definió esta última como alteraciones permanentes de la afectividad. Distinguió la distimia melancólica, de la distimia irritable y la ciclotimia, que son formas leves de la psicosis afectiva mayor.

Dentro de la escuela francesa, estos mismos autores mencionan a Enry Ey quien localizó las depresiones crónicas independientes de la melancolía. Las formas agudas de las depresiones no melancólicas son denominadas por Ey “crisis de depresión neurótica o reactiva”, sugiriendo que los trastornos reactivos y neuróticos son lo mismo; no reconoce la existencia de una neurosis depresiva propiamente dicha. Una reorganización coherente de los trastornos depresivos se

¹ Kaplan, Harold I., Sadock, Benjamin J. & Grebb, Jack A., “Sinopsis de Psiquiatría Clínica”, 7ª Edición, Editorial Médica Panamericana, 1996, Buenos Aires, pp 213-217.

encuentra en el DSM IV², concluyen los mencionados autores. La American Psychiatric Association consolida los trastornos del estado de ánimo como categoría diagnóstica independiente. Deslinda claramente los trastornos depresivos de los trastornos de personalidad y de las depresiones reactivas. El trastorno depresivo mayor, está incluido dentro de los trastornos del estado de ánimo, no coincide con la neurosis ni con la psicosis.

Actualmente varias disciplinas científicas estudian la depresión. La psicología, la psiquiatría, la genética, la biología, la fisiología, la endocrinología, la sociología, la farmacología, la neurología se ocupan del mencionado trastorno. Múltiples disciplinas permiten estudiar los trastornos depresivos desde una perspectiva integral, tomando en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y ambientales, su interrelación en el desarrollo y mantenimiento de este trastorno.

1.1.2 Depresión en niños

El reconocimiento de la depresión como entidad diagnóstica en niños y adolescentes es un fenómeno relativamente reciente.

En 1970 comenzaron a publicarse investigaciones empíricas acerca de la depresión infantil que recalcaron la importancia su estudio. Pozanaski y Zrull fueron autores destacados en el impulso del estudio de la depresión en niños. Dichos autores publicaron un artículo demostrando la existencia de dicho trastorno. Examinaron una muestra de 1788 niños de tres a doce años, y encontraron 98 casos que mostraban evidencia significativa de depresión. Los síntomas encontrados eran: tristeza, infelicidad, apariencia depresiva, expresión

² <http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv6.html#2> Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV, (búsqueda realizada el 5 de agosto 2007)

de sentimientos de ser rechazado y no amado, conductas autoeróticas y pobre imagen de sí mismo y autovalía³.

El estudio empírico de la depresión en niños comenzó a fines de 1970 y principios de 1980. Anteriormente las concepciones dominantes argumentaban que la depresión en niños no podía existir o bien que se manifestaba de forma significativamente diferente a la depresión en adultos⁴. Para 1987 se distinguen cuatro corrientes de pensamiento que fueron desarrolladas y dominantes en distintos períodos a lo largo de la historia.

Se delinearán los aspectos relevantes de estas corrientes, ya que reflejan la evolución del concepto y permiten desde una perspectiva histórica arribar al estado de conocimiento actual de la depresión en niños.

1.1.3 A) La teoría psicoanalítica y la vuelta de la agresión sobre sí mismo

La primera de estas posturas sostenía que la depresión como síndrome clínico tal como lo presentan los adultos no se da en los niños antes de la pubertad. Los autores de orientación psicoanalítica han defendido este punto de vista, especialmente los que adhieren a la concepción freudiana de la melancolía. Conceptualizan la depresión como consecuencia de una desviación de la agresión hacia el propio sujeto, por influencia de un superyó fuerte. Sostienen que el síndrome depresivo clínico análogo al de los adultos no puede por definición darse en la infancia. Entienden que el superyó aún no se ha formado en este período, ni se ha internalizado antes de alcanzar la preadolescencia. Autores representativos de esta orientación son Rie y Rochlin, entre otros.

³ Reynaldo Perrone y Martine Nannini, "Violencia y abusos sexuales en la familia". Un abordaje sistémico y comunicacional, Paidós Terapia Familiar, 1997, Buenos Aires pp 59-74.

⁴ Cantwell, Dennis P. & Carlson, Gabrielle A., "Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia", Martínez Roca, 1987, Barcelona. Pp 82

Esta postura perdió vigencia, ya que como mencionamos anteriormente, hoy en día múltiples estudios dan soporte empírico a la existencia de la depresión en niños.

1.1.4 B) Síntomas únicos Vs síntomas esenciales y comunes con la depresión en adultos

La segunda orientación sostiene que la depresión como síndrome clínico existe en la infancia. Está compuesta por indicadores de la depresión adulta y por un conjunto de características y síntomas “únicos”, los cuales la diferencian de la anterior. Aceptan que al igual que en la depresión adulta, existen síntomas considerados nucleares como disforia, anhedonia y síntomas vegetativos. Advierten sin embargo síntomas “únicos” de la depresión infantil que la distinguen de la adulta.

Denis P. Cantwell, cita a Kovacs y Meck (1977). Estos concluyeron en su estudio sobre el tema que, los autores representativos de esta corriente de pensamiento plantean síntomas diferentes con respecto a los aspectos cognitivos, emocionales, psicomotores y neurovegetativos del trastorno. No queda definido si los síntomas considerados “únicos” son esenciales para el diagnóstico del síndrome depresivo o si son características asociadas que pueden aparecer en los niños con trastornos depresivos similares al de los adultos. Este tema ha despertado controversias, ya que no es de extrañar que los cambios evolutivos se reflejen en las características asociadas a la depresión mayor.

1.1.5 Depresión enmascarada y equivalentes depresivos

Los autores que representan la tercera orientación argumentan que la depresión en niños aparece de forma distinta que en los adultos. Postulan el concepto de “depresión enmascarada” o “equivalente depresivo”. Los síntomas “únicos” y excepcionales enmascaran totalmente las características esenciales del

trastorno depresivo tal como se lo conoce en el adulto. La ausencia del estado de ánimo disfórico por ejemplo, no impide el diagnóstico del trastorno depresivo en niños, ya que la conducta manifiesta (enuresis, hiperactividad, quejas somáticas) explica el trastorno depresivo subyacente. Las expresiones “depresión encubierta” o “equivalentes depresivos” son confusas y poco precisas. Esto ocasionó dificultades en el diagnóstico y en los métodos de evaluación de la depresión en la infancia.

Si se considera que la depresión en niños se presenta mediante equivalentes de acuerdo a las diferentes edades, varias conductas pueden ser diagnosticadas como trastornos afectivos. Autores representativos son Toolan, Glasser, entre otros.

1.1.6 C) Síntomas esenciales Idénticos para la depresión en niños y en adultos

Se ha expuesto una revisión acerca de la historia del estudio de la depresión y la depresión en niños. A través de este apartado se concluye que el estudio de la depresión en niños se vio retrasado debido a las posturas reinantes anteriormente que consideraban que esta no podía existir en la niñez. En 1970 gracias a investigaciones al respecto se evidenció su existencia y se vio impulsado su estudio empírico⁵.

La cuarta orientación es posterior a las mencionadas anteriormente. Sostiene que la depresión en niños existe y debería diagnosticarse con mayor frecuencia. Hay analogías y similitudes entre el cuadro clínico de la depresión en niños y en adultos. Los síntomas esenciales son los mismos para el diagnóstico de ambos grupos etarios. Desde este punto de vista comenzaron a realizarse estudios para establecer criterios diagnósticos y para verificar si las implicaciones

⁵ Hernández Guzmán, Laura, & Sánchez S., Juan José, “Factores de Riesgo Asociados con la Disfunción Psicológica en el Niño y el Adolescente”, *Psicología Contemporánea*, Número monográfico dedicado a trastornos emocionales en la niñez, vol 4, Nro 1, 1997, México, 24-37

en el diagnóstico de depresión en adultos en cuanto a evolución, tratamiento y correlatos biológicos eran las mismas que en la depresión en niños. El principal reflejo de esta tendencia está representado por el DSM IV, en el cual para la depresión en niños, adolescentes y adultos se utilizan los mismos criterios diagnósticos. Se mencionan pequeñas modificaciones para el diagnóstico en la niñez, como: “irritable”, en lugar de estado de ánimo depresivo, y “fracaso en el aumento de peso esperable”, en lugar de aumento o disminución de peso.

Los nuevos estudios indican que la depresión en niños no es idéntica a la depresión en adultos, en cuanto a sintomatología asociada, correlatos biológicos, entre otros.

A pesar de las dificultades que plantearon a lo largo de la historia diferentes conceptualizaciones de la depresión en niños, hoy en día se considera que la depresión en niños existe, y es análoga a la depresión en adultos en cuanto a los criterios esenciales para su diagnóstico. Se debate si dicho trastorno es exactamente igual en cuanto a características asociadas, sintomatología, correlatos biológicos, entre otros. La respuesta a estos interrogantes serán dadas a medida que prosperen las investigaciones.⁶

1.2 Criterios diagnósticos de la depresión en niños.

1.2.1 Síntoma, síndrome y trastorno

Antes de mencionar los criterios diagnósticos de la depresión en niños se expondrán los conceptos de síntoma, síndrome y trastorno.

El término depresión ha sido utilizado como referencia a un síntoma, a un síndrome o a un trastorno nosológico. Los sentimientos de tristeza, miseria, disforia, displacer, culpa, son sentimientos universales experimentados por todas

⁶ Abramson, Lyn Y., Alloy Lauren B. & Metalsky, Gerald I., “Teoría de la depresión por desesperanza: Aportaciones recientes”, Revista de psicopatología y Psicología Clínica, vol 2, Nro 3, 1997, Valencia, 211-222.

las personas. Estos se consideran patológicos cuando son persistentes, intensos o cuando se combinan con otros síntomas depresivos, como trastornos del sueño, anhedonia, dificultad para pensar o concentrarse, falta de aumento de peso esperable, baja autoestima, ideación suicida.

Se deben señalar las desviaciones cuantitativas (intensidad, duración) y cualitativas (tono, características), para evitar la confusión en el uso de los términos síntoma, síndrome y trastorno⁷.

El **síntoma** característico de la depresión ha sido a través de diversas clasificaciones la disforia. Puede formar parte de un síndrome depresivo o un trastorno depresivo, como también de otro tipo de trastorno.

A través de la literatura acerca de la depresión infantil se puede observar que diferentes corrientes de pensamiento han propuesto síntomas diferentes como criterios para diagnosticar la depresión en niños.

Un **síndrome** es el conjunto de síntomas y signos que aparecen relativamente juntos y que lo caracterizan como tal. En la depresión estos síntomas se refieren a cambios afectivos, cognitivos y motivacionales.⁸

El síndrome depresivo puede presentarse junto con otros trastornos, y en la clínica esto es lo más frecuente. En los niños prepúberes suele presentarse junto con trastornos del comportamiento, trastornos por déficit de atención y trastornos de ansiedad⁹

Un **trastorno** por definición requiere que exista un síndrome junto con un cuadro clínico característico, una historia característica, una respuesta al

⁷ De Ajuriaguerra, Julián, "Manual de psiquiatría infantil", Toray-Masson, 1973, Barcelona

⁸ Gustavo M. Finvarb, "Depresiones y antidepresivos", Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, vol 9, Nro 34, Dic 1998-Feb 1999, Argentina

⁹ <http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv6.html#2> Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV, (búsqueda realizada el 5 de agosto 2007)

tratamiento característica (se han encontrado correlatos familiares ambientales y biológicos) y un deterioro o malestar clínicamente significativos. Este concepto es mucho más amplio que el síndrome. En función de los diferentes cuadros clínicos se delimitan diferentes trastornos depresivos. A continuación se expondrán algunos criterios diagnósticos que fueron y son utilizados actualmente.

1.2.2 Criterios de Weinberg (1973)

Generalmente se relaciona a Weinberg (1973) y sus colegas con la tarea de desarrollar los primeros criterios diagnósticos contemporáneos de la depresión en niños. Estos son similares a las formulaciones diagnósticos actuales.

Weinberg (en Cantewell, Denis P. & Carlon, Gabrielle, 1987) observó que la fenomenología de la depresión en niños era similar a la de los adultos. Especificó una serie de síntomas que formaban parte de los criterios. Exige para el diagnóstico de depresión en niños:

- ◆ -Estado de ánimo disfórico (expresiones o muestras de tristeza, soledad, indefensión y/o pesimismo; irritable; hipersensible; negativista).
- ◆ Ideación autodespreciativa (sentimiento de inutilidad, fealdad, culpabilidad, ideas de persecución deseos de muerte, deseos de escaparse de la casa).
- ◆ Son necesarios dos o más de los siguientes: - Conducta agresiva (dificultades en las relaciones interpersonales, poco respeto por la autoridad, discusión, peleas excesivas, ira súbita).
- ◆ Alteraciones del sueño (insomnio de conciliación, sueño inquieto).
- ◆ Cambios en el rendimiento escolar (quejas frecuentes de los maestros, poca concentración, escasa memoria).
- ◆ Socialización disminuida (menor participación en grupo, menos simpático, agradable, sociable).
- ◆ Cambio de actitud hacia la escuela (no disfruta en actividades escolares).
- ◆ Quejas somáticas (dolores abdominales, musculares, cefalalgias no migrañosas).

- ◆ Pérdida de la energía habitual (pérdida de interés por actividades y entretenimientos extraescolares, fatiga física y/o mental).
- ◆ Cambio en el apetito y o peso habitual.
- ◆ Se precisa una duración de un mes como mínimo y cambio en la conducta del niño. Weinberg no menciona criterios de exclusión específicos.

