

150
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Psicología

ANALISIS DE LA RELACION ENTRE LA PSICOPATOLOGIA DE LA MADRE Y LA DEL HIJO

T E S I S
Que para obtener el titulo de
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
p r e s e n t a

LETICIA ESTELA RIVAS VILCHIS

Directora de Tesis: Mtra. Ma. Cristina Heredia Ancona

Revisora: Mtra. Fayne Esquivel Ancona

Comité: Lic. Celso Serra Padilla

Lic Angelina Guerrero Luna

Mtro. Sotero Moreno Camacho

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

México, D. F. 1999



FACULTAD DE PSICOLOGIA
SECRETARIA ACADÉMICA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

275936



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



A mis padres
José y Dolores

A mis hermanos
Eloísa, Yolanda y José

A mis sobrinos

A mi cuñada Isabel

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Psicología

Al Dr. José Federico Rivas Vilchis

A la C. Yolanda Olivia Rivas Vilchis

A la Mtra. Ma. Cristina Heredia Ancona

Por haber contribuido al logro de la presente tesis.

Agradezco especialmente al Dr. José Federico Rivas Vilchis
el enorme apoyo para la realización del presente trabajo.

ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE LA PSICOPATOLOGÍA DE LA MADRE Y LA DEL HIJO

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1. Revisión de las principales teorías que recalcan la importancia de la relación madre-hijo en el desarrollo de la personalidad del niño	5
1.1. Antecedentes	5
1.2. Importancia del cuidado materno	7
1.3. Importancia de la madre en el desarrollo de la psicopatología del niño	14
1.4. Relaciones madre-hijo inadecuadas	17
CAPÍTULO 2. Desarrollo del niño	22
2.1. Etapa oral	23
2.2. Etapa anal	24
2.3. Etapa fálica	26
2.4. Etapa de latencia	30
2.5. Etapa genital	31
CAPÍTULO 3. Principales trastornos psicopatológicos en la infancia	33
3.1. Antecedentes	33
3.2. Problemas de conducta	34
3.2.1. Trastornos de la alimentación	36
3.2.2. Trastornos en el sueño	37
3.2.3. Trastornos en el control de esfínteres	38
3.2.4. La mentira en el niño	39
3.2.5. La conducta agresiva en el niño	40
3.3. Organizaciones neuróticas	41
3.3.1. Ansiedad en el niño	42
3.3.2. Fobias en el niño	43
3.3.3. Obsesiones y compulsiones en el niño	44

3.3.4. Depresión en el niño	45
CAPÍTULO 4. Principales trastornos psicopatológicos en la edad adulta	48
4.1. Antecedentes	48
4.2. Trastornos neuróticos	50
4.2.1. Neurosis de angustia	51
4.2.2. Neurosis fóbica	52
4.2.3. Neurosis histérica	52
4.2.4. Neurosis obsesivo- compulsiva	54
4.2.5. Neurosis depresiva	55
CAPÍTULO 5. Investigaciones recientes sobre la relación entre trastornos psicopatológicos de la madre y el hijo	58
CAPÍTULO 6. Metodología	115
6.1. Planteamiento del problema	115
6.2. Tipo de estudio	116
6.3. Procedimiento	116
CAPÍTULO 7. Resultados	119
CONCLUSIONES	130
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	136
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	138
APÉNDICE A	149
APÉNDICE B	161

RESUMEN

La relación madre-hijo influye en la formación de la personalidad del niño. Los cuidados que proporciona la madre son indispensables para el sano desarrollo físico y psicológico de su hijo. En investigaciones recientes se ha encontrado una relación entre la psicopatología materna y la del hijo. En México la prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños es de 15.6% (Caraveo et al., 1992), por este motivo pensamos que el estudio de la asociación entre la psicopatología materna y la de su hijo es necesaria como uno de los factores etiológicos de la psicopatología infantil. Además la infancia es la etapa más oportuna para la detección de posteriores problemas de salud mental.

El objetivo del presente trabajo fue investigar si la presencia de psicopatología materna se asociaba a los trastornos psicopatológicos de los niños. Para ello se revisó la literatura clásica y las investigaciones recientes sobre el tema. Los medios de información que se utilizaron fueron: bibliotecas, la base de datos del Psyclit e información electrónica del Internet.

En la presente investigación documental se encontró la asociación entre la psicopatología materna y la del hijo. Los trastornos que tuvieron mayor frecuencia fueron los depresivos en las madres y los de ansiedad en los niños.

Se considera que la presente investigación documental es de utilidad ya que aporta datos sobre la existencia de una asociación entre la psicopatología materna y la psicopatología del hijo. Con ello se enfatiza la necesidad de tomar las medidas de prevención adecuadas para conservar o mejorar la salud mental del niño mediante la formación de escuelas para padres, grupos de orientación para madres, detección temprana de los trastornos psicológicos de los niños y el tratamiento de la madre y su hijo.

INTRODUCCIÓN

La temática de la presente investigación documental se ubica dentro de la psicología clínica. El tema que se escogió para esta tesis fue el análisis de la relación entre la psicopatología de la madre y la del hijo. Diversos autores como son Freud (1981), Spitz (1969), Anna Freud (1984), Winnicott (1975), Bowlby (1972), etc. han investigado sobre la relación madre-hijo y han aportado muchos datos que permiten asegurar que esta relación es decisiva en el desarrollo del niño. La madre es el primer afecto del niño, el modelo a seguir en el aprendizaje de las características y facultades humanas, especialmente la de amar. Si el niño es amado es capaz de amar. Por ello pensamos que la relación madre-hijo es esencial para el sano desarrollo afectivo del niño.

Durante los primeros años de vida del niño, la madre es la encargada de satisfacer sus necesidades alimenticias, así como las de contacto, ternura y protección. Spitz (1965) menciona que los lazos afectivos entre la madre y su hijo son tan estrechos en los primeros meses que les llamó "egoísmo de dos".

Melanie Klein señala la influencia tanto de la madre como del mundo interno del bebé en el desarrollo de la personalidad de éste. La madre que atiende con cariño a su bebé le proporciona sus características buenas, con las cuales él se identifica. Esto lo lleva a tener un mundo interno lleno de objetos buenos y a desarrollar una personalidad estable (Segal, 1981).

Freud (1905) en su obra enfatiza la importancia de la función materna y de las experiencias que constituyen al niño a través del vínculo madre-hijo. Menciona que las vivencias y conflictos de los primeros años desempeñan un papel muy importante en la evolución del individuo y dejan huellas imborrables para la edad adulta.

Anna Freud (1984), al igual que su padre, sostiene la importancia de la primera infancia en la aparición de la psicopatología en el niño, cuando afirma que la vida infantil es dependiente de los adultos y un motivo ocasional podrá producir o evitar una neurosis.

En investigaciones recientes se ha demostrado que existe una relación entre la psicopatología materna y la presencia de psicopatología en el hijo (Andrews, Brown y Creasey, 1990; Beidel y Turner, 1996; Hammen et al., 1987; Lang et al., 1996; Weissman et al., 1987).

Cabe mencionar que la prevalencia de trastornos psiquiátricos en los niños mexicanos es de 15.6%, de acuerdo a una investigación realizada por Caraveo et al. en 1992. La prevalencia encontrada es equiparable a la reportada en los estudios recientes de la literatura internacional, que se ubica entre el 12 y el 20 %. De allí la necesidad del estudio de los factores etiológicos de la psicopatología infantil, entre los cuales consideramos fundamental la relación entre la psicopatología de la madre y el hijo.

En un estudio llevado a cabo por investigadores del Instituto Mexicano de Psiquiatría en la población adulta mexicana se estimó una prevalencia entre el 15 y 18% de trastornos psiquiátricos entre la población adulta; en la práctica médica general, los estudios revelan prevalencias entre 29 a 51%, predominando los trastornos depresivos y ansiosos. Entre los trastornos más severos no se apreciaron diferencias significativas en cuanto al género, pero si en las formas depresivas más leves que resultaron más frecuentes entre las mujeres (Caraveo, 1996).

Sin embargo sí se han reportado diferencias en los desórdenes mentales de acuerdo a los géneros. Por ejemplo en la Encuesta Nacional de Salud se reporta el 17% de mujeres adultas con sintomatología depresiva severa en comparación con el 8.5% de hombres y en la práctica médica general se reportan 25% de mujeres con síntomas depresivos y 17% en los hombres (Lara, 1995). Como podemos apreciar los trastornos psiquiátricos son muy frecuentes en la población adulta, especialmente en las mujeres, sin duda es necesaria la investigación de la relación entre los trastornos psicológicos de la madre y los del niño.

Por lo dicho anteriormente consideramos imprescindible el realizar la presente investigación, ya que la madre es la persona más cercana al niño y determinante en el desarrollo afectivo de éste.

Es esencial que se conozca hasta que punto la psicopatología de la madre puede afectar a su hijo y de esta forma establecer medidas de prevención, por medio de las escuelas para padres, detección temprana de los trastornos psicológicos en los niños y tratamientos que mejoren la relación madre-hijo.

Finalmente pensamos que la investigación aporta datos relevantes sobre el tema, al incluir investigaciones recientes. De esta manera se pueden cubrir las lagunas en este campo y abrir nuevas líneas de investigación.

Objetivo general

Se determinará con base en literatura clásica e investigaciones recientes si existe una relación entre la psicopatología materna y los trastornos psicopatológicos en los niños.

Objetivos específicos

- Se describen diferentes teorías de la relación madre-hijo.
- Se examina el desarrollo normal del niño.
- Se describen los principales trastornos psicopatológicos del niño.
- Se examinan los principales trastornos psicopatológicos del adulto.
- Determinar con base en investigaciones recientes que psicopatología materna se asocia con mayor frecuencia a problemas psicopatológicos en los niños.
- Determinar los trastornos psicopatológicos más frecuentes en los niños, que estén relacionados con la psicopatología materna.

Para alcanzar dichos objetivos se revisaron los siguientes contenidos: en el primer Capítulo 1 se exponen las principales teorías psicoanalíticas de la relación madre-hijo; en el Capítulo 2 se describen las etapas del desarrollo infantil desde el punto de vista psicoanalítico; los Capítulos 3 y 4 comprenden una exposición de los principales trastornos psicopatológicos en los niños y en los adultos; en el Capítulo 5 se hace una revisión de investigaciones recientes sobre la relación entre la psicopatología de la madre y la del hijo; en el Capítulo 6 se detalla la metodología empleada en el desarrollo de la presente investigación documental y el Capítulo 7 presenta los resultados de la investigación.

CAPÍTULO 1

REVISIÓN DE LAS PRINCIPALES TEORÍAS QUE RECALCAN LA IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN MADRE-HIJO EN EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO

1.1. ANTECEDENTES

El interés por estudiar la importancia de las primeras relaciones afectivas del niño, se planteó desde el siglo XVII, en relación a los niños salvajes; J.J. Rousseau, C. von Linné y Condillac relatan estos casos. Sin embargo, el período de investigación científica comienza, en 1801, con un trabajo de J. Itard sobre uno de los niños-lobo, Víctor el salvaje de Aveyron, y la reeducación a la cual sometió al niño. Todos estos niños crecieron en un ambiente carente de relaciones sociales. El estudio de Itard revela las posibilidades y los límites del aprendizaje del niño, el cual nunca llegó a ser el apropiado a su edad (Ajuriaguerra, 1975).

En cuanto a los niños carentes de relaciones afectivas adecuadas, en 1940 K. Davis estudió el caso de dos niñas, una de ellas vivió completamente sola con una madre mentalmente anormal y la segunda vivió en una habitación oscura, con una madre sordomuda. La primera aprendió a hablar y caminar pero murió cuatro años después y nunca alcanzó un potencial intelectual normal. La segunda llegó a obtener un nivel intelectual que le permitió seguir un aprendizaje escolar (Ajuriaguerra, 1975). Otros investigadores como Langmeir y Matejcek (1975) reportan ocho casos de niños socialmente aislados los cuales presentaron: retardo en el desarrollo, lenguaje incompleto, sin hábitos sociales, además presentaban una insaciable demanda de amor y baja tolerancia a la frustración (Weil, 1992). Podemos observar en los casos citados, las consecuencias de la privación temprana de relaciones afectivas o bien de relaciones afectivas inadecuadas con la madre.

Ajuriaguerra (1975) menciona que Bender y Spitz consideran que la primera experiencia de privación afectiva en el niño la realizó Federico II, quién reinó de 1190-1250. El ordenó a las nodrizas que alimentaran y bañaran a los niños, pero que no les hablaran; porque deseaba saber qué lengua desarrollarían los pequeños, pero todos los niños murieron. A finales del siglo pasado y a principios de éste, Archambaud y Parrot insistieron en la importancia de revisar los factores psicológicos en los trastornos que presentaban los niños internados en instituciones.

Al comienzo del siglo XX se toma conciencia del problema de los efectos devastadores de la privación afectiva en los niños. Al respecto, se observó en un orfanato en Alemania que la tasa de mortalidad era de 71.5% durante el primer año de vida, y en Estados Unidos era de 75% al finalizar el segundo año. Con la finalidad de disminuir tan elevada mortalidad infantil se tomaron diversas medidas asépticas: separar a los niños en pequeños cubículos y proporcionarles dietas balanceadas. Sin embargo muchos niños continuaron muriendo. Pfaundler, un pediatra alemán, concluyó que el "hospitalismo", que es un síndrome físico y mental con trastornos en el desarrollo, se debía al cuidado masivo e impersonal y a la ausencia de afecto materno del niño institucionalizado (Weil, 1992).

Por su parte, Levy, Bowlby, Bender y Goldfarb en 1930 describen con mayor amplitud los efectos de la institucionalización del niño: reacciones de angustia, aislamiento, inactividad, etc., y su relación con la falta de cuidados maternos. Para Bowlby ninguna institución, aun con el mejor de los cuidados podría proporcionar el ambiente necesario para el desarrollo emocional adecuado del niño (Weil, 1992).

En 1945, René Spitz realizó la investigación más amplia, hasta ese momento, sobre los efectos de la institucionalización en el niño. Él comparó el desarrollo de niños institucionalizados que eran cuidados por sus madres y niños institucionalizados que recibían cuidados de enfermeras, las cuales atendían a ocho niños. Spitz encontró una diferencia dramática en desarrollo y salud entre los dos grupos. Los niños cuidados por sus madres presentaron un cociente de desarrollo normal, mientras que en los niños del otro grupo el cociente de desarrollo disminuyó de 124 a 72 durante el primer año de vida (Weil, 1992).

Lo presentado hasta aquí, nos demuestra que la calidad de las relaciones afectivas que rodean al niño, son de vital importancia en su desarrollo físico y emocional. Si tales relaciones no existen o se establecen con personas enfermas o indiferentes (madre o sustituta), esto podría llevar al niño a la muerte o a presentar serios trastornos en el desarrollo.

1.2. IMPORTANCIA DEL CUIDADO MATERNO

Diversos autores como son Freud (1981), Spitz (1969), Anna Freud (1984), Winnicott (1975), Bowlby (1972), etc. han investigado con amplitud sobre la importancia de la relación madre-hijo en el desarrollo psíquico del niño. Se ha comprobado que la calidad del cuidado materno y paterno que recibe un niño en sus primeros años de vida es de suma importancia para su futura salud mental (Bowlby, 1953). Este autor afirma que el niño y la madre deberían experimentar una relación afectuosa, íntima y continua, en la que ambos encuentren satisfacción y gozo. A la carencia de esta relación la llamó privación materna. Esta privación puede ocurrir aunque el niño viva con su madre, si ésta no le da el cariño y cuidados necesarios.

A partir de las concepciones freudianas comienza el estudio de la madre como primer objeto amado, el primer afecto tanto para niños como para niñas. Para Freud la primera relación objetal se establece cuando el niño mama del pecho de la madre. El seno materno será el primer objeto del instinto sexual; el bebé al ser alimentado no sólo satisface su necesidad de alimento sino que también obtiene las primeras experiencias de placer en la boca (zona erógena). Freud afirmó que la succión del niño, del pecho de la madre, será el modelo de toda relación erótica posterior. La madre al alimentar, acariciar y besar a su hijo, está "enseñándole a amar." (Freud, 1905 p. 1225).

Siguiendo la línea freudiana, Melanie Klein propone que las primeras experiencias del lactante con el pecho de la madre inician una relación de objeto con ésta. La autora sostiene que el bebé al nacer tiene un yo lo suficientemente integrado como para experimentar ansiedad, utilizar mecanismos de defensa y establecer primitivas relaciones objetales.

Klein divide la etapa oral en dos subdivisiones: la posición esquizo-paranoide (primeros tres o cuatro meses de vida) y la posición depresiva (segunda mitad del primer año). El individuo puede oscilar entre las dos posiciones a lo largo de su vida (Segal, 1981).

La posición esquizo-paranoide se caracteriza por los siguientes aspectos: el bebé se relaciona con objetos parciales (el pecho materno) y no reconoce personas. Durante los primeros meses de vida, el recién nacido siente ansiedad. Esto se debe a que vive de un modo inconsciente, cada molestia, como si fuera atacado por fuerzas hostiles que pudieran destruirlo. Como el bebé está expuesto a privaciones tanto internas como externas, la ansiedad, marcará sus relaciones con los objetos. Es aquí cuando la madre, debe brindarle calor, alimento y consuelo; con ello el bebé sentirá que existen otras fuerzas bondadosas, haciéndose posible la primera relación amorosa del niño con una persona.

Así en la medida en que el pecho gratifica, el pecho es amado y sentido como "bueno" y en la medida en que frustra, es odiado y sentido como "malo". La madre representa en los primeros meses de vida del niño, la totalidad del mundo exterior, de ella llegan tanto el bien como el mal; lo cual conduce a una doble actitud (amor-odio) hacia ella aún estando bajo los mayores cuidados posibles.

En la posición esquizo-paranoide también se inicia la utilización de dos procesos la introyección y la proyección, los cuales contribuyen a una doble relación con el objeto. El lactante proyecta sus pulsiones de amor, *ya bueno*, y las atribuye al pecho gratificador, *bueno*; así como proyecta sus pulsiones destructivas, *ya malo*, al exterior y las atribuye al pecho frustrador, *malo*. Por medio de la introyección, se introduce un pecho bueno y otro malo.

La madre con sus aspectos agradables: amor, alimento y ayuda; es el primer objeto bueno que el bebé transforma en una parte de su mundo interno. El yo del niño se identifica con esas características buenas de la madre, que le servirán como base para las posteriores identificaciones beneficiosas con el padre y otras figuras. Esto redundará en un mundo interno del bebé, lleno de objetos y sentimientos predominantemente buenos y la formación de una personalidad estable en el bebé. Para ello es necesario también, que exista una buena relación entre los padres, y entre éstos y el niño.

En la posición depresiva, el bebé se relaciona con objetos totales, como son la madre, el padre y la pareja parental. El niño comienza a darse cuenta de que sus experiencias de satisfacción no provienen de un pecho bueno y malo, sino de una madre que es a la vez fuente de lo bueno y de lo malo. Ahora el bebé reconocerá a la madre como una persona total, con una vida propia y relaciones con otras personas.

Al introyectar el niño objetos totales, se estimulará así, la integración de su yo. El bebé se da cuenta, que es él mismo quien ama y odia a una misma persona su madre. En la posición depresiva, la ansiedad surge de la ambivalencia (amor y odio hacia la madre), y el motivo principal de esta ansiedad es que el bebé siente que sus impulsos destructivos pueden destruir a su madre, de quien depende totalmente. Estos impulsos destructivos hacen surgir en el niño, los sentimientos de culpa y la tendencia a la reparación de sus objetos externos e internos, que él siente destruidos y a los cuales desea devolverles la vida y la integridad.

En esta etapa la relación con los objetos cambia totalmente. El bebé adquiere la capacidad de amar y respetar a las personas como seres independientes. Así la capacidad de amor y devoción, hacia la madre, se transforma, posteriormente en devoción hacia diversas causas que se sienten valiosas, como son las relaciones con la gente y el trabajo.

Melanie Klein señala la influencia, tanto de la madre como del mundo interno del bebé en el desarrollo de la personalidad del niño. Una madre que atiende con cariño a su bebé y que trata de proporcionarle los mayores cuidados, propicia un ambiente más agradable, de donde el niño puede tomar elementos para crear un mundo interno y externo psíquicamente más sano.

Por su parte, Winnicott (1986) enfatiza también la importancia del cuidado materno (el proporcionado tanto por la madre como por el padre) sin el cual el bebé no puede crecer y convertirse en un adulto sano. Afirma que: "no hay tal cosa como un bebé", queriendo decir con ello que un bebé no puede existir sólo, sino que siempre forma parte de una relación y señala (1965) que el niño pequeño y el cuidado materno forman una unidad y son inseparables.

De acuerdo con este autor el yo materno complementa al yo infantil, dándole fuerza y estabilidad. En esta etapa el bebé es completamente dependiente de las atenciones que le proporciona la madre, sin las cuales no sobreviviría. El yo materno complementa al yo infantil dándole fuerza y estabilidad. La madre al adaptarse a las necesidades del bebé, ayuda a que éste recorra el camino desde la dependencia absoluta, hasta la independencia y desde el autoerotismo hasta las relaciones objetales.

Winnicott clasifica el cuidado materno en tres fases que se superponen en parte: 1) sostenimiento, 2) convivencia y 3) convivencia del padre, madre e hijo. El sostenimiento comprende en especial, aunque no exclusivamente, el sostener físicamente a la criatura, ya que de esa forma la madre le demuestra su amor al bebé; incluye además la satisfacción de las necesidades fisiológicas y toda la rutina de los cuidados a lo largo del día y de la noche. El autor piensa que las madres se identifican emocionalmente con su hijo y por ello son sensibles a sus necesidades, pudiendo así satisfacerlas apropiadamente.

La fase de convivencia del bebé y la madre representa para el niño la capacidad para establecer las relaciones de objeto. El niño ya no se siente fusionado con la madre y percibe los objetos como externos a su ser. Ahora el bebé siente a la madre como una persona independiente y la comprensión de sus necesidades por parte de ella se basará más en las señales que emite el niño que en la identificación emocional de ambos. En esta fase la función del padre (ocuparse del medio ambiente en beneficio de la madre) es desconocida por la criatura.

En la última fase de convivencia padre, madre e hijo se inicia una relación más cercana entre el padre y el niño. El padre enriquece el mundo del niño, al contarle lo que hace en el trabajo, jugando con él, así se va formando el ideal del yo del niño en lo que ve o cree ver en el padre. Si los padres forman una pareja feliz y tienen un hogar estable el pequeño puede desarrollarse sanamente.

El autor resalta que la salud mental del individuo, es decir no padecer psicosis, se apoya precisamente en este cuidado materno, el cual provee de un medio ambiente estable y confiable (Winnicott, 1965).

Otro de los autores que sostienen la importancia del cuidado materno en el desarrollo del niño es René A. Spitz (1965). Él afirma que la relación madre-hijo es distinta de cualquier otra en el mundo, porque en un primer momento la madre y el bebé estuvieron unidos en un mismo cuerpo. Después del parto, la madre debe renunciar al sentimiento de que el niño y ella son la misma cosa. El engendrar al bebé, los dolores del parto y la crianza del niño, le provocan sacrificios y alegrías; todos estos factores podrán ser negativos o positivos para el niño de acuerdo a la personalidad de la madre.

Las necesidades que satisfacen las relaciones de objeto del niño son diferentes de las de su madre, ya que por su rápido crecimiento, sus necesidades cambian rápidamente. En el nivel más primitivo, donde aún no funciona un yo, las relaciones satisfactorias, necesitarán de satisfacciones más cercanas a lo fisiológico que a lo psicológico. Posteriormente, tras el surgimiento del yo, las necesidades del niño solo pueden ser satisfechas por relaciones cada vez más complejas.

La presencia de la madre actúa como estímulo para las respuestas del infante, cuando éstas le agradan a la madre, ella las favorece y así influyen en el desarrollo del niño y en la estructuración de su yo. Son las actitudes inconscientes de la madre, más bien que las conscientes, las que restringen o dan libertad al niño para actuar. Al superyó materno corresponde limitar las conductas del niño, y al ideal del yo dar fuerza y libertad.

De acuerdo a Spitz (1965), la influencia que ejerce la madre sobre el desarrollo de la personalidad del niño se le llama proceso de amoldamiento, el cual consiste en una serie de intercambios entre los dos participantes, a esta pareja se le llamó díada. La relación entre la díada es muy especial, ya que en ella existe cierto aislamiento del medio circundante, que se mantiene por lazos afectivos muy poderosos y agrega que la relación madre hijo puede ser calificada como un "egoísmo de dos".

Mahler (1968) propone las siguientes fases del desarrollo de la personalidad y con ellas establece el desarrollo de las relaciones objetales del bebé y en las cuales es determinante la existencia de la madre:

Fase autista. Le llamó también "autismo normal". Le llamó así porque en las primeras semanas de vida el bebé vive un estado en el cual no puede diferenciar entre los cuidados que le proporciona su madre y sus propias acciones para reducir sus tensiones como son orinarse, toser, estornudar, escupir y vomitar. "...la satisfacción de la necesidad pertenece a su propia órbita omnipotente autista" (Mahler, 1968, p. 24). A esta etapa se le llamó también narcisismo primario absoluto ya que en ella el bebé no tiene conciencia del agente maternal.

Fase simbiótica. Del segundo mes en adelante, existe un conocimiento confuso del objeto satisfactor, con ello se inicia la fase de simbiosis normal, en la cual el bebé se comporta como si él y su madre fueran un sistema omnipotente. En esta fase existe un estado de fusión con la madre, el "yo" aún no es diferenciado del "no yo" y comienza la diferenciación entre lo interno y lo externo.

Al igual que Winnicott, Mahler afirma que el yo rudimentario del recién nacido debe ser completado por el "rapport emocional" de los cuidados que proporciona la madre cuando alimenta al bebé.

Alrededor de los cinco meses se observa que el niño ha establecido una relación simbiótica específica con su madre. El pequeño debe familiarizarse con la realidad poco a poco, a través de ella. La experiencia repetida de una fuente externa que satisface sus necesidades y que lo alivia de una tensión interna mala, le ayuda a diferenciar entre "yo" y el "no yo". También la madre puede ser fuente de placer o placer al igual que el cuerpo del niño.

Las necesidades inconscientes de la madre, hacen que se manifiesten ciertas potencialidades del niño y de esta forma se crea para cada madre, "el niño" que refleja sus propias necesidades. Así se pone de manifiesto la importancia de la personalidad de la madre en la crianza del niño.

Fase de separación-individuación. Es el período durante el cual el niño, se separa psíquicamente de la madre y forma sus límites propios. El comienzo de la locomoción, interviene en este proceso de individuación, ya que permite al niño separarse y acercarse a la madre físicamente.

También se encuentra en esta fase, la conducta negativista de la fase anal, con la cual el niño comienza a afirmar y estructurar su yo. Inicia la adquisición de la constancia libidinal de objeto, en ésta el niño de dieciséis o dieciocho meses, se acerca activamente a la madre, y parece tener la necesidad de que ella comparta con él cada nueva experiencia.

Como se ha visto, a través de los diferentes autores y aquí concuerdo plenamente con ellos, el cuidado materno es indispensable en el comienzo de la vida, sin él, el pequeño ser no podría existir y crecer sanamente.

Tanto Winnicott como Mahler opinan que el yo del bebé es complementado y diríamos que es creado por la madre, si bien no debemos dejar de lado al padre cuya función principal en esas primeras semanas de vida del pequeño es la de proveer de un ambiente estable donde la madre se pueda entregar totalmente al cuidado de su hijo. Como dice Spitz: la relación madre-hijo es un "egoísmo de dos", ya que se mantiene en un mundo especial donde para el hijo sólo existe su madre y ella le da todo su amor a su bebé.

De esta forma la madre va ejerciendo su influencia en el desarrollo de la personalidad del niño. Por medio del contacto cotidiano, la madre va creando "su niño" que refleja sus propias necesidades. Este punto en el que concuerdan Spitz y Mahler, nos da la pauta de la trascendencia que tiene para la vida posterior del niño, el "tipo" de madre con el cual convive durante estas primeras etapas.

Con referencia al punto anterior un grupo de investigadores (Geny Talberg et al., 1988) pertenecientes a la Sociedad Psicoanalítica Brasileña han estudiado durante 14 años la relación madre-hijo. Mediante observaciones semanales de una hora, los estudiantes de psicoanálisis observan muchas parejas de madres e hijos. Los investigadores enfatizan la precoz relación afectiva que ocurre desde el nacimiento. Al mismo tiempo ponen especial atención en la reciprocidad que existe entre la madre y el hijo, ambos estimulándose mutuamente. Lo cual nos habla tanto de la influencia de la madre sobre el hijo y la de él sobre la madre.

En la siguiente sección expondremos los cuidados maternos inadecuados, los cuales pensamos que afectan gravemente el desarrollo físico y mental del niño.

1.3. IMPORTANCIA DE LA MADRE EN EL DESARROLLO DE LA PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO

Diversos autores como Mannoni, Doltó, A. Freud, etc. han encontrado que los trastornos psicopatológicos del niño se relacionan con las actitudes, palabras o problemas psicológicos de la madre. Mannoni y Doltó destacan la importancia de la significación de la palabra de la madre en el desarrollo emocional del niño.

Mannoni (1987) señala que la sociedad le ha asignado al niño la realización de los sueños de sus padres y la reparación de sus fracasos. Las quejas de los padres respecto de su hijo se dirigen ante todo a sus propios problemas. Por ello al oír hablar a un niño, se debe comprender quién es el que habla, porque el sujeto del discurso no es necesariamente el niño.

Mannoni (1987) afirma que "es posible volver a encontrar en la historia del sujeto esa palabra de la madre vinculada con una emoción corporal para el niño, que signa al traumatismo y permanece como una marca de la que el discurso del sujeto conserva la impronta". "...el síntoma, aparece como una máscara cuyo papel consiste en ocultar el texto original o el acontecimiento perturbador" (p. 39). Añade que el factor traumatizante en una neurosis, no es el acontecimiento real en sí, sino lo que el niño escucha que hablan o callan los que se encuentran a su alrededor.

De esta forma, continúa Mannoni, los padres están implicados de alguna manera en el síntoma que trae el niño. Para el pequeño tienen gran importancia las palabras que se pronuncian en su medio familiar acerca de su enfermedad, el niño busca la palabra que le sirva para entender lo que está sucediendo, y que los adultos le niegan al condenar el comportamiento en lugar de descifrarlo. Así se crea "la dimensión de su experiencia vivida". En el momento en que el niño llega al análisis, surge su propio deseo, que estaba oculto en el síntoma.

Doltó piensa que "donde el lenguaje se detiene, lo que sigue hablando es la conducta; cuando se trata de niños perturbados, es el niño quien mediante sus síntomas, encarna y hace presentes las consecuencias de un conflicto viviente, familiar o conyugal, camuflado y aceptado por los padres" (p. 15).

Cuanto más pequeño es el niño más sensible es a las problemáticas vividas directa o indirectamente a través de las tensiones de los adultos. "Son muchos los desórdenes orgánicos del bebé y del niño pequeño que expresan los conflictos psicoafectivos de la madre, originados en especial en la neurosis materna..."(Mannoni, 1965, p. 15).

Dolto propone algunas condiciones para que el niño pueda resolver los conflictos inherentes al desarrollo de todo ser humano como son: "que los padres hayan asumido su opción sexual genital" (p. 19), esto significa que tengan depositado el sentido de sus vidas en otro adulto, o en su trabajo y no en el hijo, que no dependan emocionalmente de él (Mannoni, 1965).

Otra autora Sperling (citada en Anthony y Benedek, 1970) menciona que la neurosis materna afecta cualquier aspecto del desarrollo del bebé. Es probable que la madre le asigne un rol al niño desde antes de nacer, basándose en una identificación por su propio sexo, la identificación con un familiar o con una parte rechazada de sí misma, etc. Las consecuencias en el niño de la neurosis materna dependen de la gravedad de ésta y de la edad del pequeño al iniciar la interacción patológica.

Anthony y Benedek (1975) mencionan que la depresión de los padres puede provocar daños en los lazos afectivos entre los padres y el niño.

Sperling indica que los primeros indicios de algún trastorno en el vínculo madre-hijo, pueden ser los trastornos en el sueño, la alimentación, la excreción o la respiración. La autora llama relación de tipo psicósomático a aquella donde la madre fomenta la enfermedad del hijo y su dependencia y lo rechaza cuando sana, deseando continuar el control sobre el hijo. Este vínculo perturbado madre-hijo se manifiesta en trastornos alimentarios en la infancia como: vómitos, diarreas, espasmos abdominales. Como el alimento y la madre son la misma cosa para el bebé, la calidad de la relación madre-hijo es un factor determinante en la actitud del niño hacia el alimento.

Para ejemplificar lo anterior la autora menciona el caso de Ann de 4 años, la cual padecía diarrea, vómitos, anorexia. Al nacer la niña su madre modificó la alimentación recetada por el médico, porque le parecía que no era suficiente, lo cual provocó que la bebé comenzara con vómitos y anorexia (Anthony y Benedek, 1970). La autora concuerda con Spitz en el hecho de que la relación inadecuada madre-hijo puede provocar trastornos en la alimentación en el niño.

Para Spierling (1993) la relación madre-hijo es tan estrecha, que existe una comunicación a nivel preverbal, los niños observan los cambios de tono de voz, la expresión facial, etc. La autora trata de demostrar a través de casos clínicos como el niño percibe sensorialmente (visual, auditiva o táctilmente) los deseos inconscientes de las madres. Presenta el caso de Pablo de 5 años, el cual era muy sensible a las expresiones de la cara de su madre y también a las entonaciones de su voz, al expresarse abiertamente en una sesión, el niño dijo: "Esta es la cara de enojo que pones..." (p. 13) y como un espejo reflejaba sus gestos, de los que la madre no era consciente.

Hemos dicho ya que el cuidado maternal adecuado es vital para el sano desarrollo del niño. Al respecto Davenport et al. (1984) mencionan los factores que influyen en el desarrollo normal y saludable del niño: una relación estable con la madre, caracterizada por una continuidad en el cuidado, ternura, disponibilidad y tolerancia para ayudar al pequeño a enfrentarse a la frustración, ansiedad, tristeza y enojo.

Por otro lado si este cuidado es ineficiente el niño se verá expuesto al riesgo de presentar trastornos psicológicos que pueden afectar toda su vida. Lo anterior se demostró en la investigación con mujeres adultas deprimidas y no deprimidas de Oakley-Browne et al. (1995), quienes encontraron que los cuidados maternos inadecuados en la infancia incrementan el riesgo de presentar una depresión en la edad adulta.

