

COLEGIO PARTENÓN S.C.

INCORPORADO A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACTORES DE RIESGO FAMILIARES
PARA LA DEPRESIÓN INFANTIL:
UNA PERSPECTIVA BIO-PSICO-SOCIAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

MARIA DE LOURDES JARAL SUÁREZ.

DIRECTOR DE TESIS:

LIC. FELIX CARRILLO LUNA.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mes Parents, Carlos et David... pour leur soutien et patience.

A la mémoire d'Alejandro Jaral, pour ce que ton départ m'a appris : « La mort ne te prend rien, ni te vole... mais elle te laisse quelque chose quand elle le fait »

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO 1 DEPRESIÓN	
1.1 LA DEPRESIÓN	8
1.1.1 Antecedentes Históricos	9
1.1.2 Sintomatología y Criterios Diagnósticos del Episodio Depresivo	19
1.1.3 Trastornos Depresivos	22
1.1.3.1 Comparación entre depresión mayor y distimia (Solloa, 2000)	24
1.2 LA DEPRESIÓN INFANTIL	26
1.2.1 Antecedentes Históricos	27
1.2.2 Posturas Teóricas	38
1.2.2.1 Teorías (Psico) Biológicas	39
1.2.2.1.1 Hipótesis de los Factores Genéticos	40
1.2.2.1.2 Hipótesis Neuroquímica	41
1.2.2.1.3 Hipótesis Neuroendócrina	43
1.2.2.2 Teoría Psicoanalítica	46
1.2.2.3 Conductismo	47
1.2.2.4 Cognitivismo	50
1.2.3 Síntomas de la Depresión Infantil	53
1.2.3.1 Evolución de los Síntomas	56
1.2.4 Criterios Diagnósticos y Conceptos Básicos	58
1.2.4.1 La Depresión como Síntoma	60

1.2.4.2	La Depresión como Síndrome	61
1.2.4.3	La Depresión como Trastorno	62
1.2.5	Criterios Diagnósticos	63
1.2.5.1	Criterios Diagnósticos Sociales	68
1.2.6	Tipos de Depresión Infantil	70
1.2.7	Prevalencia y Comorbilidad	72
1.2.7.1	Prevalencia Actual de la Depresión Infantil	72
1.2.7.2	Comorbilidad	77

CAPÍTULO 2 FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESIÓN INFANTIL: UNA PERSPECTIVA BIOPSIKOSOCIAL.

LA FAMILIA

2.1	¿QUÉ SON LOS FACTORES DE RIESGO?	80
2.2	EL MODELO BIOPSIKOSOCIAL	81
2.3	LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESIÓN INFANTIL DESDE UNA PERSPECTIVA BIOPSIKOSOCIAL	82
2.4	LA FAMILIA	89
2.4.1	Definición del Concepto: Familia	90
2.4.2	La Familia Vista desde la Perspectiva Sistémica	94
2.4.2.1	Algunos Conceptos de Salvador Minuchin y Charles Fishman	96
2.4.2.2	Transiciones de la Familia, David H. Olson	98
2.4.3	Configuraciones Familiares	102
2.4.4	Funciones de la Familia	105
2.4.5	La Familia en México	109

CAPITULO 3 FACTORES DE RIESGO FAMILIARES PARA LA DEPRESIÓN INFANTIL

	_____	116
3.1	PROBLEMAS PTERNOS _____	118
3.1.1	Alteraciones psíquicas de los padres _____	118
3.1.1.1	Depresión paterna _____	120
3.1.1.1.1	Relaciones y otros datos de familias con un progenitor depresivo _____	125
3.1.1.1.2	Hipótesis de la vulnerabilidad cognitiva para la depresión _____	127
3.1.2	Alcoholismo paterno _____	130
3.1.3	Relaciones paternas _____	134
3.1.3.1	Relación conyugal: violencia y otros sistemas relacionales _____	135
3.1.3.1.1	Características relacionales de la violencia conyugal _____	135
3.1.3.1.2	Otros sistemas relacionales _____	137
3.1.3.1.3	Baja cohesión _____	140
3.1.3.1.4	Bajo soporte _____	141
3.1.3.1.5	Influencia de la timidez _____	142
3.2	ESTRUCTURA FAMILIAR _____	142
3.2.1	Divorcio _____	145
3.2.1.1	Posibles relaciones en la situación de divorcio _____	149
3.3	RELACIONES FAMILIARES _____	151
3.3.1	Malas relaciones padres – hijo _____	151
3.3.2	Apego _____	151
3.3.2.1	Teoría del Apego _____	158
3.3.2.2	Apegos inseguros y ambivalentes _____	159

3.3.3	Interacción padres - hijo	160
3.3.4	Maltrato infantil	162
CAPÍTULO 4 METODOLOGÍA		173
ANÁLISIS Y CONCLUSIONES		178
PROPUESTA DE UN PLAN DE INTERVENCIÓN PARA LA DI		185
REFERENCIAS		188

RESUMEN

La depresión es una emoción negativa que impide a las personas disfrutar de la vida. Este padecimiento ha comenzado a ser un problema creciente en las sociedades desarrolladas y lo más alarmante de todo es que afecta también a los niños (Del Barrio,1997). La imagen estereotipada de un adulto acerca de los niños, es la de unos seres sin preocupaciones ya que no tienen responsabilidades. Durante mucho tiempo los estudiosos de la psicopatología infantil negaron la existencia de la depresión en los niños, debido a la carencia de un marco teórico que pudiera explicar la aparición de tal padecimiento en la niñez. Hubo que esperar hasta los años 70 para que la depresión infantil fuera reconocida como una perturbación en el cuarto Congreso de la Unión Europea de Paidopsiquiatras, celebrado en Estocolmo y sólo a partir de entonces se comenzó su estudio sistemático.

Hoy sabemos que la depresión en el niño afecta directamente áreas esenciales para su desarrollo como la afectiva, la psicosocial, entre otras. En la literatura, podemos encontrar datos acerca de diferentes factores desencadenantes (genéticos, biológicos, sociales, etc.), que han sido llamados factores de riesgo. La acumulación de estos factores incrementa la posibilidad de aparición de la depresión.

Un factor identificado para explicar la conducta infantil es la familia. La familia es un elemento esencial en el desarrollo de un niño, sus padres son su origen biológico, son los responsables de los cuidados físicos, mentales, emocionales y sobre todo son el gran mediador entre los niños y el mundo.

El presente trabajo consistió en una investigación documental, acerca de la familia como factor de riesgo para la aparición de la depresión infantil. Posteriormente se realizó un análisis de cada uno de estos factores con el fin de comprender la relación entre la aparición de la depresión infantil y las diversas situaciones familiares en las cuales está inmerso un niño.

INTRODUCCIÓN

La depresión en niños ha sido un tema controvertido a lo largo de la historia. Se pensaba que ésta no se presentaba antes de la adolescencia, o bien se manifestaba en forma diferente a la de los adultos. La falta de estudios sistemáticos y la ausencia de criterios diagnósticos contribuyeron a retrasar su estudio. Y no fue sino hasta finales de 1970 y principios de 1980 que comenzaron a realizarse los primeros estudios empíricos.

Actualmente es aceptado que la depresión en niños existe, que sus manifestaciones sintomáticas son semejantes a las de los adultos, que puede ser recurrente y que está asociada a otras psicopatologías así como dificultades interpersonales.

La familia tiene una importancia fundamental a principios de la vida del ser humano para la supervivencia y la conformación como individuos, esto nos hace pensar que en el seno de ésta, se presentan factores de riesgo para la depresión en la niñez. Ya que la familia es el primer sistema relacional en el cual estamos insertos, y como tal es la matriz creadora de significados compartidos, vínculos afectivos y patrones de interacción. Su influencia es determinante en la vida del niño en cuanto a su desarrollo cognitivo, afectivo y social.