Cantwell y Carlson (1987) realizaron un estudio sobre los criterios diagnósticos del mencionado autor. Concluyeron que la sintomatología requerida es frecuente en niños con trastornos por déficit de atención con hiperactividad y con trastornos de la conducta. La utilización de estos criterios da como resultado un grupo de pacientes más heterogéneos si se lo compara con la utilización de los criterios del DSM-III.

Posteriormente Petti (1978) desarrolló una entrevista clínica semiestructurada para el diagnóstico de la depresión en niños basada en la sintomatología de Weinberg.

1.2.3 Criterios de Spitzer (1978)

Otro autor destacado fue Spitzer (1978), quien desarrolló criterios diagnósticos para investigación. Estos también son usados para el diagnóstico de los subtipos depresivos. Brevemente mencionaremos los criterios (en Cantwell, Dennis P & Carlson, Gabrielle A.,1987).

Se requiere uno o más períodos distintos de:

- ◆ Estados de ánimo disfórico.
- ◆ Pérdida generalizada de interés o placer.
- ◆ Cinco o más de los siguientes síntomas:
- ◆ Pérdida / aumento de peso y o de apetito.
- ◆ Trastornos del sueño.
- ◆ Pérdida de energía.
- ◆ Agitación o enlentecimiento psicomotor.

- ◆ Pérdida de interés o placer en actividades habituales.
- ◆ Sentimientos de reproche o culpabilidad.
- ◆ Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse.
- ◆ Pensamientos recurrentes de muerte.

Exige una semana como mínimo de duración.

En 1980, la Asociación Psiquiátrica Americana publicó el DSM III en el cual los desórdenes depresivos estaban en la sección de adultos. La publicación de este manual junto con diversas investigaciones sostuvo que los síntomas de la depresión en adultos son similares a la de la depresión en niños.

1.2.4 Criterios según el DSM-IV¹⁰

Actualmente el DSM IV postula los mismos criterios diagnósticos de la depresión tanto para adultos, adolescentes y niños. Plantea que las manifestaciones de los síntomas de dicho trastorno pueden cambiar con la edad. Son habituales en niños quejas somáticas, irritabilidad y aislamiento social. Pero, éstos no están incluidos como criterios diagnósticos. Las modificaciones para niños son: estado de ánimo irritable en lugar de deprimido y fracasos en los aumentos de peso esperado, en lugar de pérdida o aumento de peso significativo.

Los criterios requeridos son: cambio con respecto a la actividad previa durante un período de dos semanas. Deben presentarse al menos cinco de los siguientes:

- ◆ Estado de ánimo depresivo o irritable.
- ◆ Pérdida de interés o incapacidad para experimentar placer casi todos los días (al menos uno de estos dos es necesario para el diagnóstico).
- ◆ Falta de aumento de peso esperable.
- ◆ Insomnio o hipersomnia.
- ◆ Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- ◆ Fatiga o pérdida de la energía.

¹⁰ Idem

- ◆ Sentimientos de inutilidad, autoreproches.
- ◆ Culpa.
- ◆ Menor capacidad para pensar o concentrarse.
- ◆ Ideas de muerte o suicidio.
- ◆ Se requiere una frecuencia de casi todos los días y deterioro clínicamente significativo en la vida de la persona.

Se observan varios puntos similares en los tres criterios diagnósticos mencionados.

1.2.5 Criterios según el CIE-X¹¹

El CIE-X postula también los mismos criterios para todos los grupos etáneos. Dentro del apartado de trastornos del humor está el trastorno depresivo. Clasifica a éstos en episodio depresivo leve, moderado y grave, trastorno depresivo recurrente con las mismas subclasificaciones para el episodio actual y trastorno depresivo persistente. Incluye un síndrome somático al que se puede recurrir o bien ignorarlo, sin perder información por ello. Los criterios diagnósticos son:

- ◆ Humor depresivo.
- ◆ Pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas.
- ◆ Disminución de la vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y cansancio exagerado.

Éstos suelen considerarse los síntomas más representativos de la depresión. Deben estar presentes al menos dos de los siguientes:

- ◆ Disminución de la atención y concentración.
- ◆ Pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- ◆ Ideas de culpa y de ser inútil.
- ◆ Perspectiva sombría del futuro.
- ◆ Pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- ◆ Trastornos del sueño.

¹¹<http://www.cepvi.com/CIE10/p37.shtml> Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-X (búsqueda realizada el 7 de agosto 2007)

- ♦ Pérdida del apetito.

Los criterios son similares a los del DSM-4, siendo estos últimos más precisos.

Los nuevos hallazgos por ejemplo de William M. Reynolds (1999), en “Comprehensive Clinical Psychology”, cita Nurcombe y col. 1994, sostiene que las investigaciones aportan datos para afirmar que los desórdenes depresivos en los niños podrían no estar adecuadamente definidos en el DSM IV u que se requieren más estudios empíricos para presentar un diagnóstico válido de dicho desorden. Por otr parte, Gustavo M. Finvarb¹² (1999), afirma que hay evidencia para inferir que la depresión en niños no es idéntica a la de los adultos, a pesar que probablemente hay más similitudes que diferencias. Algunas de estas diferencias no son específicas del diagnóstico sintomatológico, sino de su estructura interna, como son los correlatos biológicos. Con respecto al desarrollo de los sistemas de neurotransmisores, el sistema noradrenérgico no esta totalmente desarrollado antes de la juventud y los sistemas serotoninérgico y colinérgico se completan en la adolescencia (neurotransmisores implicados en la depresión). Esto podría dar cuenta de las disímiles respuestas en adultos y niños a ciertos antidepresivos.

Con lo expuesto se abre un nuevo interrogante con respecto a la depresión en niños, sus criterios diagnósticos, correlatos biológicos y respuesta al tratamiento.

¹² Ibidem

1.3 Depresión: prevalencia y comorbilidad

1.3.1 Prevalencia

Los datos epidemiológicos revelan que los trastornos depresivos aumentan con la edad. La tasa de trastorno depresivo mayor en niños de edad preescolar es del 0,3% en población general, y del 2% en niños en edad escolar. Es más frecuente en varones que en mujeres. Un 5% de los adolescentes en población general presenta dicho trastorno y un 15% de los adultos aproximadamente. En la población clínica un 20 % de los niños presentan trastorno depresivo¹³.

Rosselló y Martínez¹⁴ postulan que se ha registrado un aumento en la incidencia de depresión y suicidios en la población joven. Dicho trastorno interfiere con las tareas del desarrollo ocasionando problemas adicionales y tiende a ser recurrente si no se la trata. La depresión a edades tempranas de la vida interfiere con el desarrollo de habilidades sociales, académicas e interpersonales. Afecta el ajuste del niño a su medio, y promueve el deterioro en varios aspectos de su vida.

Estudios epidemiológicos sugieren que entre el 3% y el 5% de los niños manifiestan niveles clínicos de depresión. Nadine J. Kaslow, Catherine Gray Deering y Peter Ash (1996) postulan que alrededor del 2 al 5 % de los niños en población general cumplen los criterios para el diagnóstico depresivo.¹⁵

Otros estudios postulan una tasa de prevalencia de aproximadamente 1 a 2 % en niños cuando se usan los criterios del DSM III¹⁶.

Anderson-Mc Gee (1994), Flening (1990) & Kashani (1987) postulan que la prevalencia en niños sería del 0,4% al 2,5% (en Gustavo M. Finvard, 1999).

¹³ Kaplan, Harold I., Sadock, Benjamin J. & Grebb, Jack A., "Sinopsis de Psiquiatría Clínica", op. Cit.- p 92

¹⁴ Rosselló, Jeannette, & Martínez, Alejandra, "Depresión en la Niñez y Adolescencia: Aportes de la Investigación", Revista Psicología Contemporánea, vol 4, Nro 1, 1997, México, 64-75

¹⁵ Belloch, Amparo, Sandín, Bonifacio, Ramos Francisco, "Manual de Psicopatología", Vol 2, Mc Graw Hill, 1995, España p 184

¹⁶ Rosselló, op. cit., p 81-93

Se mencionarán a continuación algunos datos sobre la comorbilidad de la depresión en niños.

1.3.2 Comorbilidad

La comorbilidad originalmente fue usada en medicina para describir la existencia de un desorden o enfermedad distinta que se presenta en el curso de una enfermedad o desorden primario, que es el foco de atención.

El estudio de la comorbilidad en niños y adolescentes está adquiriendo mayor importancia actualmente, debido a su alta frecuencia.¹⁷

En el DSM-IV¹⁸ se menciona que los episodios depresivos en niños se presentan generalmente en forma simultánea con trastornos del comportamiento perturbador, trastorno por déficit de atención y trastornos de ansiedad.

Hay algunos autores que mencionan que aproximadamente el 80% de las depresiones juveniles reúnen los criterios para otro diagnóstico. Dicho trastorno se presenta con mayor frecuencia con trastornos de ansiedad, aproximadamente en un 59%.

Gustavo M. Finvard¹⁹ afirma que es frecuente la asociación entre depresión y ansiedad. En estos casos, el mencionado autor postula que el pronóstico empeora, ya que hay mayor posibilidad de recaídas, suicidio, trastornos sociales y menor respuesta a la psicoterapia. La comorbilidad con el trastorno límite de personalidad es más frecuente que en adultos.

¹⁷De Ajuriaguerra, Julián, "Manual de psiquiatría infantil", op.cit., p 73

¹⁸Ibidem.

¹⁹Ibidem

Pfeffer y Plutchik (1989) realizaron un estudio con una muestra de 39 niños con diagnóstico de depresión mayor. Encontraron que solo tres niños (7,6%) no tenían un desorden coexistente (según el DSM III, en el eje I o II). La comorbilidad más frecuente con otros desordenes fue con el desorden distímico (56,4 %), seguido por desorden de personalidad borderline (46,2%), desórdenes específicos del desarrollo (38%) y con desórdenes de conducta (28,2 %).

Alessi y Magen (1988), encontraron en base a una muestra de 160 niños con algún tipo de desorden, que 48 niños tenían tres o más desordenes del eje I (DSM III). La mayor co-ocurrencia de tres o más desórdenes fue entre niños con desórdenes depresivos, los cuales presentaban también trastornos de ansiedad en un 25%. Encontraron alta comorbilidad con desórdenes por déficit de atención y desórdenes de conducta.

Mitchell, McCauley, Bruke y Moss (1988) examinaron la comorbilidad de la depresión mayor en niños y adolescentes. Con una muestra de 45 niños diagnosticados del trastorno mencionado, encontraron que la comorbilidad más frecuente se daba con el trastorno por ansiedad de separación (42%), y con desórdenes de conducta (16%).²⁰

En cuanto a la comorbilidad se ha observado que generalmente la depresión en niños se da junto con otros trastornos, como trastornos de ansiedad, distímico, de la conducta, entre otros, si bien no hay acuerdo en cuál de ellos se da con mayor prevalencia.²¹

1.3.3 Curso

El riesgo de recurrencia de depresión es alto si el primer episodio ocurrió durante la niñez o adolescencia. En un estudio se encontró que el 70% de los

²⁰ Bellack Alans & Michel Hersen, "Comprehensive clinical Psychology", op. cit., p 179

²¹ Cantwell, Dennis P. & Carlson, Gabrielle A., "Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia", Martinez Roca, 1987, Barcelona

niños con diagnóstico de depresión mayor (según el DSM III) tuvieron un episodio recurrente durante el curso de los cinco años posteriores al primer episodio (en “Comprehensive Clinical Psychology”)²².

Gustavo M. Finvard²³ postula que aproximadamente $\frac{1}{4}$ de los niños con depresión mayor desarrolla un trastorno bipolar en la adolescencia y $\frac{1}{3}$ desarrolla trastorno de conducta al fin de la adolescencia.

En cuanto a estos datos podemos observar que no todos los estudios acuerdan en la tasa de prevalencia, lo que podría reflejar errores metodológicos. El curso de la depresión en niños tiende a ser recurrente.

1.4 Métodos de evaluación

1.4.1 Consideraciones generales

La depresión constituye un serio problema de salud mental, en todas las edades. En niños interfiere significativamente en el desarrollo evolutivo normal.

La psicopatología en niños y adolescentes ha tradicionalmente diferenciado los trastornos en base a la manifestación de los síntomas en internalizados y externalizados. La depresión ha sido conceptualizada como un trastorno internalizado, debido a que los síntomas son difíciles de observar, muchos de ellos son internos y subjetivos. Entre ellos indefensión, ideación suicida, sentimientos de miseria, culpa y tristeza.

Muchas veces estos niños son caracterizados como tímidos e introvertidos y la depresión no es detectada.

²² *Ibidem*

²³ *Ibidem*

Cantwell²⁴, postula que el diagnóstico de un trastorno depresivo en la infancia depende más de los fenómenos subjetivos que de la conducta observable. En base a lo mencionado se recalca la importancia de las entrevistas con el niño y las escalas de evaluación como métodos diagnósticos.

Se han desarrollado para la evaluación de la depresión en niños y adolescentes entrevistas semiestructuradas y escalas de evaluación, para medidas diagnósticas como y para medir la severidad del trastorno.

William M. Reynolds (en "Comprehensive Clinical Psychology, 1999) postula que el examen de los métodos de evaluación para la depresión en niños indica que no hay un método, ni una fuente de información correcta. Existen instrumentos diseñados para propósitos diferentes.