Se ha mencionado ya la influencia de la madre sobre la presencia de trastornos psicológicos en el niño, por lo tanto creemos necesario mencionar algunos de los factores que pueden afectar la salud mental de las mujeres y especialmente de las que son madres. En primer lugar no debemos olvidar el papel que ha jugado el rol materno en la vida de las mujeres. Este rol se ha convertido en el principal definidor de la vida de ellas. La mujer será amada en la medida que no tenga vida propia y

será rechazada en la medida en que sea autónoma y su vida incluya otros intereses que no sean el cuidado del niño. El cuidado del bebé y del niño, por lo tanto, continúa siendo el dominio particular de las mujeres y éstas a veces se encuentran aisladas de otras madres y con pocos contactos sociales (Chodorow, 1994).

Burín, Moncarz y Velázquez, (1991) mencionan algunos factores de riesgo para la salud mental de las mujeres como son la edad, el nivel ocupacional, el número y edad de los hijos, el estado civil, las situaciones de duelo y la violencia intrafamiliar.

Las autoras agregan que algunos modos de vida tradicionales de las mujeres se han estudiado como factores de riesgo para su salud mental. Entre ellos tenemos al matrimonio, el tener tres o más hijos pequeños, el aislamiento social, la falta de soporte o ayuda por parte de amistades, la falta de comunicación íntima y confidencial con la pareja, etc.

Otra característica que otorga un matiz de riesgo al rol materno es que es cansador, pero la mayoría de las mujeres no lo reconocen como verdadero trabajo, con lo cual no perciben a tiempo su cansancio o bien lo perciben pero postergan su alivio.

El cansancio por el trabajo maternal está asociado con el malestar de las mujeres y suele aparecer bajo la forma de angustia, sentimientos de culpa, hostilidad reprimida o trastornos psicosomáticos. Como vemos las condiciones de vida de las mujeres son factores de riesgo para su salud mental y bajo estas condiciones deben criar y relacionarse con sus hijos.

1.4. RELACIONES MADRE-HIJO INADECUADAS

La falta de armonía en la relación madre-hijo, trae consigo la posibilidad de graves perturbaciones en el pequeño. Spitz (1965, p. 155) afirma que: "las influencias psicológicas dañinas son la consecuencia de relaciones insatisfactorias entre la madre y el hijo...".

En la relación madre-hijo, aquélla es la parte activa y dominante, el niño al menos en sus comienzos, es el recipiente pasivo", esto significa que la madre al tener una personalidad formada influirá por medio de sus actos en la constitución de la personalidad del niño. Por ello, el autor concluye que "las perturbaciones de la personalidad materna se reflejarán en perturbaciones del infante".

Spitz divide las relaciones madre-hijo insatisfactorias en dos categorías: relaciones madre-hijo incorrectas (factor cualitativo) y relaciones madre-hijo insuficientes (factor cuantitativo).

Las relaciones madre hijo incorrectas

Las relaciones madre hijo incorrectas (factor cualitativo) son aquellas en las que la personalidad de la madre es incapaz de ofrecer al niño una relación normal, que sería aquella en la que tanto la madre como el hijo obtienen satisfacción, ella disfruta con su hijo y él con ella. La personalidad materna perturbada actúa como una toxina psíquica; por lo que les llamó a los desórdenes como consecuencia, "trastornos psicotóxicos de la infancia". Existen patrones maternos que se relacionan con una perturbación psicotóxica específica del niño, mencionaremos algunos de ellos.

Repulsa activa o pasiva de la maternidad. En la primera la madre rechaza tanto al embarazo como al niño y éste con frecuencia muere o es abandonado. En el segundo caso la madre rechaza a la maternidad más que al niño como individuo, y éste presenta síntomas orales como dificultad en la succión, vómitos o en casos extremos se puede producir un estado de coma.

Tolerancia excesiva angustiosa primaria (cólico del tercer mes). A esta actitud se le puede considerar una sobreprotección materna, en este caso la madre se muestra demasiado solícita, cuando el bebé llora la madre lo alimenta, lo cual recarga el sistema digestivo del niño. Una madre ansiosa es incapaz de distinguir entre los gritos de hambre y los de otras razones.

Hostilidad disfrazada de angustia (eczema infantil). El estudio psiquiátrico de las madres de niños con eczema revelan que eran mujeres con personalidad infantil, mujeres que presentaban hostilidad manifestada violentamente. Esta hostilidad la disfrazaban de angustia y no les gustaba tocar a sus hijos, pretextando su vulnerabilidad. La falta de cercanía física impide que el bebé logre diferenciarse de la madre y así se dificulta la formación de su yo.

Oscilaciones cíclicas del humor de la madre (juegos fecales y coprofagia). En este caso las madres presentaban cambios cíclicos de humor que duraban de dos a seis meses. Esos estados de ánimo iban desde la hostilidad extrema hasta la solicitud exagerada.

Las madres padecían de depresión. Los niños coprófagos al perder al objeto "bueno", esto es a la madre durante su depresión, elegían como objeto, al objeto fecal, el cual está cargado afectivamente, ya que es parte del cuerpo del infante.

Relaciones madre hijo insuficientes (factor cuantitativo)

En las relaciones madre hijo insuficientes, la personalidad de la madre, es secundaria, aquí lo importante es el tiempo que el niño pasa sin su madre, ya sea por enfermedad u hospitalización del pequeño y que además no se cuente con un sustituto adecuado. Privar al niño de su madre, en el primer año de su vida, dará como consecuencia graves perturbaciones emocionales, las cuales pueden ser desde una depresión hasta un retraso motor.

Sobre las relaciones madre-hijo inadecuadas Anna Freud (1984) afirma que existen diferentes patrones de conducta maternal que son dañinos, la autora los menciona y explica bajo el concepto de la *madre rechazante*. El infante depende totalmente de la madre para la satisfacción de sus necesidades, si ella es una persona proveedora y gratificante, el niño amará las experiencias de satisfacción, a su madre y comenzará a mostrar interés emocional por el mundo externo. De lo contrario, si la figura materna fracasa en su tarea y rechaza los avances del niño, ello producirá consecuencias negativas en sus desarrollo posterior.

No existe un sólo tipo de madre rechazante, sino muchos. Algunas madres están conscientes de su rechazo al infante, pero en otras esto escapa a su control. A continuación, se presentarán diferentes tipos de rechazo al niño según Anna Freud.

Rechazo por renuencia de la madre. En éste ocurren situaciones como las siguientes: Dificultades financieras, ilegitimidad de las relaciones con el padre del niño, carencia del hogar propio. Hay mujeres que están incapacitadas para la maternidad, ya que desean un hijo por orgullo y posesividad, sintiéndose humilladas cuando se descubren mujeres.

Existen madres que oscilan entre el rechazo y la aceptación del rol materno; son las que durante el embarazo se muestran renuentes y después de conocer al niño, se despierta en ella el instinto maternal. La madre que más daño hace al niño no es la que abandona a su hijo, sino la que oscila entre el rechazo y la posesividad, porque el niño no puede desarrollar su capacidad de amor objetal.

Rechazo por anormalidad de la madre. Es el caso de mujeres cuyas personalidades están distorsionadas por elementos psicóticos. La madre psicótica, puede considerar a su hijo como parte de su propio sí mismo; de este modo la simbiosis normal de una madre y su hijo, se transforma en una pareja aislada en un mundo aparentemente hostil. Ésta impide la adaptación normal del niño a su mundo social.

Rechazo por separación. En este grupo, la madre tiene una buena relación con su hijo, pero puede producirse el rechazo provocado por la separación de la pareja (madre-hijo) debido a : viajes de la madre, por sufrir operación, fallecimiento. Para el niño una separación, cualquiera que sea el motivo que la produzca, es un rechazo. Emocionalmente el niño no puede vivir sin una figura materna o sustituta, que sea capaz de satisfacer sus necesidades materiales; además de servir como objeto amoroso, por ello pronto liga su afecto a otra persona. Sin embargo, este afecto estará más lejano de las formas maduras del amor.

Rechazo por inconstancia de los sentimientos. El bebé es muy sensible a cualquier disminución del amor de la madre. Este amor le da seguridad, de lo contrario se siente como "perdido". La madre, además de cuidar a su infante, tiene otras exigencias que cumplir: hijos mayores, marido, o puede suceder la muerte de sus propios progenitores. En tal caso la madre retira transitoriamente su afecto del niño y este reacciona, como ante un rechazo; enfermándose, con regresión, agresión y detención en su desarrollo. Los síntomas antes citados ocurren también si la madre padece una depresión patológica, y el niño podría reaccionar con retraimiento y depresión.

Alternancia de rechazo y aceptación. La relación madre-hijo varía según el niño pasa por diferentes etapas del desarrollo. Esto se debe a que los aspectos cambiantes del niño, despiertan en la madre sus propios conflictos. Actúa en forma rechazante cuando defiende sus propias represiones, y aceptando al niño cuando la conducta de este responde a fantasías y deseos secretos que ella puede tolerar.

Rechazo a pesar de la devoción. Hasta la madre más solícita con su hijo, no puede satisfacer todas las demandas del niño, por lo cual puede convertirse en rechazante ante los ojos del pequeño.

La madre como primer representante del mundo externo se convierte en el símbolo tanto de la frustración como de la satisfacción, tanto del placer como del dolor, de esta manera hasta la madre más devota puede ser vista por el niño como rechazante. Por ello es de gran importancia distinguir entre la fantasía y la realidad entre las actitudes de descuido deliberado y las situaciones inevitablemente difíciles dentro de la relación madre-hijo.

La función que cumple la madre en la vida de su hijo es esencial, sobretodo en los primeros años de vida. Esta relación es muy cercana, por ello es sensible a cualquier cambio en el medio ambiente familiar o a las alteraciones de personalidad de la madre; todo esto se refleja en el desarrollo del niño. Una madre que está satisfecha con su rol materno, puede establecer una buena relación con su hijo y con ello coadyuvar a su buen desarrollo psicológico.

Para concluir, podemos decir que los autores mencionados coinciden en destacar la importancia de que en los primeros años de vida el niño sostenga una relación estable con una figura materna. Especialmente en el primer año de vida, la madre, por medio de sus cuidados y su presencia provee de las experiencias necesarias para la estructuración del yo del niño.

CAPÍTULO 2

DESARROLLO NORMAL DEL NIÑO

Para la presente investigación es necesario conocer como evoluciona el desarrollo normal del niño, y así poder detectar que características de comportamiento son "anormales".

Para comenzar es conveniente definir lo que se entiende por desarrollo. En un principio fue definido como un término biológico que se refería al crecimiento físico. En el momento en que se aplica a las ciencias de la conducta, denota los cambios en la conducta que parecen surgir de manera ordenada, en un espacio de tiempo (Mussen, 1982). Mair (1969) define el desarrollo como la integración de los cambios constitucionales y aprendidos que conforman la personalidad del individuo.

Una de las principales teorías del desarrollo de la personalidad en la cual se basan muchas otras, es la teoría del desarrollo sexual del niño de Sigmund Freud. Siguiendo la línea psicoanalítica Benedek, (1967) define el desarrollo de la personalidad como la interacción de una predisposición innata bajo la influencia del ambiente.

Freud sustentó su teoría sobre la existencia de la libido, la cual Bleichmar (1986) define como una tendencia, una fuerza, generada en el psiquismo y que tiende a la resolución del placer. Freud consideró una serie de etapas de la libido cada una de las cuales representa una fase del desarrollo del niño que se caracteriza por un tipo especial de organización de la libido bajo la primacía de una zona erógena y por el predominio de una forma de relación con el objeto. Se puede agregar que las fases abarcan el conjunto de transformaciones que sufren ciertas conductas infantiles. Estas fases son: oral, anal, fálica, período de latencia, y genitalidad adolescente. (Widlocher, 1973).

2.1 ETAPA ORAL

En la fase oral parte el desarrollo de la personalidad y le corresponde como zona erógena, la boca. La podríamos definir diciendo que en esta etapa el "mundo es un chupable". El movimiento de succión con los labios cuya finalidad no sea la nutrición, es el modelo de las primeras experiencias de placer. Esta forma de satisfacción sexual se apoya en una función corporal como es la alimentación. Más tarde, el chupeteo se independiza de la nutrición y esto se hace más evidente cuando aparecen los dientes y la masticación (Bleichmar, p.6, 1985).

La finalidad de la libido oral consiste en la incorporación del objeto, la cual servirá de modelo de lo que se conocerá como identificación. El bebé al chupar los objetos los incorpora, esto es, los coloca en su boca para investigarlos con sus labios y lengua y así llegar a conocerlos. Como el niño no ha adquirido la noción de sí mismo, ni de los límites de su propio cuerpo; él ama a su madre, al chupón, al pezón, sin diferenciarlos de sí mismo, por ello este período implica "una absorción del objeto donde el tener se confunde para el bebé con el ser" (Bleichmar, p.6, 1985).

En esta etapa la relación madre-hijo es muy estrecha, ya que es ella la que satisface la necesidad de alimento y estimula la zona oral. Freud sostiene que el inicio del amor está ligado a la satisfacción de alimento. Los intercambios afectivos madre-hijo están ligados a los cuidados de la nutrición. Maier (1969) cita a Rado y Fenichel quienes afirman que el sentimiento de la autoestima se adquiere por medio de las satisfacciones relacionadas con la alimentación. El mismo autor señala que Erikson llamó a la etapa oral "adquisición de un sentido de la confianza básica". En el recién nacido, el sentido de la confianza se estimula mediante la sensación de la comodidad física, y la menor cantidad posible de temores, así el bebé extenderá su confianza a nuevas experiencias; por el contrario las experiencias físicas y psicológicas insatisfactorias, conducirán a una percepción temerosa del futuro.

Al igual que Freud, Erikson afirma que el niño establece sus primeros contactos con el medio social, a través de la boca. Así el infante recibe y da amor con su boca, mediante la incorporación. No es la duración del contacto oral, ni la cantidad de alimento, los que determinan la calidad de la relación, sino la naturaleza de los

contactos interpersonales. En este caso es la madre, la que lo acerca a este mundo social y por medio de su amor y el placer en la dependencia, el bebe aprende a confiar en ella, en sí mismo y en el mundo.

Se ha observado en el ambiente escolar (guardería) que este primer contacto madre-hijo se realiza en distintas formas, por ejemplo algunas madres no dan el pecho a sus hijos aduciendo diferentes motivos: no tienen el pezón bien formado, no tienen leche, etc. Otras establecen horarios rígidos en cuanto a la alimentación del niño; otras más no tienen esa necesaria cercanía física con su hijo y no los cargan "para que no se hagan llorones" o que les dan de comer en sillitas desde edad temprana. Como vemos estas no son las formas adecuadas de establecer la tan importante primera relación madre-hijo.

2.2 ETAPA ANAL

En esta etapa, el ano se convierte en la zona erógena principal. Mientras que en la fase anterior, el niño dependía totalmente de la madre y aceptaba todo lo que provenía de ella; ahora el pequeño se enfrenta a un nuevo modo de relación con la madre y el mundo. Comienza el aprendizaje del control de esfínteres el cual representa la primera situación de ambivalencia que vive el niño. Por un lado el pequeño desea agradar a su madre, brindándole sus excrementos que él considera una parte valiosa de su cuerpo; pero por otra parte él desea ejercer su propio poder y retener o expulsar en el momento que él decida. En otras palabras el niño deberá renunciar al placer de jugar a la retención, con lo cual recibirá el reconocimiento amoroso de la madre. Sin embargo esta renuncia a sus "objetos valiosos" deberá ir acompañada por una sustitución de ellos, sobre los cuales pueda desplazar su deseo de manipulación. Estos sustitutos pueden ser los juegos con pasteles de arena y barro y el chapoteo en agua. El aprendizaje del control de esfínteres representa un momento muy importante del desarrollo, ya que la relación de objeto anal se caracteriza por un nuevo sistema de intercambios con la madre, que no solo se refieren a la adquisición de los hábitos de limpieza sino a la adquisición de la autonomía (Widlocher, 1973).

Aquí nuevamente la relación madre-hijo, vendrá a ser definitiva en la construcción de la personalidad del niño. Una madre que es paciente y comprensiva al enseñar

el control de esfínteres y no emplea palabras que hieran el amor propio del pequeño o que apelen a sus sentimientos de vergüenza, favorecerá la rápida adquisición de la limpieza, pero lo más importante es que el niño sabrá que es amado independientemente de la forma en que actúe, lo cual lo protegerá contra los sentimientos depresivos.

Por otra parte una madre demasiado severa con el niño en cuestiones de limpieza marcará un conflicto entre ambos, el pequeño se opondrá a los deseos de su madre y este oposicionismo puede permanecer como un rasgo de carácter que se extenderá a otras adquisiciones.

El niño en esta edad (18 meses a 3 años) tiene un desarrollo neuromuscular más rápido lo que lo lleva al deseo de ejercitar los movimientos de su cuerpo. Es más activo, gritón, agresivo con objetos, por ello es conveniente que se le dé un espacio para jugar de este modo, claro que bajo la vigilancia del adulto. La adquisición de la marcha, le confiere al pequeño cierta independencia. Por medio del incremento de sus capacidades motoras el niño explora el mundo, descubre una gran cantidad de objetos nuevos para él. A través de esta "expansión motora" adquiere confianza y autonomía en sus propios medios.

En esta edad se desarrollan también otras habilidades cognoscitivas. Piaget (1969) afirma que alrededor de los 18 o 20 meses aparece la función semiótica, que significa la evocación de un objeto ausente, lo que lleva a la aparición de la imitación diferida, el juego simbólico, el dibujo, la imagen mental y el lenguaje.

Todo esto dará lugar a un gran despliegue de actividades por parte del pequeño. Al imitar, el niño adquiere nuevos patrones de conducta, principalmente de los padres. Ellos son sus principales agentes socializadores.

Reymond-Rivier (1965) menciona la importancia de la imitación en la adquisición del "no", el cual comienza a emplear el niño a partir de los 15 meses, aunque aún no comprende bien su significado. A medida que crece el pequeño, el "no" se hará más frecuente al oponerse a los deseos de la madre. Esta fase representa la conquista de su autonomía, si es respetada pronto pasará a un período constructivo y cooperativo, de lo contrario pueden presentarse "berrinches" y rebeldía, debido a que tanto la madre como el hijo desean imponer su voluntad.

Dolto (1981) indica que esta etapa del no llevará al niño a la afirmación de su propio yo, con independencia de la presencia o ausencia de la madre.

Simultáneamente a la imitación, aparece el lenguaje, el cual también permite la evocación de acontecimientos no actuales. Se ha observado que el niño comprende el lenguaje antes de poder emplearlo él mismo. Inicialmente utiliza las palabras-frase, las cuales tienen el valor de frases completas. Luego emplea frases de dos palabras, pequeñas frases completas y después adquiere estructuras mentales más complejas.

El elemento afectivo es fundamental para la obtención del lenguaje. Desde el comienzo de la vida, los gritos del bebé atraen la atención de la madre, constituyen por ello un medio de acción sobre los demás. La madre al ocuparse del niño, hablándole, jugando con él, le enseña la lengua materna. La falta de este factor afectivo es el responsable del retraso en el lenguaje en los niños de instituciones. El lenguaje es un medio de contacto y de expresión y por ello de intercambio afectivo (Osterrieth, 1974).

Presenciamos así el surgimiento de una personalidad, con características más diferenciadas e independientes de la madre y del medio ambiente. Como ya lo mencionamos en el capítulo anterior, en las fases del desarrollo de Mahler, del autismo (indiferenciación niño-medio ambiente) el infante continuaba su individuación como ser humano hasta alcanzar la fase de separación-individuación en la cual se constituye como una persona con personalidad propia. En este proceso intervienen factores afectivos, cognoscitivos y medio ambientales.

2.3. ETAPA FÁLICA

Esta etapa comienza aproximadamente entre los 3 y 4 años, en ella los impulsos sexuales se centrarán en los genitales. El concepto de "fálico" se origina en el hecho de que antes de los 5 años, tanto los niños como las niñas, suponen que ambos tienen genitales masculinos (Benedek, 1967). Para los pequeños (as) sólo existe el pene, las niñas piensan que todavía no les crece, y que las mujeres mayores sí lo tienen.

Aparte de la diferencia entre los sexos la curiosidad infantil se centra en el origen de los niños y en el misterio de la relación que sostienen sus padres. Durante los primeros años de vida, el niño mantuvo una estrecha relación con la madre, de la cual dependía totalmente. Ahora (3 ó 4 años) surge la relación triangular (padre-madre-hijo) que reemplaza a la relación dual anterior. Los niños eligen al padre de sexo opuesto, como objeto amoroso. Para el varoncito no existe un cambio de objeto pues la madre y después las otras mujeres continuarán siéndolo toda su vida. En cambio la niña tendrá que desplazar su interés de la madre hacia el padre. Tanto en niñas como niños surgen rivalidades con el padre del mismo sexo, al tratar de ocupar su sitio. El pequeño no desea ser ya el bebé de mamá, sino su novio y esposo y desplazar así a su padre al que considera un rival (complejo de Edipo). Sin embargo, el varoncito también ama a su padre, lo que trae como consecuencia dos situaciones: el temor a la pérdida del cariño del padre y a la amenaza de castración por parte de él, en respuesta a su rivalidad y a sus sentimientos agresivos (Benedek, 1967).

En la niña, ocurre algo similar ya que teme perder los cuidados que le brinda la madre. Freud afirma que la mujercita al darse cuenta que ella no posee un pene, presenta lo que él llama "envidia al pene", lo cual puede marcar a la mujer con un sentimiento de inferioridad. La pequeña al sentirse ofendida en su amor propio por la comparación con el niño del cual piensa que si está completo, renuncia a la masturbación y con ello reprime en algunos casos sus impulsos sexuales. La constitución de la sexualidad femenina termina cuando el deseo de tener un pene es reemplazado por el deseo de tener un hombre que se lo otorgue y un hijo con el cual se sentirá completa (Bleichmar, 1985).

Una de las diferencias entre el complejo de Edipo del niño y la niña, es que para la niña, el complejo de castración hace surgir el complejo de Edipo y para el niño constituye (por el temor a quedar mutilado) la salida de éste. La resolución del complejo queda establecida por medio de la identificación con el padre del mismo sexo y la renuncia a los deseos incestuosos por el padre del sexo complementario.

Se tratarán ahora con mayor amplitud algunos aspectos del desarrollo de la sexualidad femenina, tal como lo plantea Emilce Bleichmar (1985), en algunos de estos aspectos difiere de las ideas de Freud sobre la mujer. La autora sostiene que la identidad de género, esto es, la agrupación de aspectos psicológicos y sociales y

culturales que definen la feminidad/masculinidad, se halla establecida alrededor de los tres años. Como la madre es el objeto amoroso primario de ambos sexos, la adquisición de dicha identidad se ve favorecida en la niña, ya que su madre es su modelo e ideal. Esta temprana identificación lleva a la niña a estructurar su yo ideal femenino primario, el cual aún no tiene conocimiento de la anatomía y la sexualidad femenina. A diferencia de Freud, quién señala que este período preedípico está marcado por la masculinidad de la niña.

La autora afirma que existe una feminidad temprana por identificación con la madre. En este período la madre y todos sus atributos son idealizados por el niño y la niña. Ellos imaginan una feminidad, a la cual no le falta nada. Posteriormente con el comienzo del complejo de Edipo, la niña descubre las diferencias anatómicas. Ahora al descubrir el pene real del padre, el poder se traslada de la madre al padre, "el pene se constituirá en el símbolo del supuesto poder del padre" (Bleichmar, 1985, p. 101). La niña y la mujer se verán insertas en un mundo en el cual el hombre goza de privilegios y que además le devuelve una imagen devaluada de su género -el segundo sexo-.

La madre es la persona que generalmente se encarga de los primeros cuidados y educación de los hijos, por ello consideramos que puede constituirse en un elemento muy importante, para el cambio del rol social de la mujer. Se observa con frecuencia que es la misma mujer la que perpetúa estos roles sociales, al no poder asumirse como un ser humano valioso con una vida propia que realizar. Un cambio en su forma de pensar redundará, en el cambio de educación que proporcionará a su hijo e hija, lo cual a su vez será el inicio del nuevo rol social de la mujer.

Como ya se mencionó en esta etapa se realizan identificaciones con los objetos de amor de los niños -padre y madre-, esto dará lugar a la consolidación de la formación del superyó (amalgama de identificaciones de ambos sexos) el cual queda constituido por dos aspectos: la conciencia moral que es el conjunto de prohibiciones y genera los sentimientos de culpa; el otro aspecto se llama ideal del yo el cual ofrece un modelo idealizado de lo que se debe ser, es lo que impulsa a la búsqueda de metas y al reconocimiento que se conoce como autoestima.

Así vemos la importancia de la relación ahora no solo con la madre sino con el padre, de los cuales el niño extraerá sus características femeninas y masculinas.

En esta etapa el universo del pequeño se amplía aún más, ya que comienza su educación preescolar. Sus movimientos son más seguros y ejercita este dominio en juegos físicos como son: correr, brincar, trepar, etc. También comienza a desarrollar coordinaciones motoras finas como manejar cubiertos, dibujar, colorear, vestir y desvestir muñecas, etc. En el lenguaje el niño utiliza la palabra "yo", ya que antes se designaba por su nombre de pila.

La personalidad del niño continúa madurando: aparecen los primeros rasgos del carácter también se presentan crisis de oposición, se vuelve terco y negativo (Reymond-Rivier, 1965). Como habíamos dicho, ahora el niño entra en contacto con otros pequeños, generalmente al ingresar a un medio escolar. El contacto social propicia su independencia y autonomía y el sentido de solidaridad y justicia. Este contacto sufre una evolución, inicialmente el bebé trata a sus iguales como si fueran objetos: les pega, jala y muerde sin saber que sufren por ello. Posteriormente alrededor del tercer año se observa el juego paralelo en el cual los niños realizan las mismas actividades de su compañerito pero sin interactuar con él, ya existe un placer en estar juntos. El lenguaje aún no es utilizado con el fin de comunicarse con otros niños sino que acompaña sus acciones. Cada niño habla para sí mismo, es lo que Piaget llama el monólogo colectivo. Aproximadamente a los 7 años el lenguaje comienza ya a tener su fin social.

El juego asociativo, sucede al paralelo. Aparecen intentos de organizarse colectivamente, aunque con frecuencia al borde del fracaso, debido al egocentrismo del niño, lo cual quiere decir que este ignora el punto de vista de los demás y los confunde con el suyo. "En el universo egocéntrico de esta edad, el otro comienza por ser percibido, sin duda, sobre todo como una amenaza: no puede en efecto, sino interferir en la actividad individual de cada uno... Así la regla será la existencia de conflictos y disputas..." (Osterrieth, 1974, p. 130).

Con gran frecuencia observamos la descripción que hace este autor de las relaciones sociales del niño, en el medio escolar, frecuentes agresiones verbales y físicas, juegos que comienzan con algunas reglas y en los cuales termina imponiéndose la voluntad de uno de los miembros, lo cual provoca una disputa entre ellos.

Otras características de su pensamiento son el animismo (todo esta vivo) el artificialismo (todo está fabricado). Lo anteriormente descrito hace que el niño viva en un mundo muy diferente del adulto, y éste lo suele olvidar.

2.4 ETAPA DE LATENCIA

A. Solnit, J. Call y C. Feistein (1979) creen que es erróneo considerar a la latencia como un período donde los impulsos sexuales se "aquietan", ya que estos se manifiestan de diversas formas. Lo que realmente se encuentra en latencia son los deseos sexuales dirigidos hacia las figuras parentales.

Berta Bornstein divide la etapa de latencia en dos períodos: latencia temprana (5 1/2 a 8 años) y latencia tardía (8 a 10 años). En la latencia temprana, el niño aún tiene que luchar contra sus deseos incestuosos, los cuales aparecen en momentos de excitación sexual. En ocasiones utiliza defensas como la regresión y aparecen características orales y anales. El superyó es rígido y estricto (Solnit, Call y Feistein, 1979).

En la latencia tardía, el yo del niño es más fuerte y controla mejor la excitación sexual y la masturbación. Benedek (1967) menciona que la edad de la latencia es el período de la formación del carácter. Las tendencias del carácter representan estructuraciones del yo y sus rasgos representan las diferentes organizaciones de la libido, así se pueden describir rasgos caracterológicos orales, anales y genitales. Por ejemplo: coleccionar objetos y deseo del orden (rasgo anal); el gusto por los dulces y recibir regalos (rasgos orales).

La desexualización de sus intereses, permite al niño realizar diversos logros en el mundo social. Éste proveerá de otros modelos de identificación adicionales a los de los padres. Ahora compañeros y maestros son sus objetos de amor y odio. Esta es la etapa de la escolaridad propiamente dicha. Las exigencias hacia el niño son más fuertes. Como ya mencionábamos, liberado de sus luchas afectivas ahora se concentra más en la escuela y el aprendizaje.

El pensamiento egocéntrico de la fase anterior se sustituye por el pensamiento lógico, el cual se basa sobre hechos y objetos y no utiliza las ideas. Este cambio en

el pensamiento traerá consigo un cambio en la percepción del mundo. Antes todo era una proyección de su imaginación veía el mundo a través de sus deseos y temores (las nubes se mueven porque quieren). Ahora a los siete u ocho años busca las explicaciones a los fenómenos. Gusta de los cuentos y sabe que no ocurren en la realidad. También las relaciones interpersonales se tornan distintas, el niño liberado de su egocentrismo, podrá realmente cooperar con el otro, gusta de los juegos organizados. Al tener el concepto del tiempo se interesa en épocas pasadas, costumbres de pueblos y extranjeros, se preocupa del funcionamiento de su propio cuerpo y de la tierra.

Con todo lo anterior, vemos que a pesar de que el término latencia sugiere "quietud" en cuanto a los impulsos sexuales, podemos observar que es un período donde se realizan grandes cambios en la organización del funcionamiento mental.

2.5 ETAPA GENITAL

Cuando mencionamos la palabra adolescencia pensamos en primer lugar en el despertar de las pulsiones sexuales, medio dormidas en la etapa de latencia; en las transformaciones fisiológicas y corporales y en la aparición de los caracteres sexuales secundarios. También es la época en la que el joven abandona el mundo protegido de la infancia y se abre paso a nuevas actividades y "empieza a volar con sus propias alas". Para abandonar al niño que ya no es y afirmarse como una persona autónoma, el adolescente empieza por rebelarse contra la autoridad de sus padres y rechazar los modelos ofrecidos por éstos.

Benedek (1967) menciona que esta fase del desarrollo comienza con la maduración fisiológica del aparato sexual. El término pubertad indica el tiempo de la maduración fisiológica, mientras que el término adolescencia se refiere a la interacción entre los procesos fisiológicos y psicológicos involucrados en este período del desarrollo.

Las diversas manifestaciones de la adolescencia no se deben atribuir solamente a los procesos fisiológicos de la pubertad, sino que en ella también intervienen factores sociológicos y culturales. Los cambios fisiológicos de la pubertad se efectúan en promedio entre los diez y catorce años de edad. Al iniciarse esta etapa

se reactivan los conflictos preedípicos y edípicos. El adolescente busca entonces escapar de sus padres, por quiénes siente rechazo. Esto puede entenderse en función de los impulsos inconscientes sentidos hacia los padres, que hacen que surja la culpa edípica, con más fuerza que antes (Ajuaguerra, 1975).

Ahora el joven debe encontrar fuera de la familia figuras con las cuales identificarse, que tomen el lugar de los padres, a los que ahora desdeña. Con el tiempo deberá encontrar nuevos objetos amorosos a los que pueda unirse sin el miedo de sufrir la culpa edípica. Las nuevas figuras de identificación y los nuevos objetos amorosos los puede encontrar el adolescente en los adultos que lo rodean como pueden ser los maestros, a los cuales idealiza y a la vez toma como modelos de identificación. Es necesario mencionar que esos objetos amorosos y figuras de identificación son una solución de compromiso ya que el adolescente siente fuerte deseos inconscientes por el padre del sexo opuesto, quién le está prohibido para siempre. En un principio le resulta imposible aceptar como persona amada o admirada a alguien muy diferente del padre al que ha renunciado. Sin embargo, con la ayuda de otras figuras de identificación y nuevos objetos amorosos, el joven erigirá su capacidad de elegir a su pareja heterosexual entre los miembros de su grupo.

La adolescencia es una etapa que beneficia al ser humano en cuanto que le permite experimentar muchos cambios antes de que su personalidad cristalice en su forma adulta.

CAPÍTULO 3

PRINCIPALES TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS EN LA INFANCIA

3.1. ANTECEDENTES

Como ya se ha expuesto en otros lugares de la presente investigación, la relación madre-hijo influye en la formación de la personalidad del niño. La calidad de la relación y también su cantidad, contribuirán a una adecuada adaptación social o a la aparición de trastornos psicológicos en el niño. Por ello en este capítulo expondremos algunos de los trastornos conductuales y psíquicos que pueden aparecer en el pequeño durante su desarrollo. Para comenzar, se presentará una breve exposición acerca de la historia de la psiquiatría infantil.

A través de los siglos la actitud hacia los niños se ha ido transformando. En la Edad Media, el cuidado de los niños era delegado en nodrizas y a partir de los 10 años comenzaban a trabajar de aprendices. Posteriormente a fines del siglo XVIII surge el movimiento religioso de la Reforma el cual provoca un cambio en el trato hacia el niño. El trabajo infantil se restringe. Se cree que el alma infantil es inocente y desamparada, se enfatiza su educación en aspectos morales y religiosos. Esta modificación del rol social del niño trae como consecuencia cambios en las prácticas de crianza.

Parry-Jones (1989) reseña los antecedentes de la psiquiatría infantil. Señala que el estudio científico del niño es relativamente reciente. A mediados del siglo pasado surge la pediatría como una especialidad médica. La literatura sobre la "locura infantil" es escasa. En 1755 el médico francés Brouzet escribió sobre los celos y la rivalidad infantil. A principios del siglo XIX se reportan sobre todo casos poco usuales de problemas mentales. Se creía en ese tiempo en el origen orgánico de los trastornos mentales, ya que la mente infantil es inestable y las impresiones mentales no tienen efectos duraderos.