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

A pesar de la existencia de múltiples factores de riesgo para la depresión infantil que se han identificado, en este trabajo solo se estudiarán los factores de riesgo familiares.

Así pues, con la finalidad de brindar información acerca del trastorno depresivo en niños, surge el interés de realizar una investigación documental que a su vez sirva como material de consulta, acerca de ¿cuáles son las condiciones que se presentan en las familias, que actúan como factores de riesgo para la aparición de la depresión infantil, desde un punto de vista bio-psico-social?

El objetivo que guía este trabajo es: reconocer y describir cuáles son los factores de riesgo familiares que pueden contribuir a la aparición de la depresión infantil (desde una perspectiva bio psico social).

Los objetivos específicos del presente estudio son:

- Definir que es la depresión.
- Definir que es la depresión infantil.
- Definir que es un factor de riesgo.
- Identificar cuáles son los factores de riesgo que participan en la aparición de la depresión infantil.
- Analizar los factores de riesgo familiares que favorecen la aparición de la depresión infantil.

Importancia del estudio

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

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

Estudios empíricos sostienen que el riesgo de recurrencia es alto si el primer episodio ocurrió en la niñez o adolescencia.

Además, este trastorno presenta una alta comorbilidad; éste punto es de especial importancia, ya que sugiere que generalmente aparece junto a otros trastornos, lo que podría deteriorar significativamente diversos aspectos de la vida del niño.

Detectar los factores de riesgo de la depresión no sólo implica una mayor comprensión del trastorno para su estudio, sino también una herramienta útil en la clínica para detectar situaciones familiares potencialmente peligrosas para el niño. Esto posibilita intervenciones que puedan servir como prevención para evitar la aparición de la depresión infantil.

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

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

No hay una teoría específica que de respuesta a la pregunta de investigación. Existen teorías que postulan diferentes modelos desde los cuales se puede explicar la depresión.

La interrogante que sostiene el presente trabajo, se estudió a través de la investigación bibliográfica. Se tomarán los resultados y conclusiones de estudios empíricos y fuentes secundarias pertinentes al tema.

También se tendrán en cuenta investigaciones que se basan en teorías cognitivas que explican el trastorno depresivo (hipótesis de la vulnerabilidad cognitiva para la depresión y el modelo de indefensión aprendida).

Algunas explicaciones de autores que focalizan diferentes modalidades relacionales que se presentan en ciertas situaciones (abuso, violencia conyugal, divorcio), se seleccionaron debido a la importancia de las relaciones interpersonales en la problemática que nos ocupa.

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

En el primer capítulo, se definirá qué se entiende por depresión y depresión infantil, se expone la historia de su estudio; los criterios requeridos para su diagnóstico, su tasa de prevalencia y comorbilidad .

En el segundo capítulo, se desarrollarán los conceptos básicos de una perspectiva bio-psico-social. Se explica qué son los factores de riesgo para la Depresión Infantil, se define qué se entiende por familia, los diferentes tipos que hoy se presentan y sus funciones básicas. Para comprender de esta forma su importancia y funciones esperables para el desarrollo normal del niño.

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

El cuarto capítulo, se explicará la metodología empleada y se define el tipo de estudio realizado.

Y por último, se encuentra el análisis y las conclusiones a las que se llegaron, junto con un plan de prevención que se propone a partir de la investigación realizada.

CAPITULO 1 DEPRESIÓN

1.1 LA DEPRESIÓN

Proveniente del latín *deprimere* que significa hundimiento o abatimiento, la depresión es un estado emocional caracterizado por tristeza y aprehensión, sentimientos de inutilidad, culpabilidad, retraimiento, pérdida del sueño, apetito, deseo sexual, indefensión y desesperanza profundos. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, y además, grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidas las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el auto castigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer.

La Depresión es el más frecuente de todos los trastornos mentales, afecta a hombres y a mujeres de cualquier edad y clase social, aunque las mujeres y las personas en ciertos períodos del ciclo vital (adolescencia, menopausia y andropausia), y en general los periodos de crisis o cambios importantes, parecen ser las mas afectadas.

Comúnmente, esta afección ha sido considerada como un trastorno psíquico de tipo afectivo, intelectual y de conducta caracterizado por tristeza, pesimismo, irritabilidad, ideas de culpa, desesperanza, problemas de memoria, concentración etc. (Calderón 1990).

Hollon y Beck (1979), definen a la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones

cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes.

Después de analizar las definiciones anteriores podemos decir en concreto que:

La depresión es un trastorno, que varía desde las bajas transitorias del estado de ánimo, que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad; a menudo va acompañado de ansiedad además de síntomas psíquicos de inhibición, sensación de vacío y desinterés general, disminución de la comunicación y del contacto social, alteraciones del apetito y el sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpa y de incapacidad, ideas de muerte e incluso intento de suicidio, etc., así como síntomas somáticos diversos.

1.1.1 Antecedentes Históricos

El estudio de los trastornos del estado de ánimo se remonta en su historia a los primeros registros escritos de la humanidad. Ya en la Biblia en el Libro de los Reyes, Saúl de Nabucodonosor muestra síntomas que hoy en día se pueden clasificar como depresión (Hidalgo Solis, 1998; Rojas E., 2000).

Inicialmente se le asociaba a la locura, a espíritus malignos o simplemente a manifestaciones del estado de ánimo como la tristeza común, el duelo y la aflicción.

Sin embargo, fueron los griegos los primeros en utilizar el concepto de melancolía proveniente de "melania chole" (μελαιναχολ), traducido al latín como "atra bilis", y a las lenguas vernáculas como "bilis negra", que era sinónimo al de la tristeza, y de conductas locas o nerviosas; su origen era atribuido a influencias de los dioses, que castigaban a los hombres que no rendían adoración o tributo. Se consideraba como formas de reducir la melancolía a la oración, la adoración y las ofrendas tributarias (Hidalgo Solis, 1998).

El cuadro patológico en su forma severa fue descrito en Grecia alrededor de siglo IV a. C., con el nombre de melancolía (μελα γ χολια) por Hipócrates, quien afirmaba desde el punto de vista médico, que los problemas que hoy se llaman psiquiátricos, estaban relacionados por el conjunto de los cuatro humores corporales; sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema; y decía que la melancolía era producida por la bilis negra o atra bilis (Rojas E., 2000).

En Roma durante el siglo I de nuestra era, continuaron con la idea de Hipócrates, y consideraban que la "bilis negra" era el factor fundamental de la melancolía, y a la existencia de otra serie de desórdenes "humorales", que se creía eran causados por la "bilis negra", a los que denominaron "enfermedades melancólicas". Aristóteles continuando con la idea de la "bilis negra", consideró que el temperamento o carácter del melancólico, era una consecuencia directa de ésta por lo cual lo llamó "temperamento melancólico" (Hidalgo Solis, 1998).

Por su parte Celso y Asdepiades, recomiendan para aliviar la depresión las buenas relaciones humanas, estímulos intelectuales y música agradable. Areteo de Cappadocia formuló un cuadro más completo y notablemente moderno de este desorden, quien describe a la depresión de la siguiente manera: congoja del espíritu fijada al pensamiento sin fiebre.

Además señaló la importancia de las relaciones interpersonales en el curso de la enfermedad y que la recuperación después de un episodio no aseguraba la cura (Salin Pascual, 2005).