Los instrumentos para la evaluación de la depresión en niños son: a)-entrevistas semiestructuradas con los padres, con los niños, b)-escalas de evaluación (cuestionarios) para el niño, los padres y otros significativos, c)-estudios de laboratorio.

1.4.2 Entrevistas

Las entrevistas semiestructuradas garantizan que se recoja información sobre determinadas áreas sintomáticas del niño.

1.4.3 Con los padres

Generalmente la evaluación comienza con una entrevista con ambos padres para recoger información acerca del niño. Algunas de ellas son: Kiddie-SADS, Diagnostic Interview for Children and Adolescent (entrevista diagnóstica para niños y adolescentes) D.I.C.A, Diagnostic interview Schedule for Children

²⁴ *Ibidem*

Parent Form (entrevista diagnóstica para niños, forma para padres) D.I.S.C-P. Esta última entrevista se la considera la más global y completa para recoger información.

1.4.4 Con los niños

Las entrevistas nombradas anteriormente también poseen versiones para utilizar directamente con niños. El **Child Assessment Schedule** (protocolo de evaluación infantil) C.A.S., es otra de las entrevistas diseñadas para niños. Consta de dos partes, la primera incluye 75 preguntas que se le formulan al niño sobre amigos, escuela, estado de ánimo, autoimagen, etc; y la otra parte consta de 50 items a observar. Requiere aproximadamente 45 minutos para su administración.

1.4.5 Escalas de evaluación

Las escalas de evaluación están diseñadas para que las conteste el paciente, pero también las pueden contestar padres, maestros, compañeros u otros significativos.

1.4.6 Para niños

Los cuestionarios autoadministrados para niños pueden presentar distorsiones debido a que las habilidades cognitivas y el lenguaje en las diferentes edades influyen en la interpretación de los items. Algunas de ellas son: **Childrens Depression Scale** (escala de depresión para niños) C.D.S., y **Childrens Depression Inventory** (cuestionario de depresión para niños) C.D.I, esta última mide la gravedad de la depresión. **Reynolds Child Depression Scale** (escala de depresión para niños de Reynolds) es una escala de autoevaluación diseñada para niños entre 8 y 13 años. Consta de 30 items que puntúan según su presencia durante las dos semanas anteriores a su administración. Utilizando cuatro medidas que van desde “nunca”, hasta “todo el tiempo, siempre”.

1.4.7 Para padres

Entre ellos el **Child Behavior Checklist** (cuestionario de conducta infantil) desarrollado por Achenbach. Las escalas de autoevaluación C.D.S. y el C.D.I. para niños también constan de una versión que responden los padres.

Otros significativos

El **Teacher Affect Rating Scale** (escala de afecto para maestros) T.A.R.S es un cuestionario específico para maestros desarrollado para evaluar la sintomatología depresiva del niño. Consta de 26 ítems que se puntúan de cero a tres puntos para que el maestro rellene basándose en la conducta del niño durante la última semana.

El **Peer Nomination Inventory for Depression** (cuestionarios de nombramiento de compañeros para la depresión) PNID, fue desarrollado por Lefkowitz y Tesiny (1981). Esta compuesto por 20 ítems, exige que un niño sea evaluado por muchos compañeros en el marco ambiental del aula. Este cuestionario no discrimina adecuadamente entre niños con un trastorno depresivo y síntomas depresivos como parte de otros trastornos.

1.4.8 Pruebas de laboratorio

Diversas pruebas que son indicadores biológicos de depresión utilizadas en los adultos, rara vez son utilizadas en niños. Algunos de ellas son: test de supresión por dexametasona y la secreción de cortisol. En este apartado se han expuesto consideraciones generales acerca de los métodos de evaluación de la depresión en niños. Dicho trastorno muchas veces es inadvertido debido a la naturaleza de la manifestación de sus síntomas. Por esta razón se remarca la importancia de las entrevistas y observación del niño, como también la utilización de las escalas de evaluación autoadministradas.

Se han mencionado algunos de los instrumentos para la evaluación. Entrevistas semiestructuradas para los padres y el niño, escalas de evaluación para el niño, para los padres y para otros significativos (maestros y compañeros) y pruebas de laboratorio.

Hasta aquí una pequeña revisión acerca de lo que se entiende por depresión infantil, la historia de su estudio, los criterios diagnósticos, prevalencia, comorbilidades y métodos de evaluación. Todos estos datos demuestran que no ha sido fácil distinguir en esta población su diagnóstico para intentar ayudarles de manera integral. Actualmente se cuenta con diversas herramientas que permiten que el trabajo se aminore, sin embargo, salta a la vista el aumento en la población infantil de esta patología. De ahí que resulta significativamente importante describir los factores bio psico sociales que son de una utilidad máxima al enfocar este cuadro clínico en una aproximación integral como se revisará en el capítulo siguiente.

Capítulo 2: La familia

2.1 Factores de riesgo

En este capítulo se expondrá una perspectiva bio-psico-social de los factores de riesgo para la psicopatología y específicamente para el trastorno depresivo en la niñez. Es importante conocer qué otros factores de riesgo, además de los familiares, se presentan para el mencionado trastorno.

Los profesores de la UNAM, Hernández Guzmán y Sánchez Sosa²⁵ exponen como factores de riesgo para la disfunción psicológica en el niño, factores que actúan antes y después del nacimiento. Postulan que antes del nacimiento el niño puede estar expuesto a agresiones del ambiente que pueden marcar la evolución de posibles disfunciones. Las enfermedades de la madre, sus adicciones, conductas peligrosas, entre otras, pueden precipitar anomalías, deformidades, parto prematuro y escasa responsividad en el recién nacido.

Estos factores pueden ser precursores de intercambios defectuosos entre madre e hijo y debilitan las oportunidades del niño para adquirir las competencias y habilidades propias de un desarrollo sano. Luego del nacimiento, postulan como factores de riesgo dentro del sistema familiar los trastornos psicológicos y adicciones en los progenitores. Revisando la literatura sobre el tema encontraron que la relación de pareja de los padres, el desinterés del padre, la carencia de apego seguro entre padres e hijos, estilos de crianza autoritarios o permisivos de los padres hacia sus hijos, son factores de riesgo para disfunciones psicológicas en niños. La forma en que el niño experimente la presencia de los mencionados factores, mediante su autoconcepto, estilo de afrontamiento y temperamento, pueden ser otros factores de riesgos. Los mencionados autores también postulan la presencia de factores de riesgo biológicos.

²⁵ Hernández Guzmán, Laura, & Sánchez S., Juan José, "Factores de Riesgo Asociados con la Disfunción Psicológica en el Niño y el Adolescente", op. cit., 24-37.

Un concepto de suma importancia que la psicología contemporánea propone, cada vez con mayor énfasis, es que los trastornos no son el producto de un solo hecho u evento definido. No se puede establecer una relación de causalidad única, sino que se desarrollan y se exacerban en la medida que la persona se expone e intenta afrontar nuevos eventos durante su vida. Los orígenes de las disfunciones son multicausales y se desarrollan a lo largo del tiempo. Es importante recalcar los factores biológicos como factores de riesgo. Estos interactúan con las características psicológicas individuales (autoconcepto, estilo atribucional²⁶, estilo de afrontamiento) y con otros factores como la relación de la pareja de los padres, maltrato físico, abuso sexual, etc. Estamos de acuerdo con la interrelación necesaria de los factores de riesgo de los tres órdenes: biológico, psicológico y social.

En el presente trabajo se estudiarán sólo los que se refieren al sistema familiar. Por ejemplo, la depresión en la madre es un factor de riesgo para la depresión en niños, en este hecho también juega la predisposición biológica, las características cognitivas particulares del niño, y otros factores que pueden presentarse.

²⁶ Seligman, Martin (1991). El optimismo es una ventaja y un placer que se adquiere. Buenos Aires. Atlántida.

El estilo atribucional modula el desamparo aprendido. Esto significa que cuando más pesimistas y extremistas sean las cosas que nos decimos, más desamparados e indefensos nos sentiremos y actuaremos de acuerdo a ello.

Seligman estudia tres dimensiones o características del estilo atribucional o atribución causal:

- Permanencia: Qué duración, estabilidad o inestabilidad en el tiempo atribuímos las causas de los buenos o malos sucesos. Sus extremos se expresan en el discurso en los polos Siempre-Nunca.
- Penetración: Cuántas áreas de nuestra vida se ven afectadas por nuestra buena o mala suerte, si estas causas nos afectan de manera global o específica. Se expresa en el discurso en los extremos Todo-Nada.
- Personalización: Consiste en atribuir causas internas o externas a los buenos o malos sucesos. Si me siento culpable cuando algo me sale mal "Porque yo soy así", o soy capaz de externalizar el problema y hacerme responsable de producir cambios. Esta dimensión tiene que ver con la autoestima.

Las personas pesimistas frente a cualquier amenaza o riesgo creen estar indefensas. Al intentar explicar las causas de las situaciones lo hacen en un estilo atribucional permanente, penetrante y personal, y esto a su vez genera desamparo: esperan ser siempre desamparadas. O sea que frente a situaciones similares volverán a quedar indefensas.

El estilo atribucional se adquiere en la infancia a través de tres grandes vías: El análisis causal cotidiano, más optimista o más pesimista, que el niño o la niña observaron modelar a sus padres. El tipo de crítica que los adultos (padres, maestros, modelos, etc.) realizaban de él o ella. Las etiquetas que nos ponían: "la tonta", "el torpe", etc. La realidad de pérdidas o traumas en períodos críticos del desarrollo.

Cuando fallamos en algo todos nos sentimos desamparados y nos deprimimos, por lo menos momentáneamente. Pero los optimistas se recuperan más pronto, a poco de haber fallado se recomponen y vuelven a intentarlo. Los pesimistas ven la derrota como algo permanente y penetrante, se deprimen y siguen desamparados por largo tiempo, dejan pasar el tiempo y no vuelven a intentarlo.

Engel (1978-1980) fue el primero que expuso una perspectiva bio-psico-social para los servicios médicos en general. Esta perspectiva se opone al modelo biomédico que focaliza exclusivamente en la enfermedad de la persona.²⁷

En cuanto a la depresión en niños, William M. Reynolds (1999), en "Comprehensive Clinical Psychology", expone para comprender el mencionado trastorno un modelo se basa en una perspectiva bio-psico-social. Este modelo permite pensar la depresión, y sus factores de riesgo en función de la interrelación de los factores biológicos, psicológicos y sociales, y su influencia recíproca.

Los tres dominios expuestos (biológico, psicológico, social) interactúan en el desarrollo y mantenimiento de la depresión. La naturaleza, el curso, la severidad y otras características de dicho trastorno se dan en función de la naturaleza de dichas interacciones y de las características y vulnerabilidades específicas de cada dominio. Este modelo sugiere que hay muchas formas en que se puede iniciar y desarrollar la depresión en niños y adolescentes. Para comprender la depresión, una perspectiva biológica o psicológica o social, son insuficientes, en forma independiente para explicar el rango de etiologías asociadas con la depresión.

Para comprender los factores de riesgo de la depresión en niños, se tiene en cuenta una perspectiva bio-psico-social. Se entiende que los factores biológicos, psicológicos y sociales, se interrelacionan, e interactúan en el desarrollo y mantenimiento de la psicopatología. En función de dichas interacciones, de las características y vulnerabilidad específicas de cada factor se da la naturaleza, el curso y la severidad de los trastornos. De esta forma se conoce qué lugar ocupan los factores de riesgo familiares entre los demás factores de riesgo para la depresión en niños.

²⁷ Stern, Anne E., Lynch, Deborah L., Oates, R, Kim, OToole, Brian I., & Cooney, George, "Self esteem, depression, behaviour and family functioning in sexually abused children", *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol 36, Nro 6, 1995, Oxford, 1077-1089

2.2. La familia: definición y funciones básicas

Luego de haber realizado una exposición general acerca de los factores de riesgo que interfieren en el desarrollo normal del niño, desde una perspectiva que integra los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, se expone qué es la familia y qué se entiende actualmente por ella.

Es imprescindible para estudiar el problema de investigación conocer la importancia que tiene la familia en el desarrollo cognitivo, afectivo y social del niño y cuáles son las relaciones y funciones esperables para tal desarrollo.

Desde diferentes corrientes teóricas se ha estudiado a la familia. Se tomarán algunos autores que estudian la familia.

Mc. Andolfi y cols.²⁸ postulan que la familia es un sistema relacional que supera a sus miembros individuales y los articula entre sí. La familia es un sistema activo en transformación constante, o sea, es un organismo que se modifica en el tiempo para asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a sus miembros. Remarcan la importancia de los procesos de diferenciación y la necesidad de cohesión de los miembros del sistema. La familia posibilita que sus miembros, con la seguridad de su pertenencia a un grupo familiar suficientemente cohesionado, se diferencien poco a poco en su sí mismo individual. En este proceso los individuos se vuelven menos esenciales para el funcionamiento de su sistema familiar de origen, se separan de este para formar un nuevo sistema.