En Inglaterra, a mediados del siglo XIX, West incluye por primera vez en sus escritos sobre pediatría, los desórdenes mentales en los niños. Se comienza a tomar en cuenta el efecto de las actitudes de padres y maestros sobre los sentimientos del niño. Se toman en consideración los aspectos psicológicos como causas de los trastornos mentales, además de los orgánicos.

Ajuriaguerra (1975) refiere que en Francia a fines del siglo XIX, los primeros pasos en el tratamiento de deficiencias sensoriales y retraso mental, los inician Pestalozzi, Seguin y Pereire. Seguin junto con el psiquiatra Esquirol constituyen el primer equipo médicopedagógico.

L. Kanner considera que en las primeras 4 décadas del siglo XX, se realizan los siguientes avances: en la primera aparecen las tendencias dinámicas con S. Freud; en la segunda se abren los primeros centros de reeducación para delincuentes infantiles; en la tercera se fundan centros de orientación infantil y en la cuarta se aplican los métodos psicoterapéuticos, principalmente con orientación psicoanalítica (Ajuriaguerra, 1975).

Parry-Jones (1989) menciona que la teoría psicoanalítica tuvo gran influencia sobre el estudio del niño y su desarrollo. La aplicación de sus técnicas en los niños comienza con Hug-Hellmuth, Melanie Klein y A. Freud. En los años veinte se inicia el establecimiento de clínicas para niños, con la participación de un equipo interdisciplinario formado por un psicólogo, un psiquiatra y un asistente social.

Añade que en los últimos treinta años, han surgido grandes progresos en los conocimientos sobre la niñez y la familia que principalmente se deben a la influencia de los campos social, educativo y pediátrico. Sin embargo en el área específica de la psiquiatría infantil, no se ha avanzado mucho en lo que se refiere a la comprensión y tratamiento de los trastornos psiquiátricos.

3.2.PROBLEMAS DE CONDUCTA

Reca (1961) señala que la aparición de los problemas psiquiátricos infantiles se deben a dos factores principales: los síntomas de origen orgánico en los cuales el sistema nervioso no ha alcanzado madurez o ha sufrido lesiones y aquellos

síntomas que surgen por la perturbación de la vida afectiva del niño y que casi siempre se relacionan con la esfera interpersonal. Recalca que ni unos ni otros, actúan en forma separada. La autora define problema de conducta como "anormalidades no ocasionadas por enfermedad, lesión o desequilibrio mental fundamentales" (Reca, 1961, p. 62).

En relación al concepto de problema de conducta, Kanner (1972) se pregunta si hay alguien que no haya manifestado en su niñez o adolescencia alguno de estos problemas ya que muchos niños "se comen las uñas, se masturban a veces, tienen problemas en relación a la comida, etc."; pero gracias a que sus padres saben manejar estas situaciones, los pequeños no son llevados a las clínicas. Se ha visto en algunos estudios que los niños que no son atendidos en clínicas, también presentan hiperquinesia, fobia, enuresis, etc.; por lo cual el autor plantea si estas características indican un trastorno o son simples fenómenos temporales, producto del desarrollo normal.

Así vemos que con frecuencia se presenta dificultad al definir que es lo "normal" y lo "patológico". Estos conceptos se modifican según la época, la sociedad y la edad del individuo. Definir estas palabras es aún más complejo en el niño. La niñez es un período de constantes cambios y en cada etapa se presentan diferentes situaciones conflictivas y también diferentes maneras de resolverlas. Hartmann enfatiza el hecho de que no se puede comprender el desarrollo de la neurosis, sin un conocimiento profundo y completo del desarrollo normal. Asimismo A. Freud y M. Klein coinciden en señalar que para clasificar una conducta como normal o patológica, es necesario tomar en cuenta la edad y la estructura total de la personalidad (Ajuriaguerra, 1975).

Ajuriaguerra (1975) considera importante no examinar un síntoma aisladamente sino dentro de un síndrome, ya que en la infancia hay algunos factores que pueden ser patógenos, pero por sí solos no son causa de neurosis o psicosis. Kanner (1972) señala que no se debe limitar la psicoterapia a la curación del síntoma, sin embargo es importante considerar algunas de las funciones que desempeña éste: como señal, ya que llama la atención sobre algo que le está sucediendo al niño; como medio para solucionar problemas, el niño intenta por medio del síntoma recuperar su tranquilidad afectiva.

Telma Reca (1961) menciona que una de las causas de los trastornos psicológicos son las relaciones interpersonales defectuosas. El niño requiere de la protección de los adultos para su desarrollo, si éstos experimentan ansiedades o rencores y los proyectan sobre los hijos, la personalidad del pequeño se formará en un ambiente afectivo poco propicio para su crecimiento. Como ya expusimos en el primer capítulo, la separación de la madre o un cuidado materno inadecuado producirán graves trastornos en el desarrollo psicológico del niño.

Dentro de los problemas de la conducta mencionaremos: los trastornos de alimentación, del sueño, del control de esfínteres, la mentira y la agresividad.

3.2.1. Trastornos de la alimentación

El reflejo de succión y deglución aparece tempranamente en el niño. Los movimientos de succión labial existen desde el nacimiento (Ajuriaguerra, 1975). Como ya se había mencionado anteriormente, la oralidad es una de las primeras formas de la relación con el mundo externo y la persona que generalmente alimenta al bebé es la madre. Sin embargo alimentarlo no es simplemente un acto físico, sino una situación que engloba diferentes aspectos: por una parte la satisfacción del hambre y de la necesidad de succión, por otra la actitud de la madre, su forma de abrazar y hablar al bebé.

Como vemos las primeras formas de relación madre-hijo se establecen a través de la alimentación. De este hecho pueden surgir algunas dificultades en la nutrición, si la madre no sabe manejar adecuadamente la alimentación del bebé. Algunas madres experimentan un placer narcisista al ver comer a sus hijos sin problemas, Esto las libera de culpas, en cambio el niño que come poco desespera a la madre ansiosa. Kanner (1972) refiere que el rechazo de los alimentos también llamado anorexia, es una dificultad que surge en la época moderna, ya que en los pueblos primitivos no existía, y cita a Brenneman, el cual informa que este problema es poco común en la gente de bajos recursos.

Anna Freud (1965) menciona que los primeros trastornos aparecen en la lactancia al pecho y puede deberse a problemas de la madre (pezón invertido, insuficiente flujo de leche, ansiedad al amamantar) o del niño (dificultad en el reflejo de succión

o respuesta a la ansiedad de la madre). Posteriormente, aparece rechazo al alimento en el período del destete, al efectuarse el cambio de la alimentación y éste puede ser pasajero. Esta autora y otros mencionan que la evitación de ciertos colores, olores y consistencias de los alimentos, deriva de defensas contra las tendencias anales y con ello evitar la regresión a la lactancia con sus "sucios" hábitos.

3.2.2. Trastornos del sueño

El sueño es una necesidad fundamental de la vida. El sueño y la vigilia forman parte del ritmo biológico del hombre. Las perturbaciones del sueño representan desorganizaciones de este orden natural (sueño-vigilia) y producen cambios importantes en el organismo. A continuación se mencionarán algunas de estas perturbaciones.

Terrores nocturnos. Kanner (1972) afirma que los terrores nocturnos se asocian con otros desarreglos en el sueño como intranquilidad, somnolencia y gritos. Ajuriaguerra (1975) señala que tanto la pesadilla como el terror nocturno corresponden a manifestaciones de la angustia infantil y expresan un conflicto interno no resuelto. Durante el terror nocturno el niño grita, se levanta o sienta en su cama o corre, su cara se desfigura por el terror; no reconoce las personas a su alrededor, sin embargo acepta que lo consuelen. Al terminar la reacción, el niño se duerme apaciblemente, hay amnesia del episodio. Se presenta generalmente entre los 4 y 7 años, es raro que aparezca después de la pubertad.

Insomnio. Ajuriaguerra (1975) menciona que si se presentan dificultades para conciliar el sueño o la tendencia a despertarse durante la noche, generalmente se correlaciona con la existencia de un problema familiar; añade que entre los 3 meses y el año, el insomnio se puede atribuir a la aparición de los dientes, pero también a la falta de estimulación afectiva y motriz. Entre 1 y 3 años las dificultades en el sueño son frecuentes. También aparecen los rituales de adormecimiento que consisten en diversas actividades como son chuparse el dedo, acariciarse la mejilla o la oreja, acostarse al lado de un osito de peluche etc.

A. Freud (1965) menciona que en las "batallas contra el sueño" lo que sucede es que dormir ya no es un acto puramente físico sino que ahora el niño que ya ha

diferenciado el sí mismo del mundo de los objetos, comienza a tener mayor interés por el mundo exterior por lo cual presenta dificultad en retirar la libido y los intereses del yo del mundo externo y dirigirlos hacia sí mismo, lo cual es necesario para conciliar el sueño. Otros autores mencionan que el insomnio puede presentarse debido al temor de separarse de la madre o bien durante el aprendizaje del control de esfínteres, nacimiento de hermanos u hospitalización.

Entre los 3 y 5 años se presentan perturbaciones en el sueño que son ligeras y desaparecen espontáneamente, si persisten y se agravan indican un trastorno emocional serio (Ajuriaguerra, 1975).

3.2.3. Trastornos del control de esfínteres

La emisión voluntaria de orina depende de la maduración del sistema nervioso, por ello la incontinencia urinaria es normal en la primera infancia. El control de esfínteres comenzará a partir de cierto grado de madurez del sistema nervioso y sobre la base de un aprendizaje.

La enuresis es la falta de control en la emisión de orina, tanto diurna como nocturna y que se mantiene o aparece después de los 3 años, que es la edad designada como de madurez fisiológica (Ajuriaguerra 1975). Este autor señala que existen la enuresis primaria y la secundaria. En la primaria nunca se ha establecido el control y en la secundaria el síntoma se presenta después de un 1 año o más de haberse dado el control de esfínteres.

Para Telma Reca (1971) la enuresis no es una enfermedad sino un síntoma que puede pertenecer a otros cuadros clínicos. La autora por medio del examen de diversos estudios y de su propia experiencia clínica menciona algunas causas de la enuresis: rechazo, ansiedad o crueldad de ambos padres, en particular de la madre; no enseñar al niño a controlar los esfínteres, en un intento de mantenerlo como si fuera menor a su edad; el nacimiento de un hermano; la actitud ansiosa y sobreprotectora por parte del padre o madre también enuréticos, al establecer el control de esfínteres del hijo, porque les recuerda su propia problemática y por último como ya se había expuesto una educación esfinteriana demasiado severa y rígida.

Se ha observado en las madres y el personal de una estancia infantil, el deseo de que los niños aprendan tempranamente el control de esfínteres y además de que lo logren rápidamente. Con frecuencia regañan a los niños que tienen un "accidente", llamándole sucio o pegándole incluso en ocasiones.

Encopresis

La encopresis es la defecación involuntaria de un niño de más de dos años, que no es provocada por ninguna enfermedad física (Kanner, 1972). Nuevamente se menciona aquí, como en la enuresis, la encopresis primaria y secundaria. En la primaria, el niño no adquiere el control intestinal y en la secundaria, tras un período de limpieza, se presenta una regresión a una fase anterior (Ajuriaguerra, 1975).

Coinciden algunos autores en señalar, que este síntoma se puede presentar al ingresar el niño a la escuela, al nacer un hermano o con la separación transitoria de la madre. La encopresis se presenta con mayor frecuencia en los varones que en las niñas. Ajuriaguerra (1975) cita algunas investigaciones sobre la personalidad del niño encopretico en las cuales se señala que presenta rasgos de pasividad, agresividad inhibida, falta de madurez, contacto alterado con la madre, etc. En otros estudios sobre el medio familiar, se señala que las madres de estos niños, generalmente son ansiosas y sobreprotectoras. Los padres presentan estructuras psíquicas perturbadas; las relaciones madre-hijo se caracterizan por ambivalencia materna y conducta de rechazo. El niño utiliza el síntoma como una forma de agresión y de búsqueda de atención. Estas investigaciones enfatizan dos aspectos del trastorno de la encopresis: generalmente se realiza un aprendizaje temprano y severo del control de esfínteres y la importancia del vínculo madre-hijo.

3.2.4. LA MENTIRA EN EL NIÑO

El niño durante los primeros años de vida, en especial de los tres a los cinco años, tiene una imaginación muy rica, por ello pasa mucho tiempo creando juegos en los que inventa situaciones y personajes imaginarios. A veces el niño relata sus juegos a sus padres como si fueran hechos reales. Esto puede provocar que ellos le prohiban contar esas mentiras, porque piensen que el niño se puede convertir en

una persona mentirosa. Esto no es verdad, esta actividad es normal y natural en el niño. A través de esta actividad fantástica desarrollada en sus juegos, el niño puede liberarse de muchas tensiones a las que lo sometemos los adultos; en ella resuelve sus temores, preocupaciones y miedos (Osterrieth, 1974).

Si un niño pasa demasiado tiempo en estas actividades imaginarias, debemos preguntarnos qué le preocupa. Hay padres que son muy exigentes, que piden a los niños más de lo que pueden dar de acuerdo a su edad; entonces el niño tendrá que mentir para evitar esa situación difícil.

3.2.5. LA CONDUCTA AGRESIVA EN EL NIÑO

La agresividad en el hombre es un hecho que no podemos negar. Sin embargo, durante mucho tiempo se pensó que el niño era una criatura "blanda y pura" y no se tomaron en cuenta sus manifestaciones agresivas. Actualmente se sabe que desde una edad muy temprana se manifiestan las pulsiones agresivas. La agresividad es uno de los componentes de la afectividad humana. Este término no sólo se aplica a las situaciones en que se realiza una agresión, sino a las cualidades como la ambición, la iniciativa, la decisión y el valor.

Goodenough ha estudiado el cambio de las conductas agresivas en los niños pequeños: en niños menores de un año, la mayoría de sus rabietas se producen durante los cuidados corporales como el baño, el vestido o bien por malestares físicos. A los dos y tres años los principales conflictos se asocian con la autoridad materna al establecerse los primeros hábitos y las dificultades sociales con los compañeros de juegos. Entre los tres y cuatro años se producen por conflictos con los compañeros de juegos y por conflictos con la autoridad. Desde los cuatro años, la mayor frecuencia de conductas agresivas se debe a las dificultades en las relaciones sociales. Las conductas agresivas se presentarán posteriormente al encontrar obstáculos a sus planes e intereses (Ajuriaguerra, 1975).

Bender menciona la importancia de la agresividad en el niño, principalmente en el juego. Ésta contribuye al dominio del cuerpo y de los objetos, al poder tener el placer de destruir y de reconstruir. Poco a poco, por la influencia del medio ambiente, la agresividad se manifestará en forma indirecta y socializada. El autor

ha encontrado en 83 casos de agresividad infantil, el miedo del niño a ser destruido por la agresividad del adulto.

Otros autores English y Pearson piensan que el niño presenta reacciones agresivas en determinadas circunstancias: cuando se encuentran en peligro y tratan de destruir a la persona temida; al sentirse privados de un placer su cólera se dirige a la persona que provoca tal privación. Al respecto Noshpitz menciona que los niños agresivos son aquellos cuyas desmesuradas exigencias han sido siempre satisfechas y que no pueden soportar la más mínima frustración; o bien niños faltos de afecto, donde el rechazo materno puede provocar en ellos enojo, desconfianza u hostilidad.

3.3. ORGANIZACIONES NEURÓTICAS EN EL NIÑO

Ajuriaguerra (1975) opina que las neurosis infantiles son entidades diferentes de las del adulto, pues en el niño son cuadros con límites imprecisos y no organizaciones fijas e irreversibles como en el adulto. El síntoma parece originarse en un conflicto, como una defensa que surge en el momento necesario.

Por ello la neurosis infantil puede ser en ocasiones un "trastorno reactivo del comportamiento", lo que significa que el trastorno es una expresión de intolerancia frente al medio ambiente del pequeño y que desaparece cuando la situación inadecuada concluye.

Pero la neurosis infantil también puede designar un "estado mórbido" que aparece sobre una organización neurótica subyacente. De cualquier forma en la infancia no se puede hablar de una neurosis claramente estructurada como la del adulto. El síntoma neurótico en la infancia debe ser valorado de acuerdo a la historia del niño y al significado que tiene en la personalidad total de éste.

A continuación describiremos las diferentes organizaciones neuróticas en el niño: ansiedad, fobias, obsesiones y compulsiones y depresión.

3.3.1. Ansiedad en el niño

De acuerdo a diversos autores, se define a la ansiedad como un temor vago que no depende de un estímulo externo específico. La ansiedad puede provocar diferentes síntomas y de acuerdo a Kanner (1972) es el objeto básico de estudio de la psiquiatría. Freud y otros autores señalan que la ansiedad es de naturaleza hereditaria. E. Jones la llama capacidad innata de sentir miedo. O. Rank cree que el nacimiento es la primera situación de ansiedad, aunque otros investigadores difieren de él, ya que no creen posible que el bebé pueda guardar el recuerdo del nacimiento.

Freud piensa que se retienen solamente las sensaciones táctiles y cenestésicas. Para Phyllis Greenacre, la angustia del nacimiento significa el prototipo somático que posteriormente aparecerá como esquema de conducta al sentirse la ansiedad (Ajuriaguerra, 1975). Ajuriaguerra describe las formas de ansiedad que explicamos a continuación.

Ansiedad episódica. Se presenta durante situaciones médico- quirúrgicas y en enfermedades por altas temperaturas. Al concluir la enfermedad las crisis desaparecen dependiendo del ambiente y de la personalidad del niño.

Ansiedad aguda. La causa que precipita esta crisis, puede ser el fallecimiento de un familiar, dificultades escolares, experiencias sexuales. Estas condiciones sólo precipitan la ansiedad ya que sólo aparecen en niños con una personalidad insegura y donde la agresividad no se manifiesta y se dirige contra sí mismo. Generalmente el pequeño vive en un ambiente rígido y falta de creatividad. La ansiedad aguda también se manifiesta por las noches en la forma de pesadillas o de terrores nocturnos. Las crisis agudas pueden desaparecer o prolongarse en una ansiedad latente que evoluciona hacia una estructura neurótica.

Ansiedad crónica. En este caso el niño presenta temor permanente y miedos a peligros provenientes del interior y del exterior. Se encuentran trastornos psicósomáticos: trastornos del sueño, del apetito. Este tipo de ansiedad se presentan en momentos críticos del desarrollo como la pubertad y puede evolucionar hacia la fobia.

Ajuriaguerra (1975) menciona también que no es tan importante de donde provenga la ansiedad, sino su manejo y canalización, esto es la capacidad del yo para manejarla; lo que hace la diferencia entre el individuo que tendrá un equilibrio mental y el que presentará posteriores trastornos neuróticos.

Para Kanner (1972) la ansiedad puede surgir por: contagio, el niño padece de ansiedad por la absorción de los temores de los padres o por un acontecimiento perturbador y repentino.

3.3.2 Fobias en el niño

Ajuriaguerra (1975) define a la fobia como un temor injustificado e irrazonable ante algunos objetos o situaciones. "El síntoma fóbico es un mecanismo de defensa que provoca el desplazamiento de la angustia, para conseguir su apaciguamiento, sobre un objeto fóbico exterior a él. El objeto fóbico tiene, pues, un valor sustitutivo; no es más que el disfraz simbólico de lo que reemplaza (p. 625).

Las fobias son muy frecuentes en la infancia. Se han descrito gran cantidad de objetos "fobógenos": animales grandes y pequeños, personajes irreales, elementos naturales, espacios abiertos y cerrados, etc. Diversos autores mencionan que existe un miedo normal, el cual es una reacción útil que sirve para la supervivencia del ser humano, al prevenirlo de un peligro. En las fobias también se presentan miedos, pero éstos no están justificados por ningún hecho real y como ya se dijo sirven para disminuir la angustia, aunque en ocasiones no consiguen su fin y se van extendiendo a un mayor número de objetos, lo que impide el desenvolvimiento normal del niño.

Anthony señala que hay miedos característicos de algunos estadios del desarrollo, por ejemplo: el lactante se asusta por ruidos fuertes; a los 9 meses siente temor ante los extraños. A los 2 y 3 años predominan miedos a los animales. A partir de los 3 años aparece el miedo a la obscuridad que frecuentemente es equivalente a la soledad.

En los años preescolares se incrementa el temor a los animales que comen y muerden. Posteriormente cuando el niño ya tiene el concepto del tiempo aparece el temor a desgracias que pudieran ocurrirle en el futuro. Hacia los 8 años aparece la fobia a la muerte, cuya esencia es la ansiedad de separación. Freud considera que la angustia en las fobias a los animales se deben al temor ante la castración (Ajuriaguerra, 1975).

A. Freud (1971) menciona que ciertos miedos son "angustias arcaicas" y las cree innatas. Dentro de éstos se encuentran el miedo a la obscuridad, a la soledad, al trueno, al viento, etc. Ajuriaguerra (1975) sostiene que estos miedos no son innatos sino que son respuestas a perturbaciones del niño ante un mundo que aún no conoce. Para la corriente conductual, las fobias son respuestas aprendidas en las cuales ocurren una asociación entre el objeto fóbico y una situación que provoca miedo. Se ha visto que las fobias remiten espontáneamente, sin embargo no es conveniente tomarlas como algo banal.

3.3.3. Obsesiones y compulsiones en el niño

"Las obsesiones son ideas que acosan irresistible y angustiosamente la conciencia e interrumpen el desarrollo ordenado del pensamiento o la acción; el enfermo las siente como algo extraño y ajeno a su conducta habitual, pero no puede desprenderse de ellas..."(Kanner, 1972, p. 645). Las compulsiones se definen como la realización incoercible de ciertos actos.

Se observa que los autores no concuerdan sobre la presencia de neurosis obsesivas en los niños. Algunos creen que el síndrome obsesivo no aparece antes de la pubertad y que es necesario que el niño adquiera cierto grado de maduración para poder producir ideas obsesivas. Ajuriaguerra (1975) afirma que en la actualidad se admite que los trastornos obsesivos pueden aparecer a edad temprana, pero no por debajo de los 7 años, ya que es necesario cierto grado de madurez mental.

Al describir los síntomas obsesivos en el niño es importante no sacarlos fuera de su contexto, ya que durante la niñez aparecen diferentes rituales y conductas estereotipadas que pueden corresponder a fases normales o anormales del desarrollo, por ejemplo los rituales del sueño (chuparse el dedo, abrazar objetos, mantener la puerta abierta).

También se presentan otras características obsesivas en el niño al efectuarse el aprendizaje de la limpieza, el pequeño solo desea orinar en su propia bacinica y no hacerlo fuera de su casa. Si los padres acceden tranquilamente a las peticiones del niño, estos ritos no serán duraderos, por lo contrario si se muestran intolerantes, el niño exigirá cada vez más y los rituales podrían incrementarse.

Durante la latencia pueden observarse ciertas "manías" como coleccionar estampillas, comerse las uñas, chupar las puntas de los lápices. Estas costumbres pueden convertirse en ideas obsesivas, pero generalmente no llegan a serlo.

Algunos autores consideran que este trastorno puede ser hereditario, ya que se ha observado que los niños obsesivos suelen tener familias obsesivas. El papel de la herencia debe ser tomado con cautela, ya que la experiencia clínica demuestra la influencia de un factor dinámico como el mecanismo de desplazamiento: los actos del obsesivo (rumiación de una idea, constante repetición de un acto) impiden que vuelva a la conciencia un recuerdo desagradable. Se ha visto que la obsesión se presenta en niños con padres excesivamente perfeccionistas (Kanner, 1972). P. Adams (1979) describe a los padres como convencionales y rígidos.

3.3.4. Depresión

El palabra depresión no significa lo mismo para el niño que para el adulto. En el niño la depresión representa una experiencia diferente de acuerdo a la edad. Según Nissen la forma de expresión de la sintomatología depende de la edad: se observa que los lactantes y los preescolares manifiestan su depresión por síntomas psicósomáticos (enuresis, miedos nocturnos, crisis de llanto y gritos). En la edad escolar, los síntomas depresivos se expresan principalmente en la esfera cognitiva: ideas e impulsos suicidas, sentimientos de inferioridad y depresión (Ajuriaguerra, 1975).

Calderón (1987) citado en (Guerrero e Hidalgo 1992) menciona que el niño experimenta diversas formas de depresión según su etapa de desarrollo. Desde que el niño nace hasta aproximadamente los dos años, la depresión puede aparecer después de la pérdida de la figura materna o bien la pérdida imaginaria de la relación con la madre por la llegada de un hermano.

La depresión del niño pequeño se muestra en la depresión anaclítica que Spitz (1965) describe en los niños entre los 6 y los 18 meses, los cuales han sido separados de sus madres. En estos pequeños se observan: autoestimulaciones (balanceos y/o autoagresividad), retraso psicomotor en el andar y en el habla, los niños no juegan y se aíslan.

Como ya dijimos, cuanto más pequeño es el niño las reacciones depresivas se expresan por medio de la sintomatología psicósomática como son la anorexia, trastornos del sueño, afecciones dermatológicas, respiratorias, etc.

Entre los 2-3 años a 12-13 años, el niño dispone de medios más elaborados para responder ante las situaciones de sufrimiento a las que se enfrenta, si bien pueden presentarse estados depresivos, es más frecuente hallar conductas de protesta contra los efectos de la depresión. Por ello son habituales los trastornos de comportamiento como agresividad, cólera, inestabilidad, etc. (Ajuriaguerra, 1982).

Ajuriaguerra (1982) menciona los antecedentes de los niños que presentan trastornos depresivos entre los cuales se encuentran la situación de pérdida y el contexto familiar.

En la historia de los niños depresivos es frecuente encontrar una pérdida real (fallecimiento de los padres, hermano o abuelo), separación de los padres o alejamiento del niño por hospitalización. En ocasiones la separación es solo imaginaria, debida a la sensación de no ser amado.

En cuanto al contexto familiar de los niños deprimidos, los estudios de Poznanski, Zrull y Penot destacan algunos puntos: frecuencia de antecedentes de depresión en los padres, principalmente en la madre. Dicha frecuencia se explica por a) identificación con el padre deprimido y b) el sentimiento de que la madre es inaccesible y no está disponible, y el niño no es capaz de consolarla, gratificarla o satisfacerla, ello provoca en el pequeño sentimientos de frustración y de culpabilidad. Tenemos entonces un cuadro donde hay carencia materna: contacto madre-hijo con poca estimulación afectiva, verbal o educativa. Frecuentemente uno de los padres es rechazante, mostrando desvalorización, agresividad, hostilidad o indiferencia hacia el niño (Ajuriaguerra, 1982).

Creemos que el medio ambiente familiar es muy importante en el origen de los trastornos neuróticos, ya que allí surgen las situaciones y experiencias que gestan los trastornos psicológicos.

CAPÍTULO 4

PRINCIPALES TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS EN EL ADULTO

4.1. ANTECEDENTES

Hemos mencionado ya que la calidad de la relación madre-hijo influye en la formación de la personalidad del niño. Una madre que presente trastornos psicológicos puede perturbar el desarrollo normal del niño, ya que el pequeño es totalmente dependiente de ella. Por ello en este capítulo presentaremos los principales trastornos psicopatológicos en el adulto.

La psiquiatría se ocupa del estudio de las manifestaciones y los tratamientos de las anomalías en el funcionamiento de la personalidad, que afectan la vida subjetiva del individuo o sus relaciones con los demás.

El origen de la mayoría de los conceptos científicos de la psiquiatría tiene su raíz en épocas remotas. Las referencias a las enfermedades mentales en los escritos antiguos de Egipto, India, China, Grecia y Roma revelan el comienzo de las principales corrientes del pensamiento que ahora predominan en el desarrollo de la psiquiatría. Hipócrates (460-375 a. c.) clasificó las enfermedades mentales en manía, melancolía y frenitis. Sus descripciones de las enfermedades indican que ya entonces se conocían la epilepsia, la histeria y la psicosis postparto. Hipócrates rechazó también la influencia de los dioses como causa de la enfermedad mental.

El problema de las enfermedades mentales también preocupó a los filósofos griegos; Empédocles habló de la importancia de las emociones y señaló que el amor y el odio eran fuentes fundamentales que determinaban cambios en la conducta humana. Así los comienzos de una de las corrientes principales de la psiquiatría y psicología, la psicodinámica, se encuentra en el periodo grecorromano.

Posteriormente vino una etapa oscurantista en la cual reaparecieron las explicaciones espiritistas y los exorcismos, con los cuales disintieron algunos individuos; por ejemplo Francis Bacon y otros filósofos del siglo XVII. Ellos reconocieron que las funciones de la mente eran de gran importancia en el orden natural del universo (Noyes y Kolb, 1968).

Kraepelin (1856-1926) elaboró la primera descripción de lo que él creyó eran las entidades de enfermedad mental. Su sistema de clasificación se basó en descripciones, síntomas, y resultados finales. Sin embargo no tomó en cuenta la vida interna de los pacientes, y su trabajo contribuyó poco a la comprensión de los trastornos mentales y las fuerzas psicodinámicas que actúan en ellos (Noyes y Kolb, 1968).

Una de las principales corrientes psicológicas de este siglo es sin duda el psicoanálisis, cuyo principal representante es Sigmund Freud quien construyó un sistema de psicología que llamó psicoanálisis. Su objetivo es descubrir los conflictos motivadores que determinan la conducta, ya sea normal o patológica. Freud propuso que gran parte de la vida mental ocurre más allá del alcance de la percepción, y es inconsciente. Empleó este término para denominar a los impulsos, deseos, y respuestas emocionales que son inaccesibles a la parte consciente de la personalidad. Este autor centró su estudio en las neurosis.

Describiremos algunos de los principales trastornos psicopatológicos que se presentan en el adulto. La psicopatología es la definición de los trastornos en el funcionamiento de la personalidad, e incluye las variaciones en las pautas totales de las reacciones del individuo ante la vida.

Hace algunos años la clasificación de los trastornos de origen psicógeno: aquellos que no se asocian a un cambio fisiológico o estructural en el cerebro, era la siguiente: trastornos psicóticos, neuróticos y trastornos de la personalidad.

Actualmente la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10), continúa empleando el término de neurosis como un principio de organización y para permitir la identificación de trastornos que algunos usuarios aún consideran como neuróticos.

El DSM-IV ya no utiliza la palabra neurosis, sin embargo, en términos generales los síntomas descritos en éste corresponden a los de la clasificación tradicional. Creemos que es necesario mencionar ambas clasificaciones para poder complementarias, por otra parte en las investigaciones que se presentarán más adelante los diagnósticos empleados se basan en el DSM-IV.

4.2. TRASTORNOS NEURÓTICOS

Las neurosis son un grupo de trastornos de la personalidad, los cuales se caracterizan por: conservar el juicio de realidad; presencia de conciencia de la enfermedad; trastornos del comportamiento en el plano social que no son graves, pero si son invalidantes para el sujeto y alteran la capacidad de comunicación (Pancheri, 1979).

Estos trastornos surgen del esfuerzo que hace el individuo para manejar problemas psicológicos internos y situaciones que provocan estrés, y que el paciente es incapaz de dominar sin tensión. Muchos psiquiatras consideran que la ansiedad es la fuente común a todas las neurosis. Las sensaciones y las manifestaciones de la ansiedad o los métodos para adaptarse a la misma (defensas) constituyen los síntomas de la neurosis. Estos síntomas del paciente representan su reacción de defensa ante una situación angustiante que no puede manejar con otros medios. La forma de la neurosis está determinada en gran parte por el tipo de medida defensiva que el sujeto emplea para controlar su ansiedad.

Dentro de las causas de las neurosis tenemos que los factores emocionales juegan un papel principal. Con frecuencia durante la niñez del neurótico se encuentran trastornos como sonambulismo, gritos durante el sueño, enuresis, trastornos del habla, berrinches, timidez, fobias, y otros aspectos que se consideran como problemas de personalidad y conducta. Es importante no considerar que los factores ambientales inmediatos son los factores etiológicos fundamentales, más bien hay que considerarlos como las causas precipitantes (Noyes y Kolb, 1968).

Se ha clasificado a las neurosis en: neurosis de angustia, fóbica, histérica, obsesivo-compulsiva y depresiva.

4.2.1. Neurosis de angustia

La angustia puede describirse como una intranquilidad, como una tensión excesiva que se acompaña de un terror inexpresable y puede surgir en cualquier situación que constituya una amenaza para la personalidad. La angustia puede expresarse en forma de síntomas de depresión, insomnio, irritabilidad, actividad incesante, trastornos psicosomáticos, explosiones de agresividad, indecisión paralizante. Generalmente el enfermo siente una fatiga crónica e incapacidad para concentrarse y temen estar "volviéndose locos" (Noyes y Kolb, 1968).

En el DSM-IV a los padecimientos de este tipo se les llama trastornos de ansiedad, entre ellos tenemos al trastorno de ansiedad (descrito anteriormente), fobias y trastorno de ansiedad generalizada. En todos ellos pueden aparecer las crisis de angustia y la agorafobia.

Crisis de angustia. El paciente además de presentar un estado crónico de tensión y angustia puede presentar ataques semejantes al pánico que pueden durar desde unos cuantos segundos hasta una hora. Su característica principal es la aparición aislada y temporal de miedo o malestar intenso. Los síntomas que se observan son los siguientes: taquicardia, náusea, diarrea, deseo de orinar, disnea, sensación de ahogo: las pupilas se dilatan y el paciente puede experimentar sensación de muerte inminente (DSM-IV, 1994).

Agorafobia. La característica principal de la agorafobia es la aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones de las cuales no se puede escapar. Esto suele llevar a la evitación de múltiples situaciones, por ejemplo: estar solo dentro de la casa, viajar en automóvil, etc.

Trastorno de ansiedad generalizada. Este término es utilizado para describir la ansiedad y preocupación excesivas cuya duración puede ser de 6 meses. El paciente no puede controlar su estado de constante preocupación, que es desproporcionada a las consecuencias que pudiera tener tal situación, esto trae como consecuencia un deterioro en su vida social y laboral.

Además pueden presentarse los siguientes síntomas: inquietud, fatiga, dificultades en la concentración, irritabilidad, tensión muscular trastornos en el sueño. Este trastorno se diferencia del trastorno de angustia en que, en éste, último el paciente siente temor de que se presente una crisis de angustia y en el primero la ansiedad es más general. La ansiedad como rasgo presenta una evidente incidencia familiar.