Soranos de *Ephesus*, describió los síntomas principales de la melancolía que son: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y en ocasiones jovialidad (Ackerknecht, 1959), recomendando como tratamiento para los pacientes deprimidos, asistir al teatro a ver comedias. Constantino el africano fue el primero en descubrir los síntomas de la melancolía; miedo a lo desconocido y remordimientos religiosos excesivos junto con ansiedad (Calderón, 1999).

Por su parte Galeno en el siglo II, describe tres modalidades de melancolía: la melancolía cerebral, la digestiva y la generalizada, ésta descripción mantuvo hasta la edad media (Rojas, 2000).

Posteriormente Jacques Dubois, medico francés, describe a esta enfermedad y recomienda las siguientes terapias: mejora del aire, contacto con la naturaleza, y esparcir en los aposentos rosas, violetas y nenúfares (Rojas E., 2000). Para este entonces en algunos textos se comienza a mencionar el riesgo de suicidio.

Durante la edad media, había un gran número de variables de la llamada melancolía atribuida a espíritus o a causas naturales como exceso de trabajo o de actividad sexual. En la misma época, Santo Tomas de Aquino sostenía que la melancolía era producida por demonios de influencias astrales, y el tratamiento que recomienda consistía en la práctica de una serie de rezos, exorcismos y penitencias, cuya finalidad era la de expulsar a los demonios y espíritus que se introducían en el 'poseído', y de esta forma eliminarlos (Hidalgo Solis, 1998).

Pero esta creencia se empezó a abandonar cuando en 1621 Robert Burton, un clérigo filósofo y profesor, publicó su famoso tratado de *La anatomía de la melancolía* (Enrique Rojas, 2000), en la cual describe su propia experiencia, a través de la cual trató de agotar todo lo que se conocía en aquella época sobre el padecimiento de la melancolía, lo que facilitó mucho la identificación de los estados depresivos.

Mientras tanto, en el México prehispánico, la depresión fue considerada como un problema médico, de acuerdo a la descripción que en 1552 hizo el médico indígena Martín de la Cruz. Esta descripción fue traducida al latín por Juan Badino, es generalmente conocida como códice Badiano, aunque su nombre original es "*Liebellus de Medicinalibus Indrum Herbis*" (Libro de Medicina y Herbolaria Indígena). El códice, que aún se conserva en la Biblioteca del Vaticano, incluye el título "Remedio para la sangre negra" ("*Negri remedium sanguinis*"), término común del cuadro en la Europa del Siglo XVI, para la que se recomendaba como tratamiento un cocimiento de yerbas y un jugo obtenido de flores de un buen olor, y se sugieren como indicaciones generales las siguientes: "*Ha de andar en un lugar sombreado, y se ha de abstener de trato carnal. Beberá muy moderadamente el pulque y mejor no lo bebe si no es como medicina. Dedíquese a cosas alegres, como es el canto, la música, el tocar los instrumentos con que acostumbramos acompañar nuestras danzas públicas*" (Calderón 1985).

A finales del siglo XVI, Right escribió un tratado sobre melancolía donde pone de moda la utilización de vapores, y comprueba así cómo el clima del ambiente puede provocar una mejoría, además de recomendar la utilización de purgantes y vomitivos.

Francisco de Vallés, del mismo siglo que el anterior, también incide en las causas ambientales de la depresión, y propone "la silla giratoria", una silla circular sobre la que se ponía a los depresivos para que se marearan, lo que producía un gran impacto.

El concepto "depresión" entró relativamente tarde en la terminología de los estados de aflicción, Derivado del latín "*de*" y "*premere*" (apretar, oprimir), y "*deprimere*" (empujar hacia abajo), y de los significados que se derivan de estos términos (empujar hacia abajo, oprimir, rebajado en categoría o fortuna, venido a menos). El término "depresión" (*depression*) entró en uso del inglés durante el Siglo XVII. Pero no fue sino hasta el Siglo XVIII cuando se le comenzó a utilizar en las discusiones sobre la melancolía, principalmente en los escritos de Samuel Johnson (Calderón, 1985).

Durante el siglo XVIII, un médico de origen árabe: Rufat, describe la enfermedad de Fernando VI, manía melancolía; Fernando VI pasaba temporadas muy activo, con verborrea sin parar de hablar, con una gran fuerza y otras temporadas durante las que se metía en cama, así pues éste médico describió dicha enfermedad, que sabemos se ha llamado psicosis maniaco depresiva y que en la actualidad se ha nombrado trastorno bipolar.

En 1764, Robert Whytt relaciona la "depresión mental" con un "espíritu bajo, hipocondría y melancolía".

Durante el Renacimiento surgió el interés en la depresión con un nuevo enfoque de sus causas, y aparece la psiquiatría francesa con tres o cuatro grandes médicos muy importantes que subrayan la importancia de esta patología. Uno de sus principales exponentes es Philippe

Pinel quien en 1801, en su libro "tratado medico – filosófico" ("*Traité medico- philosophique sur l'aliénation mentale ou le manie*"), menciona una "depresión del espíritu" por abatimiento, y "depresión y ansiedad habituales" por "*habitude d'abattement et de consternation*".

En 1809 Haslam, boticario de Behtlenm en Londres, hace una descripción de síntomas depresivos escribiendo lo siguiente: los que se encuentran bajo la influencia de pasiones depresivas, pueden tener diferentes tipos de síntomas como semblante ansioso y con aspecto sombrío, poco dispuestos a hablar, se aíslan recluyéndose en lugares oscuros o permanecen en cama la mayor parte del tiempo, después se vuelven miedosos y conciben miles de fantasías, recuerdan sus actos inmorales o se sienten culpables de crímenes que nunca han cometido, con frecuencia se desesperan y tratan de terminar con su existencia que les parece afflictiva y odiosa (Calderón, 1981).

Estas breves descripciones sobre estos primeros registros, demuestran que los síntomas de éste desorden afectivo han seguido siendo los mismos durante veinticinco siglos. Sin embargo, las clasificaciones nosológicas, las explicaciones que se dan sobre su etiología y las intervenciones terapéuticas, son las que se han ido modificando permanentemente, de acuerdo a la evolución de los métodos de análisis y estudio, y más recientemente al creciente interés científico despertado por la alta incidencia de esta enfermedad, y las todavía relativas posibilidades de "cura".

A principios del siglo XIX, nuevamente Philippe Pinel hace una contribución indicando que el pensamiento de los melancólicos se encuentra completamente concentrado en un objeto (obsesivamente), y que la memoria y la asociación de ideas están frecuentemente

perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir a suicidio; afirma que esta enfermedad es un juicio falso sobre uno mismo y sobre la realidad. Como causas posibles de la melancolía señaló en primer lugar, las psicológicas (p.ej. el miedo, los desengaños amorosos, la pérdida de propiedades y las dificultades familiares) y en segundo, las físicas (p.ej. la amenorrea y el prauperio).

Y en 1813, Samuel Tuke incluía dentro de la melancolía "todos los casos... en que el desorden está marcado principalmente por la depresión de la mente" (Jackson, 1989).

Durante el transcurso de este siglo (XIX), el uso del término "depresión", fue incrementándose en los textos literarios, con el significado de "bajo de espíritu", "melancolía" en el sentido médico, y "melancolía" en el sentido coloquial. Sin embargo, el empleo de los mismos términos en contextos médicos, fue aumentando gradualmente para referirse a "desórdenes melancólicos del afecto o del humor", pero sin haber adquirido todavía su status como categoría diagnóstica.

Es a mediados del Siglo XIX, cuando Wilhelm Griesinger introdujo el término "estados de depresión mental" como sinónimo de melancolía (*malancholie*), o para indicar una inclinación del humor. Daniel Hack, en su "*Dictionary of Psychological Medicine*" de 1892, utilizó la expresión "*mental depression*" como sinónimo de "*melancholia*", y definía a la "depresión nerviosa" como "un término que se aplica a veces a una inclinación morbosa o melancólica de duración temporal", pero a los estados de "aflicción" clínicos los consideraba aún dentro de la "*melancholia*" (Jackson, 1989).