Otros argumentan que el término familia proviene del latín y es un derivado de "famulus" que significa sirviente, esclavo. Que la interrelación y complementariedad se da en la familia. Esta sirve a la sociedad y a sus propios miembros. Es la matriz de experiencias y modelos de interrelación. Se postulan tres matrices, una biológica, una familiar y una social (esta separación es artificial, ya que en realidad están profundamente intrincadas entre sí). Las matrices

²⁸ Mc. Andolfi, C. Angel, P. Menghi, Nicolás Corigliano; "Detrás de la máscara familiar". Familia rígida. Un modelo de terapia relacional; Amorrortu Editores, 1989, Argentina, p 127-132

coexisten en un principio con cierta predominancia sucesiva y con una disposición concéntrica, una contiene a la otra. La familia permite trascender el orden biológico, constituye lo humano del ser, y a través de diferentes formas sus miembros se van discriminando a la par que se incluyen en lo social, sosteniendo así mismo el sentimiento de pertenencia. Desde una perspectiva sistémica podemos considerar la familia como una entidad compuesta por partes interactuantes. Para entender su comportamiento es necesario enfocar las cualidades de las relaciones y las interacciones entre los miembros como así también las características de la familia como unidad.²⁹

2.3 Salvador Minuchin y Charles Fishman

Ellos postulan que “Entre los seres humanos, unirse para coexistir suele significar alguna suerte de grupo familiar. La familia es el contexto natural para crecer y para recibir auxilio... es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción, las cuales constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita la interacción recíproca”. Estos autores postulan que las tareas esenciales de la familia son apoyar la individuación al tiempo de proporcionar sentimientos de pertenencia, para lo cual la familia necesita de una estructura viable.³⁰

Toman de Arthur Koestler el concepto de **holón**. Este proviene del griego “holos” (todo) y el sufijo “on” (como protón, o neutrón) que evoca una partícula o una parte. Es útil para no caer en la dificultad que implican los términos vagos para definir un sub-sistema, o una parte de un todo.

Los autores mencionados postulan dentro de la familia el holón conyugal, el holón parental y el holón de los hermanos. La familia en sí constituye un holón.

²⁹ Zingman de Galperín, Celia, “Modalidades de funcionamiento familiar”, Editorial de Belgrano, 1996, Buenos Aires, p 48-79

³⁰ Minuchin, Salvador, Fisman H. Charles, “Técnicas de terapia familiar”, Paidós Terapia Familiar, 1983, Buenos Aires. P 56-84

Señalan el comienzo de la familia cuando dos adultos se unen con la intención de formarla. Estos van resignando ideas y preferencias, perdiendo individualidad y ganando pertenencia a un nuevo sistema que se forma. Ellos forman el **holón conyugal**. Una de sus funciones son fijar límites que los protejan de otras personas que se pueden inmiscuir (por ejemplo hijos, familia de origen, etc.), asegurando así un ámbito para sus necesidades psicológicas. Este holón es vital para el desarrollo de los hijos, ya que es su modelo de relaciones íntimas, modos de expresar afecto, relacionarse con un igual, resolver conflictos. Lo que los hijos vivencian con respecto al mencionado holón se convertirán en valores y expectativas con respecto al mundo exterior. Disfuncionalidades en dicho holón conyugal repercutirá en todo el sistema familiar.

El **holón parental** puede estar compuesto por los cónyuges, o bien puede excluir uno de ellos e incluir uno de los hijos, una abuela, etc. Si uno de los hijos constituye este holón, se los llama hijos parentalizados. La función de este holón es básicamente la crianza, el cuidar, dar afecto, disciplinar y sociabilizar a los hijos. Los niños aprenden un modo de comunicar sus necesidades según el modo de “intra”, e “inter” relacionarse de este holón. Aprenden a considerar la autoridad de una manera determinada y a saber qué esperar de las personas que poseen más recursos que ellos.

Este concepto es muy útil a la hora de pensar sobre los factores de riesgo familiares de la depresión en niños.

El **holón de hermanos** es el primer grupo de iguales en el que participa un niño. En este holón los niños aprenden unos de otros, comparten, compiten, resuelven problemas entre iguales, practican habilidades sociales para hacer amigos y crean sus pautas de interacción. Este holón promueve el sentimiento de pertenencia a un grupo. Estas pautas cobran sentido y repercuten a la hora de ingresar a otros grupos de iguales, como en la escuela y más tarde el trabajo.

Los diferentes tipos y funciones de cada holón servirán para estudiar los factores de riesgo familiares de la depresión en la infancia.

2.4 Perspectiva cognitivo-conductual

Se expondrá una breve mirada cognitivo-conductual acerca de la familia. Esta corriente es relativamente nueva en cuanto al tratamiento de familias. En un principio, el foco de esta corriente era el individuo, luego se adaptaron y extrapolaron los principios y las intervenciones a la pareja y más tarde a la familia. Al igual que la perspectiva sistémica, focaliza en la interacción entre los miembros de la familia, pero enfatiza particularmente la interrelación de sus expectativas, creencias y atribuciones, como también remarca la influencia multidireccional y recíproca entre sus miembros. La idea central es que las respuestas emocionales y comportamentales de los miembros de la familia son consecuencia de las evaluaciones e interpretaciones que realizan entre ellos.³¹

La familia va atravesando por diferentes etapas a lo largo de su ciclo vital, por lo que sus necesidades, su forma de relacionarse y sus funciones van cambiando con el tiempo. David H. Osion³² realizó un estudio sobre familias intactas (no clínicas) para conocer los diferentes momentos evolutivos de estas, los estresores comunes y los aspectos positivos con que cuentan para enfrentarlos. Para dicho estudio tomó, esquemáticamente, las siguientes etapas del ciclo vital de la familia: 1. Parejas jóvenes sin hijos, 2. Familias con hijos en edad preescolar, 3. Familias con hijos en edad escolar, 4. Familias con hijos adolescentes, 5. Familias con hijos en proceso de emancipación, 6. Familias con el nido vacío (todos los hijos se han ido), 7. Parejas retiradas.

Las dimensiones relevantes que se estudiaron para la comprensión de dicho tema fueron la cohesión familiar, la adaptabilidad y la comunicación.

³¹ Epstein, Norman, Shlesinger, Stephen E. & Dryden, Windy Eds., "Cognitive-behavioral therapy with families", Brunner/Mazel, 1988, New York., p 65

³² Jaes Falicov, Celia (compiladora), "Transiciones de la familia". Continuidad y cambio en el ciclo de vida, Amorrortu editores, 1988, New York. David H. Osion, capítulo 2, p 73

La cohesión se refiere a la ligazón emocional que los miembros de la familia tienen entre sí. En los niveles extremos se encuentran las familias extremadamente ligadas, las cuales dificultan la individuación de sus miembros, y en su opuesto las familias desvinculadas, las cuales estimulan altos grados de autonomía, pero pierden en identidad, en sentimientos de seguridad y pertenencia de sus miembros.

La adaptabilidad es la capacidad del sistema familiar de cambiar su estructura de poder, de roles y reglas de relación en respuesta a los diferentes estresores de la vida. En función de dichas capacidades se categorizan las familias en rígidas, estructuradas, flexibles y caóticas. Los extremos, al igual que el nivel de cohesión, se consideran disfuncionales para el funcionamiento familiar. Ambas, la cohesión y la adaptabilidad varían significativamente en las diferentes etapas del ciclo familiar en respuesta a los diferentes estresores y etapas evolutivas.

La comunicación es una dimensión que facilita el movimiento en las dimensiones mencionadas. Habilidades para la comunicación positiva posibilitan a los cónyuges y a la familia compartir necesidades y preferencias cambiantes. Las escasas habilidades reducen al mínimo tal posibilidad y restringen el movimiento en las otras dos dimensiones (adaptabilidad y cohesión).

Como conclusión a familia es una unidad, como también una parte de un todo (holón), que es la sociedad, la cual es necesaria para sostener y garantizar las funciones familiares. Dentro de esta unidad existen holones diferentes, que se intra e inter-relacionan e influyen mutuamente. Cada holón tiene sus características y funciones particulares, las cuales promueven distintos tipos de experiencias y aprendizajes. La familia posibilita a sus miembros crecer, individualizarse, e incluirse en el orden social, acompañando este proceso con sentimientos de pertenencia, que estructuran, en parte, la identidad familiar e

individual. Este grupo natural primario es la matriz de los primeros aprendizajes, los cuales cobran sentido y resuenan en la vida adulta posterior. La familia atraviesa por diferentes etapas en su ciclo vital, para lo que requiere capacidad de cambio (adaptabilidad) y un cierto grado de unión emocional entre sus miembros (cohesión), como también habilidades para la comunicación.

2.5 Configuraciones familiares

En la cultura occidental la familia ha ido cambiando con respecto a sus posibles configuraciones. Diferentes variables contribuyen a estos cambios. Algunas de ellas son: la transformación demográfica y la transformación de valores y modelos.

La familia tradicional ha pasado a ser una configuración más, entre otras. Familias tradicionales, familias uniparentales, familias ensambladas, familias cuatro y cinco generaciones, sin descontar las familias de cónyuges homosexuales (en países donde está permitida la adopción para tales cónyuges), son configuraciones presentes en nuestra cultura actual.³³

Algunos de estos tipos de configuraciones son factores de riesgo para la depresión en niños. En el próximo capítulo se tratará este tema.

Familias uniparentales: son los sistemas en los cuales los hijos quedan a cargo y conviven con solo uno de sus progenitores. Algunos de los motivos de esta situación son: viudez, divorcio, madres solteras, las cuales pueden serlo también por elección. Perrone y cols. postulan que se observan una alta incidencia de abusos sexuales en las familias monoparentales. En este tipo de familias la crianza de los hijos esta a cargo principalmente de una sola persona, lo que podría generar que los niños no reciban el cuidado necesario.

³³ Kaslow, Florence W., "Hand Book of relational Diagnosis and Dysfunctional Family Patterns", John Wiley & Sons, 1996, New York, p 259

El abuso infantil está altamente relacionado con familias uniparentales, en la cual el niño no vive con ambos padres biológicos.³⁴

Familias ensambladas: son aquellas en las cuales se unen dos personas con una familia anteriormente formada y conforman un nuevo sistema. En este tipo de configuraciones el límite de la prohibición del incesto comienza a desdibujarse. Es difícil definir si las relaciones sexuales entre miembros no consanguíneos es incesto. La separación y los nuevos matrimonios se realizan a veces con un relajamiento de los lazos de filiación; quien ocupa el lugar del padre o madre, no es el padre o madre; estos lazos pierden la legitimidad natural y pueden ser cuestionados.

Los abusos sexuales cometidos por los padrastros son muy frecuentes, el riesgo de incesto es dos veces más alto en las familias reconstituidas que familias intactas (Perrone y Nannini, 1997)³⁵.

Las familias uniparentales y las familias donde se produce un divorcio evidencian mayor incidencia de depresión en niños que las familias intactas. Se han descrito solo aquellas configuraciones que se han relacionado en la literatura con la depresión en niños o bien con hechos que son factores de riesgo para ella.

En las familias monoparentales se evidencia mayor frecuencia de abusos en los niños y de depresión. Los niños que experimentan un divorcio de sus padres presentan en mayor medida depresión que los niños de familias intactas.³⁶

Resulta sumamente complejo el análisis de los factores biológicos, psicológicos y sociales, en conjunto con familias de origen, cuestiones culturales, experiencias hereditarias emocionales, el entorno del niño para el estudio de la depresión infantil. Sin embargo es un gran avance que ya se haya logrado la descripción de

³⁴ Stern, Anne E., Lynch, Deborah L., Oates, R, Kim, OTOole, Brian I., & Cooney, George, "Self esteem, depression, behaviour and family functioning in sexually abused children", op. cit., p 1077-1089.

³⁵ *Ibidem*

³⁶ Hetherington, Mavis E., Bridges, Margaret & Glendessa M. Insabella, "What Matters? What Does Not? Five Perspectives on the Association Between Marital Transitions and Children's Adjustment", Journal of The American Psychological Association, vol 53, Nro 2, 1998, Washington DC, 167-184.

los principales factores de estas categorías con la finalidad de intentar salvaguardar la salud mental de esta población, hacer detección oportuna e iniciar una perspectiva de prevención. Para lograr estos objetivos se requiere el estudio intenso de factores de riesgo familiares que es el nicho donde se gestan las principales manifestaciones, aunque muchas veces encubiertas, de este cuadro clínico. El siguiente capítulo intentará describir lo anteriormente citado y llegar a conclusiones posteriormente para proponer alternativas de intervención.

Capítulo 3: Factores de riesgo familiares para la depresión en niños

Un factor de riesgo que ha sido estudiado es una **historia familiar de trastornos del estado de ánimo**. Los estudios se han centrado en descubrir causas genéticas y biológicas, bajo el postulado de que estos factores se transmiten de una generación a otra. Sin embargo, los modelos biológicos no logran explicar este complejo fenómeno en forma independiente.

3.1 Bases biológicas de la depresión

Un estudio de Pérez Arnau especifica las primeras hipótesis biológicas de la depresión en donde explica que desde que se sientan las primeras bases del conocimiento funcional del sistema nervioso central, surgen las primeras hipótesis biológicas de la fisiopatología de los trastornos afectivos y de los posibles mecanismos de acción de los fármacos antidepresivos. Las primeras hipótesis biológicas valorables por Schildkraut en 1965 y Bunney y Davis en el mismo año fueron la de la deficiencia catecolamínica. Esta hipótesis se basaba en la observación de que muchos fármacos con efecto estimulante-antidepresivo (DOPA, anfetaminas, salbutamol, antidepresivos tricíclicos...) tenían un efecto activador de la noradrenalina (NA) y aumentaban la concentración sináptica de este neurotransmisor, mientras que otras sustancias que producían depleción de NA (reserpina, alfametildopa, propranolol, alfametilparatirostina) producían síntomas depression-like. Esta hipótesis postulaba, en síntesis, que la depresión sería el resultado de un déficit central de noradrenalina, y que la manía podría deberse a un exceso cerebral de este neurotransmisor.