4.2.2. Neurosis fóbica

La fobia es un miedo intenso y persistente a objetos o situaciones bien definibles y circunscritas (DSM-IV, 1994). Se define como "...una reacción defensiva en la cual el paciente, en un intento de manejar su angustia, la desliga de una idea, objeto o situación específicos de su vida cotidiana y la desplaza en forma de un miedo neurótico específico hacia una idea, objeto o situación asociados a la primera idea" (Noyes y Kolb, 1968, p.545). El paciente puede reconocer conscientemente que no existe tal peligro, pero no puede evitar sentir el miedo.

El mecanismo de la fobia es sencillo, por medio de los mecanismos de desplazamiento y simbolización, el paciente logra una defensa contra la angustia que surge de una fuente que él no reconoce; en esta forma dicha angustia se desliga de su fuente real y se desplaza hacia una situación u objeto que suelen simbolizar la tendencia o el deseo amenazadores. Se han descrito gran variedad de fobias por ejemplo: miedo a la suciedad, a los animales, a espacios abiertos, etc. Si la persona se expone a la situación que provoca su miedo, el fóbico puede sufrir un desmayo, fatiga, palpitaciones, transpiración, náuseas y temblor.

El individuo que padece fobias frecuentemente proviene de familias en la cual la madre tiene miedo de su propia agresión y padece también de fobias.

4.2.3. Neurosis histérica

Tipo disociativo

A veces la angustia desorganiza la personalidad a tal grado que algunos aspectos se disocian entre sí.

La característica esencial de los trastornos disociativos consiste en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno (DSM-IV 1994).

Las reacciones disociativas que con mayor frecuencia se presentan son la amnesia, los trastornos de la conciencia y la fuga disociativa (Kolb, 1968).

La amnesia disociativa no es un simple olvido. Se trata de un proceso en cual ocurre un total borramiento de la percepción de rasgos desagradables, suele presentarse después de acontecimientos traumáticos o situaciones estresantes. El enfermo acepta con tranquilidad la pérdida de su memoria, lo cual comprueba el papel protector de la amnesia. La mayoría de las amnesias duran breve tiempo pero otras borran períodos largos de la vida del paciente o toda su vida anterior (DSM-IV).

Los trastornos de la conciencia pueden tomar la forma de estupor o de delirios. Los delirios consisten en estados oníricos que se acompañan de confusión, de actividades dramáticas y de una gran verborrea. El delirio suele representar la realización de un deseo, o bien el lapso en el que el enfermo revive una experiencia traumática.

En la fuga disociativa, el sujeto se ve impelido por fuerzas inconscientes a realizar actividades complicadas o viajes a grandes distancias. En algunos casos hay pérdida de la identidad personal. En la fuga el enfermo realiza actos que solo fantaseaba.

Tipo de conversión

En una neurosis de conversión, la angustia se "convierte" en síntomas funcionales que afectan a órganos o partes del cuerpo. Los síntomas de conversión sirven para prevenir o disminuir la angustia consciente, y suele simbolizar el conflicto mental primario que produjo dicha angustia. Los síntomas histéricos pueden considerarse como la expresión de un conflicto o de una idea en forma simbólica. Por ejemplo en el caso de la parálisis de un brazo, la cual expresa el deseo de ejecutar un acto prohibido, y a la vez impide, la consumación de dicho acto.

4.2.4. Neurosis obsesivo-compulsivo

En este tipo de neurosis, la angustia se controla de manera automática, cuando se asocia a pensamientos y actos que se repiten en forma persistente. La característica esencial de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes.

Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo, de una forma estereotipada. Suelen ser desagradables (por su contenido obsceno o violento o por carecer de sentido) y el enfermo generalmente se resiste a ellos.

"Los actos o rituales compulsivos son formas de conducta estereotipada que se repiten una y otra vez" (CIE 10,1992, p.179). Suele tratarse de rituales para conjurar el que uno mismo reciba daño de alguien o se lo pueda producir a otros. Con frecuencia el paciente reconoce que este comportamiento carece de sentido o de eficacia, y hace intentos para resisitirse a él. Cuando un caso tiene una larga evolución, esta resistencia se puede reducir a un nivel mínimo.

Los pacientes con trastornos obsesivo-compulsivos presentan a menudo síntomas depresivos y los enfermos que padecen de depresión pueden presentar pensamientos obsesivos.

El trastorno obsesivo-compulsivo comienza habitualmente en la infancia o al principio de la edad adulta. Se piensa que el origen de esta conducta se establece en la lucha del niño por afirmarse a si mismo y la necesidad de adaptarse a las exigencias de sus padres y así conservar su amor. A menudo el individuo con este tipo de trastornos crece bajo la influencia de una madre rígida que le exige que él se doblegue ante sus deseos, y amenaza con no dar su amor si no se comporta como ella desea. El niño entonces experimenta accesos de rabia, cada vez que la madre insiste en la imposición de sus reglas; sin embargo dicha rabia tiene que reprimirse para conservar el amor de la madre.

El niño aprende a considerar sus pensamientos de hostilidad como un tabú y piensa que dichos pensamientos merecen un castigo y requieren penitencia. Los actos compulsivos son frecuentes en los niños y los adolescentes en quienes se originan como ceremoniales expiatorios. Dichos actos se establecen a través del hábito, pero normalmente desaparecen cuando ceden las tensiones reprimidas y se establecen adaptaciones sociales adecuadas (Noyes y Kolb, 1968).

4.2.5. Neurosis depresivas

La depresión es la queja más común de los individuos que buscan atención en salud mental, durante este año alrededor de 100 millones de personas en todo el mundo padecerán depresión clínica. La depresión grave no respeta posición socioeconómica, nivel educativo o cualidades personales (Sue, Sue y Sue, 1996).

"La depresión es un malestar que afecta todo el cuerpo, el estado de ánimo y los pensamientos; afecta la forma en que una come y duerme, el deseo sexual, la opinión de una misma y el concepto de la vida en general" (Bleichmar, p.23, 1995).

En las depresiones neuróticas, la angustia se enmascara con una conducta de desprecio a sí mismo y con afecto depresivo. En la mayoría de los casos, el principio de la depresión aparece poco después de una pérdida importante, por ejemplo, una muerte o una separación, o se inicia después de una derrota en la vida social o económica del individuo. En todos los casos la pérdida produce el estado afectivo de tristeza, también angustia y con frecuencia culpa y vergüenza. La tristeza debido a la pérdida; culpa por un impulso hostil reprimido; y vergüenza por no estar a la altura de un objetivo personal (Noyes y Kolb, 1968).

El DSM-IV clasifica a la depresión dentro de los trastornos afectivos. Éstos son perturbaciones en las emociones que causan malestar a la persona y entorpecen su capacidad para funcionar en el ámbito personal, familiar y social; además éstos suelen ser recurrentes y el inicio se presenta generalmente ante situaciones estresantes.

El cuadro que se presenta a continuación, permitirá exponer con mayor claridad la clasificación de algunos de los trastornos depresivos de acuerdo al DSM-IV.

Trastornos del estado de ánimo

Trastornos depresivos	Trastornos bipolares
• Trastorno depresivo mayor	• Trastorno bipolar I
• Trastorno distímico	• Trastorno bipolar II

Trastorno depresivo mayor. En éste no hay historia previa de episodios maníacos. Características esenciales: la duración del estado de ánimo deprimido es de al menos dos semanas, se presentan: agitación o entumescimiento psicómotores, fatiga persistente, alta irritabilidad, sentimientos de culpa, disminución de la capacidad para pensar y concentrarse o tomar decisiones. Estos episodios deben haberse presentado una o más veces.

Trastorno distímico. En este padecimiento el estado de ánimo deprimido puede durar años. En la distimia los síntomas depresivos están presentes la mayor parte del tiempo y duran gran parte del día a lo largo de dos años como mínimo. Los pacientes presentan los mismos síntomas del trastorno depresivo mayor.

Trastorno bipolar I. Se caracteriza por uno o más episodios maníacos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores, por este motivo se le llama bipolar.

Características esenciales: en el episodio maníaco el estado de ánimo es elevado, expansivo e irritable y debe durar al menos una semana, se presentan también aumento de la autoestima, disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas (flujo de lenguaje acelerado), distractibilidad, agitación psicomotora, empobrecimiento del juicio.

Trastorno bipolar II. Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco. El episodio hipomaníaco se caracteriza por un estado de ánimo elevado, expansivo e irritable durante al menos cuatro días, auto estima exagerada, disminución de la necesidad de dormir, fuga de ideas, el episodio no es tan grave para provocar deterioro laboral o social como lo es en el episodio maníaco.

Cabe mencionar dentro de los estados depresivos a la *depresión postparto*. Éste es un trastorno que se presenta por lo general, dos semanas después del parto. El promedio de duración varía entre seis y ocho semanas, aunque algunos investigadores consideran que puede persistir durante gran parte del año que sigue al postparto, y suele aparecer en aproximadamente el 20% de las mujeres. La mayor parte de los autores coinciden en señalar que es un síndrome clínico parecido a la depresión mayor. Se caracteriza por una acentuada desgana, llanto, irritabilidad, trastornos en el sueño y serias dificultades en el manejo del bebé (Bleichmar, 1995).

CAPÍTULO 5

INVESTIGACIONES RECIENTES SOBRE LA RELACIÓN ENTRE PROBLEMAS PSICOPATOLÓGICOS DE LA MADRE Y EL NIÑO

TÍTULO: En riesgo de ansiedad: I. Psicopatología en los hijos de padres ansiosos.

AUTOR: Beidel, D. y Turner, S. (1997)

OBJETIVO: El estudio examinó la prevalencia del trastorno de ansiedad entre los niños de padres que padecen este trastorno.

METODOLOGÍA

Población

Padres (n = 129)

No se mencionan edades, ni el número de madres y padres que participaron en el estudio.

Treinta y cinco % de las familias eran clase alta, 31% clase media y 34% clase baja

Niños (n = 129) 57 niñas y 72 niños

Edad = 7 a 12 años, edad promedio = 9.6 años

De padres normales (n = 48)

De padres con trastorno de ansiedad (n = 28)

De padres con depresión mayor (n = 24)

De padres con ansiedad y depresión (n = 29)

Procedimiento

Los padres con trastornos se reclutaron en un clínica en Pittsburgh. Los padres normales se seleccionaron por medio de anuncios en el periódico.

A los padres se les aplicó la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III-R.

A los niños se les aplicó el Inventario de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia para Niños (ITAEN).

Primero se entrevistó a los padres y luego al niño, solo.

RESULTADOS

- Veintiocho % de todos los niños obtuvieron un diagnóstico (32% de niños y 25% de niñas), principalmente en trastornos de ansiedad (sobreansiedad y fobia) y depresión.
- Se presentó mayor número de trastornos de ansiedad en los niños, en todos los grupos.
- Los niños de padres con trastornos presentaron más altos niveles de psicopatología que los niños de padres normales y las diferencias fueron significativas ($p < .05$). Presentamos los porcentajes de niños con diagnóstico: 36% de niños de padres con ansiedad, 38% de niños de padres con depresión y 45 % de niños de padres con ansiedad y depresión.
- Los niños de padres con trastornos de ansiedad fundamentalmente presentaron trastornos de ansiedad. Los hijos de padres deprimidos y los niños de padres con trastornos de ansiedad y depresión manifestaron distintos trastornos: ansiedad, trastorno depresivo mayor y distimia.
- Se encontró que el nivel socioeconómico se relaciona con la presencia de diagnóstico en los niños.

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio corroboran los hallazgos de otras investigaciones, con respecto al riesgo que presentan los hijos de padres con ansiedad y/o depresión de desarrollar distintos trastornos, entre ellos la ansiedad. También se encontró que el nivel socioeconómico se relaciona con la presencia de diagnóstico en el niño. La psicopatología parental sola no parece llevar a un riesgo elevado de trastornos en los niños de clase alta o media. El riesgo de que los niños presenten trastornos se incrementa especialmente en el nivel socioeconómico bajo. Estos resultados sugieren que la combinación de factores familiares y ambientales contribuyen al desarrollo de trastornos en estos niños.

En el presente estudio los trastornos de ansiedad son los más comúnmente detectados, en todos los grupos. Sin embargo, se observa claramente que solo hay un mínimo de especificidad para la transmisión familiar de los trastornos de ansiedad en el niño, ya que los niños de padres con depresión y los de padres con ansiedad con frecuencia también presentan síntomas de ansiedad.

TÍTULO: Madres disociativas: La experiencia subjetiva del cuidado parental

AUTOR: Benjâmin, Benjamin y Rind (1996).

OBJETIVO: Se examinó hasta que punto los síntomas de las madres con trastornos disociativos interfieren en el cuidado parental y sus experiencias maternas subjetivas.

METODOLOGÍA

Población

Madres (23-58 años)

Con trastornos disociativos (n = 54) Edad promedio = 35.44 años

Control con trastornos no disociativos depresión (n = 20) Edad promedio = 35.80 años

Control personal hospitalario (n = 20) Edad promedio = 44.75 años

Hijos (recién nacidos a 36 años)

De madres disociativas (Edad promedio del hijo menor = 7.28 años)

De madres con trastornos no disociativos (Edad promedio del hijo menor = 8.65 años)

De madres personal hospitalario (Edad promedio del hijo menor = 12.8 años)

Procedimiento

Se estudiaron 94 madres que asistían a un hospital psiquiátrico privado de Filadelfia.

Se les aplicó: La Entrevista Clínica Estructurada de los Desórdenes Disociativos (ECED-D) que se basa en los criterios diagnósticos del DSM-IV y evalúa todos los trastornos disociativos.

Escala de Experiencias Parentales Subjetivas (EEPS), instrumento de auto-reporte que evalúa 14 características parentales algunas de las cuales son: grado en el que los síntomas afectan el rol de madre, habilidad para expresar afecto, control de la ira, conductas de apego, etc.

Las 54 madres con trastornos disociativos fueron diagnosticadas con base en el ECED-D. Las 20 madres no disociativas tenían un diagnóstico de depresión. Las 20 sujetos del personal hospitalario eran enfermeras psiquiátricas, trabajadoras sociales, administrativas y personal que labora en cocina.

RESULTADOS

- Las madres disociativas mostraron el funcionamiento más pobre en el cuidado parental que cualquiera de los otros grupos.
- Las madres disociativas presentaron significativamente ($p < .05$) más conductas parentales negativas que el grupo control (personal hospitalario) en 13 de las 14 características parentales.
- Comparadas con las pacientes con trastornos no disociativas, las madres disociativas presentaron un funcionamiento parental más pobre en 9 de las 14 características. Las madres disociativas mostraban menos afecto a los niños, la conducta de apego al niño era menor, se sentían menos cómodas en el papel de madre y realizaban menos acciones para promover el desarrollo del niño.
- Las madres disociativas manifestaron dificultades afectivas, conductuales y cognitivas en la crianza.
- En general, las madres disociativas experimentaron más problemas con las actitudes y conductas parentales que cualquiera de los grupos comparados.

DISCUSIÓN

La literatura psiquiátrica ha estudiado las conductas de maternaje de las poblaciones de madres con trastornos psiquiátricos. La mayoría de los estudios señalan que estos trastornos impiden a la madre brindar al niño un ambiente donde se pueda desarrollar. Kluft (1984) pensaba que la falta de habilidad parental para proteger al niño y proporcionarle experiencias reparadoras son factores muy importantes para la transmisión de los trastornos disociativos.

La presente investigación ha podido demostrar las diferencias en el cuidado parental que proporcionan las madres con trastornos disociativos y madres con otros trastornos y por otro lado concordamos con Kluft en lo relativo a que el pobre cuidado parental es un factor determinante en la transmisión de los trastornos.

TÍTULO: Niños de padres con depresión unipolar

AUTOR: Billings, A. y Moos, R. (1986)

OBJETIVO: Un estudio transversal anterior indicó que la salud y la adaptación de los niños se encuentra en riesgo cuando sus padres están deprimidos.

En este estudio se reportan los cambios ocurridos en los niños y en las familias si la depresión paterna remite o no.

METODOLOGÍA

Población

En la investigación anterior se reportó la comparación entre 133 (43 hombres y 90 mujeres) familias con un padre deprimido y 135 familias control con padres sin depresión. Los padres deprimidos se seleccionaron de aquellos que tenían depresión unipolar y que estaban comenzando un tratamiento psiquiátrico. Los padres se diagnosticaron con depresión mayor y menor de acuerdo al Criterio Diagnóstico de Investigación. En esa ocasión los niños de padres deprimidos presentaron los porcentajes más altos de trastornos. Las familias con padres deprimidos mostraron menor cohesión familiar y un ambiente más desorganizado. Para las familias tanto del grupo con padres deprimidos y los del grupo control, la severidad del estrés familiar se relacionó con el grado de la disfunción en el niño.

Procedimiento

La muestra para el seguimiento constó de 83 padres, ya que se excluyeron a las familias que habían cambiado en su estructura debido a divorcios, hijos que ya no vivían con los padres. Edad promedio = 37 años

Las evaluaciones se realizaron por vía telefónica, un año después del primer estudio. Se les aplicó un cuestionario sobre Síntomas Depresivos basado en el Criterio Diagnóstico de Investigación. Este auto-reporte cubrió las siguientes áreas: depresión, ideación depresiva y síntomas físicos y conductuales.

Se identificaron 34 pacientes cuyos síntomas habían remitido, y 23 que continuaban con síntomas depresivos de moderados a severos. Se eliminaron de la muestra a 26 padres que no mostraban claramente si sus síntomas habían remitido o no.

El grupo control constó de 95 padres de la comunidad que no presentaban trastornos depresivos.

A los padres se les aplicó tres cuestionarios de auto-reporte (1) la Forma de Salud y Vida Diaria, la cual evalúa funcionamiento del paciente, recursos personales, estresores, recursos sociales, (2) la Escala de Ambiente Familiar (EAF) la cual evalúa el estrés y los recursos de la familia y (3) la Escala de Ambiente Laboral la cual evalúa aspectos estresantes del ambiente laboral.

Niños (Edad = 6 a 18 años)

Los padres contestaron la Forma de Salud y Vida Diaria sobre los siguientes aspectos de los niños:

Estrés psicológico (tristeza, ansiedad, pesadillas, problemas emocionales); problemas físicos (alergias, resfriados, dolores de cabeza e indigestión); problemas de salud generales; problemas de conducta (problemas en la relación con compañeros, problemas en el rendimiento escolar), para ello se empleó la Forma de Salud y Vida Diaria.

RESULTADOS

- Los padres que continuaban deprimidos presentaron un funcionamiento mucho más pobre en varios aspectos (depresión, síntomas físicos, autoestima y empleo) que los del grupo control.
- Los padres cuyos síntomas de depresión habían remitido no se diferenciaban significativamente de los del grupo control.
- Los niños de padres deprimidos mostraron porcentajes más altos de síntomas psicológicos (depresión y ansiedad), trastornos físicos y problemas de conducta (rendimiento académico, disciplina e interacción con compañeros) que los del grupo control y las diferencias fueron significativas (52% vs 9.5%).
- Los niños de padres que ya no estaban deprimidos presentaban más síntomas psicológicos y problemas de conducta que los del grupo control. La prevalencia de trastornos es casi tres veces más alta en estos niños que los del grupo control, si bien tienen menor severidad de los trastornos que los niños de padres aún deprimidos.
- Los padres deprimidos presentaron menores niveles de cohesión, expresividad, independencia y organización de acuerdo a la EAF y más altos niveles de conflicto que los padres del grupo control los resultados fueron significativos ($p < .05$).

- Los padres no deprimidos actualmente mejoraron en la mayoría de los índices de EAF, por ejemplo mostraron mayor cohesión y expresividad, si bien los cambios fueron pequeños.
- El ambiente familiar de los padres que ya no estaban deprimidos era consistentemente más positivo que los de los padres aún deprimidos siendo los resultados significativos ($p < .05$).
- Los problemas en la salud de los niños de padres deprimidos se relacionó significativamente ($p < .01$) con la severidad en la depresión de los padres.
- Los altos niveles de disfunción de los padres, estrés y un ambiente familiar menos estable se asoció con niveles más pobres de salud y mayor número de trastornos en los niños.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de la presente investigación indican que la depresión paterna representa un riesgo significativo para la salud de los niños y que este riesgo persiste aun en la fase de recuperación de los padres. Los factores familiares como la baja cohesión, falta de expresividad y conflicto constituyen factores de riesgo que ayudan a explicar los trastornos en los niños. De hecho estos factores estuvieron tan fuertemente correlacionados con los trastornos en los niños como la severidad de la depresión en los padres. Los factores estresantes familiares serían los elementos que intervienen en el efecto de los trastornos de los padres en la salud y en la adaptación de los niños.

TÍTULO: Depresión materna y el desarrollo emocional del niño

AUTOR: Caplan, Cogill, Alexandra, Mordecai, Katz, y Kumar (1989).

OBJETIVO: Se reportan los resultados de un estudio longitudinal sobre salud mental y ambiente social de 92 madres primíparas, desde el comienzo del embarazo hasta que el niño tuvo cuatro años. Se citan los resultados sobre los trastornos de conducta en los niños.

METODOLOGÍA

Población

Madres ($n = 92$)

No se menciona la edad de las madres.

Todas primíparas, casadas o en unión libre.

Se tuvieron cuatro grupos con las siguientes características:

Grupo con depresión postnatal (n = 22) Depresión a los cuatro años (n = 8)

Grupo sin depresión postnatal (n = 70) Sin depresión a los cuatro años (n = 84)

Niños

Edad = 4 años

n = 50 niños

n = 42 niñas

Procedimiento

La muestra de madres se seleccionó de aquellas que se atendían en una clínica obstétrica de Londres, y que se hubieran registrado en la clínica a partir de la decimocuarta semana del embarazo. Las mujeres se eligieron de una lista de acuerdo al orden de registro. De las 99 mujeres, siete no deseaban seguir participando.

Madres

Cada una de las mujeres se evaluó clínicamente con una entrevista semiestructurada, realizada por un psiquiatra. Las evaluaciones tanto del niño como de la madre se efectuaron durante el embarazo, tres meses después del parto, a los doce meses y a los cuatro años. La información disponible sobre cada madre fue: Historia psiquiátrica de la madre y del padre, clase social y nivel educativo. La calidad de la relación matrimonial se evaluó durante el embarazo y cuando el niño tenía cuatro años.

Niños

Las madres contestaron el Cuestionario de Trastornos Conductuales (CTC), el cual evalúa trastornos emocionales y conductuales. Un psiquiatra infantil realizó la entrevista.

RESULTADOS

- Las madres que estaban clínicamente deprimidas durante la entrevista, reportaban más problemas emocionales y conductuales en sus hijos que las del grupo control y las diferencias fueron significativas ($p < .05$) no se especifican los trastornos emocionales y conductuales).
- Las madres con matrimonios conflictivos y cuyos esposos tenían antecedentes de problemas psiquiátricos, también reportaron más problemas en sus hijos.
- La depresión postnatal se relaciona con los factores antes mencionados: matrimonio conflictivo y esposo con problemas psiquiátricos.
- Se encontró la asociación entre la depresión materna, los conflictos maritales y problemas psiquiátricos del padre con problemas conductuales en los niños.

DISCUSIÓN

Los resultados señalan la relación entre trastornos conductuales en los niños a la edad de cuatro años y la depresión materna actual.

También se encontró una asociación entre la depresión postnatal y posteriores problemas de conducta en el niño, sin embargo se vio que esta relación se sustenta en los factores que anteceden a la depresión postparto como son conflictos maritales y problemas psiquiátricos en el padre.

Otras investigaciones sugieren que la discordia familiar y la hostilidad, provocan el desorden psiquiátrico de los padres y los trastornos del niño. Los resultados obtenidos en el presente estudio concuerdan con este punto de vista.

La depresión materna por sí misma contribuye a la aparición del trastorno del niño, sin embargo otros factores como los problemas familiares y la hostilidad parecen tener efectos más poderosos.

TÍTULO: La depresión en el adulto como factor de riesgo en la salud mental de los niños

AUTOR: Caraveo, J., Medina-Mora, E., Villatoro, J. y Rascón M. (1994)

OBJETIVO: El objetivo de este trabajo fue analizar la contribución de la presencia de sintomatología depresiva y de desesperanza en el adulto, respecto a la presencia o ausencia de sintomatología psiquiátrica en niños de la República Mexicana.

METODOLOGÍA

Población

Personas adultas entre 18 y 65 años (n = 1243)

Niños menores de 12 años

Procedimiento

La información procede de los datos aportados por la Encuesta Nacional de Adicciones y de la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), esta última realizada en una submuestra de la población urbana incluida en el primer estudio. La muestra definitiva de personas adultas entre 18 y 65 años incluidas en la ENSM fue de 2025, y, 1243 de ellas, informaron de algún niño de 12 años de edad o menos.

A los adultos se les aplicó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), la cual consta de 20 reactivos y pone énfasis en el componente afectivo, evaluando su presencia en el mes anterior.

Se dividió a la población de acuerdo a la severidad de la sintomatología en cuatro grupos: ausencia de síntomas, leve, moderada y severa. También se evaluó la sintomatología de desesperanza o ideación suicida, por medio de cinco reactivos incluidos en la escala de expectativas de vivir-morir.

A los niños se les aplicó el Cuestionario de Reporte de Niños (RQC). En este cuestionario si el niño presenta uno o más síntomas, se considera sugestivo de algún malestar y dos o más síntomas, es indicativo de un probable caso.

RESULTADOS

- A mayores niveles de sintomatología depresiva en el adulto, hay una asociación significativa con la presencia y severidad de sintomatología psíquica en los niños.
- Los niños que conviven con un adulto con sintomatología depresiva severa presentan un 26% más de probabilidades de presentar uno o más síntomas en el Cuestionario de Reporte de Niños (RQC).
- También se encontró asociación entre los sentimientos de desesperanza en el adulto y los puntajes del RQC.

DISCUSIÓN

Los hallazgos del presente estudio corroboran lo asentado en la literatura con respecto al mayor riesgo de los hijos de personas deprimidas para presentar diferentes trastornos. Un aspecto interesante del estudio lo constituye la asociación de la sintomatología específica presentada por los padres y el puntaje del RQC de los niños, dado que los primeros pueden tener efecto directo en los menores tal como es el caso de la irritabilidad.

Nota: No se menciona si los adultos estudiados son los padres de los niños, si bien dentro del artículo hacen referencia a la relación entre los trastornos de la madre o de los padres, con los trastornos en los hijos. Tampoco se especifican la sintomatología de los padres y los hijos.

TÍTULO: Interacciones cara a cara entre madres deprimidas y no deprimidas y sus bebés de dos meses

AUTOR: Cohn, Campbell, Matías y Hopkins (1990)

OBJETIVO: Se investigó si las mujeres con depresión pospartum son menos positivas en la expresión de afecto, para ello se observaron interacciones cara a cara y otro tipo de interacciones que ocurrían durante la visita a los hogares de las madres.

METODOLOGÍA

Población

Madres

Primíparas, clase media, todas casadas y con la preparatoria terminada.

Grupo con depresión pospartum (Edad promedio = 28.9 años; n = 23) de éstas el 20% había regresado a trabajar; n = 5.

Grupo sin depresión (Edad promedio = 29.9 años; n = 18); ninguna de las madres había regresado a trabajar.

Niños

De madres con depresión (10 niños y 8 niñas, edad = 9 semanas)

De madres con depresión, trabajando (5 niños, no se menciona el sexo)
De madres sin depresión (10 niños y 8 niñas, edad = 8.8 semanas)

Procedimiento

Las madres fueron seleccionadas del registro de nacimientos del hospital para mujeres de Pittsburgh. A las mujeres que se incluyeron en el estudio se les aplicó: El Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (ITAE). El entrevistador evaluó si la mujer había presentado un período de tristeza o cualquier otro síntoma de depresión en el último mes. De un total de 297 mujeres, el 13% obtuvo el diagnóstico de depresión pospartum. Las madres diagnosticadas con depresión mayor (n = 19) presentaron disforia y cuatro de ocho de los siguientes síntomas: pérdida de apetito, trastornos en el sueño, culpa, dificultades en la concentración, ideas suicidas, agitación y aquellas con depresión menor presentaron disforia y tres de los ocho síntomas mencionados.

Madres y niño

Las interacciones cara a cara duraban tres minutos y en ellas se les pidió a las madres que "jugaran con su bebé".

Se codificaron las expresiones faciales y vocales de afecto, dirección de la mirada y postura del cuerpo, tanto de la madre como del niño.

También se realizaron observaciones durante 40 minutos de la interacción madre-hijo durante la alimentación y otros cuidados.

RESULTADOS

- Las madres deprimidas que no trabajan presentaron porcentajes más altos de expresiones negativas como enojo, tristeza, irritación y desinterés que las madres no deprimidas y las diferencias fueron significativas ($p < .05$).
- Las madres deprimidas no trabajadoras fueron menos positivas (amorosas) que las madres no deprimidas.
- Los bebés de madres deprimidas que no trabajaban presentaron menos interés, esto significaba el mirar directamente a la madre.
- La depresión materna no se relacionó con la expresión de afecto negativo del bebé como llorar o inquietarse.

DISCUSIÓN

En anteriores investigaciones se han encontrado que las madres deprimidas y sus bebés presentaban más afecto negativo que las madres sin depresión y sus bebés. La presente investigación sostiene los hallazgos de esos estudios, las madres con depresión mostraron una frecuencia 4 veces mayor de afecto negativo (irritabilidad, desinterés) que las madres no deprimidas, las diferencias fueron significativas ($p < .05$).

Durante la interacción cara a cara las madres deprimidas fueron menos positivas con sus hijos varones que las niñas. No se había previsto la influencia del género. Un estudio longitudinal de los datos permitirá evaluar la relación entre depresión y género del niño.

En las observaciones dentro del hogar las madres deprimidas y sus bebés fueron evaluados menos positivamente que las díadas normales. La evaluación se centró en el aplanamiento afectivo y el poco involucramiento de la pareja. El bajo nivel de positividad en las interacciones madre deprimida-hijo se observó en la calidad de las respuestas mutuas de afecto más que en la falta de respuesta a los cambios de conducta de la pareja (madre-hijo), esto ocurrió principalmente durante las observaciones de la alimentación y cuidados por parte de la madre.

Un hallazgo interesante es el de la interacción entre trabajo y depresión. Las madres deprimidas (que trabajaban) y sus bebés eran más positivos que las parejas de madres deprimidas no trabajadoras y sus bebés. Estos resultados deben verse con cautela porque la muestra de madres deprimidas trabajadoras era pequeña. Tal vez al trabajar las madres deprimidas, aprenden a manejar mejor su expresividad y así se presenta una discrepancia entre lo que siente y lo que expresa.

TÍTULO: El impacto de la depresión materna en niños pequeños

AUTOR: Cox, Puckering, Pound y Mills (1987)

OBJETIVO: Se examinó la relación entre la depresión materna y la conducta de los niños empleando medidas de observación detalladas.

METODOLOGÍA

Población

Madres

Clase trabajadora - medio urbano

No se menciona la edad.

Con síntomas depresivos (n = 49) casadas

Grupo control (n = 27) casadas

Niños

Edad = 2 años; n = 76

Procedimiento

Se escogió la clase social trabajadora porque se han reportado porcentajes de depresión más elevados en este sector de la población.

La muestra se seleccionó aplicando un cuestionario sobre salud a madres que tuvieran niños de dos años. Las mujeres fueron visitadas en sus hogares por trabajadores sociales. Las madres que obtuvieron las puntuaciones más altas y aquéllas que obtuvieron las más bajas fueron entrevistadas. Las primeras formarían parte del grupo con síntomas depresivos, y las segundas del grupo control.

Madres

Se aplicó:

Una versión similar al Examen del Estado Actual. En la entrevista se evaluaron 82 síntomas clínicos y también se evaluaron las siguientes áreas: relaciones tempranas de la madre, matrimonio y contactos sociales, y estado mental de ambos padres.

Escala de Adversidad de Rutter (EAR) la cual incluye preguntas sobre el estado mental de ambos padres, problemas maritales y familia numerosa.

Después de la entrevista, se realizaron dos observaciones de dos horas cada una en los hogares de las madres. Estas observaciones se centraron en la calidad de las actividades que realizaban juntos madre e hijo (control sobre el niño y la rapidez con la cual respondía la madre a las demandas del niño).

Después de seis meses, las madres fueron entrevistadas y observadas con su hijo nuevamente.

Niños

Se evaluó el desarrollo cognitivo, el lenguaje y el temperamento del niño (no se menciona el instrumento utilizado).

El trastorno del niño se evaluó durante la entrevista con la madre. La severidad del trastorno se obtuvo de acuerdo al número de áreas en las cuales existía un mal funcionamiento, por ejemplo alimentación, sueño, relaciones sociales, etc.

RESULTADOS

- Los niños del grupo de madres deprimidas presentaron más problemas en la alimentación, en relación con otros niños y con sus padres y baja atención acompañada de hiperactividad, que los niños del grupo control.
- El grupo de niños de madres deprimidas presentaron más trastornos emocionales y conductuales que los niños del grupo control (no se especifican los trastornos).
- Los niños de las madres deprimidas y grupo control no se diferenciaron en cuanto al desarrollo intelectual y de lenguaje.
- En cuanto a la calidad de la interacción madre-hijo, los niños de madres deprimidas eran atendidos cuando la intensidad de la demanda era alta, las madres se distraían durante la interacción, y ésta terminaba con la madre intentando controlar al niño o bien ignorándolo.
- Las madres deprimidas eran más críticas con sus hijos que las del grupo control.
- Las madres del grupo control utilizaban un tono más positivo, daban más explicaciones y sugerencias.
- La EAR predijo el estado mental de la madre en el seguimiento, esto es que continuaban presentando depresión. Esta escala también se asocia marcadamente con el estado mental del niño al inicio del estudio. De lo anterior podemos observar la importancia de factores como el estado mental de los padres y problemas maritales en los trastornos del niño y de la madre.
- Las madres deprimidas tenían más problemas en sus viviendas, con los vecinos y problemas maritales. Además reportaban tener una visión negativa de sus madres, cuando eran niñas.
- Un tercio de las madres se había recuperado de la depresión en seis meses, los niños de estas mujeres presentaban menos trastornos que los hijos de madres aún deprimidas pero más trastornos que los de mujeres no deprimidas.

DISCUSIÓN

Los resultados sugieren que el estado mental de ambos padres y la calidad del matrimonio, los cuales están correlacionados, determinan el grado en el cual el niño se ve expuesto a la hostilidad en el hogar, y la hostilidad puede ser un factor muy importante en la permanencia del trastorno del niño. Al respecto algunos investigadores mencionan que la hostilidad es uno de los factores intermediarios entre la depresión materna y los trastornos del niño.