Hacia la segunda mitad del siglo y con un aumento cada vez mayor en el interés por el estudio de esta enfermedad, comenzaron a aumentar en el mundo occidental las tendencias a "clasificar" (tendencia que se mantiene hasta la actualidad) los padecimientos, con el propósito de poder entablar un diálogo adecuado con los colegas médicos, fisiólogos y neurólogos de la época bajo el contexto de un mismo lenguaje. A dicho campo de trabajo se le denominó "Nosología", y fue Emil Kraepelin (1896), quien buscando un sistema de clasificación operativo, basado en el modelo de la medicina, consideró que los desórdenes psiquiátricos tenían una causa orgánica aunque esta no fuera identificada, un curso característico y un desenlace predecible, de esta manera discriminó los elementos comunes de entre los síndromes descritos individualmente y estableció así la diferencia entre psicosis maniaco-depresiva y demencia precoz, llamada posteriormente esquizofrenia.

Los estudios genéticos en psiquiatría llevaron a considerar a los síndromes depresivos como parte de la psicosis maniaco-depresiva, situación que prevaleció durante las tres primeras décadas de este siglo.

Con la difusión de la revolución científica, los investigadores de psiquiatría comenzaron a considerar que la enfermedad mental era causada por agentes fisiológicos.

Adolfo Meyer cuyo propio sistema de clasificación se basa en una categoría más amplia de tipos reactivos, comenzó a tratar los desórdenes psiquiátricos dando preferencia a la influencia de las circunstancias existenciales más que a las condiciones estrictamente orgánicas que evolucionaban independientemente de los factores ambientales. Por último, descartó por completo el modelo de enfermedad prefiriendo considerar los desórdenes psiquiátricos como

reacciones específicas de un individuo ante sucesión de circunstancias existenciales. Y en 1904, objetó el término melancolía, afirmando que daba un sello de certeza a un estado vago, acerca del cual poco se sabía; sugirió en cambio denominarla *Depresión*.

Por su parte Bleuler, consideraba a diferencia de Kraepelin, la necesidad de una delineación más rigurosa del "síndrome maniaco-depresivo", de modo que se excluyera de su diagnóstico cualquier tipo de desorden que implicara síntomas emparentados con los de "*dementia praecox*" (hoy esquizofrenia), es así que en 1916 incluyó las distímias en la psicosis maniaco-depresivas, definiendo a esta última, como alteraciones permanentes de la afectividad. (Jackson 1989).

David Henderson y Robert Gillespie, influidos por Meyer, publicaron en 1927 un libro en Gran Bretaña, empleando la idea de los tipos de "reacción", y clasificaron los "desórdenes depresivos" considerándolos como unos tipos de reacción afectiva, divididas en dos subcategorías principales: la de las "psicosis maniaco-depresivas" y la "melancolía involutiva" (Jackson, 1989). Dentro de la "psicosis maniaco-depresiva", describieron primero a los "estados maniacos", mencionando la tríada kraepeliana de síntomas básicos: humor exaltado, fuga de ideas y actividad psicomotriz (hiperactividad). Mencionan la existencia de "estados alternantes" dentro de la categoría "maniaco-depresiva", alternando entre depresión y exaltación con pequeños intervalos de remisión o sin ellos, y de "estados mixtos", con mezcla de síntomas maniacos y depresivos.

Así pues, las investigaciones psiquiátricas poco a poco fueron cediendo terreno a otra área de investigación, la Psicológica, que a finales del siglo XIX y principios del XX, creó un nuevo

método de intervención en las neurosis y los trastornos melancólicos: la cura a través de la palabra o psicoanálisis; por las investigaciones psicoanalíticas realizadas por investigadores como Freud y Abraham.

Mientras que Sigmund Freud, entendía la enfermedad mental como un proceso dinámico e individualizado, Karl Abraham, por su parte, realizó la primera investigación psicoanalítica sobre la depresión. Comparó depresión con ansiedad, también mencionó que mientras la ansiedad surge cuando las represiones impiden el logro de la gratificación deseada, que aun es posible, la depresión aparece cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales.

Por su parte dentro de la escuela francesa, Enry Ey (1965), localizó las depresiones crónicas independientes de la melancolía. Las formas agudas de las depresiones no melancólicas son denominadas por Ey “crisis de depresión neurótica o reactiva”, sugiriendo que los trastornos reactivos y neuróticos son lo mismo.

Las líneas convergentes de la investigación proveniente de la psicología experimental básica y de la psicopatología descriptiva, condujeron a la articulación de las teorías cognitivas y conductuales de la depresión. Estas teorías a su vez estimularon el desarrollo de nuevos métodos de intervención aparentemente poderosos. La teoría cognitiva plantea que la depresión es en parte, una consecuencia de interpretaciones erróneas, negativas y perniciosas de experiencias objetivas. Los individuos depresivos exhiben lo que Beck ha catalogado como la tríada cognitiva negativa, considerándose así mismos como incapacitados, derrotados y

enfermos; y a sus mundos llenos de obstáculos para la obtención aun de la mínima satisfacción.

Actualmente varias disciplinas científicas estudian la depresión: la psicología, la psiquiatría, la genética, biología fisiología, endocrinología, sociología, farmacología y neurología. Las múltiples disciplinas permiten estudiar los trastornos depresivos desde una perspectiva integral, tomando en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y su interacción con el desarrollo y mantenimientos de este padecimiento.

Así pues, la importancia de los primeros registros de la depresión, reside en que ellos demuestran que la sintomatología del desorden afectivo sigue siendo la misma durante mucho tiempo. La constancia histórica de la descripción de sus síntomas, causas y los tratamientos sugeridos para la depresión, se han ido modificando permanentemente, según las tendencias etiológicas y teóricas de cada época.

1.1.2 Sintomatología y Criterios Diagnósticos del Episodio Depresivo

La depresión es un trastorno que representa una alteración de estado de ánimo que se acompaña de un síndrome depresivo parcial o completo, no debido a ningún otro trastorno mental o físico. Según lo ha determinado la Asociación Psiquiátrica Americana (2005), los criterios que se explican a continuación para el diagnóstico del trastorno depresivo son igualmente aplicables a niños y adultos. El tipo trastorno (depresivo) se determina según el tipo de episodios que lo configuran.

A) Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas deber ser 1. estado de ánimo deprimido o 2. pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo deprimidos la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (por ejemplo, llanto).

Nota: en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más de 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. NOTA: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.

5. Movimientos psicomotores agitados o lentos casi cada día (observable por los demás no meras sensaciones de inquietud o de estar enaltecido).

6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B) Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C) Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga o medicamento) o una enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).
- E) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo, después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante mas de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o actividad motora lenta.

1.1.3 Trastornos Depresivos

Los trastornos depresivos pueden caer dentro de la categoría de depresión mayor o de distimia.

A) *Depresión mayor*. Para diagnosticar un trastorno depresivo mayor se debe tener conocimiento de la existencia de uno o más episodios depresivos mayores sin una historia previa de episodios maníacos. Dentro de los trastornos depresivos se pueden hacer los siguientes diagnósticos:

- Depresión mayor episodio único
- Depresión mayor recurrente

B) *Distimia o neurosis depresiva*. Es una alteración crónica del estado de ánimo (deprimido) que se presenta la mayor parte del tiempo y que ha durado un año como mínimo (para niños y adolescentes). A este trastorno se le pueden sobreponer depresiones mayores en cuyo caso se hacen ambos diagnósticos.