En un estudio de Goodwin y Bunney, (1971) se menciona la hipótesis indolamínica que refería que el déficit cerebral de serotonina (5-HT) era responsable de la enfermedad depresiva, basándose en el hallazgo de que la utilización como antihipertensivo de la reserpina, alcaloide que vacía los depósitos

intraneuronales de 5-HT, provocaba depresión en un porcentaje elevado de pacientes hipertensos; por otro lado, fármacos que aumentaban la 5-HT sináptica, como la 5-hidroxitriptamina (5-HTP), el l-triptófano (TRP) o algunos antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) mejoraban la sintomatología depresiva³⁷.

Las primeras hipótesis etiológicas sobre la depresión se enfocaron en los sistemas monoaminérgicos. Inicialmente se planteó que la depresión se debía a un déficit en la neurotransmisión monoaminérgica. Aunque desde una perspectiva actual las hipótesis de depleción de monoaminas parecen una visión sobresimplificada de la fisiopatología de la depresión, tuvieron el mérito de estimular la investigación y el desarrollo de nuevos fármacos antidepresivos.

Con la introducción de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, la investigación se ha dirigido especialmente hacia el sistema serotoninérgico. Algunos estudios han demostrado respuestas endocrinas reducidas a agonistas serotoninérgicos directos e indirectos. Un estudio con tomografía por emisión de positrones (PET) encontró que la respuesta aplanada en una de estas pruebas puede reflejar reducción del metabolismo en la corteza órbito-frontal, ventromedial y cingulada del cerebro³⁸

Existe escasa evidencia directa en relación al compromiso neurofuncional implicado en la patogenia del TAB. Sin embargo, una serie de modelos teóricos diseñados a partir de hallazgos clínicos y experimentales permiten hipotetizar las neuro-vías más probablemente comprometidas. El modelo actualmente más vigente relacionado a la neurobiología de la afectividad fue propuesto por Cummings en 1993 e involucra una serie de estructuras cortico-sub-corticales,

³⁷ <http://www.herrerros.com.ar/melanco/arnau.htm> consultada el 11 de diciembre 2007. página de F.A. Pérez Arnau, Psiquiatra coordinador. Centre de Salut Mental Prat de Llobregat. Sant Joan de Déu. Serveis de Salut Mental. Barcelona

³⁸ Siever LJ, Buchsbaum MS, New AS, Spiegel-Cohen J, Wei T, Hazlett EA et al. D,L-Fenfluramine response in impulsive personality disorder assessed with [18F]fluorodesoxyglucose positron emission tomography. *Neuropsychopharmacology* 1999; 20:413-23 citado en SILVA, Hernán. Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [online]. oct. 2002, vol.40 supl.1 [citado 11 Diciembre 2007], p.9-20. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000500002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9227.

donde destaca la participación de corteza prefrontal, estriado y tálamo. Estudios descriptivos detallados han revelado las alteraciones psicopatológicas más destacadas relacionadas con lesiones selectivas de diversos componentes del circuito general de la afectividad. Será en estas estructuras donde con mayor probabilidad se encontraría el sustrato funcional en bipolaridad. El neurobiólogo F. Varela ha propuesto el modo de suceder más comprensivo de los fenómenos afectivos. Su hipótesis es ampliamente conocida como “sincronía neuronal e integración a gran escala”. El fundamento central de esta teoría describe el funcionamiento de los fenómenos mentales como no direccionales, en lo que se ha llamado “propiedades emergentes”. Así, todo momento afectivo emergería a partir de la acción simultánea de redes neuronales sincronizadas en una escala de milisegundos. De acuerdo a este modelo teórico, solamente la acción sincrónica de una serie de estructuras neuro-anátomo-funcionales determinará la emergencia de un momento afectivo. Por consiguiente, alteraciones en cualquier segmento de un circuito afectivo sincrónico, determinarán un cuadro clínico con características psicopatológicas similares³⁹.

Diversos estudios han encontrado una menor amplitud de la P300 en los pacientes esquizofrénicos, independientemente de la medicación, sexo, estado clínico y evolución de enfermedad. Se ha descrito también una asociación de este hallazgo con un pobre rendimiento en las pruebas neuropsicológicas. No obstante, estos cambios en la P300 no son específicos de los pacientes esquizofrénicos, sino que también se encuentran en pacientes afectivos. En un estudio de Vilela-Cortes et al (1999) se valoró la influencia del estado clínico y el rendimiento cognitivo en los valores de la P300 en el paciente bipolar y compararon estos resultados con los de los pacientes esquizofrénicos. Sus resultados sugieren la existencia de un patrón similar de afectación neurofisiológica y neuropsicológica

en el paciente esquizofrénico y en el paciente afectivo durante un episodio agudo de manía⁴⁰

En un estudio sobre las bases biológicas del suicidio, Contreras y Gutiérrez García comentan que en el suicida ocurren anomalías en la neurotransmisión serotoninérgica de la corteza prefrontal, hipocampo, hipotálamo y tallo cerebral. Estos hallazgos adquieren relevancia dado que una de las funciones de la corteza prefrontal es el control cognoscitivo y conductual. El daño de esta área produce desinhibición conductual e incremento de la impulsividad; por lo tanto, esta disfunción podría dar lugar a la propensión al acto suicida, pero se asemeja más a un antecedente suicida o diátesis, pues tal ocurre en la depresión mayor, la esquizofrenia y diversos trastornos de la personalidad.

La corteza prefrontal y el hipocampo están relacionados funcionalmente con la emoción, el estrés y las funciones cognoscitivas, aspectos involucrados en la conducta suicida. Las lesiones de la corteza prefrontal conllevan una cierta pérdida de la capacidad de decisión, especialmente cuando está involucrado el tiempo, y las lesiones del hipocampo alteran la capacidad de recordar hechos recientes; entonces, es posible que las alteraciones de estas dos regiones conduzcan a la incapacidad para tomar decisiones adecuadas en un contexto basado en la experiencia. Desde hace tiempo se acepta que los núcleos septales forman parte de las estructuras relacionadas con el hedonismo, por un lado, y la desesperanza, por el otro. Se trata de una estructura, blanco para la acción de diversos fármacos antidepresivos, pues las neuronas de este núcleo aumentan su tasa de disparo bajo la acción de diversos antidepresivos. De igual manera, la actividad de estas neuronas disminuye ante la presentación de un estímulo aversivo condicionado o un proceso de desesperanza, pero aumenta cuando los animales anticipan la entrega de recompensas. Así, los núcleos septales, junto con el hipocampo y la corteza prefrontal, pueden considerarse como participantes

⁴⁰ M.C. Vilela-Cortés, M. Vallet-Más, J.A. Salazar-Benítez, R. Tabares, G. Selva, V. Valanza, C. Leal REV NEUROL 1999;28:608-612] PMID: - Revision - Fecha de publicación: 16/03/19:

de la fisiopatología del suicidio. En tal caso, una disfunción septal hacia la baja haría al sujeto más propenso a desarrollar desesperanza⁴¹.

Estudios genéticos

Estudios familiares recientes han revelado que los familiares de primer grado (padres, hijos, hermanos) de sujetos con trastorno depresivo mayor, tienen alrededor de tres veces más probabilidades de enfermar de depresión que la población general. Esta cifra varía en diversos estudios, debido principalmente a diferencias en los criterios diagnósticos y en la selección de la muestra, pero en general concuerdan en el mayor riesgo de los familiares directos de enfermar de depresión. No obstante, los estudios familiares por sí mismos no pueden establecer cuánto del riesgo proviene de factores genéticos y cuánto del ambiente familiar compartido.

Hasta el momento se han comunicado sólo tres estudios de adopción, aunque hay más de diez estudios en gemelos. Los resultados de los estudios de adopción no han entregado evidencia concluyente: uno fue negativo y los otros dos positivos, aunque sólo uno de estos últimos encontró evidencia fuerte de riesgo genético para trastorno depresivo mayor. Estas inconsistencias parecen deberse a limitaciones metodológicas.

Los estudios efectuados en gemelos, en cambio, concuerdan en concluir que las influencias genéticas son el factor más importante para explicar la agregación familiar de la depresión.

La heredabilidad de la depresión mayor se estima entre un 31 a 42%, aunque puede ser mayor en algunos subtipos de depresión, tal como la depresión

⁴¹ <http://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol20num1/articulos/suicidio/index.html>, consulta realizada el 11 de diciembre 2007, página sobre la Ciencia y el Hombre: revista de divulgación científica de la Universidad Veracruzana, Vol XX, No. 1.

recurrente. Como comparación se puede señalar que la heredabilidad estimada para la esquizofrenia y el trastorno bipolar es del 80%⁴².

La presencia de padres depresivos, especialmente la depresión en la madre, es un factor de riesgo para la depresión en niños, o bien para padecer dicho trastorno en la adolescencia o adultez.

Los niños de padres depresivos tienen mayor riesgo para desarrollar algún tipo de psicopatología. Estos niños son de dos a cinco veces más propensos a desarrollar problemas de conducta que los niños de padres sin este trastorno. Los hijos de padres depresivos tienen riesgo específico a desarrollar depresión, como también mayor riesgo de desarrollar otros problemas.⁴³

Cummings y Davies postulan que no es el diagnóstico mismo de la madre lo que contribuye como factor de riesgo para psicopatología en el niño, si no la interacción madre depresiva e hijo, lo que también compromete a las demás interacciones dentro de las diferentes relaciones entre los miembros de la familia (holón conyugal y parental).

Proponen un modelo en el cual la influencia de la depresión materna en el desarrollo del niño actúa directa e indirectamente, esto incluye, las características parentales, las relaciones entre los padres y el hijo y las funciones maritales, como también las características individuales del niño.

Si se toma el concepto de los diferentes holones que constituyen el holón familiar, la depresión materna afecta tanto al holón parental, como al conyugal, lo cual repercute en las funciones de cada uno de ellos y en la interacción de estos holones con los niños, como también en las propias características de cada holón.

⁴² SILVA, Hernán. **Nuevas perspectivas en la biología de la depresión.** *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [online]. oct. 2002, vol.40 supl.1 [citado 11 Diciembre 2007], p.9-20. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000500002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9227.

⁴³ Cummings, E. Mark & Davis, Patrick. T., "Maternal depression and child development", *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol 35, Nro 1, 1994, Londres, p 73-112.

Hay diversos datos que indican que los padres y/o la madre que padecen depresión tienen más interacciones conflictivas y disfuncionales entre ellos y con sus hijos.

Estos mismos autores enfatizan que los padres depresivos son más negativos, intolerantes e intrusivos con sus niños cuando son comparados con padres sin psicopatología presente y con padres enfermos médicamente.

Se han observado altos niveles de irritabilidad y agresión manifiesta durante los episodios depresivos. Las madres depresivas son más críticas, tienden a culpar a sus niños y son más abusivas psicológicamente que las madres no depresivas.⁴⁴

Cummings y Davies señalan que los conflictos conyugales son más frecuentes en los matrimonios con un progenitor depresivo. Los niños suelen estar expuestos a conflictos interparentales en mayor medida que los niños provenientes de hogares con padres sin ninguna psicopatología.

Es importante ver como se expresa el conflicto y si este se resuelve o no. En dichas familias prevalecen las expresiones de enojo no verbales, en lugar de la expresión directa y apropiada del enojo. Por las mismas características de la depresión, la pareja tiende a no resolver apropiadamente los conflictos, lo cual podría producir emociones negativas en los niños. Cummings encontró en un estudio que los conflictos no resueltos promueven enojo en los niños, en cambio los conflictos resueltos amortigua el impacto deteriorante en la emocionalidad y en la conducta del niño.

Existe evidencia empírica para sostener que los niños de padres depresivos tienen mayor riesgo a padecer depresión, o bien para desarrollar vulnerabilidad

⁴⁴ Hernández Guzmán, L. & Sánchez S., op. cit., p 26-30

cognitiva que los predispone a padecerla. Se ha observado que las madres depresivas se relacionan de un modo más disfuncional en comparación con las madres no depresivas (más negativas, emocionalmente distantes, sobreprotectoras e intrusivas). También se ha observado que en las familias en las cuales la madre es depresiva hay mayor nivel de conflictos maritales. En estas familias los niños tienden a quedar expuestos ante conflictos conyugales. Estos conflictos suelen expresarse de forma no verbal y tienden a no ser resueltos, lo que impacta de forma negativa en la emocionalidad y conducta del niño.

Estudios empíricos hallaron que los individuos con vulnerabilidad cognitiva para la depresión tienen madres con mayores actitudes disfuncionales, mayor historia de depresión y mayor vulnerabilidad cognitiva para la depresión que las madres de individuos sin vulnerabilidad cognitiva.

Los niños de madres depresivas tienen mayor riesgo a padecer depresión ya que desarrollan vulnerabilidad cognitiva.

3.2 Maltrato infantil

El maltrato infantil es uno de los factores de riesgo más estudiado para la depresión en niños.

Definición

Se ha definido el maltrato infantil del siguiente modo: “actos y carencias que turban gravemente al niño, atentan contra su integridad corporal, su desarrollo físico, afectivo, intelectual y moral, y cuyas manifestaciones son el descuido y /o lesiones de orden físico y /o sexual por parte de un familiar u otras personas que cuidan al niño”⁴⁵.

⁴⁵ Stefano Cirillo y Paola Di Blasio, “Niños maltratados”. Diagnóstico y terapia familiar, Paidós Terapia Familiar, 1991, España p 154-157

Esta amplia definición puede clasificarse en: **maltrato físico**, en el cual el niño es objeto de agresiones con consecuencias físicas; **maltrato psicológico**, en el cual el niño es víctima de una reiterada violencia verbal o de una presión psicológica que lo perjudica; **abuso sexual**, en el cual el niño es objeto de actos sexuales, por parte de los familiares u otros, de los cuales no puede consentir conscientemente, por último, **negligencia o grave descuido**, en el que el niño sufre los efectos de las omisiones o carencias de los familiares con respecto a las necesidades físicas y/o psíquicas.