Otro punto importante es que mientras que la depresión materna contribuye a iniciar los problemas en la relación madre e hijo, estas dificultades tienden a persistir aún cuando el estado mental de la madre haya mejorado.

TÍTULO: Expresión de actitudes maternas: Su asociación con la depresión materna, la autoestima y la psicopatología en el niño

AUTOR: Goodman, Adamson, Riniti y Cole (1994)

OBJETIVO: Se evaluó si la expresión de actitudes negativas maternas podría relacionar la depresión materna con la autoestima y la psicopatología en el niño.

METODOLOGÍA

Población

Madres

Clase media, 69% casadas, edad promedio = 36 años, nivel educativo promedio: estudios universitarios.

Grupo con trastornos depresivos (n = 20)

Grupo sin trastornos depresivos (n = 19)

Niños (Edad = 8 a 10 años)

Niños de madres depresivas (10 niños y 10 niñas)

Niños de madres sin depresión (11 niños y 8 niñas)

Procedimiento

Las madres se seleccionaron por medio de anuncios en el periódico, en los cuales se solicitaban voluntarios.

En 19 parejas, la madre no tenía antecedentes depresivos. En las otras 20, las madres habían presentado en promedio dos episodios de depresión unipolar. En el 55% de las mujeres con depresión, el marido tenía antecedentes de trastornos psiquiátricos y en el momento del estudio la mayoría de ellas presentaba una depresión moderada.

Madres

Se aplicaron las siguientes pruebas:

Inventario de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (ITAE)

Inventario para la depresión de Beck (IDB)

Los datos sobre la expresión de actitudes maternas fue tomada de la entrevista del ITAE, en la cual la madre describe a su hijo en cuatro áreas: Escuela, relaciones familiares, relaciones con compañeros y tiempo libre.

Los datos obtenidos se organizaron en afirmaciones breves sobre cada una de las áreas mencionadas, las cuales se codificaron de acuerdo a las siguientes categorías:

Neutral- Descripción que no incluía expresión de emociones.

Positiva- Expresiones de aprobación o aprecio por el niño.

Negativa- Comentarios desfavorables sobre la conducta del niño.

Afectivamente negativa- Expresiones de hostilidad y rechazo hacia el niño, o bien autoculpándose por su conducta inadecuada y sobreprotección.

Niños

Se aplicaron las siguientes pruebas:

Inventario de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia para Niños

Perfil de Auto percepción para Niños (PAN)

RESULTADOS

- Las afirmaciones con afecto negativo se presentaron en madres con antecedentes de episodios depresivos.
- Los más altos niveles de psicopatología en los niños, se presentaron en los hijos de madres deprimidas que utilizaban afirmaciones con afecto negativo.
- Ochenta % de las madres deprimidas tuvieron un niño con trastornos (20% con depresión, 67% con ansiedad).
- Los niños de madres deprimidas que utilizaban expresiones negativas, presentaron un nivel de autoestima más baja.

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio confirman la relación entre la historia de depresión de la madre y un incremento de la expresión de actitudes críticas hacia el niño. Lo cual sirve como evidencia de que la depresión altera la parentalidad ya sea por la vía de las auto percepciones, percepciones del niño o cualidades de interacción.

Se encontró también, al igual que en otras investigaciones, que la crítica materna incrementa el riesgo de que el niño presente un trastorno depresivo mayor. Los hallazgos confirman que los niños de madres deprimidas tienen el riesgo de presentar autoestima baja, debido a las críticas y las actitudes negativas que expresan al niño.

TÍTULO: Trastornos afectivos, enfermedad y estrés maternos: Riesgo para la psicopatología infantil

AUTOR: Hammen, Gordon, Burge, Adrian, Jaenicke e Hiroto (1987)

OBJETIVO: Se investigó si el trastorno unipolar o bipolar de las madres, contribuyó a que el niño tuviera el riesgo de presentar una psicopatología específica y si el estrés materno afecta la magnitud del riesgo.

Para evitar limitaciones de otros estudios se incluyen comparaciones con niños de madres normales y madres con enfermedades médicas (diabetes y artritis).

METODOLOGÍA

Población

Madres

Edad promedio = 38 años; clase media y alta
Depresión unipolar (n = 13). El 77% no casadas
Depresión bipolar (n = 9). El 78% no casadas
Trastornos médicos (n = 14). El 29% no casadas
Normales (n = 22). El 27% no casadas

Niños

Edades = 8-16 años

De madres unipolares (10 niños y 9 niñas)
De madres bipolares (5 niños y 7 niñas)
Con trastornos médicos (9 niños y 9 niñas)
Normales (18 niños y 17 niñas)

Procedimiento

Las madres con trastornos afectivos se seleccionaron de clínicas y consultas privadas.

La mayoría de las mujeres habían sido hospitalizadas al menos una vez.

El grupo con trastornos unipolares había presentado un promedio de 15 episodios de depresión mayor. El grupo con trastornos bipolares había presentado un promedio de 2 episodios maníacos y 5 depresivos.

Todas las familias tenían al menos un hijo entre 8 y 16 años, se estudiaron al mayor y el menor de cada familia que estuviera dentro de este rango.

Los datos se recogieron en dos sesiones: la primera con la madre sola y en la segunda con la madre y el niño.

Madres

Se aplicó : Inventario para trastornos afectivos y esquizofrenia (ITAE)

Inventario Beck de depresión

Una versión corta del Minnesota

El Diagnóstico de la Historia Familiar, el cual evalúa el estado psiquiátrico actual y pasado de los esposos.

El estrés se midió por escalas de puntuación del 1 al 5, en 7 áreas (marital, social, económica, ocupacional, relaciones con los niños, relaciones con otros miembros de la familia, salud física de la madre y otros miembros de la familia).

Niños

La madre contestó la lista conductual para niños (LCN)

El Inventario de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia para Niños (ITAEN), se aplicó a madre y niño.

Se aplicó al niño el Inventario Infantil de Depresión

La conducta escolar se evaluó por el niño, madre y maestras.

Resultados

- Los niños de madres con trastornos afectivos presentaron más diagnósticos en general y tuvieron menor rendimiento académico y conductual en la escuela que los niños de madres sin trastornos afectivos. Las diferencias fueron significativas ($p < .05$).
- Los niños con madres unipolares presentaron más diagnósticos de depresión y problemas de conducta que los otros grupos.
- Los trastornos más frecuentes que presentaron los niños de madres con trastornos afectivos fueron: Trastorno depresivo mayor y menor, problemas de conducta (conducta agresiva, no agresiva) y ansiedad de separación.
- El estrés es otro factor importante en el desarrollo de trastornos aún en familias con madres psiquiátricamente sanas.
- No hubo diferencias significativas ($p < .05$) en cuanto al sexo y la edad en lo que se refiere al diagnóstico.
- La presencia o ausencia del padre biológico, con o sin enfermedad psiquiátrica, tuvo poco impacto en los porcentajes de trastornos en los niños. El 67% de niños con padres en casa y con trastornos, presentaron diagnóstico y también el 68% de niños sin padre en casa, presentaron diagnóstico.

DISCUSIÓN

Los resultados añaden más evidencia en el sentido de que los niños de madres con trastornos afectivos tienen mayor riesgo de presentar trastornos diagnosticables y menor rendimiento académico, conductual y social.

En la presente investigación varios factores contribuyeron a que se hallaran altos niveles de trastornos: la inclusión de madres en su mayoría sin pareja, teniendo por ello mayor responsabilidad en el cuidado del niño y mayor estrés; la severidad y larga duración del trastorno de la madre; y el hecho de que no solo se entrevistó a la madre sobre los trastornos en los niños, sino que se habló directamente con el niño.

Las evaluaciones diagnósticas señalan la presencia moderada de trastornos en las familias de madres sin problemas psiquiátricos pero que presentaron altos niveles de estrés.

Los niños de madres unipolares presentaron un funcionamiento más pobre, más diagnósticos de trastornos afectivos y más problemas de conducta. Estos niños mostraron tener más daño que los niños de las madres bipolares. Probablemente debido al daño presentado entre cada episodio depresivo.

TÍTULO: Estudio longitudinal de los diagnósticos en niños de mujeres con trastorno afectivo bipolar y unipolar

AUTOR: Hammen, Burge, Burney y Adrian (1990)

OBJETIVO: La investigación presenta los seguimientos del estudio de Hammen et al. de 1987. La presente investigación se centra en los patrones y continuidad de los diagnósticos al paso del tiempo.

METODOLOGÍA

Población

Madres

Edad promedio = 38 años. Clase media y alta

Depresión unipolar: 13 familias iniciaron el estudio y 11 lo completaron.

Depresión bipolar: 9 familias iniciaron y 6 lo completaron.

Trastornos médicos: 14 familias iniciaron y 9 lo completaron.

Normales: 22 familias lo iniciaron y 21 lo completaron.

Niños (Edades = 8 a 16 años)

De madres unipolares (9 niños y 8 niñas)

De madres bipolares (4 niños y 6 niñas)

De madres con trastornos médicos (6 niños y 6 niñas)

De madres normales (17 niños y 16 niñas)

Procedimiento

Evaluación inicial.- Las madres con trastornos afectivos se seleccionaron de clínicas y consultas privadas.

La mayoría de las mujeres habían sido hospitalizadas al menos una vez.

El grupo con trastornos unipolares había presentado un promedio de 15 episodios de depresión mayor. El grupo con trastornos bipolares había presentado un promedio de 2 episodios maníacos y 5 depresivos.

Todas las familias tenían al menos un hijo entre 8 y 16 años, se estudiaron al mayor y el menor de cada familia que estuviera dentro de este rango.

Los datos se recogieron en dos sesiones: la primera con la madre sola y en la segunda con la madre y el niño.

Madres

Se les aplicó : Inventario para trastornos afectivos y esquizofrenia (ITAE)

Inventario Beck de depresión

El Diagnóstico de la Historia Familiar, el cual evalúa el estado psiquiátrico actual y pasado de los esposos.

El estrés se midió por escalas de puntuación del 1 al 5, en 7 áreas (marital, social, económica, ocupacional, relaciones con los niños, relaciones con otros miembros de la familia, salud física de la madre y otros miembros de la familia).

Niños

La madre contestó la lista conductual para niños (LCN)

El Inventario de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia para Niños (ITAEN), se aplicó a madre y niño.

Se aplicó al niño el Inventario Infantil de Depresión

La conducta escolar se evaluó por el niño, madre y maestras.

Seguimientos.- La madre y el niño fueron entrevistados cada 6 meses, durante tres años . Los diagnósticos de la madre se basaron en el Inventario de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (ITAE), y la madre y el niño se entrevistaron con el Inventario de Trastornos Afectivos Y Esquizofrenia para Niños en forma separada. La mayoría de los seguimientos se hicieron por teléfono.

Los diagnósticos de los niños se basaron en los datos proporcionados por la madre y el niño en forma separada.

Toda la información disponible, incluyendo los reportes de la escuela, familia y terapeuta, cuando lo había, se tomó en cuenta para el diagnóstico final.

Se trató de que las madres o el niño recordaran el comienzo de los síntomas del niño, durante el período de seguimiento.

RESULTADOS

- El 82% de los niños de madres unipolares obtuvieron al menos un diagnóstico; el 72% de los niños de madres bipolares tuvieron al menos un diagnóstico, comparados con el 43% y 32% de niños de madres con trastornos médicos y normales respectivamente.
- Los trastornos depresivos fueron los diagnósticos más comunes en los niños de madres unipolares. Casi la mitad de los casos del trastorno depresivo mayor ocurrieron en los niños de madres unipolares (9 de 19 niños). El comienzo de estos trastornos es relativamente raro durante la niñez, sin embargo se observa un aumento en la frecuencia alrededor de los 12 años y la mayor frecuencia se presenta a los 14 años.
- Los niños de madres bipolares también presentaron altas tasas de síntomas, pero generalmente más bajas que los niños de madres unipolares. Cuatro de los niños obtuvieron el diagnóstico de depresión, otro niño desarrolló episodios hipomaníacos y uno más tenía un patrón ciclotímico, sin embargo sus síntomas no podían ser clasificados como diagnósticos definitivos. Estos niños también mostraron síntomas de ansiedad, principalmente trastorno generalizado de ansiedad y ansiedad de separación.
- Los niños de madres bipolares y trastornos médicos y normales presentaron pocos trastornos crónicos, recurrentes o nuevos durante los seguimientos. Los niños de madres unipolares tuvieron altos niveles de trastornos crónicos y nuevos trastornos, en especial presentaron: trastornos distímicos, trastornos de ansiedad generalizada, de conducta y drogadicción.
- De acuerdo con el género se observó que a los 14 años, la probabilidad de presentar un trastorno es similar entre niños y niñas, aunque posteriormente son las niñas las que tiene mayor probabilidad de presentarlo.
- Los niños de madres unipolares presentaron no solo un diagnóstico sino que tuvieron en promedio 2.6 diagnósticos, siendo el más alto de todos los grupos.

DISCUSIÓN

La presente investigación confirma las conclusiones del estudio de Hammen et al. (1987): los niños de madres con trastornos afectivos mostraron un alto riesgo de presentar un trastorno diagnosticable severo y continuo. Los niños de madres unipolares tuvieron la más alta probabilidad de presentar uno o más diagnósticos, entre ellos : depresión, trastornos de conducta y empleo de drogas.

Al comparar los niños de madres unipolares y bipolares se observó que estos últimos tienen menos riesgo de presentar trastornos severos, si bien las diferencias fueron leves. Es probable que al efectuar un seguimiento de estos niños se encontraría la aparición de trastornos posteriores como se ha hallado en otras investigaciones.

Los resultados confirman la baja frecuencia de trastornos depresivos solos. Los patrones comunes incluyen otros trastornos como ansiedad, trastornos de conducta y empleo de drogas. No hubo diferencias significativas en cuanto a sexo y edad. Pocos niños presentaron nuevos síntomas durante los seguimientos. En general continuaron con los mismos trastornos en forma crónica o intermitente.

La presente investigación concuerda con otros estudios sobre la especificidad de los trastornos afectivos maternos sobre los resultados negativos en los niños. Entre los factores que se han encontrado que contribuyen a los resultados de los niños tenemos: la severidad del trastorno, condiciones estresantes y depresión independientemente del diagnóstico de la madre. Los hallazgos del estudio en cuanto a la especificidad, sugieren que la enfermedad parental no es el único factor que contribuye a los trastornos en los niños, sino varios factores psicosociales.

TÍTULO: Los niños preescolares de madres disfóricas

AUTOR: Lang, Field, Pickens, Martínez, Bendell, Yando y Routh (1996)

OBJETIVO: El propósito de este estudio fue presentar datos prospectivos sobre madres deprimidas y sus hijos y así proporcionar datos que acompañen el desarrollo del niño desde la temprana infancia. De esa manera se pueden valorar, los efectos de la depresión crónica de la madre.

METODOLOGÍA

Población

Madres de clase socioeconómica baja. Edad promedio = 29 años

Grupo con disforia (n = 12) 83% solteras

Grupo control (n = 17) 41% solteras

Niños

De madres disfóricas (9 niñas y 3 niños; edad promedio = 3.7 años)

De madres no-disfóricas (10 niñas y 7 niños; edad promedio = 4 años)

Procedimiento

La muestra original se seleccionó al azar de aquellos bebés con desarrollo normal, gestación a término, que eran atendidos en una clínica para evaluación del desarrollo. La edad de los bebés, al inicio del estudio, era de tres meses. Se reunió un total de 180 niños. A cada una de las madres se le aplicó el Inventario para Depresión Beck, y se obtuvo 30% de madres que padecía disforia (n = 60).

Se realizó un seguimiento con algunas de las madres y sus hijos, cuando los niños tenían seis meses (n = 41), y al año de edad (n = 28). Del total de mujeres, 28 presentaban disforia crónica, cuando los niños tenían un año de edad. Durante el seguimiento correspondiente a la etapa preescolar, se invitó a participar a 16 madres que presentaron disforia en las tres evaluaciones anteriores y a 17 madres que no eran disfóricas. De las 16 madres, 12 continuaban presentando síntomas depresivos. La muestra para el seguimiento quedó constituida por 12 madres disfóricas y 17 no-disfóricas.

Madres

Las madres y sus niños fueron videograbados durante cinco minutos en una interacción de juego; en la sala había juguetes, una mesa y unas sillas. Durante la sesión se evaluaron el afecto (del afecto negativo como la tristeza y el enojo, al positivo como la alegría) y la calidad de la interacción (pedir o dar ayuda, el jugar juntos, la prontitud con la que respondían ante las demandas mutuas de atención). Se les aplicó: Inventario de Depresión de Beck (IDC) y la Entrevista de Estrés Materno (32 preguntas sobre estado civil, nivel educativo y ocupación, experiencias infantiles de la madre, actitudes sobre la crianza del niño).

Niños

Las madres contestaron la Lista Conductual para Niños (LCN).

RESULTADOS

- No se presentaron diferencias significativas ($p < .05$) en cuanto al género de los niños.
- Hubo diferencias significativas en las puntuaciones del IDC, las madres disfóricas obtuvieron puntuaciones más altas.
- Las madres disfóricas evaluaron a sus niños con más problemas conductuales (58% vs 6%) y emocionales (42% vs 8%) que las madres del grupo control, la evaluación de los trastornos fue de moderada a severa. No se especificaron los trastornos de los niños.
- Las madres disfóricas presentaron más afecto negativo que las madres del grupo control.
- No hubo diferencias en los grupos de niños en cuanto a la calidad del afecto.
- En cuanto a la calidad de la interacción, la madre disfórica y su hijo obtuvieron puntuaciones más bajas.

DISCUSIÓN

Los datos obtenidos sugieren el efecto negativo de la conducta de la madre deprimida sobre la conducta de los niños preescolares, si bien la muestra fue pequeña.

El hecho de ser madre soltera podría contribuir a la cronicidad de la depresión en las madres. Algunos investigadores concluyen que las madres deprimidas exageran los problemas de los niños, pero otros piensan que sus percepciones de los niños son adecuadas y que los pequeños presentan en realidad problemas de conducta.

En este estudio los niños de madres deprimidas no presentaron más afecto negativo que los niños del grupo control, este resultado no concuerda con el reporte de las madres sobre los problemas de los niños. Esto se podría explicar por el hecho de que los niños se comporten más negativamente en sus casas que en el laboratorio, donde no se presentaban situaciones amenazantes.

TÍTULO: Trastornos psiquiátricos en las madres de niños ansiosos

AUTOR: Last, Hersen, Kazdin, Francis y Grubb (1987)

OBJETIVO: Se compararon los antecedentes de enfermedad psiquiátrica en madres de niños con trastornos de ansiedad de separación y o ansiedad generalizada y en niños con trastornos psiquiátricos pero que no presentan trastornos de ansiedad o afectivos.

METODOLOGÍA

Población

Madres de:

Niños con ansiedad de separación (n = 19)

Niños con ansiedad generalizada (n = 22)

Niños con ambos trastornos (n = 17)

Niños del grupo control (n = 15)

Edad de las madres = 33 a 42 años

No se menciona la clase social.

Niños

Trastorno de ansiedad de separación (edad promedio = 9.1 años; n = 19)

Trastorno de ansiedad generalizada (edad promedio = 13.9 años; n = 22;)

Ambos trastornos (edad promedio = 9.8 años; n = 17)

Grupo control (edad promedio = 10.3 años; n = 15)

Procedimiento

Las madres de niños ansiosos y las de un grupo control del Instituto de Psiquiatría de Occidente, sirvieron como sujetos de estudio.

Madres

Se aplicó: La Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III.

Niños

Los niños del grupo control fueron reclutados de la consulta clínica externa de la misma institución.

A todos los niños se les aplicó la Entrevista Inventario para niños y un psicólogo clínico los diagnosticó de acuerdo a los criterios del DSM-III.

Los niños del grupo control fueron diagnosticados con desórdenes de conducta, desorden de oposición y trastorno por déficit de atención.

RESULTADOS

- La mayoría (83%) de las madres de los niños con trastornos de ansiedad presentaron antecedentes de al menos un episodio de ansiedad.
- Aproximadamente la mitad de estas madres presentaron el trastorno de ansiedad al mismo tiempo en que sus hijos fueron atendidos en la clínica por trastornos similares.
- La mitad de las madres en cada grupo de niños con ansiedad presentaron antecedentes de trastornos afectivos, y los porcentajes de estos trastornos fueron más altos que los del grupo control, pero las diferencias no fueron significativas ($p < .05$).
- Las madres de los grupos de niños con trastornos de ansiedad presentaron más diagnósticos de trastornos de ansiedad que las madres del grupo control, siendo las diferencias altamente significativas ($p < .005$).

DISCUSIÓN

Los resultados de la investigación muestran una fuerte asociación entre los trastornos de ansiedad en las madres y los trastornos de ansiedad en los niños. Sin embargo estos resultados se basan en una muestra clínica de niños referidos psiquiátricamente y probablemente no son representativos de la población de niños con trastornos de ansiedad.

TÍTULO: Depresión materna y la adaptación en el niño: Un análisis longitudinal

AUTOR: Lee y Gotlib (1989)

OBJETIVO: El estudio analizó la relación entre la depresión materna y la adaptación del niño. Primero evaluó si los problemas de adaptación del niño se presentaron solamente en hijos de madres deprimidas y en segundo lugar si los efectos de la depresión materna en los niños persistieron ocho semanas después de que terminó el tratamiento a las madres.

METODOLOGÍA

Población

Madres

- 1) Grupo con trastornos depresivos: trastorno depresivo mayor y trastorno distímico (Edad promedio = 34.8; n = 16)
- 2) Grupo con trastornos psiquiátricos no depresivos: trastornos de ansiedad, o de personalidad o de adaptación (Edad promedio = 33.3 años; n = 10)
- 3) Grupo con trastornos médicos: con artritis y sin depresión (Edad promedio = 39.2 años; n = 8)
- 4) Grupo sin trastornos (Edad promedio = 35.8 años; n = 27)

Niños (Edad promedio = 9 años)

De madres del grupo 1) 8 niños y 8 niñas.

De madres del grupo 2) 3 niños y 7 niñas

De madres del grupo 3) 5 niños y 3 niñas

De madres del grupo 4) 14 niños y 13 niñas

Procedimiento

Las madres de los grupos con trastornos se seleccionaron de aquellas que se encontraban recibiendo tratamiento en diferentes clínicas en Ontario. Los candidatos a participar en el estudio, recibieron una carta de sus terapeutas. Las madres sin trastornos fueron seleccionadas por medio de anuncios en el periódico.

Madres

Se les aplicaron las siguientes pruebas:

Inventario para la Depresión de Beck (IDB)

Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (ITAE)

La Escala Hamilton para la Depresión (EHD)

También se utilizaron los criterios diagnósticos del DSM-III para confirmar el diagnóstico

Niños

Se les aplicó el Inventario de Evaluación Infantil (IEI)

Las madres contestaron la Lista Conductual para Niños (LCN)

RESULTADOS

- No se encontraron diferencias en los grupos en cuanto al género.

- Los resultados obtenidos tanto de las madres como de los entrevistadores, muestran un mayor número de problemas emocionales, más miedos, trastornos del estado de ánimo y quejas somáticas, en los niños de madres deprimidas que en los de madres sin trastornos (grupo 4).
- Se presentaron pocas diferencias, en cuanto a los problemas emocionales, entre los niños de madres deprimidas y los de madres con trastornos psiquiátricos no depresivos.
- En todos los grupos se observó una tendencia a presentar menos trastornos en la segunda sesión, a los 8 semanas.
- No se encontraron diferencias en los grupos en cuanto a las habilidades sociales (amigos, actividades escolares).

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio concuerdan con los de otros investigadores en el hecho de que el grado de trastornos encontrados en los niños se relaciona con la severidad de la psicopatología materna más que con el diagnóstico de la madre. Lo cual se corrobora con el hecho de que los niños de madres con trastornos médicos presentaron diferencias significativas (en la mayoría de los índices) de los grupos con trastornos psiquiátricos depresivos y no depresivos.

En este estudio no se sustenta la hipótesis de que las dificultades de adaptación en el niño se relacionan con cualquier incapacidad en la madre, ya que los niños de madres con trastornos médicos no presentaron problemas en la adaptación. Esto se debió probablemente a que se excluyeron de este grupo a la madres que tuvieran diagnóstico del DSM-III.

En cuanto a la persistencia de los síntomas en los niños se encontró que si bien los trastornos depresivos de las madres eran menos severos, los niños de madres depresivas continuaba presentando trastornos, lo cual corrobora otros estudios al respecto.

El presente estudio se diseñó para evaluar la especificidad de los problemas de adaptación en los niños de madres deprimidas. En lo que se refiere a la especificidad, los niños de madres deprimidas presentaron mayor número de problemas emocionales que los niños de madres sin trastornos y los niños de madres con trastornos médicos.

Sin embargo los niños de madres deprimidas y madres con trastornos psiquiátricos no depresivos no se diferenciaron significativamente, lo cual pone en duda la especificidad de la depresión materna en los problemas de adaptación en los niños.

TÍTULO: Adaptación en los niños de madres deprimidas: Un seguimiento después de 10 meses

AUTOR: Lee y Gotlib (1991)

OBJETIVO: Este reporte describe el seguimiento de 44 sujetos del estudio de Lee y Gotlib (1989).

METODOLOGÍA

Población

Madres

- 1) Grupo con trastornos depresivos: trastorno depresivo mayor y trastorno distímico (Edad promedio = 34.8 años; n = 12)
- 2) Grupo con trastornos psiquiátrico no depresivos: trastornos de ansiedad, o de personalidad o de adaptación (Edad promedio = 33.3 años; n = 9)
- 3) Grupo sin trastornos (Edad promedio = 35.8 años; n = 23)

Niños (Edad promedio = 9 años)

Niños de madres del grupo 1) 6 niños y 6 niñas.

Niños de madres del grupo 2) 3 niños y 6 niñas

Niños de madres del grupo 3) 12 niños y 11 niñas

Procedimiento

Las madres de los grupos con trastornos se seleccionaron de aquellas que se encontraban recibiendo tratamiento en diferentes clínicas en Ontario. Los candidatos que iban a participar en el estudio, recibieron una carta de sus terapeutas. Las madres sin trastornos fueron seleccionadas por medio de anuncios en el periódico.

Madres

Se les aplicaron las siguientes pruebas:

Inventario para la Depresión de Beck (IDB)

Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (ITAE)

La Escala Hamilton para la Depresión (EHD)

También se utilizaron los criterios diagnósticos del DSM-III para confirmar el diagnóstico

Niños

Se les aplicó el Inventario de Evaluación Infantil (IEI)

Las madres contestaron la Lista Conductual para Niños (LCN)

RESULTADOS

- De la muestra inicial asistieron a todas las sesiones: 12 mujeres con depresión, 9 con trastornos psiquiátricos no depresivos y 23 mujeres sin trastornos. La muestra de madres con trastornos médicos era demasiado pequeña por ello no pudo ser incluida en el estudio. Se excluyeron de la muestra de madres a las que obtuvieron más de 15 puntos en el IDB, con el fin de incluir solamente a las madres que se hubieran recobrado de la depresión.
- Las madres que habían estado deprimidas describen a sus hijos con mayor número de problemas emocionales y de conducta (no se especifican cuales) que los otros dos grupos.
- Los entrevistadores evaluaron a los niños de madres deprimidas y los de madres con trastornos psiquiátricos no depresivos con un mayor número de quejas somáticas y síntomas del estado de ánimo.

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio concuerdan con los de Billings y Moos (1986) en el hecho de que se presenta alguna mejoría en los trastornos de los niños asociada con la disminución de la psicopatología del adulto. Sin embargo los hijos de madres que estaban deprimidas continuaban presentando un funcionamiento más pobre que los de madres sin trastornos.

Estos resultados tienen importancia en cuanto a la práctica clínica ya que si la madre se recupera de la depresión ello no indica que los demás miembros de la familia estén funcionando bien. También se debe tomar en cuenta que la relación observada entre depresión materna y adaptación en el niño se puede atribuir a otra variable que afecta a ambos como la discordia familiar, la cual debe ser más ampliamente estudiada.

TÍTULO: Psicopatología en los padres de niños y adolescentes deprimidos

AUTOR: Mitchell, McCauley, Burke, Calderón y Schloredt (1989)

OBJETIVO: Esta investigación presenta los diagnósticos de los padres de niños y adolescentes deprimidos.

METODOLOGÍA

Población

Clase media y alta

Madres (Edad promedio = 37 años; n = 117). Madres de niños deprimidos (n = 87), madres de niños no deprimidos (n = 30)

15 madres no pudieron ser entrevistadas

Padres (Edad promedio = 41 años; n = 63)

De niños deprimidos (n = 46)

De niños no deprimidos (n = 17)

Niños (Edad = 7 a 12 años; n = 65) (Edad = 13 a 17 años; n = 67)

Deprimidos (43 niños y 51 adolescentes)

Grupo control (22 niños y 16 adolescentes) sin depresión pero con otros trastornos: ansiedad y trastornos de conducta

Procedimiento

Los sujetos se seleccionaron de los servicios psiquiátricos de una clínica en un hospital para niños. Inicialmente se escogieron a los niños que presentaban depresión, conducta suicida y rechazo a la escuela. Después se seleccionaron niños sin depresión para el grupo control.

Los niños fueron evaluados con el Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia para Niños.

Los padres fueron evaluados con el Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia.

RESULTADOS

- Más de la mitad de las madres en general presentaron al menos un episodio de depresión mayor en su vida. El que las madres tuvieran antecedentes de depresión no diferenció a los grupos de niños deprimidos y no deprimidos.
- Los antecedentes maternos de trastornos de ansiedad, (agorafobia, pánico, y agorafobia/fobia más depresión) alcoholismo y drogadicción, intentos de suicidio y comienzo temprano de tratamientos psiquiátricos se asociaron con la depresión en los niños.
- La depresión mayor fue el trastorno más frecuente en ambos sexos, aunque se presentó con mayor frecuencia en las madres. Los padres también presentaron personalidad antisocial, alcoholismo y drogadicción. Ninguna de las comparaciones entre padres de niños deprimidos y no deprimidos fue estadísticamente significativa ($p < .05$).
- Las madres de los niños deprimidos (7 a 12 años) presentaron mayor empleo de drogas, intentos de suicidio, comienzo más temprano de un tratamiento psiquiátrico que las madres de los adolescentes deprimidos.
- La psicopatología en los padres no diferenció a los niños deprimidos de los no deprimidos. Sin embargo los antecedentes de depresión en ambos padres se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de niños deprimidos que en los no deprimidos.
- No se hallaron diferencias entre mujeres y hombres con respecto a la psicopatología parental.

DISCUSIÓN

En diferentes investigaciones se han encontrado altos porcentajes de depresión en los niños de padres deprimidos, pero también se encontraron niveles altos de otros trastornos como la ansiedad, trastornos de conducta, problemas en la escuela. El presente estudio confirma los anteriores resultados. Por lo tanto permanece la pregunta sobre la especificidad de la transmisión de la enfermedad.

TÍTULO: El impacto de la depresión postnatal en el desarrollo del niño

AUTOR: Murray (1992)

OBJETIVO: Comparar el desarrollo emocional, social y cognitivo de niños con madres con depresión unipolar postnatal y niños de madres no deprimidas.

METODOLOGÍA

Población

Madres (Clase baja 40% y media 60%)

Edad promedio de la muestra = 28 años

Todas primíparas y casadas o en unión libre

- 1) Sin historia previa de depresión y sin depresión después del parto (n = 38)
- 2) Sin historia previa de depresión y con depresión después del parto (n = 35)
- 3) Con historia previa de depresión, pero sin depresión después del parto (n = 10)
- 4) Con historia previa de depresión y con depresión después del parto (n = 21)

Niños (n = 104)

Procedimiento

La muestra se seleccionó de las madres que se atendieron en la maternidad del hospital de Cambridge, durante un período de dos años.

Madres

A los seis semanas del parto se les envió la Escala de Depresión Postnatal de Edinburg (EDPE).

A los dos o tres meses del parto se les aplicó la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada (EPE) para identificar los episodios depresivos mayores.

El Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (ITAE) se empleó para confirmar la presencia de depresión antes del parto.

Instrumentos aplicados en el seguimiento a los 18 meses:

Entrevista sobre apego en el adulto, esta prueba examina las relaciones de apego en la infancia de la madre.

El Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (ITAE) para conocer el estado psiquiátrico actual de las madres.

Niños

Se les evaluó a los 18 meses de edad, con los siguientes instrumentos:

Escala del desarrollo mental de Bayley (área motora, perceptual, habilidades sociales y cognitivas y lenguaje).

Escala del Desarrollo del Lenguaje de Reynell

Seguridad en el apego a la madre

Cuestionario de Trastornos Conductuales (CTC), las madres contestaron el cuestionario y después fueron entrevistadas para conocer la frecuencia e intensidad del problema de conducta.

RESULTADOS

- Los niños de madres deprimidas en el período postnatal (grupos 2 y 4) presentaron inseguridad en el apego a la madre a los 18 meses y la diferencia con el grupo de madres no depresivas (grupo 1) fue significativa ($p < .05$).
- El género de los niños se relaciona con la clasificación del apego, siendo las niñas menos inseguras en cuanto al apego a sus madres que los niños. Los niños son más susceptibles al impacto de la depresión materna, las madres muestran mayor empatía con las niñas, la razón de estas diferencias en cuanto al género no está bien documentada.
- El 60% de los niños en el estudio no presentaron ninguna dificultad conductual; el 15% presentó problemas conductuales leves y el 25% presentó severas dificultades en sola área conductual.
- Los trastornos de conducta que se presentaron en este 25% de niños fueron los siguientes: trastornos en el sueño, berrinches, trastornos de alimentación y excesiva dependencia.
- Las madres con depresión (grupos 2 y 4) tuvieron mayor probabilidad de tener un hijo con algún problema de conducta que las madres que nunca habían estado deprimidas.
- No se hallaron efectos del estado psiquiátrico de la madre sobre el desarrollo mental general y el lenguaje del niño.

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio demuestran un impacto significativo de la depresión materna en el desarrollo del niño. El apego del niño hacia la madre se vio afectado y se presentaron mayor frecuencia de problemas conductuales en el grupo de niños de madres depresivas.

Los resultados que presentaron los niños en las pruebas, realizadas en el seguimiento, no se relacionan con la duración de la depresión materna; esto podría sugerir que la dificultad en las habilidades de comunicación de la madre con su hijo tienden a establecer patrones dañados de interacción madre-hijo, que se establecen y persisten más allá de una mejoría en los síntomas depresivos de la madre. Lo anteriormente dicho nos indica la necesidad de centrar la intervención terapéutica en la relación madre-hijo, más que en los síntomas depresivos de la madre por sí mismos.