Si los criterios diagnósticos para depresión mayor o distimia no se cumplen actualmente, entonces hay que indicar si el trastorno está en remisión parcial o total, si los criterios para una depresión mayor o episodio maníaco se cumplen, entonces hay que indicar si éste es leve, moderado o grave, y si presenta características psicóticas.

En los trastornos depresivos mayores, también hay que especificar si hay un patrón estacional; es decir, que los episodios se han presentado durante dos años consecutivos de un modo regular en ciertas épocas del año con una diferencia de 60 días más o menos.

También hay que indicar si la depresión es crónica (cuando el episodio actual ha durado dos años consecutivos sin remisiones) o si es de tipo melancólico. Para diagnosticar la depresión de tipo melancólico se debe registrar la presencia de al menos cinco de los siguientes síntomas:

1. Pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.
2. Falta de respuesta ante estímulos que usualmente son placenteros.
3. La depresión es peor por las mañanas.
4. Insomnio matutino; despertar por lo menos dos horas antes de lo habitual.
5. Agitación o retardo psicomotor observable.
6. Pérdida de peso importante o anorexia.
7. No hay antecedentes de trastornos de personalidad antes del episodio depresivo mayor.
8. Antecedentes de uno o más episodios depresivos mayores que han tenido una remisión total o casi total.
9. Respuesta positiva al tratamiento con medicamentos antidepresivos o litio.

1.1.3.1 Comparación entre depresión mayor y distimia (Solloa, 2000).

Depresión mayor	Distimia (Neurosis depresiva)
Uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos. <i>Episodio:</i> los síntomas representan un cambio en la forma de actuar previa que dura la mayor parte del día durante dos semanas como mínimo.	Alteración crónica del estado de ánimo (deprimido o irritable) que se presenta la mayor parte del tiempo y que dura la mayor parte del día a lo largo de un año como mínimo.
Estado de ánimo deprimido o irritable.	Si
Pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.	No siempre o no tan acusado.
Llanto, ansiedad irritable.	Si
Alteración en apetito, cambio de peso.	Si.
Alteraciones en el sueño.	Si
Agitación o lentitud psicomotora, falta de energía.	Fatiga y falta de energía
Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa.	Disminución de la autoestima.
Proporciones delirantes.	
Dificultad de concentración.	No
Ideas de muerte recurrentes e intentos de suicidio.	Si Son menos frecuentes
Alucinaciones y/o ideas delirantes pueden estar presentes. Las alucinaciones por lo general son transitorias y poco elaboradas y por lo general	No se presentan ideas delirantes ni alucinaciones.

<p>conducen con el estado de ánimo.</p> <p>Pueden ser de tipo primario o secundario.</p> <p>Cuando aparece como consecuencia de una enfermedad física crónica o por dependencia de sustancias la depresión será de tipo secundario.</p> <p>Por lo general inicia después de los 20 años (aunque puede ser a cualquier edad).</p> <p>En niños pequeños son habituales los trastornos de ansiedad y las fobias. En niños mayores las quejas somáticas, agitación psicomotora y alucinaciones congruentes con el estado de ánimo.</p> <p>En adolescentes puede aparecer una conducta negativista o antisocial y abuso de alcohol o sustancias, inquietud, mal humor y agresividad.</p> <p>Siempre hay un deterioro severo en la actividad social o académica.</p>	<p>Puede ser de tipo primario o secundario. Frecuentemente aparece como consecuencia de un trastorno crónico preexistente en eje I o III (artritis, anorexia) en cuyo caso se trataría de una depresión de tipo secundario.</p> <p>Generalmente inicia en la infancia o la adolescencia. Si inicia antes de los 21 años, la distimia es "inicio precoz"; si aparece después, será "inicio tardío".</p> <p>Los síntomas por edad son similares que en la depresión mayor, pero nunca se presenta con alucinaciones.</p> <p>Todos estos síntomas también son comunes en adolescentes distímicos.</p> <p>El deterioro social y académico suele ser leve o moderado; más por la cronicidad de los síntomas que por la gravedad del síndrome.</p>
--	--

1.2 LA DEPRESIÓN INFANTIL

La depresión ha comenzado a ser un problema creciente en las sociedades desarrolladas, ya que además de producir infelicidad severa a muchas personas, representa una fuente de preocupación y pérdidas desde un punto de vista social y comunitario. Lo más alarmante de todo es que esta tasa de crecimiento ascendente afecta también al mundo de los niños (Ryan, et. Al., 1992; Winkley, 1996). Este hecho es tan difícil de entender y aceptar que durante mucho tiempo se ha negado la existencia de la depresión en niños, y solo se admitía su comienzo en la edad juvenil. A ello ha coadyuvado por un lado el pensamiento científico y por otro las creencias que existen en el ámbito popular respecto de este hecho.

El estereotipo que un adulto tiene en la cabeza sobre los niños, es el de unos seres carentes de preocupaciones puesto que no tienen responsabilidades. Este razonamiento podría ser cierto, pero desgraciadamente no lo es; el niño está lleno de preocupaciones, incluso más que un adulto puesto que su desarrollo cognitivo no le permite encontrar explicaciones racionales a la mayor parte de las cosas que ocurren a su alrededor, lo cual conlleva a un sentimiento de inseguridad que es buen caldo de cultivo para la aparición de emociones negativas.

Al niño "normal" le preocupan no solo los problemas reales, si no los imaginarios, que nunca preocuparían a los adultos a no ser que se trate de neuróticos. Por tanto, tiene la posibilidad de preocuparse y deprimirse; y desgraciadamente lo hace.

1.2.1 Antecedentes Históricos.

Desde la perspectiva científica, durante mucho tiempo, los expertos en psicopatología infantil negaron la existencia de la depresión infantil (DI) por razones teóricas. Sin embargo, las referencias al contenido de lo que constituyen las depresiones infantiles son relativamente extensas y datan de muchos años atrás.

Polaino Lorente y Domènech (1998), señalan que sin la existencia de delimitaciones precisas, ni cronológica ni conceptualmente en la evolución del estudio de la DI, pueden identificarse cuatro grandes etapas o periodos de estudio:

1. Un periodo inicial, el más extenso en el tiempo, en el que encontramos referencias al concepto de melancolía, que aunque principalmente referido a los adultos, hacia alguna alusión a la infancia. El texto más representativo es la extensa y erudita *Anatomía de la melancolía*, de Robert BURTON (1621).
2. Ya en el siglo XIX encontramos dos agrupamientos de mayor interés. De un lado, el representado por el inicio de la aparición de *textos de psiquiatría infantil* o, si se prefiere, de monografías sobre patología mental infantil. En este periodo, relativamente prolongado, las referencias a la melancolía no son punteras. Recordemos aquí las obras de Charles WETS, en Gran Bretaña; de EMMINGHAUS en Alemania; las de DELAUSIVE, FILIBU o MOREAU DE TOURS, en Francia; de VIDAL PERERA en España. Igualmente en el siglo XIX, aparecen referencias muy numerosas acerca del

tema concreto del suicidio infantil, relacionándolo obviamente con la depresión, aunque no ignoramos que no es este su único origen.

3. En el tercer período comprende, grosso modo, la primera mitad del siglo XX. Aquí, el término *depresión*, el concepto de depresión se va imponiendo a través de una literatura abundante, muy difícil de englobar en una visión genérica,... Quizá pueda caracterizar a esta etapa la progresiva fijación del término "depresión", desde la primera década del siglo XX, así como también el creciente interés despertado en pedagogos y psicólogos. Sería muy difícil de explicar el interés suscitado por la depresión, sin apelar a las aportaciones realizadas por el psicoanálisis, cuyas influencias son predominantes en aquel contexto histórico y científico.