3.3 Datos generales del abuso sexual

El abuso sexual en niños comenzó a estudiarse como tal aproximadamente entre 1970 y 1980. Anteriormente tal estudio se vió enormemente retrasado debido al gran impacto de la postura de Freud (1897) al considerar como “fantasías” de sus pacientes (histéricas) los relatos de experiencias de abuso sexual. Psicólogas feministas empiezan a darle importancia a la experiencia de la víctima y sus consecuencias. La realización de estudios que documentaban que dicha experiencia era real y tenía consecuencias psicopatológicas, contribuyeron a su estudio.⁴⁶

Martínez Taboas (1997) concluye en base a una revisión bibliográfica sobre el tema, que no hay evidencia que variables como clase social, nivel socioeconómico y etnicidad jueguen un papel preponderante en la prevalencia del abuso. Las variables relevantes son: presencia de un padrastro, niños criados por sólo uno de sus padres, hogares en los cuales los padres se ausentan por mucho tiempo o sufren alguna enfermedad crónica.

Siguiendo con las conclusiones del mencionado autor se postula que los estudios indican que la edad de mayor incidencia de abuso sexual es a los 10 años precedido por una vulnerabilidad entre los 6 y 7 años. Es usual que en

⁴⁶ Arieti, Silvano & Bemporad, Jules, “Psicoterapia de la depresión”, Paidós, 1981, Buenos Aires, p 86-95

hogares donde existe abuso en niños también exista abuso emocional, negligencia, abuso físico, entre otros indicadores de ambientes caóticos.⁴⁷

Entre los efectos a corto y mediano plazo del abuso sexual se encuentra una preocupación desmedida por la sexualidad, que se traduce frecuentemente en explorar activamente partes de su propio cuerpo como el de otros niños. El abuso puede crear confusión y ansiedad alrededor de la identidad de género y disturbios conductuales. En los varones son más comunes las conductas agresivas mientras que las niñas manifiestan pensamientos y actividades suicidas, ambos manifiestan más tristeza, dolores de estómago, miedos y problemas al dormir que los niños no abusados. Se ha observado una estrecha relación entre el abuso sexual y el **trastorno por estrés postraumático**.

Los **trastornos disociativos**, los cuales tienen en común alteraciones marcadas en la identidad, consciencia y memoria del sujeto, han sido relacionados con experiencias de abuso. Los niños con trastornos disociativos suelen presentar en más del 80% de los casos un historial de abuso grave, tanto físico, como sexual. Es abuso también ha sido relacionado con **trastornos afectivos**. Estos niños desarrollan estados de ánimo depresivo, expresando sentimientos de desvalimiento y desesperanza.⁴⁸

Stern y col (1994) encontró que de 84 niños abusados sexualmente y seguidos por un espacio de 18 meses, un 35 % se mantenían deprimidos y un 56 % tenía una autoestima muy baja. Postula en base a los hallazgos que un número significativo de estos niños siguen en un curso crónico de los trastornos afectivos.

Un estudio significativo es el de Kendall Tackett y col. (1993). Encontró que luego de dos años de una experiencia de abuso, alrededor del 50 % de los niños no demostraban síntomas de psicopatología, y un pequeño porcentaje nunca

⁴⁷ Martínez Taboas, Alfonso, "Abuso sexual en la niñez y sus repercusiones psicoemocionales", Revista Psicología Contemporánea, vol 4, Nro 1, 1997, México, p. 56-63

⁴⁸ Idem p. 56-63

evidenciaron un perfil disfuncional. Dicho autor señala que no todos los niños son afectados de la misma manera ante la experiencia de abuso. Existen factores de protección o amortiguadores personales, familiares y sociales que juegan un papel importante sobre el impacto de dicha experiencia (en Martínez Taboas, 1997).

Anne E. Stern, Deborah L. Lynch, R.kim Oates, Brian I. OTool et y George Coonney (1995) realizaron un estudio con una muestra de 84 niños abusados sexual y físicamente y sus familias, que fueron comparados con un grupo control. Estudiaron los efectos a corto plazo del abuso. Encontraron que los niños abusados tenían mayor depresión, baja autoestima y problemas de conducta. Los abusos más severos estaban relacionados con una baja autoestima y percepciones negativas de los niños con respecto a sus madres (lo cual no coincidía con la presencia real de desórdenes en la madre). Las familias donde se había producido abuso presentaban mayor desempleo, problemas de comunicación, matrimonios rotos y pobre salud mental de la madre. Los mencionados autores concluyen que la severidad del abuso y las funciones familiares son factores importantes en los efectos de tal experiencia. Postulan que el abuso, la negligencia por parte de los padres y la exposición a la violencia son factores de riesgo para la depresión en niños.

3.4 Modelo de indefensión aprendida.

Se explicará brevemente el modelo de indefensión aprendida ya que es pertinente para postular el maltrato como factor de riesgo para la depresión infantil.

Dentro del ámbito de trabajo del modelo de indefensión aprendida, algunos autores han señalado la posibilidad de que tanto la predecibilidad como la

controlabilidad de los acontecimientos aversivos influyan en su impacto, de modo que los efectos del control pueden estar mediados por la predecibilidad⁴⁹.

Los niños necesitan controlar muchas de las situaciones en las que se ven involucrados constantemente, como cuando juegan en grupo y compiten para ganar, o cuando tienen que realizar un trabajo escolar bajo presión, de modo que estas experiencias donde ponen en práctica su capacidad de resolución les va ayudando a fortalecer sus sentimientos de autodeterminación en lo que se refiere a la toma de decisiones de acuerdo a la edad en la que se encuentren, estas son básicas para el logro de sentimientos de auto confianza y seguridad en lo que realiza.

Pero cuando su sentido de autodeterminación se encuentra amenazado cotidianamente por la presión exagerada que los adultos ejercen sobre las acciones que tiene que resolver como por ejemplo cuando el niño está haciendo su tarea y se está sobre él amenazándolo, jalándole la oreja o agrediendo verbalmente. Hay otros casos donde sus mismos compañeros frecuentemente presionan al niño en la escuela o en la calle manipulando sus emociones por ejemplo cuando no dejan que él intervenga en platicas o le impiden jugar en su mismo grupo o equipo, incluso cuando lo agreden constantemente burlándose de él o golpeándolo injustamente sin que de esto se de cuenta el profesor o los padres y más aún cuando estos no hacen caso de las arbitrariedades a las que está expuesto.

En resumen, el exceso de reglas y de consignas incontrolables para el niño, asociadas a agresión física o verbal constante, en donde el niño a pesar de sus esfuerzos por defender su derecho a la autonomía y expresión de sus emociones, no logra vencer las inclemencias del medio que lo presiona, puede posibilitar el desarrollo de un trastorno de personalidad denominado "indefensión aprendida"

⁴⁹ <http://reme.uji.es/articulos/ayelaj6991812100/texto.html> artículo de José Ramón Yela Bernabé; M. Angeles Gómez y Alfonso Salgado Ruiz. INDEFENSIÓN APRENDIDA: EFECTOS DE LA PREDECIBILIDAD DE UN ESTRESOR CRONICO VOL: 3 NÚM: 5-6 Universidad Pontificia de Salamanca, España. (Fecha de revisión 12 de abril 2007)

que consiste en percibir que las expectativas de solución a sus problemas están basadas en experiencias incontrolables, las cuales a pesar de los esfuerzos que imprima, los resultados serán desalentadores. Un niño que mantiene frecuentes experiencias de fracaso, adquiere un aprendizaje negativo sobre sus expectativas de solución al problema, aceptando esta condición como algo que es parte de su naturaleza, generalizando esta creencia a otros campos de desarrollo, como el escolar, social y familiar. Es necesario aclarar que una vez establecido el aprendizaje de este trastorno, en donde el menor se siente incapaz de salir adelante por sus propios medios, no pudiendo determinar el curso de sus acciones, será difícil revertir los efectos del mismo. Esto es un riesgo, particularmente para los niños escolares con problemas de aprendizaje, y para los que son víctimas de acciones discriminatorias. Por esto es necesario que los adultos permitan en los niños el desarrollo de conductas que manifiesten autonomía e iniciativa y que evalúen las actitudes que puedan estar provocando ansiedad por un exceso de presión familiar y escolar.

Los niños que se sienten desamparados se mostrarán desmotivados y renuentes al trabajo individual y grupal, así como hacía actividades de juego y sociales. A menudo estos niños al ver que sus resultados de fracaso son constantes, sufren problemas afectivos como depresión, ansiedad y apatía, además de otros trastornos producidos por este exceso de preocupación como sería orinarse en la cama por la noche, o durante el día en estado de vigilia.

En resumen, es necesario apoyar al niño hacia el logro de metas, propiciando que sus expectativas de éxito sean positivas, conduciendo sus acciones hacia objetivos alcanzables, respetando sus intereses y su motivación por aprender por él mismo, de manera que por estos medios él desarrolle habilidades en la toma de decisiones, en la expresión de emociones espontáneas, y otras actitudes que lo vayan formando como un individuo autodeterminado.⁵⁰

⁵⁰ http://www.setab.gob.mx/portada/port_4.html , página web de la Secretaría de Educación del Estado de tabasco. (consulta 13 abril 2007).

3.5 El apego

Teoría del apego

En 1944, Bowlby, basándose en la biografía de 44 ladrones juveniles, realizó un estudio retrospectivo cuyos resultados le llevaron a afirmar que las relaciones tempranas alteradas constituyen un importante factor en la génesis de la enfermedad mental. Realizó investigaciones acerca de las consecuencias que la institucionalización tiene sobre el desarrollo psicológico de los niños (Bowlby, 1951). Observó que niños que habían sufrido una seria privación desarrollaban los mismos síntomas que había observado en los ladrones juveniles carentes de afecto. Posteriormente, Robertson llevó a cabo una serie de filmaciones en niños cuya edad estaba comprendida entre los 14 y los 18 meses, en las que mostró el impacto producido en los bebés debido a la separación de sus padres (Robertson, 1962). Fonagy señala una diferencia sustancial entre el pensamiento de Bowlby y las teorías dominantes del siglo XX, las cuales consideraban el vínculo emocional con el cuidador como una pulsión secundaria, constituida a partir de la satisfacción de las necesidades orales. Por su parte, Bowlby, a partir de las observaciones de Lorenz (1935) con animales jóvenes, colige que el infante humano llega al mundo predispuesto a participar en la interacción social; algo que es indiscutible en la actualidad debido a las aportaciones de los teóricos del desarrollo (Melzoff, 1995; Watson, 1994).

La teoría del apego postula que las personas tienen una tendencia innata a buscar vínculos de apego, cuyas funciones son la supervivencia de la especie, protección y la satisfacción individual. Cuando las personas nacen se apegan generalmente a las personas cercanas que cuidan de él, generalmente la madre, aunque no necesariamente debe ser la madre biológica. Si no se desarrolla un vínculo de apego tempranamente los individuos son vulnerables a sufrir diferentes padecimientos.

Bolbwy estudió las conductas de los niños pequeños durante separaciones temporales de la madre. Observó sucesivas conductas de protesta, desesperación, y por último desapego. Asoció las dificultades de apego, como sucesivos desapegos, al principio de la vida, con dificultades en la vida adulta de formar nuevos vínculos de apego, incapacidad de ser empático. Postula que no se lo considera depresión infantil sino una forma universal de duelo secundaria a la separación. Otros autores lo postulan como factores de riesgo para la depresión en niños, especialmente relacionado con el modo en como se establecen dichos vínculos. El saber que la figura de apego es accesible y sensible le da al niño un fuerte sentimiento de seguridad.

Su presencia continua y segura ayuda al niño a explorar su medio ambiente, a relacionarse con sus pares, a sentirse protegido, y ser miembro de un grupo. Algunos de los modos en que se establecen los vínculos de apego entre el niño y su figura de apego son factores de riesgo para la depresión en los niños.

Actualmente existe un acuerdo en la designación de los elementos clave de la conducta de apego: son conductas encaminadas a llamar la atención del cuidador, conductas aversivas, y actividad muscular. Dichos comportamientos permiten al niño acercarse al cuidador puesto que tiene más posibilidades de sobrevivir si está cerca de un adulto y, posteriormente, este sistema le facilita el desarrollo de una organización interna estable.

3.6 Relación Conyugal: violencia y otros sistemas relacionales.

Características relacionales de la violencia conyugal

Como se ha mencionado anteriormente, un conflicto en cualquiera de los holones (conyugal, parental, de hermanos) repercute en todo el holón familiar.

La tolerancia a la frustración, el respeto y la aceptación de la singularidad, las reglas y la autoridad, dejan sin razón a las interacciones violentas. La ausencia de estas características facilita que la violencia se convierta en la forma habitual de resolución de conflictos. La violencia conyugal ha sido asociada habitualmente a la pobreza, sin embargo la violencia se manifiesta en todas las clases sociales y de formas diferentes.

Por violencia se entiende “todo atentado a la integridad física y psíquica de individuo, acompañado por un sentimiento de coerción y de peligro” (Reynaldo Perrone y Martine Nannini, 1997).

En las familias donde existe violencia conyugal, generalmente existe alguna forma de maltrato hacia los niños de la familia, directa o indirectamente, por ello Reynaldo Perrone y Martine Nannini las llaman familias que maltratan.