TÍTULO: Psicopatología en niños de padres con depresión recurrente

AUTOR: Orvashel, H., Walsh-Allis, G. y Ye, W. (1988)

OBJETIVO: Se examinó la prevalencia de psicopatología en los niños de padres con trastorno depresivo mayor comparados con niños de padres normales.

METODOLOGÍA

Población

Padres con depresión mayor recurrente n = 34 (8 padres y 26 madres)

La edad promedio de inicio de la depresión es de 24 años.

El número promedio de episodios depresivos es de 7.

Padres sin depresión (n = 29)

Niños

61 niños de padres con depresión

45 niños de padres sin depresión

Edad = 6 a 17 años, edad promedio = 10.7 años

Procedimiento

Los sujetos con depresión provenían del estudio de Psicoterapia Interpersonal en el Instituto Psiquiátrico de Occidente; se les invitaba a participar si cumplían con el diagnóstico del DSM-III y habían tenido al menos tres episodios de depresión mayor. Los pacientes fueron evaluados por el personal del estudio de Psicoterapia.

El grupo control se seleccionó de la comunidad. Se les aplicó el Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia.

Niños

Se les aplicó el Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia para Niños. Tanto las madres como los niños fueron entrevistados en forma separada. Se midió el C.I. verbal con el Test de Vocabulario de Peabody.

RESULTADOS

- Al examinar los diagnósticos se encontraron porcentajes más altos de psicopatología en los niños de padres deprimidos (alto riesgo) que en los niños de padres normales (bajo riesgo).
- Cuarenta y uno % de los niños de alto riesgo presentaron al menos un diagnóstico psiquiátrico en algún momento de su vida, comparados con el 15.2% de los niños de bajo riesgo.
- Además el grupo de alto riesgo presentó mayor frecuencia de diagnósticos múltiples que el grupo de bajo riesgo (23% vs 4.2%). Todas las diferencias anteriores fueron significativas ($p < .05$).
- El 33% del grupo de alto riesgo había estado en tratamiento ambulatorio y tres hicieron intentos de suicidio, mientras que solo el 9% del grupo de bajo riesgo tuvo tratamiento.
- El grupo de alto riesgo presentó mayores porcentajes de trastornos afectivos (21.3% vs 4.3%), trastornos de ansiedad (19.7% vs 8.7%) y trastorno por déficit de atención (19.7% vs 7.7%) que el grupo de bajo riesgo. Las diferencias fueron significativas ($p < .05$) menos en los trastornos de ansiedad.
- El trastorno afectivo más frecuente en el grupo de alto riesgo fue el trastorno depresivo mayor. El comienzo de síntomas en las niñas se presentó antes de la pubertad; lo mismo ocurrió en los niños a excepción de uno.
- No se encontró asociación significativa ($p < .05$) entre el sexo del padre y el diagnóstico del niño.

DISCUSIÓN

Los datos presentados indican que la depresión en los padres está significativamente asociada con la psicopatología en los hijos. Los trastornos más asociados con la depresión paterna fueron la depresión y el déficit de atención.

Los niños del grupo de alto riesgo no solo tuvieron altos porcentajes de trastornos sino que su psicopatología era más severa como se observa en la necesidad de tratamiento. También debemos notar que el comienzo de los síntomas es muy temprano, lo cual se asocia significativamente con el comienzo temprano de síntomas en los padres, lo cual sugiere que ésta es una característica familiar.

Nota: No se menciona en el artículo si se incluyeron hermanos en la muestra.

TÍTULO: Estudio prospectivo de la depresión pospartum: Un seguimiento de cuatro años y medio de las mujeres y los niños

AUTOR: Phillips, y O'Hara (1991)

OBJETIVO: El propósito de este estudio fue hacer el seguimiento de una muestra de niños y mujeres, que participaron en un estudio anterior sobre depresión pospartum. El interés principal fue conocer si las mujeres continuaron con la depresión durante los cuatro años siguientes al parto y su nivel de adaptación psicosocial en el momento de efectuarse el seguimiento.

Se predijo que la depresión pospartum se asociaría con depresión posterior y con problemas conductuales y emocionales en los niños.

METODOLOGÍA

Población

Madres (n = 70)

Datos del total de mujeres: edad promedio = 31.4 años; educación promedio = 15.7 años; 47% trabajaban.

Con depresión pospartum = 10

Sin depresión pospartum = 60

Procedimiento

Las sujetos se seleccionaron en una clínica obstétrica pública y en dos clínicas privadas, durante el segundo trimestre de embarazo. Se elegían si eran casadas y mayores de 18 años.

Madres

La depresión se diagnosticó con base en los siguientes instrumentos:

Una entrevista basada en el Inventario de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (ITAE)

El Inventario para la Depresión de Beck (IDB)

Y para evaluar la adaptación psicosocial en las mujeres se aplicó:

Escala de Adaptación Social (EAS).

Escala de Adaptación en la Pareja (EAP)

Las mujeres que aceptaron participar, fueron entrevistadas por un especialista, aquellas que vivían en el área local se entrevistaron en su casa o en el laboratorio (un tercio de la muestra) y las demás se entrevistaron vía telefónica.

Niños

Las madres contestaron la Lista Conductual para Niños (LCN).

RESULTADOS

- Diez de las 12 madres que presentaron depresión postpartum aceptaron participar en el seguimiento. De ellas, ocho tuvieron otro episodio depresivo durante el período de seguimiento. Por lo cual se observa una asociación significativa ($p < .06$) entre la depresión pospartum y la depresión posterior durante el período de seguimiento.
- Se presentó una asociación significativa ($p < .01$) entre la adaptación social materna después del parto y la adaptación materna durante el período de seguimiento, medida por la Escala de Adaptación Social (EAS).
- Se encontró que el diagnóstico de depresión pospartum no puede predecir los puntajes en las escalas de la Lista Conductual para Niños. Sin embargo, hubo una asociación significativa ($p < .01$) entre el diagnóstico de depresión materna durante el seguimiento y los puntajes obtenidos en las escalas de problemas emocionales y conductuales de la LCN.

DISCUSIÓN

Las mujeres que presentaron la depresión pospartum tuvieron un riesgo mayor de padecer una depresión posterior, esto concuerda con los datos obtenidos en estudios europeos, donde se observó que la mujer con depresión pospartum es vulnerable a presentar posteriores depresiones.

A diferencia de estudios anteriores no se encontró evidencia de una asociación directa entre depresión pospartum y problemas de conducta en los niños; sin embargo la depresión pospartum se asoció con posteriores depresiones en la madre, las cuales a su vez se relacionaron con puntuaciones más altas en el LCN. Varios estudios reportaron que la depresión pospartum se relaciona con historia familiar y personal de depresión.

Nota: No se especifican los trastornos de los niños.

TÍTULO: Los niños de padres con trastornos depresivos: Un estudio longitudinal del desarrollo psicosocial

AUTOR: Radke-Yarrow, Nottelman, Martínez, Fox y Belmont (1992)

OBJETIVO: El estudio tuvo dos principales objetivos: (1) evaluar y comparar el funcionamiento psicosocial de los niños de madres con depresión unipolar, bipolar y grupo sin trastornos, en un período específico de la niñez, y (2) seguir el desarrollo psicosocial del niño, para entender las continuidades y discontinuidades en los patrones de problemas de conducta.

METODOLOGÍA

Población

Madres de clase media y alta

Edad = 22 a 45 años, edad promedio = 32.5 años

1) Grupo con trastorno depresivo mayor, n = 41

2) Grupo con trastorno bipolar, n = 22

3) Grupo sin trastornos, n = 37

La mayoría de las madres y padres tenían estudios medios y universitarios.

Padres

Edad = 25 a 50 años, edad promedio = 35.4 años

Esposos del grupo 1) 19 sin diagnóstico, uno bipolar y 21 con diagnóstico de depresión

Esposos del grupo 2) 14 con trastorno depresivo mayor y ocho sin diagnóstico

Esposos del grupo 3) Sin diagnóstico

Niños (n = 200)

Se estudiaron a un par de hermanos en cada familia.

Edades al comenzar el estudio: hermano pequeño, edad promedio = 2.6 años.

Hermano mayor, edad promedio = 6.4 años

Procedimiento

Los participantes se seleccionaron por medio de anuncios en el periódico, grupos de padres y con clínicos. Los candidatos se entrevistaron telefónicamente.

A las madres se les aplicó el Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (ITAE).

Si la madre era seleccionada, se aplicaba el (ITAE) a su esposo.

Se obtuvieron datos sobre problemas conyugales e historia familiar.

Niños

Los niños y sus familias fueron vistos en dos períodos, separados por tres años.

Se tomaron en cuenta dos fuentes de datos para la evaluación de los niños: el reporte de la madre y la evaluación psiquiátrica.

A los niños menores de cuatro años, se les evaluó con sesiones de juego videograbadas en las cuales se exploraba: a) la habilidad del niño para separarse de su madre, b) relacionarse con un extraño, c) explorar el medio ambiente y d) manejo y expresión adecuados del afecto.

Cada sesión duró de 10 a 12 minutos.

Con estos datos el psiquiatra evaluó al niño en las siguientes áreas: 1) Ansiedad de separación, 2) ansiedad generalizada, 3) conducta oposicionista y 4) afecto depresivo.

La madre contestó la Lista Conductual para Niños (LCN).

A los niños mayores de 5 años se les evaluó con una entrevista basada en el Inventario de Evaluación Infantil (IEI). La entrevista proporcionó datos sobre: miedos, quejas psicósomáticas, estado de ánimo, expresión del enojo, autoimagen, relaciones en el hogar, en la escuela y con compañeros.

También se aplicaron a los niños los criterios del DSM-III para la evaluación de ansiedad, depresión y conducta disruptiva.

RESULTADOS

- Los niños de madres unipolares y bipolares, que se encontraban en la infancia media y tardía, presentaron problemas conductuales disruptivos en mayor número que los del grupo control y estas diferencias fueron significativas ($p < .05$).
- Los niños (infancia media y tardía) de madres con trastornos depresivos, presentaron más problemas de depresión que los niños del grupo control, siendo las diferencias significativas ($p < .05$).
- En un tercio de los niños (temprana infancia) de madres unipolares y grupo control, se presentaron problemas de ansiedad de separación y los niños de madres bipolares no la presentaron.
- En las demás etapas de desarrollo, no se presentaron diferencias significativas en los grupos en cuanto a la ansiedad.
- Los niños de madres con trastorno depresivo mayor presentaron el porcentaje más alto de problemas en el período preescolar y fue el grupo que continuó presentado el mayor número de trastornos.
- Los niños (infancia tardía) de madres unipolares y bipolares mostraron un porcentaje más alto de problemas (68% y 61% respectivamente).
- Contrario a lo que se esperaba, el hecho de tener a ambos padres con trastornos no representó un riesgo mayor para los niños, comparados con los que tenían solamente a la madre con trastornos.
- En el análisis longitudinal, se observó que el diagnóstico de la madre tuvo una gran importancia en la conducta disruptiva durante la infancia de estos niños.
- El 78% de los niños de familias con trastornos afectivos, que presentaron problemas desde la infancia media continuaron teniéndolos tres años después.

DISCUSIÓN

Los problemas que presentaron los niños durante la infancia, variaron de acuerdo con el diagnóstico materno. Los niños de madres con trastornos afectivos tuvieron mayor número de problemas disruptivos y depresivos; sus trastornos se incrementaron con el tiempo, y con mayor frecuencia presentaron más de un problema.

Las diferencias en cuanto al género no fueron marcadas, sin embargo se dieron en la dirección esperada. Los niños mostraron más conductas disruptivas y las niñas fueron más ansiosas.

Los niños de madres con depresión bipolar parecían no tener problemas en la temprana infancia, principalmente por el hecho de poder separarse de la madre sin presentar ansiedad y relacionarse fácilmente con el especialista, sin embargo al terminar la infancia se producía un incremento en los problemas depresivos y disruptivos. La temprana "madurez" tal vez represente una forma de enfrentarse a su desorganizada madre. Los niños de madres unipolares, en contraste, tienen desde el comienzo un nivel alto y continuo de problemas de conducta.

TÍTULO: Problemas de conducta en los niños de padres con trastornos de ansiedad

AUTOR: Silverman, W., Cerny, J., Nelles, W. y Burke, A. (1988)

OBJETIVO: Se investigaron los posibles mecanismos de la transmisión familiar del trastorno de ansiedad, enfatizando el moldeamiento, la estructura familiar y la severidad del trastorno.

METODOLOGÍA

Población

La muestra consistió de 28 familias en las cuales la madre era el paciente identificado con diagnóstico de ansiedad (DSM-III), excepto en tres casos donde era el padre. La muestra estaba distribuida de la siguiente manera: agorafobia (n = 14), trastorno generalizado de ansiedad (n = 5), trastorno de pánico (n = 5) y fobias (n = 4).

Edad promedio de la muestra 38 años.

Niños

Participaron 42 niños: 24 niños (edad promedio = 10 años, 10 meses) y 18 niñas (edad promedio = 12 años, 6 meses). Hubo 9 parejas de hermanos en el estudio.
21 niños de padres con trastornos de agorafobia
7 niños de padres con trastorno generalizado de ansiedad
6 niños de padres con trastorno de pánico
8 niños de padres con fobia

Procedimiento

Niños

Los padres contestaron la Lista Conductual para Niños (LCN)

A los niños se les aplicó la Escala de Manifestaciones de la Ansiedad en los niños y el Inventario para la Depresión. También fueron evaluados con una entrevista semiestructurada para trastornos de ansiedad diseñada por el primer autor, con la cual se obtiene un diagnóstico más general.

RESULTADOS

- Se encontró un 74% de acuerdo entre los problemas reportados por los padres y los niños. Lo cual sugiere que los padres con trastornos de ansiedad no tienden a sobrestimar los trastornos de sus hijos.
- Las puntuaciones promedio obtenidas en la Lista Conductual para Niños fueron más altas que las de la muestra normativa de la prueba.
- Las niñas obtuvieron puntuaciones promedio totales más altas que las de la muestra normativa, las diferencias eran significativas ($p < .05$).
- El número de niños cuyas puntuaciones totales en la Lista Conductual para niños los sitúan en el rango clínico fueron 5 niños y 8 niñas.
- Doce niños y 13 niñas presentaron un problema de conducta diagnosticados con base en la LCN o en la entrevista al niño.
- La mayoría de los diagnósticos derivados de la entrevista semiestructurada fueron de trastornos de ansiedad a excepción de un niño con fobia más trastorno de oposición y otros dos niños con trastornos de la atención.
- El total de familias que tenían al menos un niño con un trastorno de conducta fueron: 11 de padres con agorafobia, ninguna con los padres con trastornos de pánico, una de padres con trastornos generalizados de ansiedad y tres de los padres con fobias.

- Los datos sugieren que el diagnóstico del padre asociado a niveles altos de conducta de evitación (evitar un gran número de situaciones), por ejemplo en la agorafobia y en las fobias, representa un gran riesgo para los hijos de tener problemas de conducta, ya que el 83% de los niños de padres con agorafobia y el 75% de niños con padres con fobias presentaron uno o más problemas de conducta.

DISCUSIÓN

Los padres con agorafobia presentaron el mayor número de niños con trastornos de conducta. Es probable que la conducta evitativa se relacione más con los trastornos de conducta que con los trastornos de pánico.

Rosenbaum et al. (1988) observaron que la exposición a un padre con agorafobia predispone al niño a desarrollar un actitud de ansiedad, ya que se le ofrece un modelo de precaución y miedo.

La experiencia clínica también indica que los padres con agorafobia al evitar muchas situaciones desarrollan un sistema de reglas que se centra en la sintomatología fóbica. Por lo anterior se puede entender que una estructura rígida y un ambiente irracional contribuyan a la presencia de problemas de conducta en los niños.

Se sugiere que los trastornos de agorafobia representan la patología extrema entre los trastornos de ansiedad. Es posible entonces que los trastornos de los niños se asocien con cualquier patología severa de los padres más que con un trastorno específico.

Nota: No se menciona de donde se extrajo la muestra.

TÍTULO: La relación entre depresión postnatal y la interacción madre- hijo

AUTOR: Stein, Gath, Bucher, Bond, Day y Cooper (1991)

OBJETIVO: Se examinaron tres grupos de madres y niños, 19 meses después del nacimiento del niño. En el primer grupo la madre estuvo deprimida durante el año después del nacimiento, en el segundo, la madre estuvo deprimida después del nacimiento pero no a los 19 meses y en el tercer grupo la madre no había presentado depresión.

El objetivo fue encontrar si la relación madre-hijo inadecuada era más frecuente en las madres con depresión postpartum al compararlas con las madres que no habían estado deprimidas y comparar a las madres que se habían recuperado de la depresión a los 19 meses con las que no habían presentado depresión.

METODOLOGÍA

Población

Madres

Grupo de madres con depresión (n = 49; edad promedio = 27 años); 45 de ellas casadas o con una relación estable.

Grupo sin depresión (n = 49; edad promedio = 27 años); 45 de ellas casadas.

Procedimiento

En un estudio previo (Cooper et al 1988) examinaron una muestra de 483 madres en cuatro ocasiones después del nacimiento del niño. Las madres contestaron el Cuestionario General de Salud (CGS), el Examen del Estado Actual (EEA) y la escala para depresión de MADRS. Sesenta madres presentaron depresión.

En el presente estudio, 19 meses después del nacimiento del bebé, 49 de las 60 mujeres fueron evaluadas con sus hijos. También se evaluaron a 49 mujeres del grupo control.

Las mujeres fueron examinadas en dos ocasiones cuando el niño tenía 19 meses. Primero, se examinó el estado mental de cada madre con el EEA y el MADRS. Además se realizó una entrevista sobre situaciones estresantes recientes y dificultades sociales crónicas, los temas que se trataron fueron: Trabajo, economía, salud, relaciones sociales y cuestiones legales. Se examinaron también los problemas maritales.

En segundo término se realizaron cinco evaluaciones más de cada madre y su hijo. Se evaluó la respuesta del niño ante un extraño, con la presencia de la madre.

Se observaron a la madre y al niño en tres situaciones de juego estructurado. Se le pidió a la madre que se comportara como usualmente lo hacía.

Se evaluó el desarrollo del niño con la escala de Denver, la cual tiene cuatro subescalas: motora gruesa, lenguaje, motora fina, personal y social.

Se examinó la respuesta del niño ante la salida y el regreso de la madre.

Al final de la entrevista, el investigador realizó una evaluación global de la conducta de la madre, del niño y de la interacción entre ambos.

RESULTADOS

- De las 49 mujeres que originalmente presentaron depresión, nueve continuaban presentándola. De las otras 40 mujeres, 15 presentaban aun síntomas significativos de depresión, las 25 restantes prácticamente no mostraban síntomas depresivos.
- El grupo de niños de madres deprimidas:
- Mostraron menos conductas de compartir el afecto (sonreír, vocalizar, mostrarle los juguetes a la madre) que los niños del grupo control.
- Presentaron menor interacción madre-hijo (interactuar verbal o no verbalmente mientras juegan).
- Mostraron menor socialización con un extraño que el grupo control. Todas las diferencias presentadas fueron significativas ($p < .08$).
- El grupo de madres deprimidas presentaron menos rapport (facilidad para comunicarse, escuchar y hablar al niño) que las madres del grupo control.
- Se apreció una tendencia en los niños de las 9 madres que aun presentaban depresión, a mostrar menor sociabilidad, mayor estrés cuando la madre abandonaba el sitio donde se encontraban y a presentar menos conductas de compartir el afecto.
- Catorce mujeres del grupo de depresión presentaron severas dificultades sociales (dificultades en el matrimonio, en la vivienda o problemas económico) contra uno del grupo control.
- El grupo de 25 madres que se habían recuperado de la depresión, y sus hijos presentaron menos diferencias significativas ($p < .05$) con el grupo control.

DISCUSIÓN

Se observó una asociación significativa entre la depresión materna y la baja calidad de la interacción madre-hijo. Esta asociación se mantuvo, aunque menos fuerte, no sólo para las madres aun deprimidas, sino también para aquellas que se habían recuperado.

El trastorno depresivo afecta la relación madre-hijo porque los síntomas interfieren con la capacidad de la madre para relacionarse con el niño (Rutter y Quinton, 1984). Algunos de estos síntomas son la tristeza, preocupación por sí misma, aislamiento social, pérdida de interés, de energía y confianza e irritabilidad. La afirmación anterior concuerda con lo encontrado en este estudio en lo que se refiere a la menor capacidad de comunicación de la madre deprimida.

Las dificultades maritales y sociales con frecuencia acompañan el trastorno depresivo como causa o efecto o ambos.

La persistencia de la baja calidad de la interacción madre-hijo, a pesar de que la madre se haya recuperado de la depresión, se podría explicar por la presencia de dificultades maritales y sociales.

TÍTULO: Depresión materna y calidad del trato maternal a una pareja de hermanos como predictores de la psicopatología del niño

AUTOR: Tarullo, De Mulder, Ronsaville, Brown y Radke-Yarrow (1995)

OBJETIVO: Se examinó la importancia específica de cada uno de los siguientes aspectos: depresión materna, calidad del trato materno y el trato diferencial a una pareja de hermanos; en la presencia de trastornos psiquiátricos en los niños.

METODOLOGÍA

Población

Madres (Clase media y media alta)

Depresión unipolar (n = 34)

Depresión bipolar (n = 16)

Normal (n = 27)

Edad: No se menciona.

Niños

Combinaciones de género en las parejas:

18 parejas sexo masculino

26 parejas sexo femenino

19 parejas hermano mayor -hermana menor

14 parejas hermano menor-hermana mayor

Total de parejas = 77

La edad promedio del hermano menor era de 2.6 años y del mayor era de 6.3 años al iniciar el estudio.

Procedimiento

Los participantes fueron reclutados por anuncios en el periódico. A los voluntarios se les dio una amplia información vía telefónica.

A las madres seleccionadas se les aplicó el Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrénicos y los miembros del Instituto Psiquiátrico de Nueva York practicaron 10 entrevistas con un 100% de acuerdo en el diagnóstico.

El estudio fue longitudinal. Las familias fueron estudiadas en tres períodos, separados por tres años.

El trato parental (conductas de involucramiento, crítica e ira) fue evaluado por medio de observaciones sistemáticas de la interacción madre-hijo, en sesiones de 1 h o 1.5 h las cuales se efectuaron en el laboratorio que fue ambientado como un hogar, estas sesiones fueron videograbadas.

Niños

Auto-reporte del niño empleando la Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes, el instrumento proporciona los criterios para el diagnóstico del DSM-III.

La entrevista anterior también fue contestada por las madres.

RESULTADOS

- El diagnóstico materno (unipolar y bipolar) se asocia a la presencia de problemas en los niños.
- Las madres con trastornos afectivos y la madres sanas no difieren en el trato al niño en cuanto al involucramiento (dialogar, estar abierta a la discusión, centrarse en aspectos positivos, alegres y cariñosos). No obstante, se observó una tendencia en las madres deprimidas a ser más críticas con sus hijos que las madres sanas. La falta de diferencias significativas entre los dos grupos podría deberse a que las madres deprimidas se forzaron a actuar de la mejor forma al ser observadas.

- El hermano menor presentó más problemas de conducta si era tratado con más crítica e irritabilidad que su hermano, o si la madre trataba a ambos con crítica.

DISCUSIÓN

En la presente investigación se encontró que el diagnóstico materno se relaciona con los problemas en los niños, mientras que el trato a éstos no se modifica según el grupo diagnóstico. Esto último podría explicarse porque se observó una tendencia de las madres deprimidas a desempeñarse de la mejor forma al ser observadas durante las sesiones.

Las diferencias entre los reportes de los madres y de los niños acerca de la sintomatología de estos últimos, probablemente se deban a los diferentes umbrales de tolerancia y diferentes conocimientos acerca de la conducta. Algunos autores piensan que las madres deprimidas reportan con exactitud los problemas de los niños, y otros que éstas tienen baja tolerancia hacia los problemas de los niños. En el presente estudio se observó que las madres normales no tuvieron mayor acuerdo con sus hijos que los de madres deprimidas.

Nota: En la investigación no se especifican cuales son los problemas de conducta en los niños.

TÍTULO: Expresión de emociones maternas y los trastornos emocionales y de conducta en los niños

AUTOR: Vostanis, Nicholls y Harrington (1994)

OBJETIVO: Se midió la expresión de emociones (crítica, afecto y sobreprotección) en las madres de niños con problemas de conducta, trastornos emocionales y niños sanos. También se analizó como variaban las escalas de expresión de emociones (EE), en cada grupo.

METODOLOGÍA

Población

Madres (Clase social baja y media)

Madres de niños con trastornos de conducta (n = 30; edad promedio = 34 años)

Madres de niños con trastornos emocionales (n = 39; edad promedio = 39.4 años)

Madres de niños sin trastornos (n = 30; edad promedio = 37.9 años)

Niños (6-11 años)

Trastornos de conducta: conducta agresiva y opositora; 10 niñas, 20 niños (Edad promedio = 8.7 años)

Trastornos emocionales; síntomas depresivos y ansiosos; 11 niñas, 19 niños (Edad promedio = 9.37 años)

Sin trastornos: 13 niñas, 17 niños (Edad promedio = 8.77 años)

Se incluyó una muestra de padres pero por ser pequeña no se tomó en cuenta en el análisis de resultados.

Procedimiento

Los niños fueron seleccionados de aquellos referidos al Servicio Psiquiátrico para Niños y un psiquiatra infantil los diagnosticó con base en el ICD-9, esto tomó un período de dos años. El grupo control se seleccionó de dos escuelas primarias.

Madres

Se les aplicó :

La entrevista familiar de Camberwell (EFC)

Escala de expresión de emociones (EE). La (EE) es una medida de las actitudes emocionales con respecto a un individuo específico (crítica, afecto, sobreprotección y hostilidad), la cual ha sido ampliamente estudiada en relación con la psicopatología del adulto.

Escala de Ambiente Familiar (EAF)

Niños

Se les diagnosticó con base en el ICD-9.

La madre contestó la Lista Conductual para niños (LCN)

RESULTADOS

- Se confirma la asociación entre las actitudes emocionales maternas y la psicopatología infantil.
- Las expresiones cariñosas diferenciaron significativamente ($p < .05$) a los tres grupos, presentándose más manifestaciones de afecto en el grupo control.
- La crítica diferenció al grupo de niños con problemas de conducta.
- La sobreprotección no diferenció a los grupos.

- Lo presentado antes indica que los trastornos conductuales y emocionales de los niños se asocian con diferentes estilos maternos de relacionarse.

DISCUSIÓN

Los hallazgos del presente estudio sustentan la asociación establecida entre la expresión de emociones maternas y psicopatología en el niño.

En el estudio de Schwartz et al (1990) se vio que los altos niveles de crítica materna se asocian con trastorno depresivo materno y al menos un niño de la familia con trastorno depresivo o problema de conducta o uso de drogas.

Los resultados sugieren que el desarrollo de psicopatología en el niño se relaciona no solo con la presencia de actitudes emocionales negativas tales como la crítica y la sobreprotección sino con la ausencia de afecto.

TÍTULO: Niños con alto y bajo riesgo para la depresión y la ansiedad: Mecanismos del trastorno psiquiátrico

AUTOR: Warner, Mufson y Weissman (1995)

OBJETIVO: 1) Examinar el efecto del trastorno depresivo mayor y/o trastorno de pánico de los padres en el riesgo de los hijos de presentar estos mismos trastornos, y 2) examinar otros factores (factores ambientales familiares, diagnóstico de la pareja y adaptación social) como posibles mediadores del riesgo y como predictores independientes de un mayor riesgo para el niño.

METODOLOGÍA

Población

Padres (n = 82; edad promedio = 45 años)

El porcentaje de mujeres en los grupos con depresión era de (88%), en los trastornos de pánico (67%) y en el grupo control (44%)

Niños (n = 145; edades = 6 a 23 años)

De padres con trastornos de pánico más depresión (n = 60)

De padres con trastornos de depresión mayor: comienzo de los síntomas antes de los 30 años (n = 32)

De padres con trastornos de pánico sin depresión (n = 17)

Del grupo control (n = 36)

No se especificaron edades para cada grupo

Procedimiento

Los padres se seleccionaron de las clínicas de especialidad de la Universidad de Yale y de las unidades de investigación de Ansiedad y Depresión en New Haven. El grupo control provenía de la comunidad.

Padres se les aplicaron:

Los criterios del DSM-III-R para el diagnóstico de los trastornos.

La Escala de Adaptación Social, la cual mide el funcionamiento social en 6 áreas de roles: trabajo, tiempo libre, marital, parental y niños.

Para medir el ambiente familiar se emplearon dos instrumentos: La escala de Adaptabilidad y Cohesión Familiar y la escala de Adaptación Dfádica. En la primera se mide unión familiar, autonomía y estabilidad del ambiente familiar. La segunda mide la calidad de la relación marital.

Las entrevistas a los niños (6 a 17 años) se basaron en el Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia para Niños. Se intentó entrevistar a todos los niños y jóvenes de la muestra. Si el niño tenía entre 6 y 10 años se entrevistaba a los padres acerca del él, a partir de esa edad, los padres solo contestaban una breve entrevista sobre la historia neuropsiquiátrica y médica del niño. También se preguntó a los padres sobre la adaptación social del niño empleando el Inventario de Adaptación Social para Niños y Adolescentes. Para el diagnóstico de los niños se emplearon los criterios del DSM-III R.

RESULTADOS

- No se encontraron diferencias significativas ($p < .05$) en la distribución por edades y sexo de acuerdo a los trastornos paternos.
- Los hijos de padres con depresión recurrente (dos o mas episodios) presentaron porcentajes más altos de trastornos depresivo mayor, distimia y cualquier trastorno de ansiedad que los hijos de padres normales, las diferencias fueron significativas ($p < .05$).
- Los hijos de padres con depresión recurrente presentaron tres veces mayor riesgo de padecer depresión mayor y cualquier trastorno de ansiedad, al comparárseles con los hijos del grupo control.

- Los hijos de padres con trastornos de pánico con depresión tuvieron porcentajes más altos de ansiedad de separación, trastornos de pánico e intentos de suicidio que los hijos de padres normales y las diferencias fueron significativas ($p < .05$).
- Los padres de los grupos con trastornos presentaron una calidad de la relación marital más pobre que el grupo control, siendo las diferencias significativas ($p < .05$).
- Los padres con depresión y pánico más depresión presentaron mayor probabilidad de tener un ambiente familiar caótico que los padres del grupo control.
- Un bajo funcionamiento social se asoció significativamente ($p < .05$) con el riesgo en los hijos de presentar depresión mayor solo en el grupo control.
- Un ambiente familiar caótico fue un factor independiente que predecía la distimia después de haber tomado en cuenta el diagnóstico del padre.

DISCUSIÓN

Con los resultados del estudio, ha quedado bien establecido que el tener padres con trastornos psiquiátricos, incrementa el riesgo en los hijos de padecer a su vez trastornos psiquiátricos

TÍTULO: Seguimiento de los hijos de padres con trastornos bipolares

AUTOR: Zahn-Waxler, Mayfield, Radke-Yarrow, Mcknew, Ctryn y Davenport (1988)

OBJETIVO: El estudio reporta los datos sobre un grupo de niños de padres con depresión bipolar, vistos cuatro años después para determinar si los problemas encontrados en su desarrollo temprano, eran patrones precursores de posteriores trastornos diagnosticables.

METODOLOGÍA

Población

Cinco madres y tres padres (No se menciona la edad)

Escolaridad: Preparatoria y estudios universitarios

En cinco familias los padres con depresión bipolar tenían una pareja con depresión unipolar.

Niños (Edad = 5 años)

De padres con trastorno bipolar (n = 7)

Grupo control sin trastornos (n = 12 niños)

Procedimiento

A los padres se les diagnosticó con base en el Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia.

Los niños fueron estudiados a los 5 y 6 años. A los 5 años se les evaluó en las mismas áreas que cuando tenían dos años (primer estudio). Los niños fueron observados en un laboratorio, en interacción con un compañero de juegos en condiciones de reto y conflicto; además se les aplicó una prueba para evaluar la empatía y las estrategias de resolución de conflictos. La prueba de empatía se diseñó para determinar el grado en el cual el niño podía reaccionar adecuadamente ante las emociones de otros, y la prueba de resolución de conflictos provee información acerca de las estrategias del niño para responder ante la hostilidad y la agresión.

A los 6 años se les aplicó el Inventario de Evaluación Infantil (IEI), y las madres contestaron la Lista Conductual para Niños. El diagnóstico se estableció con base en el DSM-III y las pruebas ya mencionadas.

RESULTADOS

- Los diagnósticos y síntomas de los niños de padres con depresión bipolar reflejan serios trastornos, por ejemplo varios de ellos presentaron diagnósticos de depresión, sobreansiedad, ansiedad de separación y trastornos de conducta, ningún niño del grupo control presentó alguno de estos diagnósticos.
- La proporción de niños de padres con depresión bipolar, que mostraron dos o más diagnósticos psiquiátricos fue significativamente ($p < .05$) más grande que la del grupo control.
- Los niños del grupo de riesgo presentaron puntuaciones más altas en los trastornos emocionales y conductuales de la Lista Conductual para Niños que los niños del grupo control.

- Los trastornos emocionales donde se obtuvieron mayores diferencias con el grupo control fue en el aislamiento y conducta obsesivo compulsiva, para los trastornos de conducta las diferencias mas acentuadas se dieron en la agresividad e hiperactividad.
- Los niños del grupo de riesgo tendían a mostrar menos empatía que los niños del grupo control. Sin embargo en las situaciones de conflicto los niños con riesgo generaron mas estrategias para resolver conflictos que los del grupo control estas estrategias generalmente eran no agresivas o de conformidad.

DISCUSIÓN

Los patrones de desajuste en los niños que se identificaron en el primer estudio, se continuaron presentando 4 años después, por ejemplo las dificultades en la empatía y en la forma poco usual de resolver problemas. Algunos de los problemas identificados en los niños (la poca capacidad para la empatía y los patrones atípicos para enfrentarse con los conflictos) son descritos comúnmente en los pacientes con trastornos afectivos bipolares. Estos pacientes tienen dificultad en el control de sus sentimientos de ira y conflicto lo cual puede reflejarse en las interacciones madre-hijo. Dentro de las familias se presentan encuentros "explosivos", y los niños tienden a enfrentar los conflictos "manteniendo la paz" y sometándose.