4. El cuarto período, mucho más reciente, está representado por la consideración de las depresiones como un importante capítulo de la psiquiatría infantil. Esta etapa se caracteriza por una abundante producción bibliográfica, en la que se hacen *análisis* muy detallados de algunos aspectos concretos de la enfermedad depresiva, especialmente los que se refieren a la epidemiología, a las técnicas de diagnóstico y a la intervención terapéutica. Todo lo cual ha llevado a modificaciones y precisiones incesantes, que todavía hoy perduran en el concepto de depresión infantil. (Polaino Lorente; E. Domènech. 1998. pp 13,14)

Así pues, tomando como referencia en el tiempo, las etapas en la evolución del estudio de la DI mencionadas por Polaino Lorente y Domènech, podemos hacer un recorrido cronológico por el estudio de la DI.

Primeramente encontramos a Robert Burton, quien tocó el tema de la melancolía en su libro *La Anatomía de la melancolía* (1621), su libro tuvo gran difusión mas allá del ambiente técnico o científico. No obstante, las referencias a la infancia, en este caso, son reducidas. El autor valora principalmente las experiencias durante la etapa infantil y el tipo de educación recibida. El tema entonces ya tenía un cierto interés.

Otra publicación de interés es la de George Baker, "*De affectibus et morbis inde oriundis*", que data de 1775. Esta obra es un discurso que fue leído en la Universidad de Cambridge, y hace referencia a la envidia, como una de las causas de la melancolía (*tristitia*); según el autor, puede darse en la más temprana edad. Considera que es posible ver enfermar y languidecer a un niño, más por influencias de las emociones que por una causa física. Insiste en que los niños no se encuentran libres de esta grave enfermedad. Así mismo estudia la rivalidad fraterna, factor que mas adelante sería redescubierto como causa de enfermedad en el siglo XX (Polaino, 1998).

Por otra parte encontramos a James Parkinson (1755 -1824), quien fue uno de los grandes médicos británicos de su tiempo y se ocupó de algunos aspectos de la psicopatología infantil. En 1807 publicó en Londres sus "*Observations on the excessive indulgence of children*", donde Parkinson admite la existencia y aparición de una forma de melancolía, posiblemente debida a pautas educativas inconsistentes. Las experiencias de felicidad o de infelicidad dependen en gran parte del tratamiento recibido de los padres en la etapa infantil (Polaino, 1998).

En el siglo XIX, Wilhelm Griesinger, profesor en Berlín, impulsó la psiquiatría alemana desde una perspectiva organicista. Su "*Pathologie und Therapie der Phychischen Krankheiten*", de 1845, tuvo una gran influencia y dedicó en ella un apartado a la patología infantil. Allí se afirma que una buena parte de las enfermedades que se describen en el adulto, por ejemplo, la manía y la melancolía, se observan también en los niños (Polaino, 1998).

En la misma época aparecen dos de los primeros textos monográficos que hoy conocemos sobre psiquiatría infantil: las obras de Delasiauve y West. El primero publicado fue "*Leçons sur la manie infantile*", de Louis Delausiave (1852), en donde se hace referencia al tema, a pesar de ser una obra muy poco citada en la bibliografía sobre depresión. Las principales aportaciones de Delausiave al tema de la DI, las encontramos en "*Lettres sur le suicide*" (1852) y "*Forme maniaque chez les enfants*" (1855).

Por lo que respecta al inglés Charles West, encontramos su texto "*Lecture on Disorders of Mind in Childhood*", publicado en 1854. esta lectura es apenas un capítulo dentro de un texto más amplio: "*Lectures in the Diseases of infancy and childhood*", que fue editado por primera vez en Londres en 1848, y tuvo tanta difusión que se editó hasta una séptima edición en 1884. El capítulo de alteraciones de la mente en la infancia lo divide en tres secciones: terrores nocturnos, alteraciones de la mente e idiocidia. En el segundo capítulo integra los trastornos de la conducta y los problemas emocionales. Para ilustrar estos últimos cita el caso de una niña de 10 años, en el que, aunque no encontramos en ningún momento una alusión explícita al término depresión o similar, sin embargo, muchos aspectos de la excelente descripción de West evocan las características del cuadro depresivo (Polaino, 1998).

Casi a fines del siglo XIX, tenemos el trabajo de Pierre N. Fibiliu titulado: "*Contribution à l'étude de la folie chez les enfants*", editado en Paris en 1887; es un trabajo monográfico en el cual no existe un capítulo concreto dedicado a la melancolía, pero donde sí hace referencias dispersas, sobre todo de tipo histórico, clínico, y alguna alusión al suicidio. A pesar de ello, permite intuir, en repetidas ocasiones, la relativa frecuencia de las alteraciones del estado de ánimo; cuando señala "... cuantos trastornos mentales pasan desapercibidos, y cuantos niños enfermos se encuentran en la calle, sin que lo sospechemos...; algunos son tristes, melancólicos, prefieren la soledad, son dulces, deprimidos, inofensivos...". Incide también en la posible influencia de factores hereditarios en el suicidio y la disminución pasajera de la sensibilidad (analgésia, anestesia) en maníacos y melancólicos: "...el melancólico tiene el semblante pálido con ojeras, los ojos sin brillo, expresión, ni movimiento...; el conjunto de su faz expresa la apatía y la tristeza" (Polaino y Doménech, 1998).

Por su parte el francés Descuret, también en el siglo XIX, ya realizaba el diagnóstico de "nostalgia en niños". Descuret era doctor en medicina, en filosofía y letras, y trabajó en la dirección de lo que hoy denominamos psicología experimental. Dicho autor presenta el caso (quizá el primero registrado) de un niño de 2 años diagnosticado de nostalgia, es decir, depresión; menciona a los factores etiopatológicos a los que se atribuye la aparición de la nostalgia, y que casi 100 años después van a coincidir con los postulados por otros autores como Spitz o Lorenz , y finalmente a pesar de el lenguaje propio de la época, establece las equivalencias entre su descripción y los síntomas depresivos tal como lo conocemos hoy en día.

Poco a poco las referencias a la realidad clínica de la depresión infantil han sido cada vez más numerosas, a partir del primer tercio del siglo XX. Por ejemplo, en un texto de principios de dicho siglo, el *Compendio de Psiquiatría Infantil*, de Augusto Vidal Perera (Barcelona, 1907), en el que el autor dedica algunos párrafos a la melancolía, donde se pueden distinguir de manera muy breve tres aspectos: el primero plantea una visión global de la enfermedad; en el segundo se encuentran referencias concretas a la sintomatología del niño melancólico y en el tercero se apunta una orientación terapéutico– pedagógica.

En 1912, Abraham delinea el mecanismo psicodinámico de la depresión, aludiendo a las pérdidas del objeto amado en los periodos tempranos del desarrollo.

Para 1913, Lafora describe un caso de *locura maniaco depresiva e hipertiroidismo*. En su amplio tratado titulado *Los niños mentalmente anormales* (Madrid, 1917), dedica algunos fragmentos a los que denomina "deprimidos o depresivos", señalando que "frecuentemente les saltan ideas de suicidio..., y que en general, esta es la causa de la mayoría de los suicidios infantiles" (Polaino y Doménech, 1998).

En 1921, Kraepelin presentó un trabajo epidemiológico en una muestra de 900 maniaco-depresivos, y encontró que el 4% de ellos había presentado el primer episodio antes de los 10 años.

En 1924, el italiano Sancte de Santics, dedicó en su libro *Psiquiatría infantil* dos capítulos a la depresión (Jiménez M., 1995).