En las situaciones de violencia conyugal, el conflicto irrumpe y explota de forma violenta, manifiesta y abierta, implicando generalmente áreas vitales de cada uno de los cónyuges. Los niños generalmente presencian estas situaciones⁵¹.

Generalmente la violencia conyugal se manifiesta de forma ritualizada, las escenas se repiten de forma similar. Existe una anticipación de la secuencia violenta, los cónyuges construyen un marco relacional que luego los atrapa, es lo que Reynaldo Perrone y Martine Nannini llaman “consenso implícito rígido”. El consenso opera a nivel bipersonal, pero se apoya en características individuales, como la baja autoestima, ideas negativas de si-mismo, entre otras. La violencia ejercida sobre esa persona confirma dichas ideas (por ejemplo mujeres que justifican los golpes recibidos porque creen que no merecen una vida mejor).

⁵¹ Stefano Cirillo y Paola Di Blasio, “Niños maltratados”. Diagnóstico y terapia familiar, op. cit., p 154-157

Los niños que son expuestos a repetidas situaciones de violencia conyugal, experimentan sensibilización (y no desensibilización como sería esperable) a los conflictos. Esta sensibilización ante el conflicto puede originar escasas capacidades para regular el afecto y resolver conflictos.

Sue Boney-Mc Coy y David Finkelhor (2003) encontraron una fuerte asociación entre la violencia conyugal y la depresión en los hijos. La violencia conyugal afecta sus funciones como holón y también las funciones del holón parental. Es posible que la violencia irrumpa y dichas funciones no se lleven a cabo de manera adecuada. Los niños aprenden modos de expresar afecto, relacionarse con un igual, resolver conflictos de acuerdo a las experiencias vividas del holón conyugal. Estos aprendizajes, se realizaron de un modo no esperado. Los cónyuges pueden descuidar tareas como cuidar, criar, dar cariño, sostén o caer en el abandono o negligencia hacia sus hijos.

3.7 Divorcio

Las investigaciones sobre el divorcio han ido cambiando a través del tiempo. Las primeras investigaciones al respecto se basaban en un modelo de divorcio en el cual asumían que la estructura familiar de dos personas casadas era necesaria para la buena socialización del niño. La ausencia de padre podría traer aparejada serias consecuencias, especialmente a los hijos varones.⁵²

Los estudios recientes se han centrado en las interacciones entre los factores individuales, familiares y extrafamiliares que deterioran o promueven el ajuste de los niños para manejar satisfactoriamente el conflicto, la separación, la pérdida y los cambios en su nueva situación familiar.⁵³

52 Ramirez, et.al. (1999) "Creencias Infantiles Sobre La Separación Parental" Buenos Aires: En revista Psicología Conductual, p 58
53 Ibid.

Los estudios actuales reconocen que el divorcio es un paso más en la serie de transiciones familiares que afectan las relaciones familiares y el ajuste de los niños. Éstos toman en cuenta las experiencias en la familia que anteceden al divorcio, las transiciones maritales seguidas al divorcio, la vida en familias monoparentales, que impactan el ajuste del niño. Entienden que el divorcio está asociado con cambios estresantes en la vida de los miembros familiares, como también puede representar un escape del conflicto para garantizar armonía y mejores oportunidades para desarrollarse y crecer.⁵⁴

Los autores mencionados revisan los hallazgos de las investigaciones del ajuste de los niños en familias divorciadas, y exponen factores de riesgo y de protección que contribuyen o amortiguan los problemas de los niños. Postulan que solo el 40 % de los niños en Estados Unidos pasan su niñez con ambos padres biológicos casados. Después de un divorcio el 84% de los niños residen con su madre solamente. Esta situación es temporal ya que el 65 % de las mujeres y el 75 % de los hombres vuelven a formar pareja. El divorcio se da con mayor frecuencia en los segundos matrimonios más que en los primeros, por lo que los niños son expuestos a series de cambios en sus relaciones familiares y roles. Estos experimentan consecuencias aversivas en su ajuste al medio.

Como las relaciones familiares, los roles y las circunstancias cambian en el divorcio los niños frecuentemente están ansiosos, depresivos, enojados, demandantes y manifiestan conductas antisociales. Los desórdenes externalizantes, incluyendo conducta agresiva, antisocial, baja responsabilidad social, son comunes en niños que atraviesan una situación de divorcio de sus progenitores. El divorcio es asociado en los niños con desórdenes internalizantes como síntomas de ansiedad y depresión y con problemas en las relaciones

⁵⁴ Hetherington, E. Mavis, Stanley-Hagan, Margaret, "The Adjustment of Children With Divorced Parents: A Risk and Resiliency Perspective", *The Journal of Psychology and Psychiatry and Allied disciplines*, vol 40, Nro 1, 1999, Londres, p. 129-140.

sociales. Los niños con padres divorciados tienen un pobre ajuste social, emocional y académico en comparación de los niños con familias intactas.⁵⁵

Sin embargo los efectos no son necesariamente siempre adversos, los niños que pasan de una situación familiar conflictiva, abusiva o negligente a una más armoniosa disminuyen sus problemas después del divorcio (Davies & Cumming, 1994, Hetherington & Cox, 1985 en E. Mavis Hetherington, Margaret Bridges & Glendesa M. Insabella, 1998).

Se ha propuesto que los niños pequeños son más afectados por el divorcio que los niños más grandes y/o adolescentes. Los niños pequeños son menos capaces de entender los eventos familiares, más propensos a culparse a ellos mismos y sentir miedo por el abandono y tienen menos acceso a la posibilidad de soporte en relaciones fuera de la familia.

Esta afirmación es inconsistente con algunos estudios que han encontrado similares efectos negativos en niños mayores y adolescentes (Amato & Keith, 1991, Frost & Pakiz, 1990, Needle, Su & Doherty, 1990 en Hetherington, Mavis E. Bridges, Margaret & Glendess M. Insabella, 1998).

En cuanto al género, los varones y mujeres parecen igualmente vulnerables a desarrollar problemas de conducta, síntomas depresivos, entre otras. El estrés, asociado a las transiciones familiares, tiende a exacerbar los problemas y el pobre ajuste en los niños preexistente al divorcio.

Cumming & Davies (1994) postulan que los niños en familias con altos conflictos maritales exhiben similares problemas externalizantes e internalizantes que los niños de familias divorciadas. Exponen que la violencia psíquica y la exposición de los niños a los conflictos son altamente dañinos para los niños.⁵⁶

⁵⁵ *Ibid.*

⁵⁶ Cummings, E. Mark & Davis, Patrick. T., "Maternal depression and child development", *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, op. cit., p. 73-112.

Estos autores han concluido que muchos de los problemas de los niños atribuidos al divorcio son en realidad causados por matrimonios conflictivos.

El ambiente familiar juega un papel central en las respuestas de los niños al divorcio. Los factores de estrés extra familiar, desventajas socioeconómicas, salud psíquica y física de los padres ponen a los niños en riesgo para poder sobrellevar el divorcio. El impacto de estos factores es mediado o moderado por las relaciones familiares, especialmente por las cualidades parentales (Hetherington, 1998, 1999).

Los niños, especialmente en situaciones de transición familiar, necesitan de sus padres soporte, cariño, respuestas a sus necesidades. Los padres deben minimizar el conflicto al cual ellos estén expuestos y no crear alianzas hostiles hacia un progenitor. Sin embargo los estudios revelan que una parentalidad positiva es rara en las familias que se divorcian (E. Mavis Hetherington, 1999, Margaret Stanley Hagan 1999).

Kaslow Florence (1996) postula que las familias uniparentales y las familias donde se produce divorcio evidencian mayor incidencia de depresión en niños que familias intactas.

En diferentes estudios se ha asociado al divorcio con problemas externalizantes, como conducta antisocial e internalizantes, como depresión. Se postula que los niños provenientes de familias divorciadas y uniparentales evidencian en mayor medida depresión que los niños de familias intactas. Sin embargo los niños que pasan de una situación familiar conflictiva, abusiva o negligente a una más armoniosa disminuyen sus problemas después del divorcio. Como también se evidenció que los niños en familias con altos conflictos maritales exhiben similares problemas externalizantes e internalizantes que los niños de familias divorciadas.

El estrés extra familiar, desventajas socioeconómicas, salud psíquica y física de los padres, ponen a los niños en riesgo para sobrellevar el divorcio, estos factores son mediados por las relaciones parentales, especialmente las cualidades parentales.

3. 8 Recapitulación

En este apartado se ha definido el maltrato infantil. Se han mencionado los efectos a corto y mediano del abuso sexual y físico. Entre ellos el trastorno por estrés postraumático, trastornos disociativos, depresión, sentimientos de desvalimiento y desesperanza. Un porcentaje significativo de niños abusados sexualmente siguen un curso crónico de los trastornos afectivos. Sin embargo se evidenció que no todos los niños son afectados de la misma manera por las experiencias de abuso, muchos de ellos nunca desarrollan síntomas de psicopatología. Las relaciones familiares contribuyen a la sintomatología asociada al abuso. En un estudio sobre el tema se encontró que los síntomas depresivos (luego de 15 meses de la victimización) eran precedidos por una mala relación preexistente entre padres e hijos y por algunas formas de victimización como abuso sexual, violencia parental y experiencias de secuestro.

Se han expuesto las características relacionales de las situaciones de abuso. El abuso se da en una relación complementaria, los miembros con mayor poder utilizan este tipo de relación para dominar, controlar o para beneficios propios. El niño se convierte en objeto que otros utilizan física, emocional o sexualmente. El abusador en esta relación se define como existencialmente superior, la violencia es unidireccional y en la víctima su sentimiento de identidad y autoestima quedan afectados; en ella existen sentimientos de culpa y deuda respecto de quien castiga.

Se han mencionado algunas conclusiones de estudios sobre la vulnerabilidad cognitiva para la depresión (retrospectivos). Entre los más importantes se evidenció que las personas con depresión con inicio en la niñez habían tenido un nivel de abuso más grave que los depresivos de inicio en la adolescencia y adultez.

El abuso emocional es postulado como un contribuyente fuerte para la vulnerabilidad cognitiva para la depresión ya que este implica proporcionarle a la víctima cogniciones negativas.

También se ha mencionado el modelo de indefensión aprendida y su reformulación teórica como modelo análogo a los sistemas relacionales abusivos y sus consecuencias.

En este mismo sentido, se han argumentado la teoría del apego y los trastornos del apego como factores disparadores de conductas que promueven la depresión en los niños.

Así también se ha analizado la relación conyugal y los factores que esto desencadena para la propensión a la depresión infantil, incluyendo la violencia entre la pareja y el divorcio.

PROPUESTA

Plan de Prevención

En base a los factores de riesgo estudiados se expone una posible forma de **prevención primaria** para la depresión en niños.

Se propone un plan para **detectar niños en situaciones familiares de riesgo** para padecer el mencionado trastorno, dirigida a los **agentes de salud**, especialmente al personal docente que trabaja en el **ámbito escolar**.

Es fundamental incluir a la institución escolar como agentes de salud mental, ya que ésta junto con la familia constituyen los pilares sobre los que se desarrolla la vida afectiva, cognitiva y social del niño.

El ámbito cotidiano de los niños, fuera de su grupo primario, es la escuela. El contacto diario con dicho grupo etario posibilita la detección de factores de riesgo para el mencionado trastorno por parte del personal de dicha institución. Como se ha mencionado anteriormente, frecuentemente los niños que padecen depresión son caracterizados como tímidos e introvertidos y dicho trastorno no es detectado.

El plan de prevención que se propone consta de **cuatro etapas**. Ellas son:

1. **Formar al personal escolar**
2. **Conductas observables**
3. **Referencia**
4. **Seguimiento**

Por lo anterior, este plan se desarrollará de la siguiente manera:

ETAPA	NOMBRE DE LA ETAPA	OBJETIVOS GENERALES	ACTIVIDADES	METAS
1	Formar al personal escolar	<p>1. El personal escolar identificará las características generales de la depresión en niños y su importancia en el desarrollo a través exposiciones del psicólogo a cargo del curso.</p> <p>2. El personal escolar analizará los factores de riesgo familiares y su relevancia para dicho trastorno a partir de las sesiones de discusión en el curso.</p>	<p>Llevar a cabo un curso de introducción al tema de la depresión infantil dirigido al personal escolar que esté frente a grupo.</p> <p>Este curso tendrá una duración de 5 días hábiles con sesiones de 2 horas cada una.</p> <p>** El contenido de cada una de las sesiones se desglosan en la tabla anexa.</p>	<p>Capacitar y formar a 10 profesores que estén frente a grupo y a 4 miembros del personal escolar que estén en contacto con el grupo (como coordinadores, directivos, asistentes de grupo, etc.) de una escuela primaria pública.</p>

** Las sesiones se desglosan como sigue:

NO. DE SESION	DURACIÓN	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	ESTRATEGIA DE APRENDIZAJE	EVALUACIÓN
1	17 min	Presentación.	Los asistentes identificarán los objetivos del curso, expondrán sus expectativas del mismo y se explicitarán las metas a fin de que se promueva el máximo aprovechamiento y tengan un alto rendimiento en el curso.	Encuadre del curso. Presentación. Introducción.	7 min. 5 min. 5 min.	Sociometría de Moreno	Sin evaluación
2	103 min.	Panorama general de la depresión	Los asistentes identificarán y analizarán los conceptos generales de la depresión, las bases biológicas, criterios diagnósticos, factores de riesgo y métodos diagnósticos a fin obtener un panorama completo del cuadro clínico y así seleccionar según el caso, la metodología a desarrollar.	Definición de conceptos. Bases biológicas de la depresión. RECESO Criterios diagnósticos. Factores de riesgo.	25 min. 25 min. 10 min. 20 min. 23 min.	Mapas conceptuales Esquemas Cuadros sinópticos	Cuestionario de preguntas cerradas. Elaboración de cuadro sinóptico.
2	2 hrs			Factores de riesgo. Prevalencia y comorbilidad. RECESO Métodos diagnósticos	45 min. 25 min. 10 min. 20 min.		
3	2 hrs	La familia	Los asistentes identificarán y analizarán la relación entre la depresión y el ambiente familiar, las consecuencias de la violencia y divorcios, así como otros estilo relacionales con la finalidad de evaluar os factores de riesgo y sus consecuencias en la infancia.	Perspectiva biopsicosocial. RECESO Maltrato infantil.	55 min. 10 min. 55 min.	Mapas conceptuales Esquemas Cuadros sinópticos	Discusión del tema a través de mesas redondas.
3	2 hrs			Relación conyugal: violencia y otros sistemas relacionales RECESO Relación conyugal: violencia y otros sistemas	55 min. 10 min. 55 min.		

				relacionales			
4	2 hrs	Propuesta de trabajo	Los asistentes elaborarán y desarrollarán un plan de prevención para la depresión infantil de acuerdo a sus necesidades y a la población detectada con el objetivo de desarrollarlo en los planteles escolares.	Plan de prevención RECESO Plan de prevención	55 min. 10 min. 55 min.	Informes Chequeo Examen escrito-oral Dictámenes	Exposición de los planes de prevención individual.