Como la muestra era pequeña no fue posible estudiar los mecanismos causales. En todas las familias había antecedentes de trastornos afectivos. También se presentaron divorcios en cinco de las siete familias. Los resultados del estudio indican que en las familias con padres con trastorno bipolar se debe observar el vínculo entre la interacción padres-hijo y los trastornos presentados por los niños, por ello debe tomarse en cuenta la posibilidad de la intervención terapéutica temprana en el desarrollo del niño.

CAPÍTULO 6

MÉTODO

6.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El niño al nacer establece la primera relación con la madre, la cual se encarga de satisfacer sus necesidades. Ella será la figura más importante para el niño durante los primeros años de vida. Es fundamental para el sano desarrollo psicológico del pequeño que la relación madre-hijo sea armoniosa.

Diversos autores como son Bowlby (1953), Anna Freud (1984), Spitz (1965), Weil (1992), Winnicott (1965) han afirmado que la calidad del cuidado materno durante los primeros años de vida es esencial para la futura salud mental del niño. Otra autora Françoise Dolto piensa que cuanto más pequeño es el niño más sensible es a las problemáticas vividas directa o indirectamente a través de las tensiones de los adultos. "Son muchos los desórdenes orgánicos del bebé y del niño pequeño que expresan los conflictos psicoafectivos de la madre, originados en especial en la neurosis materna...". (Mannoni, 1965). Otros autores como Lebovici, Tustin y Meltzer citados en (Ledoux, 1984) relacionan la depresión de la madre con perturbaciones graves de la personalidad del niño.

Lo dicho anteriormente nos lleva a plantear si la presencia de psicopatología materna se asocia a los trastornos psicopatológicos en los niños.

Hipótesis Conceptual

"En la relación madre-hijo, aquélla es la parte activa y dominante. El niño, al menos en los comienzos es el recipiente pasivo. Esto nos lleva a nuestra primera proposición: las perturbaciones de la personalidad materna se reflejarán en perturbaciones del infante. ...las influencias psicológicas dañinas son la consecuencia de relaciones insatisfactorias entre la madre y el niño" (Spitz, 1969, p. 155).

Por lo tanto se espera encontrar una relación entre los trastornos psicológicos de la madre y el niño por medio del análisis de las investigaciones sobre el tema.

Población

Se incluyeron los sujetos estudiados en las investigaciones que tuvieran las características siguientes:

Niños -hasta 12 años.

Madres no adolescentes que presentaran los siguientes trastornos: depresión, ansiedad, histeria y trastorno obsesivo-compulsivo. No se incluyeron mujeres con trastornos psicóticos.

6.2. TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación documental se considera un estudio descriptivo, porque en ella se recabó información y se revisó la literatura sobre el tema, con el fin de analizar la relación entre la psicopatología de la madre y la del niño.

6.3 PROCEDIMIENTO

Para la realización de la presente investigación documental, se recopiló la información, siguiendo los pasos que a continuación se mencionan:

1. Se recabó información general sobre la relación madre-hijo y en particular sobre trastornos psicológicos en las madres y en los niños en: libros, enciclopedias, tesis y artículos, lo anterior se realizó, consultando los catálogos por tema y materia de la biblioteca de la Facultad de Psicología.
2. Como paso siguiente, se hicieron consultas en la base de datos del Psyclit, en la cual se pueden obtener los resúmenes de las investigaciones actuales en el área de Psicología a nivel mundial, también se realizaron consultas en Internet, esto se efectuó con el fin de conocer que investigaciones se han llevado a cabo sobre el tema.

Los principales lugares donde se buscaron las revistas y las demás fuentes bibliográficas se mencionan a continuación:

- Facultad de Psicología de la UNAM
- Instituto Mexicano de Psiquiatría
- Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la UNAM
- Biblioteca Central de la UNAM
- Centro de Investigación de Ciencias Humanísticas (CICH)
- Centro Nacional de Investigación Documental en Salud
- Universidad Iberoamericana
- Instituto Nacional de Salud Mental
- Instituto Nacional de Perinatología
- Centro de documentación de la Secretaría de Salud
- Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro

Las revistas consultadas para presentar las investigaciones actualizadas sobre el tema de la tesis fueron las siguientes:

- American Journal of Psychiatry
- Archives of General Psychiatry
- British Journal of Psychiatry
- Child Abuse and Neglect
- Developmental Psychology
- Journal of Abnormal Psychology
- Journal of Affective Disorders
- Journal of Consulting and Clinical Psychology
- Journal of Consulting and Clinical Psychology
- Journal of Child Psychology and Psychiatry
- Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
- Psychological Bulletin
- Psychological Medicine
- Salud Mental

Cabe mencionarse que algunos números de estas revistas no se encontraban en los lugares mencionados además de que en la consulta a Psyclit e Internet se hallaron otros artículos, pero éstos no se localizaron en ninguna Institución, limitándose así la cantidad de información obtenida.

3. La información recabada en libros, tesis, etc. se ordenó de acuerdo al índice y así se integraron los capítulos de la tesis.

4. Los datos de las investigaciones se resumieron de la siguiente manera: Título, autor, metodología, resultados y discusión de cada uno de los artículos reportados.

5. El análisis de la información contenida en las investigaciones recientes se realizó de acuerdo a los siguientes aspectos:

- a) Diagnóstico de la madre
- b) Diagnóstico del niño
- c) Criterios para la evaluación del padecimiento en la madre y en el niño
- d) Tipo de muestra
- e) Estado civil de la madre
- f) Edad de la madre
- g) Edad del niño

6. Para la descripción de estos aspectos se elaboraron tres tablas que contienen esta información:

Tabla 1. Se presentan las características de padres con trastornos psicopatológicos.

Tabla 2. Se presentan las características de los niños de padres con trastornos psicopatológicos.

Tabla 3. Se presentan los diagnósticos de los padres y los niños.

7. El análisis de la información contenida en las investigaciones se basó en las tablas y en los resultados y las discusiones de cada uno de los estudios. En el apéndice B se presenta un resumen de los resultados de las investigaciones.

CAPÍTULO 7

RESULTADOS

Se revisaron un total de 25 estudios. En 6 de ellos se incluyeron a los padres, en el resto de las investigaciones solamente a las madres. En la Tablas 1 y 2 (Apéndice A) se muestran las características de los grupos de padres y niños con trastornos psicopatológicos.

En la Tabla 1 (Apéndice A) podemos observar que de los 25 estudios analizados, en 18 la psicopatología presentada por los padres fueron trastornos depresivos; en 4 estudios los padres presentaron: ansiedad, ansiedad más depresión y depresión; en un estudio los padres presentaron solamente ansiedad; en otro las madres presentaron trastornos disociativos y por último tenemos un estudio donde se investigó sobre la expresión de emociones maternas.

La mayoría de las investigaciones se realizaron en Estados Unidos e Inglaterra. En ellas se emplearon dos tipos de diseños el transversal y el longitudinal. Estos se distribuyeron así: 14 transversales y 11 longitudinales. Los estudios longitudinales incluyeron una evaluación inicial y su seguimiento correspondiente. Los estudios transversales se realizaron en una sola evaluación. Todas las investigaciones tuvieron grupo control a excepción de dos.

El tipo de instrumento utilizado es muy importante ya que permite valorar si se están evaluando adecuadamente los trastornos. El instrumento más utilizado fue el Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (ITAE), el cual establece el diagnóstico de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-III; en segundo lugar tenemos los criterios diagnósticos del DSM-III y DSM-III-R. El ITAE y los criterios diagnósticos del DSM fueron empleados en más de la mitad de los estudios revisados lo cual proporciona mayor confiabilidad en el diagnóstico establecido. El Inventario de Depresión de Beck se empleó en 5 investigaciones, y después una serie de instrumentos y entrevistas que son aplicados en una sola ocasión (Cuadro 1).

CUADRO 1. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LAS MADRES

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	FRECUENCIA
Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia	11
Inventario Beck de Depresión	5
DSM-III	3
DSM-III-R	2
Examen del estado actual	2
Escala de Ambiente Familiar	2
Criterio Diagnóstico de Investigación	1
Escala de Ambiente Laboral	1
Escala Hamilton de Depresión	1
Escala de Depresión Postnatal de Edinburg	1
Escala para Depresión MADRS	1
Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos	1
Entrevista psiquiátrica estandarizada de depresión	1
Entrevista clínica estructurada de Desórdenes Disociativos	1
Entrevista semiestructurada	1
Historia psiquiátrica	1
Forma de Salud y Vida Diaria	1

El instrumento empleado con mayor frecuencia para evaluar a los niños fue la Lista Conductual para Niños, después tenemos al Inventario de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia y los criterios diagnósticos del DSM-III, estos instrumentos fueron utilizados en la mayor parte de los estudios. También se presentan otro tipo de evaluaciones las cuales se emplearon en dos estudios cada una de ellas: las observaciones, las escalas de desarrollo y el Inventario de Evaluación Infantil. Los demás instrumentos se emplearon en una sola ocasión (Cuadro 2).

CUADRO 2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LOS NIÑOS

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	FRECUENCIA
Lista Conductual para Niños	9
Inventario de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia para Niños	6
Criterios del DSM-III	3
Criterios del DSM-III-R	2
Inventario de Evaluación Infantil	3
Inventario de Depresión	1
Observación y codificación de conductas	2
Evaluación de sesiones de juego	1
Evaluación del desarrollo cognitivo y del lenguaje	1
Escala de Manifestaciones de Ansiedad	1
Escala de Desarrollo de Denver	1
ICD-9	1
Inventario de Adaptación Social	1
Cuestionario de Reporte de Niños	1
Cuestionario de Trastornos Conductuales	1
Forma de Salud y Vida Diaria	1
Prueba de empatía y estrategias de resolución de conflictos	1

En el Cuadro 3 se presentan los diagnósticos de las madres, las frecuencias se obtuvieron de acuerdo a los trastornos estudiados en cada investigación. Podemos observar que los trastornos depresivos tuvieron la mayor frecuencia de presentación, seguidos por los trastornos de ansiedad y la depresión postnatal.

CUADRO 3. DIAGNÓSTICO DE LAS MADRES

DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA
Trastornos depresivos*	15
Trastornos de ansiedad **	7
Depresión postnatal	5
Depresión bipolar	4
Depresión más ansiedad	4
Trastornos disociativos	1

*Los trastornos depresivos incluyen depresión mayor, unipolar, disforia, sintomatología depresiva.

**Los trastornos de ansiedad incluyen trastorno generalizado de ansiedad, trastornos de pánico, agorafobia.

En el Cuadro 4 se muestran los diagnósticos o síntomas de los niños, obtenidos en las investigaciones. La frecuencia está dada por el número de veces que se presentaron los trastornos en cada estudio. En este caso los trastornos de ansiedad presentaron la mayor frecuencia, seguidos por los trastornos depresivos y los trastornos conductuales y emocionales. En la Tabla 2 (Apéndice A) se muestran con mayor detalle los trastornos que presentaron los niños.

En cuanto a los diagnósticos de los niños tenemos que los trastornos de ansiedad presentaron la frecuencia más elevada, enseguida tenemos a los trastornos depresivos (Cuadro 4). Los datos contenidos en los cuadros mencionados se aprecia con mayor detalle en la Tabla 3 (Apéndice A) donde se especifican los diagnósticos de las madres y de los niños.

CUADRO 4. DIAGNÓSTICOS DE LOS NIÑOS

DIAGNÓSTICOS	FRECUENCIA
Trastornos de ansiedad *	11
Trastornos depresivos **	10
Trastornos emocionales y conductuales	6
Trastornos conductuales	5
Trastornos emocionales	2
Pobre calidad de la interacción madre-hijo	4
Trastornos de la alimentación	2
Trastornos físicos	3
Trastornos del sueño	1
Menor rendimiento académico	1
Baja atención con hiperactividad	1
Inseguridad en el apego	1
Autoestima baja	1
Menor socialización	1
Menos conductas de afecto	1
Problemas en la relación con otros niños	1
Excesiva dependencia	1
Berrinches	1

*Los trastornos de ansiedad incluyen sobreansiedad, ansiedad de separación, fobias, trastorno generalizado de ansiedad, trastorno de pánico y trastorno obsesivo compulsivo.

** Los trastornos depresivos incluyen depresión mayor, distimia, depresión menor, trastorno del estado de ánimo.

En 18 investigaciones se trabajó con niños de hasta 12 años de edad, la cual era la edad límite para nuestra investigación documental. Las otras investigaciones se incluyeron porque en ellas se estudiaron a niños del rango preestablecido, además de incluir a adolescentes (Cuadro 5).

CUADRO 5. EDAD DE LOS NIÑOS

EDAD	FRECUENCIA
9 semanas a 12 años	18
Hasta 13 años	2
Hasta 16 años	1
Hasta 17 años	2
Hasta 18 años	1

En la Tabla 3 (Apéndice A) podemos observar que en todas las investigaciones los hijos de madres con trastornos emocionales, presentan a su vez diversos trastornos psicológicos. En los estudios de depresión postnatal se detecta que los trastornos pueden comenzar a una edad muy temprana (Cohn, et al. 1990; Cox, et al. 1987; Murray 1992; Stein, et al. 1991). Los problemas que se observaron en estos estudios fueron: inseguridad en el apego, problemas emocionales y conductuales, trastornos en el sueño y/o en la alimentación, baja calidad de la interacción madre-hijo y menor grado de socialización.

De los 18 estudios en los cuales las madres presentaron depresión, en 10 (55%) los niños también presentaron depresión, además de otros trastornos. Los hijos de madres con trastornos de ansiedad, también presentaron ansiedad en cuatro de las cinco investigaciones que incluyeron estos trastornos.

En el Cuadro 6 se presentan los modelos psicológicos que sirvieron como marco de las investigaciones. Todos emplearon el modelo médico y/o el cognitivo conductual.

CUADRO 6 MODELOS QUE APOYAN A LAS INVESTIGACIONES

ESTUDIO	MODELO PSICOLÓGICO
Beidel y Turner (1997)	médico
Benjamin, Benjamin y Rind (1996)	médico y cognitivo-conductual
Billings y Moos (1986)	médico y cognitivo-conductual
Caplan et al. (1989)	médico y cognitivo-conductual
Caraveo, Medina-Mora Villatoro y Rascón (1994)	médico y cognitivo-conductual
Cohn, Campell, Matfas y Hopkins (1990)	médico y cognitivo-conductual
Cox, Puckering, Pound y Mills (1987)	Cognitivo-conductual
Goodman, Adamson, Riniti y Cole (1994)	médico cognitivo-conductual
Hammen et al. (1987)	médico y cognitivo-conductual
Hammen, Burge, Burney y Adrian (1990)	médico y cognitivo-conductual
Lang et al. (1996)	cognitivo-conductual
Last et al. (1987)	médico
Lee y Gotlib (1989, 1991)	médico y cognitivo -conductual
Mitchell et al. (1989)	médico
Murray (1992)	médico y cognitivo-conductual
Orvashel, Walsh-Allis y Ye (1988)	médico
Phillips y O'Hara (1991)	cognitivo-conductual
Radke-Yarrow et al. (1992)	médico y cognitivo-conductual
Silverman, Cerny, Nelles y Burke (1988)	conductual
Stein et al. (1991)	conductual
Tarullo et al. (1995)	médico y cognitivo-conductual
Vostanis et al. (1994)	cognitivo-conductual
Warner et al. (1995)	médico y cognitivo-conductual
Zahn et al. (1988)	médico y cognitivo-conductual

Por último presentamos un resumen de los resultados de las investigaciones.

Resumen de los resultados de las investigaciones

Los niños de padres con trastornos de ansiedad fundamentalmente presentaron trastornos de ansiedad. Los hijos de padres deprimidos y los niños de padres con trastornos de ansiedad y depresión manifestaron distintos trastornos: ansiedad, trastorno depresivo mayor y distimia.

Las madres disociativas mostraban menos afecto a los niños, la conducta de apego al niño era menor, se sentían menos cómodas en el papel de madre y realizaban menos acciones para promover el desarrollo del niño.

Los problemas en la salud de los niños de padres deprimidos se relacionó significativamente ($p < .01$) con la severidad en la depresión de los padres. Los altos niveles de disfunción de los padres, estrés y un ambiente familiar menos estable se asoció con niveles más pobres de salud y mayor número de trastornos en los niños.

A mayores niveles de sintomatología depresiva en el adulto, hay una asociación significativa con la presencia y severidad de sintomatología psíquica en los niños.

Las madres deprimidas que no trabajan presentaron porcentajes más altos de expresiones negativas como enojo, tristeza, irritación y desinterés que las madres no deprimidas y las diferencias fueron significativas ($p < .05$).

Los niños del grupo de madres deprimidas presentaron más problemas en la alimentación, en relación con otros niños y con sus padres y baja atención acompañada de hiperactividad, que los niños del grupo control.

Los resultados del estudio confirman la relación entre la historia de depresión de la madre y un incremento de la expresión de actitudes críticas hacia el niño. Lo cual sirve como evidencia de que la depresión altera la parentalidad ya sea por la vía de las autopercepciones, percepciones del niño o cualidades de interacción.

Los niños de madres con trastornos afectivos presentaron más diagnósticos en general y tuvieron menor rendimiento académico y conductual en la escuela que los niños de madres sin trastornos afectivos. Las diferencias fueron significativas ($p < .05$).

La presencia o ausencia del padre biológico, con o sin enfermedad psiquiátrica, tuvo poco impacto en los porcentajes de trastornos en los niños. El 67% de niños con padres en casa y con trastornos, presentaron diagnóstico y también el 68% de niños sin padre en casa, presentaron diagnóstico.

El 82% de los niños de madres unipolares obtuvieron al menos un diagnóstico; el 72% de los niños de madres bipolares tuvieron al menos un diagnóstico, comparados con el 43% y 32% de niños de madres con trastornos médicos y normales respectivamente.

Las madres disfóricas evaluaron a sus niños con más problemas conductuales (58% vs 6%) y emocionales (42% vs 8%) que las madres del grupo control, la evaluación de los trastornos fue de moderada a severa. No se especificaron los trastornos de los niños.

La mayoría (83%) de las madres de los niños con trastornos de ansiedad presentaron antecedentes de al menos un episodio de ansiedad.

Los resultados obtenidos tanto de las madres como de los entrevistadores, muestran un mayor número de problemas emocionales, más miedos, trastornos del estado de ánimo y quejas somáticas, en los niños de madres deprimidas que en los de madres sin trastornos.

La psicopatología en los padres no diferenció a los niños deprimidos de los no deprimidos. Sin embargo los antecedentes de depresión en ambos padres se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de niños deprimidos que en los no deprimidos.

Los niños de madres deprimidas en el período postnatal (grupos 2 y 4) presentaron inseguridad en el apego a la madre a los 18 meses y la diferencia con el grupo de madres no depresivas (grupo 1) fue significativa ($p < .05$).

Al examinar los diagnósticos se encontraron porcentajes más altos de psicopatología en los niños de padres deprimidos (alto riesgo) que en los niños de padres normales (bajo riesgo). Cuarenta y uno % de los niños de alto riesgo presentaron al menos un diagnóstico psiquiátrico en algún momento de su vida, comparados con el 15.2% de los niños de bajo riesgo.

Se encontró que el diagnóstico de depresión pospartum no puede predecir los puntajes en las escalas de la Lista Conductual para Niños. Sin embargo, hubo una asociación significativa ($p < .01$) entre el diagnóstico de depresión materna durante el seguimiento y los puntajes obtenidos en las escalas de problemas emocionales y conductuales de la LCN.

Los niños de madres unipolares y bipolares, que se encontraban en la infancia media y tardía, presentaron problemas conductuales disruptivos en mayor número que los del grupo control y estas diferencias fueron significativas ($p < .05$).

Los datos sugieren que el diagnóstico del padre asociado a niveles altos de conducta de evitación (evitar un gran número de situaciones), por ejemplo en la agorafobia y en las fobias, representa un gran riesgo para los hijos de tener problemas de conducta, ya que el 83% de los niños de padres con agorafobia y el 75% de niños con padres con fobias presentaron uno o más problemas de conducta.

El grupo de madres deprimidas presentaron menos rapport (facilidad para comunicarse, escuchar y hablar al niño) que las madres del grupo control. Se apreció una tendencia en los niños de las 9 madres que aún presentaban depresión, a mostrar menor sociabilidad, mayor estrés cuando la madre abandonaba el sitio donde se encontraban y a presentar menos conductas de compartir el afecto.

Las madres con trastornos afectivos y las madres sanas no difieren en el trato al niño en cuanto al involucramiento (dialogar, estar abierta a la discusión, centrarse en aspectos positivos, alegres y cariñosos).

No obstante, se observó una tendencia en las madres deprimidas a ser más críticas con sus hijos que las madres sanas. La falta de diferencias significativas entre los dos grupos podría deberse a que las madres deprimidas se forzaron a actuar de la mejor forma al ser observadas.

Se confirma la asociación entre las actitudes emocionales maternas y la psicopatología infantil. Las expresiones cariñosas diferenciaron significativamente ($p < .05$) a los tres grupos, presentándose más manifestaciones de afecto en el grupo control: la crítica diferenció al grupo de niños con problemas de conducta, la sobreprotección no diferenció a los grupos. Lo presentado antes indica que los trastornos conductuales y emocionales de los niños se asocian con diferentes estilos maternos de relacionarse.

Los hijos de padres con depresión recurrente (dos o más episodios) presentaron porcentajes más altos de trastornos depresivo mayor, distimia y cualquier trastorno de ansiedad que los hijos de padres normales, las diferencias fueron significativas ($p < .05$).

Los diagnósticos y síntomas de los niños de padres con depresión bipolar reflejan serios trastornos, por ejemplo varios de ellos presentaron diagnósticos de depresión, sobreansiedad, ansiedad de separación y trastornos de conducta, ningún niño del grupo control presentó alguno de estos diagnósticos.

CONCLUSIONES

El problema de la psicopatología madre-hijo se puede incluir dentro de la problemática de la salud mental en general y en particular en la de la mujer y el niño. Existen diversos factores que inciden en la psicopatología de mujeres, hombres y niños y que pueden llevar a enfermarlos como son los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

Se han encontrado algunos factores de riesgo que inciden en los trastornos psicopatológicos del niño como son los factores biológicos como la prematuridad, enfermedades orgánicas del niño; o bien psicopatología de los padres, depresión materna, problemas maritales, la clase social y madres adolescentes (Zeanah, Boris y Larrieu, 1997).

La presente investigación estudió uno de los factores que puede incidir en la presencia de psicopatología en el niño, como es la presencia de psicopatología en la madre.

En primer lugar no debemos olvidar el papel que ha jugado el rol materno en la vida de las mujeres. Este rol se ha convertido en su definición social. Las mujeres ejercen la maternidad, no sólo llevan los hijos en el vientre y después los paren también asumen la responsabilidad primordial de su cuidado (Chodorow, 1984).

A pesar de los cambios aparentes en la forma de vida actual de las mujeres, el hogar continúa siendo el ámbito exclusivo materno-infantil; el cuidado del bebé y del niño es el dominio particular de la madre, y ésta se encuentra aislada generalmente de otras madres, con menos contactos sociales y con poca ayuda del padre u otras personas (Chodorow, 1984).

Los modos de vida tradicional se constituyen en factores de riesgo para la salud mental de las mujeres. Los factores que algunos investigadores han señalado como depresógenos en las mujeres son: las crisis económicas, el aislamiento social las expectativas de género, los papeles múltiples, la violencia intrafamiliar, el matrimonio y la maternidad, entre otros (Lara, 1995; Burin, Moncarz y Velázquez, 1991).

Estas mujeres son las que crían a los niños. Bleichmar (1995) considera que la depresión de los padres es uno de los factores claves que intervienen en la calidad de los cuidados que reciben los niños. Menciona que existen numerosos estudios que muestran los efectos negativos, tanto en el carácter como en la capacidad de aprendizaje, de los niños que han tenido padres con estados depresivos, especialmente si se trata de la madre. De ahí la necesidad de estudiar la influencia de la madre en la salud psicológica del niño.

El objetivo del presente estudio fue investigar si la presencia de psicopatología materna se asocia a los trastornos psicopatológicos en los niños. En todos los artículos analizados se encontró la asociación entre la psicopatología materna y la presencia de diversos síntomas en los niños, tal como refiere la teoría.

La psicopatología materna estudiada con mayor frecuencia fue la depresión, en segundo lugar la ansiedad y uno sobre trastornos disociativos. Los trastornos más frecuentes en los niños fueron: trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y trastornos conductuales.

También se encontró que en más de la mitad de los estudios de niños de padres con depresión, los hijos también presentaron depresión. Sin embargo, la ansiedad fue la psicopatología que se presentó con mayor frecuencia en los niños en la totalidad de las investigaciones. Cabe mencionar que los niños de padres depresivos tienen una probabilidad dos a tres veces mayor de padecer depresión o problemas de conducta que los niños de padres normales (Dodge, 1990; Cummings y Davies, 1994).

Sheppard (1995) cita a varios investigadores quienes señalan la asociación entre depresión materna y trastornos en los niños como la depresión, un autoconcepto negativo y uno o más problemas de conducta. Beardslee et al. (1983) y Downey y Coyne (1990) en sus revisiones de estudios encontraron que los niños de padres depresivos presentaron porcentajes altos en problemas de adaptación (problemas escolares y sociales, ansiedad, aislamiento y agresividad), síntomas de depresión y depresión clínica. La depresión fue el trastorno más frecuente.

No sólo en los trastornos depresivos se encuentra una asociación entre los padres y sus hijos, Last et al. (1987) encontraron que el 83% de las madres de niños diagnosticados con ansiedad, también la presentaron, por lo cual los resultados de su investigación muestran una fuerte asociación entre la ansiedad en la madre y en el hijo.

Además se halló que los porcentajes de diagnósticos en los niños de padres con trastornos tanto de ansiedad como depresivos son altos en comparación a las poblaciones de niños de padres normales. Beidel y Turner (1996) hallaron que el 45% de los niños de padres con ansiedad y depresión presentaron un diagnóstico clínico (ansiedad, depresión mayor y distimia) vs el 10% de niños de padres normales.

En su investigación Hammen et al. (1990) encontraron que el 82% de los niños de madres con depresión unipolar vs el 32% de niños del grupo control presentaron al menos un diagnóstico (depresión, trastornos de conducta, ansiedad, drogadicción). Silverman et al. (1988) observaron que más del 50% de familias con ansiedad tuvieron hijos con ansiedad.

Por lo presentado anteriormente hemos visto la asociación entre la psicopatología de la madre y la de su hijo, pero ¿cómo surge esta asociación? Se considera que uno de los factores que contribuyen a esta asociación es la interacción cotidiana. En la revisión de estudios que realizamos se vio que la depresión afecta la interacción madre-hijo, así como también el desempeño del rol materno.

Al respecto Cummings y Davies (1994) afirman que la depresión materna podría afectar a los niños al alterar los patrones de interacción madre-hijo, por ejemplo en las prácticas de crianza y en la calidad del apego. Cox et al. (1987) observaron en su investigación que la calidad de la interacción madre-hijo se ve afectada porque las madres deprimidas se distraían o bien atendían al niño hasta que éste lo demandaba exageradamente.

En sus investigaciones Stein et al. (1991) y Murray (1992), hallaron que la depresión materna afecta la interacción madre-hijo, al establecer patrones dañados de comunicación los cuales persisten aunque la madre haya mejorado; esto indica la necesidad de centrar la intervención terapéutica en la relación madre-hijo más que en los síntomas por sí mismos.

Las características psicológicas de la madre deprimida influyen de forma fundamental en la interacción madre-hijo. En la investigación de Susman et al. (1985) se describe a la madre deprimida como una persona hostil, crítica, rechazante y aislada emocionalmente de su hijo, lo cual afecta la relación con él. Los síntomas de la depresión como la tristeza, irritabilidad, aislamiento social, baja autoestima y culpa, parecen influir especialmente en la relación madre-hijo. Los padres al ser muy sensibles a los sufrimientos y la culpa, emplean técnicas de crianza que inducen la culpa, la ansiedad y el autosacrificio en los niños.

La depresión materna afecta la cercanía e intimidad de la relación madre-hijo. La madre deprimida está físicamente presente pero psicológicamente ausente, incapaz de percibir las señales que le envía el niño y construir una relación a partir de ellas (Puckering, 1989).

Otra conducta que se observó en las madres deprimidas es que utilizaban expresiones de hostilidad y rechazo hacia el niño. Vostanis et al.(1994) mencionan la ausencia de afecto, como un factor que incrementaba el riesgo para el niño de presentar trastornos depresivos. Al respecto se ha visto en otras partes de la presente investigación que la privación del afecto materno impide el desarrollo físico y emocional del niño; autores como Bowlby (1972) y Spitz (1969) han afirmado que la ausencia del cariño materno, con o sin la presencia de la madre, puede perjudicar la salud mental del niño.

Los problemas en la interacción madre-hijo no es exclusivo de la madres deprimidas. En un estudio sobre el cuidado maternal que ofrecen las madres con trastornos disociativos, se vio que ellas mostraban menos afecto hacia sus niños, se sentían menos cómodas en el papel de madres y realizaban menos acciones para promover el desarrollo de sus hijos (Benjamin et al., 1996).

Confirman el hecho anterior diversos estudios que han encontrado que la severidad del trastorno de la madre es la que afecta al niño, con independencia del diagnóstico materno (Billings y Moos, 1986; Lee y Gotlib, 1989, 1991; Radke-Yarrow et al., 1992; Silverman et al., 1988).

Por todo lo presentado anteriormente coincidimos con Melanie Klein quien afirma que la madre al proporcionar amor, atención, alimento y cuidados al niño, se convierte en el primer objeto bueno que el bebé hace parte de su mundo interno, esto dará como resultado un mundo interno del bebé lleno de objetos y sentimientos buenos, lo cual ayuda a formar una personalidad estable. Para ello es necesario que exista una buena relación entre la madre y su hijo, ya que la madre al atender al niño con los mayores cuidados, propicia un ambiente de donde el pequeño puede tomar elementos para crear un mundo interno y externo psíquicamente sano; en este punto coincide Winnicott, al afirmar que el cuidado materno, provee de un medio estable y confiable de donde el individuo toma los elementos necesarios para su buen desarrollo psíquico.

Los trastornos psicopatológicos de la madre no permiten que ella desempeñe adecuadamente el rol materno y proporcione los cuidados que requiere el pequeño; también la interacción madre-hijo se ve alterada, todo lo cual puede ocasionar en el niño trastornos psicopatológicos. De ahí la importancia de la salud mental de la madre y aquí coincidimos con Spitz (1969) y Mahler (1972) cuando afirman que las necesidades inconscientes de la madre hacen que se manifiesten ciertas potencialidades del niño y de esta forma se crea para cada madre, el niño que refleja sus propias necesidades y podemos agregar que también refleja sus patologías.

Si bien hemos encontrado en la presente investigación documental que la psicopatología materna es uno de los factores de riesgo para la psicopatología infantil, no debemos olvidar la importancia del padre, de los factores biológicos, familiares y sociales. Zeanah et al. (1997) afirman que el número total de condiciones que afectan al niño pueden predecir mejor problemas posteriores que la exposición a un solo factor de riesgo.

Para concluir, pensamos que existe la necesidad de implementar medidas preventivas como: la entrevista psicológica a las mujeres embarazadas en las clínicas para poder detectar a las madres que requieran una orientación o un tratamiento psicológico. También instrumentar grupos de orientación para las madres donde ellas expresen sus temores y expectativas respecto a sus hijos.

Pensamos que es fundamental la atención psicológica de las madres desde el embarazo por medio de grupos interdisciplinarios en los que intervenga activamente el psicólogo. Asimismo la formación de escuelas para padres dentro de las instituciones educativas. Por último en caso necesario la atención terapéutica tanto de las madres como del niño, con el fin de que la relación madre-hijo mejore y con ello el niño pueda tener un desarrollo psíquico más sano.

LIMITACIONES y SUGERENCIAS

Las limitaciones del trabajo fueron las siguientes:

No se incluyeron todos los artículos que se localizaron en la base de datos del Psyclit, por no encontrarse las revistas en México.

Solo se encontró una investigación sobre el tema realizada en México.

La mayor parte de los estudios que se encontraron fueron sobre la depresión, sobre los otros trastornos psicopatológicos se hallaron muy pocas investigaciones, por lo cual no se pudo comentar al respecto.

En algunas de las investigaciones no se especifican los trastornos que presentan los niños.

No se encontraron estudios sobre el tema dentro de la corriente psicoanalítica.

SUGERENCIAS

Se considera que es importante contar con investigaciones realizadas en México. Además se sugiere que se desarrollen otras líneas de investigación en las cuales se incluya al padre en los estudios, se considere el papel de la herencia y el estudio del nivel socioeconómico.

Se sugiere que se realicen estudios longitudinales que permitan obtener información sobre las variables relevantes para la salud mental a lo largo de la vida. Entre éstas están: los patrones de crianza, las condiciones sociales y las expectativas de género. Es de gran importancia investigar qué patrones de crianza permiten el desarrollo de formas de apego seguras, que garanticen relaciones basadas en la confianza, la independencia y la colaboración. También investigar la función de otras figuras significativas como el padre y los abuelos en el proceso de crianza y de esta manera se puedan reconocer los elementos que satisfacen las necesidades emocionales de los infantes.

También es importante incluir escalas de desarrollo en los estudios, para determinar en qué grado se afecta al niño en las diferentes áreas del desarrollo.