Otro autor, Revon, dio a conocer en Paris su tesis "*Étude sur les états périodiques d'excitation et de dépression chez l'enfant*", en el año de 1925.

Los años treinta, constituyen un periodo en el que se produce mucha literatura respecto de la depresión en el niño. Como símbolo de este periodo, hay que recordar un texto de Gaupp (1932): "Los profanos no suelen molestarse en buscar una explicación psicológica a las distimias que sufren los niños, hasta entonces alegres y sanos, y lo atribuyen a causas exógenas de diversa índole, cuando en realidad se trata de los pródromos¹ de una depresión afectiva psíquica (distimia), de naturaleza patológica".

En la misma línea podemos situar la aportación de Jerónimo de Moragas, quien facilitó el diagnóstico de las alteraciones del estado de ánimo en los niños, en su trabajo "*Intent de prova per a descobrir l'afectivitat de l'infant*" (Polaino, 1998).

Una descripción detallada de algunas características del niño deprimido, se encuentra en un texto de Erich Stern, descripción que tiene un rico contenido desde el punto de vista paidopsiquiátrico. Citando a Von Düring, refiere: "los niños deprimidos no pueden reír, y un niño que no ríe ni puede alborotarse ni enfadarse, es un niño enfermo (...) los muchachos deprimidos son tímidos, huraños, huyen de la compañía de los demás, no juegan, no tienen confianza en sí mismos..., lo que puede llevarles incluso al suicidio", a lo que añade: "con frecuencia hallamos el tedio de la vida (*taedium vitae*) en las depresiones manifiestas" (Stern, 1933).

Mientras tanto y con la influencia de la corriente psicoanalítica ortodoxa, se consideró que la depresión infantil no existía por ser ésta una patología vinculada estrechamente al desarrollo de superyo; ya que se había definido inicialmente la depresión como una pérdida de la estima

¹ Malestar que procede a una enfermedad.

del yo. Esa pérdida se habría de formar en la dinámica de la comparación del yo con el superyo. Pero el yo, dentro de la ortodoxa analítica, no está constituido en la infancia y por tanto le sería imposible perder su autoestima. La inmadurez del niño hacía imposible la admisión de su depresión (Rie, 1966). Sin embargo, dentro de la corriente psicoanalítica hubo posturas distintas como las de Klein, Spitz, Bowlby y hasta la misma Anna Freud, quienes reconocieron más adelante la existencia de la depresión infantil (Klein, 1948).

Melanie Klein (1882-1960), fue la primera psicoanalista que introdujo el término depresión referido a la infancia (1938). Genera su teoría basándose en las posiciones o etapas de desarrollo del niño, siendo en este caso en la "posición depresiva" donde se generan (a partir de las relaciones que tiene el niño con los objetos), reacciones depresivas que constituían la prolongación natural de los sentimientos infantiles de culpabilidad, que el niño en ocasiones sublima para atenuar su ansiedad depresiva.

En 1937, se celebraba en París el Primer Congreso Internacional de Psiquiatría infantil, y fue a partir de ese año que las publicaciones en torno a la patología de los niños aumentaron considerablemente, sin embargo la atención que se le prestó a la DI aun era escasa.

Las primeras descripciones de la DI surgieron de 2 psicoanalistas heterodoxos: Rene A. Spitz y John Bowlby. Spitz observó que algunos niños pequeños separados de sus madres por ingreso en instituciones, presentan un importante cambio en su comportamiento. Este consistía en llanto, retraimiento, desinterés, apatía, falta de apetito, mayor morbilidad y estancamiento en el desarrollo físico. Tales características estaban muy cerca de los que se le

considera depresión en el adulto. Al síndrome descrito por Spitz se le denominó depresión anaclítica u hospitalismo (Spitz y Wolf, 1946).

Bowlby (1958), encontró un fenómeno parecido al descrito por Spitz, que denominó también depresión anaclítica. Esta se presenta en niños que ya han establecido un vínculo (*attachment*) de apego con su madre, y que son separados de ella. El período más sensible para desarrollar este tipo de perturbación, se estima que esta entre los 6 meses y los 3 años de edad. La alteración consiste en un proceso con 3 fases: protesta, desesperación y desvinculación. En la primera fase, el niño llora; luego entra en un período de desesperanza en el intento de recuperar a la madre y por último se produce la desvinculación del mundo circundante, estado que se caracteriza por una extrema inactividad (Del Barrio, 1997).

Estudios posteriores de Spitz (1965), confirmaron el mismo cuadro y añadieron una sintomatología más amplia: inexpressión facial, anomalías en la coordinación visomotora, movimientos estereotipados e incluso un índice de mortalidad alto. Muchas de estas observaciones se han mantenido a lo largo del tiempo y probablemente lo único que se ha revisado profundamente fue su creencia en la irreversibilidad del problema, ya que actualmente se le considera un proceso perfectamente reversible (Del Barrio, 1997).

Por otro lado, la teoría alternativa al psicoanálisis, el conductismo, desatendía la investigación de cualquier fenómeno mental cuyo acceso no fuese mediante la observación, por tanto, las cogniciones y las emociones, incluida la depresión, se mantuvieron fuera de su foco de atención.

Durante la década de los años sesenta, creció aun más el interés por el estudio de la depresión infantil y apareció el concepto de "depresión enmascarada" o "equivalentes depresivos". Autores como Galser en 1968 y Malmquist en 1977, propusieron que la depresión infantil existía pero que no podía ser observada, pues esta entidad patológica adoptaba manifestaciones observables diferentes a las de los adultos; es decir, la depresión esta encubierta o enmascarada bajo síntomas que tienen poco o nada que ver con este padecimiento: como irritabilidad, problemas de conducta y agresividad; la hiperactividad, la enuresis, el aumento de agresividad, la ansiedad y el insomnio, podrían ser considerados, todos ellos como equivalentes depresivos.

En 1966, Rie publicó una "*Comprehensive Review*", en la que hace una excelente revisión del tema de la DI. Por su parte Rutter, publicó el que podría ser el primer trabajo científico sobre hijos de padres depresivos. También es en este año que la clasificación de las alteraciones psiquiátricas del niño, del "*Group for the advancement of psychiatry*" (GAP). incluye por primera vez el síndrome depresivo infantil entre las alteraciones mentales (Polaino, 1998).

A partir de 1970, la aceptación de un síndrome depresivo específico de la infancia, es casi unánime. En esta década el interés se centra en la obtención de criterios diagnósticos válidos, inicialmente clínicos y psicológicos, y más tarde también biológicos.

Pozanaski y Zrull (1970), fueron autores destacados en el impulso del estudio de la depresión en niños. Dichos autores publicaron un artículo demostrando la existencia de la depresión infantil. Examinaron una muestra de 1788 niños de tres a doce años, y encontraron 98 casos que mostraban evidencia significativa de depresión. Los síntomas encontrados eran: tristeza,

infelicidad, apariencia depresiva, expresión de sentimientos de ser rechazado y no amado, conductas autoeróticas, pobre imagen de sí mismo y autovalía (Martine M. Reynolds, 1999 en "Comprehensive Clinical Psychology").

Otros investigadores como Herrington y Martín (1972), denominaron a las fases marcadas por Bowlby: protesta, depresión y marasmo (ya utilizan el termino depresión), estos comportamientos habían sido ya descritos un año antes por Harlow, Harlow y Suomi (1971), solo que ellos lo hicieron en primates que fueron separados de sus madres; esto supuso también un apoyo para la aceptación de la depresión en los niños

La descripción de estos síntomas, representa el comienzo de la investigación de la DI. Algunos autores pensaron en asignarle el término de "depresión por separación", paralelo al de ansiedad por separación. Dicha denominación los inscribe en un marco teórico psicoanalítico, donde se interpreta que la depresión se genera por una pérdida, siendo esta, en el caso de los niños, la perdida del objeto amado: la madre (Del Barrio, 1997).