ETAPA	NOMBRE DE LA ETAPA	OBJETIVOS GENERALES	ACTIVIDADES	METAS
2	conductas observables	1. Sobre la base de los conocimientos adquiridos previamente, el personal escolar deberá prestar especial atención a ciertas conductas observables que podrían indicar la presencia de síntomas depresivos. Esta tarea es facilitada por el acceso directo y cotidiano del docente con el niño.	1. En el caso del docente verificar en su salón a través de una lista de chequeo las siguientes conductas en sus alumnos, teniendo en cuenta que deben persistir por lo menos dos semanas: cambio con respecto a la actividad previa, irritabilidad, disminución de la capacidad de concentración, pérdida de interés o incapacidad para experimentar placer, enlentecimiento o agitación psicomotriz, fatiga o pérdida de	Para docentes y personal escolar hacer este ejercicio por lo menos 1 vez al día por 20 minutos durante los próximos 30 días posteriores a la terminación del curso.

			<p>la energía, frecuentes quejas somáticas, aislamiento social (sociabilización disminuida).</p> <p>2. En el caso del personal escolar no docente, estar alertas en los síntomas arriba mencionados de acuerdo a las observaciones en distintos puntos de la escuela y en el comportamiento de los niños fuera de clase (recreos, salidas, llegadas).</p>	
--	--	--	---	--

ETAPA	NOMBRE DE LA ETAPA	OBJETIVOS GENERALES	ACTIVIDADES
3	Referencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. El docente y el personal escolar, en caso de detectar estas conductas deberá informar al psicólogo de la institución a través de informes escritos sustentando con la lista de chequeo de conductas. 2. El psicólogo de la institución informará a los padres o tutores del niño acerca de lo observado y sus implicancias como también los posibles pasos a seguir todo esto con la finalidad de informar que el fin de dicho encuentro es comprender la situación familiar para idear intervenciones conjuntas en el caso de ser necesarias, para evitar posibles consecuencias adversas en el desarrollo cognitivo, afectivo y social del niño. 3. El psicólogo sugerirá a la familia una entrevista con profesionales de salud mental si es necesario por lo que será importante que el personal de la institución tome una actitud cálida y confiable a fin de que la familia no se sienta cuestionada y juzgada en cuanto a sus funciones básicas y valores. 4. El psicólogo identificará y valorará si existe evidencia de maltrato físico o abuso sexual para lo cual los pasos a seguir serán distintos de los expuestos aquí. 5. Para todo lo anterior, se requiere que la institución informe acerca de hospitales y centros de salud mental especializados en este grupo etario con el fin de explicar detalladamente a la familia la importancia de dicha derivación para ella y el niño. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitar cita con el psicólogo de la institución para mostrar la lista de chequeo que se ha elaborado. 2. El psicólogo valorará la observación y en su caso, verificará los datos con observación directa. 3. El psicólogo hará una cita con el niño referido y realizará sesiones de entrevista o lo que en su caso se requiera e informará a sus padres o tutores acerca de lo observado en la institución. 4. El paso siguiente es una entrevista con el o los adultos responsables del niño para explicar lo observado y las posibles implicaciones del caso.

ETAPA	NOMBRE DE LA ETAPA	OBJETIVOS GENERALES	ACTIVIDADES	METAS
4	Seguimiento	El psicólogo desarrollará un plan de seguimiento a 6 meses posteriores al inicio de los tratamientos con la finalidad intervenir nuevamente en los casos que así lo requieran.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hacer un cronograma de actividades en donde se especifique la fecha de identificación primaria del niño y su inicio de tratamiento. 2. Llevar un recuento de cada sesión a fin de que se de un seguimiento a partir de las fechas de inicio de tratamiento. 	La elaboración de un reporte de seguimiento por cada uno de los niños identificados.

BIBLIOGRAFIA

Libros

1. Albarracín, M. (1991): "Divorcio Destructivo: Particularización Sobre Aspectos Del Conflicto" Buenos Aires: En Revista Sistemas Familiares
2. Arieti, Silvano & Bemporad, Jules, "Psicoterapia de la depresión", Paidós, 1981, Buenos Aires.
3. Bellack Alans & Michel Hersen, "Comprehensive clinical Psychology", Vol 5 "Children & Adolescents: Clinical Formulation & Treatment", Pergamon, 1998, Great Britain.
4. Belloch, Amparo, Sandín, Bonifacio, Ramos Francisco, "Manual de Psicopatología", Vol 2, Mc Graw Hill, 1995, España.
5. Cantwell, Dennis P. & Carlson, Gabrielle A., "Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia", Martinez Roca, 1987, Barcelona.
6. De Ajuriaguerra, Julián, "Manual de psiquiatría infantil", Toray-Masson, 1973, Barcelona.
7. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-X, Meditor, 1992.
8. Diaz, C . (1986): "El Ciclo Del Divorcio En La Vida Familiar". Buenos Aires: En revista Terapia Familiar.
9. Epstein, Norman, Shlesinger, Stephen E. & Dryden, Windy Eds., "Cognitive-behavioral therapy with families", Brunner/Mazel, 1988, New York.
10. Hercovici, P (1998): "Terapia Del Divorcio Y Mediación Familiar" Buenos Aires: En Revista Sistemas Familiares.
11. Jaes Falicov, Celia (compiladora), "Transiciones de la familia". Continuidad y cambio en el ciclo de vida, Amorrortu editores, 1988, New York. David H. Osion, capítulo 2.
12. Jill Goldman, Marsha K. Salus, Deborah Wolcott, Kristy Y. Kennedy; Child abuse and neglect USERS MANUAL SERIES, Paradise, Rose, Sleeper & Nathanson, Sue Boney-McCoy y David Finkelhor en: A coordinated Response to child abuse and neglect: the foundation for practice: U.S Department of

Health and Human Services, Administration of Children and families, Office on Child abuse and neglect, 2003

13. Kaplan, Harold I., Sadock, Benjamin J. & Grebb, Jack A., "Simopsis de Psiquiatría Clínica", 7ª Edición, Editorial Médica Panamericana, 1996, Buenos Aires.
14. Kaslow, Florence W., "Hand Book of relational Diagnosis and Dysfuntional Family Patterns", John Wiley & Sons, 1996, New York.
15. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV, Masson, 1995, Barcelona.
16. Mc. Andolfi, C. Angel, P. Menghi, Nicolás Corigliano; "Detrás de la máscara familiar". Familia rígida. Un modelo de terapia relacional; Amorrortu Editores, 1989, Argentina
17. Minuchin, Salvador, Fisman H. Charles, "Tecnicas de terapia familiar", Paidós Terapia Familiar, 1983, Buenos Aires.
18. Neufeld, Richard W. J., "Psicopatología y estrés", Toray, 1984, Barcelona.
19. Ramirez, et.al. (1999) "Creencias Infantiles Sobre La Separación Parental" Buenos Aires: En revista Psicología Conductual
20. Reynaldo Perrone y Martine Nannini, "Violencia y abusos sexuales en la familia". Un abordaje sistémico y comunicacional, Paidós Terapia Familiar, 1997, Buenos Aires.
21. Stefano Cirillo y Paola Di Blasio, "Niños maltratados". Diagnóstico y terapia familiar, Paidos Terapia Familiar, 1991, España.
22. Zingman de Galperín, Celia, "Modalidades de funcionamiento familiar", Editorial de Belgrano, 1996, Buenos Aires.

Revistas

1. Abramson, Lyn Y., Alloy, Lauren B. & Hogan, Michael E., Whitehouse, G. Wayne, Donovan, Patricia, Rose, Donna T., Panzarella, Catherine & Ranieri, David, "Cognitive vulnerability to depression: Theory and evidence", Journal of Cognitive Psychotherapy, vol 13, Nro 1, 1999, New York, 5-20.

2. Abramson, Lyn Y., Alloy Lauren B. & Metalsky, Gerald I., "Teoría de la depresión por desesperanza: Aportaciones recientes", *Revista de psicopatología y Psicología Clínica*, vol 2, Nro 3, 1997, Valencia, 211-222.
3. Alloy, Lauren B. & Abramson, Lyn Y., "The Temple-Wisconsin cognitive vulnerability to depression project: Conceptual background, desing, and methods", *Journal of Cognitive Psychotherapy*, vol 13, Nro 3, 1999, New York, 227-262.
4. Boney-McCoy, Sue & Finkelhor, David, "Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships?", *Journal of Consultin & Clinical Psychology*, vol 64, Nro 6, 1996, Washington, DC, 406-1416.
5. Cummings, E. Mark & Davis, Patrick. T., "Maternal depression and child development", *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol 35, Nro 1, 1994, Londres, 73-112.
6. Gustavo M. Finvarb, "Depresiones y antidepresivos", *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, vol 9, Nro 34, Dic 1998-Feb 1999, Argentina, 288-293.
7. Hetherington, E. Mavis, Stanley-Hagan, Margaret, "The Adjustment of Children With Divorced Parents: A Risk and Resiliency Perspective", *The Journal of Psychology and Psychiatry and Allied disciplines*, vol 40, Nro 1, 1999, Londres, 129-140.
8. Hetherington, Mavis E., Bridges, Margaret & Glendessa M. Insabella, "What Matters? What Does Not? Five Perspectives on the Association Between Marital Transitions and Children's Adjustment", *Journal of The American Psychological Association*, vol 53, Nro 2, 1998, Washington DC, 167-184.
9. Hernández Guzmán, Laura, & Sánchez S., Juan José, "Factores de Riesgo Asociados con la Disfunción Psicológica en el Niño y el Adolescente", *Psicología Contemporánea*, Número monográfico dedicado a trastornos emocionales en la niñez, vol 4, Nro 1, 1997, México, 24-37.
10. Ingram, Rich E. & Jennifer Ritter, "Vulnerability to Depression: Cognitive Reactivity and Parental Bonding in High-Risk Individuals", *Journal of Abnormal Psychology*, vol 109, Nro 4, 200, Washington DC, 588-596.

11. Joiner, Jr. Thomas E., "Shyness and Low Social Support as Interactive Diatheses, With Loneliness as Mediator: Testing an Interpersonal-Personality View of Vulnerability to Depressive Symptoms", *Journal of Abnormal Psychology*, vol 106, Nro 3, 1997, Washington DC, 386-394.
12. Martínez Taboas, Alfonso, "Abuso sexual en la niñez y sus repercusiones psicoemocionales", *Revista Psicología Contemporánea*, vol 4, Nro 1, 1997, México, 56-63.
13. Rosselló, Jeannette, & Martínez, Alejandra, "Depresión en la Niñez y Adolescencia: Aportes de la Investigación", *Revista Psicología Contemporánea*, vol 4, Nro 1, 1997, México, 64-75.
14. Stern, Anne E., Lynch, Deborah L., Oates, R, Kim, OToole, Brian I., & Cooney, George, "Self esteem, depression, behaviour and family functioning in sexually abused children", *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol 36, Nro 6, 1995, Oxford, 1077-1089.
15. M.C. Vilela-Cortés, M. Vallet-Más, J.A. Salazar-Benítez, R. Tabares, G. Selva, V. Valanza, C. Leal *REV NEUROL* 1999;28:608-612] PMID: - Revision - Fecha de publicación: 16/03/19:

Páginas internet

1. <http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv6.html#2>
2. <http://www.cepvi.com/CIE10/p37.shtml>
3. <http://www.herrerros.com.ar/melanco/arnau.htm>
4. http://www2.alasbimnjournal.cl/alasbimn/CDA/sec_a/0,1205,SCID%253D6197%2526PRT%253D6192%2526LNID%253D33,00.html
5. <http://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol20num1/articulos/suicidio/index.html>
6. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000500002&lng=es&nrm=iso Disponible en la World Wide Web: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000500002&lng=es&nrm=iso
7. <http://reme.uji.es/articulos/ayelaj6991812100/texto.html>
8. http://www.setab.gob.mx/portada/port_4.html