Se sugiere tomar medidas de prevención primaria con base en los resultados de estas investigaciones de tal manera que se logre que los niños tengan un desarrollo afectivo más sano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajuriaguerra, J. (1976). Manual de psiquiatría infantil. (3a. ed.). Barcelona: Masson. (*Trabajo original publicado en 1975*)
- Ajuriaguerra, J. y Marcelli, D. (1984). Manual de psicopatología infantil. México: Masson.
- Anderson, C. and Hammen, C. (1993). Psychosocial outcomes of children of unipolar depressed, bipolar, medically ill, and normal women: A longitudinal study. Journal of Consulting and Clinical Progress, 61, (3), 448-454
- Andrews, B., Brown, G. and Creasey, L. (1990). Intergenerational links between psychiatric disorder in mothers and daughters: The role of parenting experiences. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31, (7), 1115-1129
- Anthony, E. y Benedek, T. (1975). Depresión and Human Existence. Boston: Little Brown and Company.
- Anthony, E. y Benedek, T. (comp.). (1983). Parentalidad. Buenos Aires: Amorrortu.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Bar Din, A. (1989). La madre deprimida y el niño. México: Siglo veintiuno.
- Beardslee, W. R., Bemporad, J., Keller, M. B. and Klerman, G. L. (1983). Children of parents with major affective disorder: A review. The American Journal of Psychiatry, 140, 825-832
- Beidel, D. and Turner, S. (1997). At risk for anxiety: I Psychopathology in the offspring of anxious parents. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, (7), 918-924

- Benjamin, L. R. and R., Rind, R. (1996). Dissociative mothers' subjective experience of parenting. Child Abuse & Neglect, 20 (10), 933-942.
- Billings, A. and Moos, R. (1986). Children of parents with unipolar depression: A controlled 1-year follow-up. Journal of Abnormal Child Psychology, 14, (1), 149-166
- Bowlby, J. (1972). Cuidado materno y amor. México: Fondo de Cultura Económica.
- Benedek, T. y Gerard, W. (1967). Psicoanálisis del desarrollo y de las perturbaciones de la personalidad. Buenos Aires: Paidós.
- Bleichmar, E. (1985). El feminismo espontáneo de la histeria. (1985). Madrid: Fontamara
- Bleichmar, E. (1995). La depresión en la mujer. Madrid: Ediciones Temas de Hoy.
- Bleichmar, H. (1986). La depresión: un estudio psicoanalítico. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Brener, A. (1982). Incidencias del vínculo madre-hija en psicopatología infantil. Tesis de maestría, Facultad de Psicología, UNAM.
- Cameron, C. (1982). Desarrollo y psicopatología de la personalidad. México: Trillas.
- Caplan, H., Cogill, S., Alexandra H., Robson, K., Mordecai, K., Katz, R. and Kumar, R. (1989). Maternal depression and the emotional development of the child. British Journal of Psychiatry, 154, 818-822
- Caraveo, J., Medina-Mora, Tapia, R., Rascón M., Gómez, M. y Villatoro, J. (1992). Trastornos psiquiátricos en niños de la República Mexicana. Anales de Instituto Mexicano de Psiquiatría, 56-61

- Caraveo, J., Medina-Mora, E., Villatoro, J. y Rascón M. (1994). La depresión en el adulto como factor de riesgo en la salud mental de los niños. Salud Mental, 17, (2), 56-60
- Cohn, J., Campbell, S., Matias, R. and Hopkins, J. (1990). Face to face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months. Developmental Psychology, 26,(1), 15-23
- Cox, A., Puckering, A. and Mills, M. (1987). The impact of maternal depression in young children. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 28,(6),917-928
- Cummings, E. and Davies, P. (1994). Maternal depression and child development. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35, (1), 73-112
- Chodorow, N. (1984). El ejercicio de la maternidad. Psicoanálisis y sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos. Gedisa: Barcelona.
- Davenport, Y., Zahn-Waxler, C and Mayfield, A. (1984). Early child-rearing practices in families with a manic-depressive parent. American Journal of Psychiatry, 141, 230-235
- Dodge, K. (1990). Developmental psychopathology in children of depressed mothers. Developmental Psychology, 26, (1), 3-6
- Downey, G., Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. Psychological Bulletin, 108,50-76.
- Dumas, J. E., Gibson, J. A. and Albin, J. A. (1989). Behavioral correlates of maternal depressive symptomatology in conduct-disorden children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57 (4), 516-521
- Frankel, K. and Harmon, R. (1996). Depressed mothers: They don't always look as bad as they feel. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, (3), 289-298

- Freud, A. (1984). Psicoanálisis del jardín de infantes y la educación del niño. Barcelona: Paidós.
- Freud, S. (1989). Obras completas. (Vol. 7). Buenos Aires: Amorrortu.
- García, L. M. (1982). Características de personalidad de madres de hijos con problemas de conducta. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Ghodsian, M., Zajicek, E. and Wolkind, S. (1984). A longitudinal study of maternal depression and child behaviour problems. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 25, (1), 91-109.
- Goodman, S., Adamson, L., Riniti, J. and Cole, S. (1994). Mothers' Expressed attitudes: Associations with maternal depression and children' self-esteem and psychopathology. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33, (9), 1265-1274
- Guerrero, I. e Hidalgo, T. (1992). Descripción de los tratamientos conductuales y cognoscitivos para la depresión infantil. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Hammen, C., Gordon, D., Burge, D., Adrian, Ch., Jaenicke, C. and Hiroto, D. (1987). Maternal affective disorders, illness, and stress: Risk for children's psychopathology. The American Journal of Psychiatry, 144, 736-741
- Hammen, C., Burge, D., Burney, E. and Adrian, Ch. (1990). Longitudinal study of diagnoses in children of women with unipolar and bipolar affective disorder. Archives of General Psychiatry, 47, 1112-1117
- Henriette, B. (1996). Gran diccionario de psicología. Madrid: Prado.
- Johnson, J., Rasbury, W. y Siegel, L. (1995). Métodos de tratamiento infantil. Introducción a la teoría, investigación y práctica. México: Limusa.
- Kanner, L. (1984). Psiquiatría infantil. Buenos Aires: Siglo Veinte. (Trabajo original publicado en 1972).

- Keller, M., Beardslee, W., Dorer, D., Lavori, P., Samuelson, H., and Klerman, G. (1986). Impact of severity and chronicity of parental affective illness on adaptive functioning and psychopathology in children. Archives of General Psychiatry, 43, 930-937
- Kessler, R. and Magee, W. (1993). Childhood adversities and adult depression: basic patterns of association in a US national survey. Psychological Medicine, 23, 679-690
- Klein, M. (1986). Obras Completas. (Vol. 6). Buenos Aires:Paidós.
- Lahey, B. B., Russo, M. F. and Walker, J. L. (1989). Personality characteristics of the mothers of children with disruptive behavior disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57 (4), 512-515
- Lang, C., Field, T., Pickens, J., Martínez, A., Bendell, D., Yando, R. and Routh, D. (1996). Preschoolers of dysphoric mothers. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37 (2), 221-224
- Laplanche, J. y Bertrand, J. (1979). Diccionario de psicoanálisis. Barcelona: Labor. (Trabajo original publicado en 1968).
- Lara, A. (1995). Qué sabemos y a dónde dirigimos. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Last, C. G., Hersen, M., Kazdin, A. E., Francis, G. and Grubb, H. J. (1987). Psychiatric illness in the mothers of anxious children. The American Journal of Psychiatry, 144, 1580-1583
- Ledoux, M. (1984). Concepciones psicoanalíticas de Psicosis Infantil. Buenos Aires: Amorrortu.
- Ledoux, M. (1992). Introducción a la obra de Françoise Dolto. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1990).

- Leiberman, C., Maganil, G. y Bleichmar, N. (1987-1989). Actualizaciones en psicoanálisis. México:Eleia.
- Lee, C. and Gotlib, I. (1989). Maternal depression and child adjustment: A longitudinal analysis. Journal of Abnormal Psychology, 98 (1), 78-85
- Lee, C., Gotlib, I., (1991). Adjustment of children of depressed mothers: A 10 month follow-up. Journal of Abnormal Psychology, 100, (4), 473-477
- Lugo, M. (1980). La madre como primer objeto segun el enfoque psicoanalítico actual. Tesis de maestría, Facultad de Psicología, UNAM.
- Livingston R., Nugent, H., Rader, L. and Smith, G. R. (1985). Family histories of depressed and severely anxious children. The American Journal of Psychiatry, 142, 1497-149
- Maier, H. (1969). Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears. Buenos Aires: Amorrortu.
- Mannoni, M. (1985). La primera entrevista con el psicoanalista. Buenos Aires: Gedisa.
- Mannoni, M. (1987). El niño su "enfermedad" y los otros. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Mahler, M. (1972). Simbiosis humana: Las vicisitudes de la individuación. México: Joaquín Mortiz. *(Trabajo original publicado en 1963)*
- Medina-Mora, M., Rascón, M., Tapia, R., Mariño, M., Juárez, F., Villatoro, J., Caraveo y Gómez, M. (1992). Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 60-67
- Michaca, P. (1986). Desarrollo de la personalidad. Teorías de las relaciones de objeto. México: Pax-México.

- Mitchell, J., McCauley, E., Burke, P., Calderón, R. and Schloredt, K. (1989). Psychopathology in parents of depressed children and adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28, (3), 352-357
- Murray, L. (1992). The impact of postnatal depression on infant development. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 33, (3), 543-561
- Mussen, P. (1982). Desarrollo psicológico del niño. México: Trillas.
- Noyes y Kolb (1971). Psiquiatría clínica moderna. México: La Prensa Médica Mexicana. (Trabajo original publicado en 1968).
- Oakley-Browne, M.A., Joyce, P., Wells, J., Bushnell, J. and Hornblow. (1995). Adverse parenting and other childhood experience as risk factors for depression in women aged 18-44. Journal of Affective Disorders, 34 13-23
- Oñate, M. (1983). Psicopatología en madres con hijos con problemas de salud mental. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.(ed. rev.). Madrid: Meditor.
- Orvaschel, H., Walsh-Allis, G. and Ye, W. (1988). Psychopathology in children of parents with recurrent depression. Journal of Abnormal Child Psychology, 16, 1, 17-28
- Orvaschel, H., Weissman, M., Kidd, K. (1980). Children and depression. Journal of Affective Disorders, 2, 1-16
- Osofsky, J. D. and Eberhart-Wright, A. (1988) Affective exchanges between high risk mothers and infants. International Journal of Psycho-Analysis, 69 221-231
- Osterrieth, P. (1974). Psicología infantil. Madrid: Morata.
- Pancheri, P. (1979). Manual de Psiquiatría Clínica. México: Trillas.

- Parry-Jones, W. (1989). Annotation: The history of child and adolescent psychiatry: Its present day relevance. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30 (1), 3-11
- Phillips, L., and O'Hara, M. (1991). Prospective study of postpartum depression: 4 1/2 year follow-up of women and children. Journal of Abnormal Psychology, 100, (2), 151-155
- Piaget, J. (1969). Seis estudios de psicología. México: Seix Barral.
- Puckering, C. (1989). Annotation: Maternal Depression. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30,(6), 807-817
- Quintanar, J. (1983). Psicopatología de la edad escolar. Revisión bibliográfica sobre la prevalencia por sexos y factores socioculturales correlacionados. Tesis de maestría, Facultad de Psicología, UNAM.
- Radke-Yarrow, M., Nottelman, E., Martínez, P., Fox, M., and Belmont, B. (1992). Young children of affectively ill parents: A longitudinal study of psychosocial development. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31,(1),68-77
- Reca, T. et al. (1971). Problemas psicopatológicos en pediatría. (3a. ed.). Buenos Aires: Editorial Universitaria.
- Reymond-Rivier, B. (1978). El desarrollo social del niño y del adolescente. Barcelona: Herder.
- Rodgers, B. (1990) Adult affective disorder and early environment. British Journal of Psychiatry, 157, 539-550
- Rutter, M. (1990). Commentary: Some focus and process considerations regarding effects of parental depression on children. Developmental Psychology, 26, (1), 60-67

- Rutter, M. and Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: effects on children. Psychological Medicine, 14, 853-880
- Segal, H. (1981). Introducción a la obra de Melanie Klein. Buenos Aires: Paidós.
- Sheppard, M. (1994). Maternal depression, child care and the social work role. British Journal of Social Work, 24, 33-51
- Silverman, W., Cerny, J., Nelles, M.A. and Burke, A. (1988). Behavior problems in children of parentes with anxiety disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27, (6), 779-784
- Solnit, J., Call y Feinstein, C. (1979). Basis handbook of child psychiatry.(Vol. 1) New York: Basic Books.
- Sperling M. (1993). Psicoterapia del niño neurótico y psicótico. Buenos Aires: Lumen-Hormé.
- Spitz, R. (1969). El primer año de vida del niño. México: Fondo de Cultura Económica. (*Trabajo original publicado en 1965*).
- Stein, A., Gath, D., Bucher, J., Bond, A., Day, A. and Cooper, P. (1991). The relationship between postnatal depression and mother-child interaction. British Journal Psychiatry, 158, 46-52
- Sue, D., Sue, D. y Sue, S. (1996). Comportamiento anormal. México: Mc Graw Hill.
- Susman, E., Trickett, P., Iannotti, R., Hollenbeck, B. and Waxler, C. (1985). Child-rearing patterns in depressed, abusive and normal mothers. American Journal of Orthopsychiatry, 55, (2), 237-251
- Talberg, G., Cuoto, J. y Odonnell, M. (1988). Early affect development: empirical research. International Journal of Pschoanalysis, 69, 239-259

- Tarullo, L.B., De Mulder E.K. Ronsaville, D.S. and Brown E. (1995). Maternal depression and maternal treatment of siblings as predictors of child psychopathology. Developmental psychology, 31 (3), 395-405.
- Tovar, A. (1992). Taller de redacción (Antología). México: UNAM, Facultad de Psicología. División de Educación Continua.
- Vostanis, P., Nicholls, J. and Harrington, R. (1994). Maternal expressed emotion in conduct and emotional disorders of childhood. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35 (2), 365-376.
- Warner, V., Mufson, L. and Weissman, M. (1995). Offspring at high and low risk for depression and anxiety: Mechanisms of psychiatric disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, (6), 786-797
- Weil, J. (1992). Early deprivation of empathic care. Connecticut: International Universities Press.
- Weissman, M., Gammon, D., John, K., Merikangas, K., Warner, V., Prusoff, B., Sholomskas, D. (1987). Children of depressed parents. Archives of General Psychiatry, 44, 847-853
- Widlocker, D. (1973). Los dibujos de los niños. Barcelona: Herder.
- Winnicott, D. (1975). El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Barcelona: Laia. (Trabajo original publicado en 1965).
- Winnicott, D (1986). El niño y el mundo externo. Buenos Aires: Hormé.
- Zahn-Waxler, C., Kochanzka, G., Krupnick, J. and McKnew, D. (1990). Patterns of guilt in children of depressed and well mothers. Developmental psychology, 26, (1), 51-59
- Zahn-Waxler, C., Mayfield, A., Radke-Yarrow, M., McKnew, D., Cytryn, L. and Davenport, Y. (1988). A follow-up investigation of offspring of parents with bipolar disorder. American Journal of Psychiatry, 145, 506-509

Zeanah, Ch., Boris, N.W. and Larrieu, J. A. (1997). Infant development and developmental risk: A review of the past 10 years. Journal of the American Academy of the Child and Adolescent Psychiatry, 36, (2). 165-178

TABLA 1. Características de padres con trastornos psicopatológicos

Estudios	Muestra	Criterios diagnósticos (padres)
Beidel y Turner (1997) Transversal	Padres y madres (edad no se menciona) Ansiedad = 28; depresión = 24; depresión y ansiedad = 29; control = 48	Entrevista clínica estructurada basada en el DSM-III-R
Benjamin, Benjamin y Rind (1996) Transversal	Madres (23-58 años) Trastornos disociativos = 54; control con trastornos no disociativos = 20; control (personal hospitalario) = 20	Entrevista clínica estructurada de Trastornos Disociativos, Escala de Experiencias parentales subjetivas, criterios diagnósticos del DSM-IV
Billings y Moos (1986) Longitudinal	Madres (Edad promedio = 37 años) Depresión unipolar (n = 23); sin depresión (los síntomas habían remitido) (n = 34) control sin trastornos (n = 95)	Criterio Diagnóstico de Investigación, Forma de Salud y Vida Diaria, Escala de Ambiente Familiar, Escala de Ambiente Laboral
Caplan, et al. (1989) Longitudinal	Madres (Edad: No se menciona) Depresión postnatal = 22; depresión después de cuatro años (n = 8); control sin depresión postnatal = 70; control sin depresión después de cuatro años = 84	Historia psiquiátrica; entrevista semiestructurada
Caraveo, Medina-Mora, Villatoro y Rascón (1994) Transversal	Adultos (n = 1243) (Edad = 18 a 65 años)	Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D).
Cohn, Campbell, Matias y Hopkins (1990) Transversal	Madres (28-29 años) Depresión pospartum = 24; control sin depresión = 22	Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia

TABLA 1 (continúa)

Estudios	Muestra	Criterios diagnósticos (padres)
Cox, Puckering, Pound y Mills (1987)	Madres Con síntomas depresivos = 49; control = 27	Examen del estado actual, escala de Adversidad de Rutter
Longitudinal Goodman, Adamson, Riniti y Cole (1994)	Madres (26-46 años) Trastornos depresivos = 20; control sin trastornos = 19	Inventario de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia, Inventario Beck de depresión
Transversal Hammen, Gordon, et al. (1987) Hammen, Burge, Burney y Adrian (1990)	Madres (E. Promedio = 38 años) Depresión unipolar = 13; depresión bipolar = 9; control con trastornos médico = 14; control = 22	Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia, Inventario Beck de depresión, Minnesota, Diagnóstico de la Historia Familiar
Longitudinal Lang, et al. (1996)	Madres (20-42 años) Disforia = 12; control = 17	Inventario Beck de depresión, entrevista sobre el Estrés Materno
Last, et al. (1987) Transversal	Madres (33-42 años) de: Niños con trastornos de ansiedad (n = 58); Niños del grupo control (otros trastornos psiquiátricos) (n = 15)	Entrevista Clínica Estructurada basada en el DSM-III
Lee y Gotlib (1989 1991) Longitudinal	Madres (33-39 años) Trastornos depresivos = 16; control con trastornos psiquiátricos no depresivos = 10; control con trastornos médicos = 8, control = 27	Inventario Beck de depresión, Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia, Escala Hamilton de depresión
Mitchell, McCauley, Burke, Calderón y Schloedt (1989) Transversal	Madres (Edad promedio = 37 años) De niños deprimidos (n = 87) De niños no deprimidos (n = 30) Padres (Edad promedio = 41 años) De niños deprimidos (n = 46) De niños no deprimidos (n = 17)	Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia

TABLA 1 (continúa)

Estudios Murray (1992)	Muestra Madres (20-40 años)	Criterios diagnósticos (padres)
Longitudinal	depresión postpartum = 35; con antecedentes de depresión = 10; depresión postpartum = 21 control sin depresión postpartum = 38; Depresión (26 madres y 8 padres) Control = 29	Escala de Depresión Postnatal de Edinburg, Entrevista Psiquiátrica Estandarizada para trastornos depresivos, Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia
Orvaschel Walsh-Allis y Ye (1988)		DSM-III, Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia
Transversal		
Phillips y O'Hara (1991)	Madres (Edad promedio = 31 años) Con depresión postpartum = 10; control sin depresión postpartum = 60	Entrevista basada en el Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia, Inventario Beck de depresión, Escala de Adaptación Social, Escala de Adaptación en la Pareja
Longitudinal		
Radke-Yarrow, et al. (1992)	Madres (22-45 años) 1) Depresión mayor = 41; 2) Depresión bipolar = 22; 3) Control = 37	Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia
Longitudinal	Padres (25-50 años) 1) Sin diagnóstico = 19, bipolar = 1; depresión = 21; 2) depresión mayor = 13; sin diagnóstico = 8; 3) sin diagnóstico	
Silverman, Cerny, Nelles y Burke (1988)	Madres (n = 25); padres (n = 3) Agorafobia = 14; trastorno generalizado de ansiedad = 5; pánico = 5; fobias = 4	DSM-III
Transversal		
Stein, et al. (1991)	Madres (Edad promedio = 27 años) Depresión postnatal = 49; control sin depresión = 49	Examen del Estado Actual, Escala para depresión MADRS
Longitudinal		

TABLA 1 (continúa)

Muestra	Padres	Criterios diagnósticos (padres)
Tarullo, et al. (1995) Longitudinal	Madres (Edad: no se menciona) Depresión unipolar = 34; depresión bipolar = 16, control = 27	Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia, entrevista realizada por un clínico
Vostanis, Nicholls y Harrington (1994) Transversal	Madres (34-39 años) de: niños con trastornos de conducta = 30; niños con trastornos emocionales = 39; niños del grupo control = 30	Entrevista familiar de Camberwell, Escala de Expresión de Emociones, Escala de Ambiente Familiar
Warner, Mufson y Weisman (1995) Transversal	Madres y padres (Edad promedio = 45) n = 82 Depresión; trastornos de pánico + depresión; trastornos de pánico sin depresión; control sin trastornos (No se especifican cuantos padres por cada grupo)	Criterios del DSM-III-R, Escala de Adaptación Social, escala de Adaptabilidad y Cohesión Familiar, escala de Adaptación Dfádica
Zahn-Waxler, Mayfield, Radke-Yarrow, McKnew, Ctryn y Davenport (1988) Longitudinal	Madres (Edad: no se menciona) Depresión bipolar (n = 5) Padres Depresión bipolar (n = 3) Control sin trastornos (n = 12)	Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia

TABLA 2 . Características de los niños de padres con trastornos psicopatológicos

Estudios	n	Edad del niño	Criterios diagnósticos (niños)	Diagnóstico (niños)
Beidel y Turner (1997)	129	7-12 años	Inventario de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia para Niños	Ansiedad (sobreactividad, fobia); depresión mayor y distimia
Benjamin Benjamin y Rind (1996)	-----	Edades promedio del hijo menor (7, 8 y 12 años)	-----	-----
Billings y Moos (1986)	83	6-18 años	Padres contestaron la Forma de Salud y Vida Diaria	Depresión y ansiedad; trastornos físicos; problemas de conducta (rendimiento académico, disciplina e interacción con compañeros)
Caplan et al. (1989)	92	4 años	Madres contestaron el cuestionario para Trastornos conductuales	Trastornos emocionales y conductuales
Caraveo Medina-Mora Villatoro y Rascón (1994)	1243	12 años y menores	Cuestionario de Reporte de Niños	Sintomatología psíquica
Cohn Campbell Matías y Hopkins (1990)	46	9 semanas	Observación y codificaciones de conductas	Desinterés en las madres
Cox Puckering Pound y Mills (1987)	76	2 años	Evaluación del desarrollo cognitivo, lenguaje y temperamento; entrevista con la madre	Trastornos de la alimentación, en la relación con otros niños y sus padres, baja atención con hiperactividad

TABLA 2 (Continúa)

Estudios	n	Edad del niño	Criterios diagnósticos	Diagnóstico (niños)
Goodman Adamson Riniti y Cole (1994)	39	8-10 años	Inventario de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia para Niños; Perfil de Auto percepción para Niños	Trastorno depresivo mayor, distimia ansiedad, autoestima baja
Hammen Gordon et al. (1987)	84	8-16 años	Madre contestó la Lista Conductual para Niños; madre y niño contestaron el Inventario de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia para Niños; el Inventario de Depresión se aplicó solo al niño; la conducta escolar evaluada por las maestras	Trastorno depresivo mayor y menor; problemas de conducta (agresiva y no agresiva); ansiedad de separación; menor rendimiento académico (1987). Depresión mayor, distimia, trastornos generalizado de ansiedad, ansiedad de separación, drogadicción (1990)
Hammen Burge Burney y Adrian (1990)	92			
Lang et al. (1996)	29	3-4 años	Madres contestaron la Lista Conductual para Niños	Baja calidad de interacción madre-hijo, problemas conductuales y emocionales
Last et al. (1987)	54	9-13 años	Inventario Entrevista para Niños; Entrevista basada en el DSM-III	Trastornos de ansiedad; sobre ansiedad, ansiedad de separación, ambos trastornos
Lee y Gotlib (1989 1991)	61	9 años	Inventario de Evaluación Infantil; madres contestaron la Lista Conductual para Niños	Trastornos emocionales (miedos); trastornos del estado de ánimo; trastornos somáticos (1989). Síntomas del estado de ánimo; trastornos somáticos (1991)
Mitchell, McCauley, Burke, Calderón y Schloredt (1989)	132	7-17 años	Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia para Niños	Depresión

TABLA 2 (Continúa)

Estudios	n	Edad del niño	Criterios diagnósticos	Diagnósticos
Murray (1992)	104		Inventario de Evaluación Infantil; madres contestaron la Lista Conductual para Niños	Inseguridad en el apego; problemas conductuales; trastornos de la alimentación, en el sueño; berrinches; excesiva dependencia
Orvaschel Walsh-Allis y Ye (1988)	106	6-17 años	Madres y niños contestaron el inventario de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia para Niños	Trastornos afectivos (depresión mayor y distimia) Trastornos de ansiedad (ansiedad de separación, fobias, trastorno obsesivo-compulsivo)
Phillips y O'Hara (1991)	70	4 años	Madres contestaron la Lista Conductual para Niños	Problemas emocionales y conductuales
Radke-Yarrow et al. (1992)	200	2-6 años	Evaluación del psiquiatra basada en sesiones de juego grabadas; madres contestaron la Lista Conductual para Niños; niños mayores de 5 años se les aplicó el Inventario de Evaluación Infantil; criterios del DSM-III	Problemas conductuales disruptivos, trastornos depresivos, ansiedad de separación
Silverman Cerny Nelles y Burke (1988)	42	6-16 años	Padres contestaron la Lista Conductual para Niños (LCN); niños se les aplicó la Escala de Manifestaciones de la Ansiedad para niños; el Inventario para la Depresión y entrevista semiestructurada para trastornos de ansiedad diseñada por el primer autor	Trastornos de ansiedad y trastornos de conducta

TABLA 2 (Continúa)

Estudios	n	Edad del niño	Criterios diagnósticos	Diagnóstico (niños)
Stein et al. (1991)	98	19 meses	Escala de Desarrollo de Denver; sesiones de juego estructurado	Menor sociabilización, baja calidad de la interacción madre-hijo, menos conductas de afecto
Tarullo et al. (1995)	154	2-6 años	Madre y niño contestaron la Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes que se basa en el DSM-III	Problemas de conducta
Vostanis Nicholls y Harrington (1994)	90	6-11 años	Criterios del ICD-9; madres contestó la Lista Conductual para Niños	Trastornos de conducta y emocionales
Warner, Mufson, y Weissman (1995)	145	6-23	Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia para Niños, criterios del DSM-III-R; historia neuropsiquiátrica y médica para niños; padres contestaron el Inventario de Adaptación Social para Niños y Adolescentes	Trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno de ansiedad (ansiedad de separación, trastorno de pánico)
Zahn-Waxler, Mayfield, Radke-Yarrow, McKnew, Cryn y Davenport (1988)	19	5 años	Observación de Interacciones, Prueba de empatía y estrategias de resolución de conflictos (5 años); Inventario de Evaluación Infantil, Lista Conductual para Niños (6 años)	Depresión, sobreansiedad, ansiedad de separación, trastornos de conducta (agresividad e hiperactividad) Trastornos emocionales (aislamiento y conducta obsesivo-compulsiva)

TABLA 3. Diagnósticos de padres e hijos

Estudios	Diagnóstico (padres)	Diagnóstico (niños)
Beidel y Turner (1997)	Padres y madres Ansiedad; depresión; depresión y ansiedad	Ansiedad (sobreactividad, fobia), depresión mayor y distimia
Benjamin, Benjamin y Rind (1996)	Madres Trastornos disociativos	-----
Billings y Moos (1986)	Madres y padres Depresión unipolar	Depresión y ansiedad, trastornos físicos, problemas de conducta (rendimiento académico, disciplina e interacción con compañeros)
Captan, et al. (1989)	Madres Depresión postnatal; depresión después de cuatro años	Trastornos emocionales y conductuales
Caraveo Medina-Mora Villatoro y Rascón (1994)	Adultos Sintomatología depresiva	Sintomatología psíquica
Cohn, Campbell, Matias y Hopkins (1990)	Madres Depresión pospartum	Desinterés de las madres
Cox, Puckering, Pound y Mills (1987)	Madres Síntomas depresivos	Trastornos de la alimentación, en la relación con otros niños y sus padres, baja atención con hiperactividad
Goodman, Adamson, Riniti y Cole (1994)	Madres Trastornos depresivos	Trastorno depresivo mayor, distimia, ansiedad, autoestima baja
Hammen, Gordon, et al. (1987)	Madres Depresión unipolar; depresión bipolar	Trastorno depresivo mayor y menor, problemas de conducta (agresiva y no agresiva); ansiedad de separación; menor rendimiento académico (1987).
Hammen, Burge, Burney y Adrian (1990)		Depresión mayor, distimia, trastornos generalizado de ansiedad, ansiedad de separación, drogadicción. (1990)
Lang, et al. (1996)	Madres Disforia	Baja calidad de interacción madre-hijo, problemas conductuales y emocionales
Last, et al. (1987)	Madres Trastornos de ansiedad Trastornos de ansiedad + depresión mayor	Trastornos de ansiedad; sobreactividad, ansiedad de separación, ambos trastornos

TABLA 3. (Continúa)

Estudios	Diagnóstico (padres)	Diagnóstico (niños)
Lee y Gotlib (1989 1991)	Madres Trastornos depresivos	Trastornos emocionales (miedos), trastornos del estado de ánimo, trastornos somáticos (1989). Síntomas del estado de ánimo, trastornos somáticos (1991) Depresión
Mitchell, McCauley, Burke, Calderón y Schloedt (1989)	Madres Depresión mayor Trastornos de ansiedad (agorafobia, pánico); agorafobia/pánico + depresión; alcoholismo; drogadicción	
Murray (1992)	Madres depresión pospartum; con antecedentes de depresión; con antecedentes de depresión y depresión pospartum	Inseguridad en el apego, problemas conductuales, trastornos de la alimentación, en el sueño, berrinches, excesiva dependencia
Orvaschel Walsh-Allis y Ye (1988)	Depresión (26 madres y 8 padres)	Trastornos afectivos (depresión mayor y distimia) Trastornos de ansiedad (ansiedad de separación, fobias, trastorno obsesivo-compulsivo)
Phillips y O'Hara (1991)	Madres Depresión postpartum	Problemas emocionales y conductuales
Radke-Yarrow, et al. (1992)	Madres Depresión mayor; Depresión bipolar Padres Depresión bipolar; Depresión mayor;	Problemas conductuales disruptivos, trastornos depresivos, ansiedad de separación

TABLA 3 (Continúa)

Estudios	Diagnóstico (padres)	Diagnóstico (niños)
Silverman, Cerny, Nelles y Burke (1988)	Madres y padres Agorafobia trastorno generalizado de ansiedad; pánico; fobias	Trastornos de ansiedad y trastornos de conducta
Stein, et al. (1991)	Madres Depresión postnatal control sin depresión	Menor sociabilización, baja calidad de la interacción madre-hijo, menos conductas de afecto
Tarullo, et al. (1995)	Madres Depresión unipolar; Depresión bipolar	Problemas de conducta
Vostanis, Nicholls y Harrington (1994)	Madres Expresión de emociones (crítica, sobreprotección, afecto)	Trastornos de conducta y emocionales
Warner, Mufson, y Weissman (1995)	Madres y padres Depresión mayor Trastornos de pánico Trastornos de pánico + depresión	Trastorno depresivo mayor; distimia; trastorno de ansiedad (ansiedad de separación, trastorno de pánico)
Zahn-Waxler, Mayfield, Radke-Yarrow, McKnew, Ctryn y Davenport (1988)	Madres Depresión bipolar Padres depresión bipolar	Depresión, sobreansiedad, ansiedad separación; trastornos de conducta (agresividad e hiperactividad); trastornos emocionales (aislamiento y conducta obsesivo-compulsiva)

PRUEBAS PSICOLÓGICAS UTILIZADAS EN LAS INVESTIGACIONES

Cuestionario de Trastornos Conductuales (CTC). Es una entrevista estructurada que sirve para identificar problemas emocionales y de conducta y se puede emplear en niños de dos años. Cubre las siguientes áreas: problemas de alimentación, problemas en el sueño, berrinches, dependencia excesiva (poca habilidad para jugar independientemente, dificultad en la separación), tristeza, relaciones con otros niños.

Escala de Adaptación en la Pareja (EAP). Es un instrumento de auto-reporte con 32 reactivos, diseñado para evaluar la relación con la pareja.

Escala de Adaptación Social (EAS). Es un instrumento de auto-reporte con 58 reactivos diseñado para evaluar el rol de servicio y de expresión de sentimientos de la madre en seis áreas: empleo, quehaceres domésticos, rol marital y parental.

Escala Hamilton para la Depresión (EHD). Es una entrevista estructurada, aplicada por un especialista, consta de 17 reactivos que miden la presencia y severidad de la depresión.

Inventario de Evaluación Infantil (IEI). Es una entrevista psiquiátrica estandarizada, que puede aplicarse a niños de siete años en adelante. La entrevista consta de preguntas que se relacionan con problemas en las siguiente areas: escuela, amigos, preocupaciones, actividades, miedos, depresión y trastornos físicos.

Inventario de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (ITAE). Entrevista semiestructurada en la que se obtiene información acerca del funcionamiento psiquiátrico actual y pasado.

Inventario de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia para Niños de Edad Escolar (ITAEN). Es una entrevista psiquiátrica semiestructurada que establece un diagnóstico de acuerdo al DSM-III-R. La entrevista se aplica a la madre y al niño.

Inventario para la Depresión de Beck (IDB). Consta de 21 reactivos, auto-administrables, que sirven para medir la severidad de la depresión en los adultos. Cada reactivo representa un síntoma o actitud, el cual se califica en una escala de 0 a 3. El sujeto describe como se sintió durante la semana pasada. Las puntuaciones más altas indican mayor severidad del trastorno.

Lista Conductual para Niños (LCN). Contiene 118 reactivos que describen la conducta del niño durante los seis meses anteriores. Diagnostica problemas de conducta (hiperactividad, agresividad y tendencias delictivas); emocionales (depresión, aislamiento, trastornos físicos, conductas esquizoide y obsesivo compulsiva) y habilidades sociales. Esta prueba es contestada por la madre.

Perfil de Autopercepción para Niños (PAN). Es una prueba de 36 reactivos que incluyen 5 áreas: Escuela, aceptación social, habilidades deportivas, apariencia física y conducta.

Seguridad en el apego a la madre. La evaluación consiste en ocho episodios de tres minutos de duración en los cuales se separa y se reúne el niño con su madre dentro de un salón que no le es familiar al pequeño. La seguridad en el apego se caracteriza por protestas del niño al separarse de la madre y su búsqueda hasta el regreso. La inseguridad en el apego se clasifica de la siguiente forma: el niño no muestra tristeza al separarse de la madre y evita su contacto en el momento de la reunión; mucha angustia en el momento de la separación y resistencia en momento de la reunión y por último el niño presenta patrones de conducta contradictorios movimientos incompletos y confusión.