Pero también desde otros marcos teóricos se había comenzado a hallar indicios firmes de la existencia de la DI. Este es el caso de Ackerson (1942), que por medio de un análisis factorial, procedente de listados de conductas infantiles perturbadas, encontró un factor que agrupaba algunas conductas tales como: estar triste, apatía, llanto; lo que constituía un patrón claro de conductas depresivas. Sin embargo, como el propósito era analizar las conductas problemáticas en las aulas, estos resultados fueron desatendidos.

En esa misma dirección, apuntan los datos de Wiggins Wider (1961) y los de Seigelman (1966), quienes encontraron también un factor de depresión en el análisis de los datos procedentes de sociogramas aplicados en aulas (Del Barrio, 1997).

La DI, aunque estuviese anteriormente incluida en algunos listados de perturbaciones y en historias clínicas, no fue reconocida como una perturbación infantil sino hasta 1970, durante la celebración del IV Congreso de Paidopsiquiatría en Estocolmo, debido a que la Unión Europea de Paidopsiquiatras, eligió como tema monográfico "los estados depresivos en el niño y el adolescente" (Jiménez M., 1995), y solo desde entonces se comenzó su estudio sistemático.

A pesar de la evidencia de niños deprimidos, hubo que esperar a un nuevo marco teórico más favorable que permitiese desarrollar su investigación, y eso ocurrió con el ascenso del paradigma cognitivista. Así surgió la idea de la "Indefensión Aprendida" (Seligman, 1975) como explicación teórica de la depresión, mismo que se ajusta cómodamente al modelo de Bowlby.

Finalmente, la proliferación de los instrumentos de evaluación y la gran afluencia de datos procedentes de investigaciones en numerosos países, ha hecho posible que hoy en día podamos contar con un perfil sólido sobre qué es la depresión infantil (DI), su prevalencia y los métodos para su evaluación.

1.2.2 Posturas Teóricas

Las causas y los tratamientos para la depresión, se han ido modificando con el tiempo como consecuencia de las tendencias etiológicas y teóricas de cada época. Debido a que el estudio de la depresión infantil ha ido a la zaga de la de los adultos, para tener una comprensión de

cuáles son las posibles causas y características de la depresión, es necesario hablar de diferentes concepciones teóricas sobre la depresión.

1.2.2.1 Teorías (Psico) Biologicas

La orientación psicobiológica (biologista), sostiene que la depresión es un trastorno que vendría a manifestarse a través de ciertos signos somáticos, o marcadores biológicos, que a la vez representan la explicación de su origen. La investigación en este punto, es paralela a la que se ha venido realizando en el campo de los adultos. En el caso concreto de la DI, se han investigado las alteraciones neuro-hormonales, fundamentalmente las concentraciones de cortisol, tiroxina, melatonina, de la tasa de secreción de la hormona de crecimiento e incluso de algunas alteraciones estructurales de los ventrículos. Algunos autores definen aun el origen genético de estas alteraciones.

Desde el punto de vista de la electroencefalografía del sueño, parece que hay una cierta distinción entre la depresión adulta y la infantil, ya que mientras en los adultos se ha encontrado la existencia de una serie de anomalías del EEG (electro encefalograma) durante el sueño, como por ejemplo, disminución del tiempo total de sueño, latencia MOR (movimiento oculares rápidos) acortada, disminución de la eficacia del sueño y despertar intermitente y/o matutino; en el caso de los niños deprimidos los estudios llevados a cabo, no han revelado cambios de este tipo antes de la adolescencia (Puig-Antich J., en Cantwell D. y Carlson G., 1987).

Puig-Antich (1979), Elkins y Rapoport (1987), han sido pioneros en la investigación en el campo de las bases biológicas de la depresión infantil, Rubin et al. (1992), Kutcher et al (1992) y otros muchos siguen esta línea de investigación.

1.2.2.1.1 Hipótesis de los Factores Genéticos

Son bastantes los datos existentes a favor de la hipótesis de que en los trastornos afectivos primarios hay factores genéticos que ejercen un papel etiológico. Dado que los datos se pronuncian tan a favor de la prevalencia de un trastorno afectivo mayor en los familiares más próximos de las personas que padecen la enfermedad, es en cierto modo sorprendente, que se haya llevado a cabo tan poco trabajo de investigación en esta área respecto a:

1. Los hijos de padres deprimidos (un grupo alto de riesgo).
2. Estudios familiares de niños con trastorno afectivo primario.

Los primeros estudios de este tipo, como los de Rutter en 1966, donde se encontró que era más probable que los hijos de padres con enfermedades psiquiátricas, también presentaran trastornos psiquiátricos.

En 1977, Welter y sus colegas encontraron que cerca de una cuarta parte de todos los padres hospitalizados por un trastorno depresivo primario, tenían al menos un hijo con cinco o más síntomas de depresión, mientras que ninguno de los hijos de padres sanos manifestaban síntomas (Cantwell, 1987).

A pesar de los datos antes mencionados, aun se sabe muy poco sobre el peso relativo que desempeñan los factores genéticos y ambientales en los síntomas de la depresión en la infancia.

1.2.2.1.2 Hipótesis Neuroquímica

En cuanto a la hipótesis neuroquímica, aunque no se posee evidencia que confirme absolutamente dicha información, los datos parecen potenciar la idea de que en la etiología de la depresión endógena, juegan un papel importante (aunque no único) posibles alteraciones en los mecanismos neurotransmisores del sistema nervioso central y en los procesos neuroendocrinos.

Los enfoques neuroquímicos, han planteado que la norepinefrina y la serotonina están específicamente vinculadas con la depresión. El éxito que han tenido los fármacos que modifican los niveles de estas aminas en el cerebro durante el tratamiento de episodios depresivos, ha servido de punto de partida para importantes investigaciones e incluso abre la perspectiva de que con el tiempo sea posible diferenciar los diversos subtipos de depresión mediante pruebas bioquímicas únicamente.

La norepinefrina y la serotonina son neurotransmisores; esto es, que conducen la excitación de una neurona a otra. Se ha sugerido entonces que el exceso de una o ambas aminas lleva a los estados maníacos, y que su disminución provoca depresión. Midiendo el nivel de metabolitos en el líquido cefalorraquídeo y en la orina, se puede tener una medida indirecta de

la actividad de estas sustancias de los sistemas centrales. A pesar de que se han hecho muchos estudios en esta área, aun no esta claro si el trastorno primario es una disminución de estas aminas o si se trata de una hiposensibilidad, una hipersensibilidad, o ambas cosas, en determinados receptores aminérgicos. Lo que sí se sabe, es que los sujetos con depresión endógena suelen manifestar una disminución de la actividad funcional noadrenérgica y/o de la actividad serotoninérgica en el sistema nervioso central, siendo este un fenómeno primario mas que secundario (Cantwell, 1987).

Aunque los efectos de los antidepresivos triciclicos y de los inhibidores de las monoaminoxidasa (MAO), han sido muy beneficiosos en el tratamiento de la depresión, no se ha llegado todavía a correlacionar estos efectos clínicos en el contexto. En general, se acepta que las catecolaminas están de algún modo ligadas con los desórdenes afectivos, pero ya que estas aminas son solo parte de un proceso metabólico muy complejo que aun no ha sido dilucidado, es muy difícil probar la hipótesis de un neurotransmisor específico.

Una crítica que se formula a las investigaciones basadas en la administración de fármacos, es que en la mayoría de los experimentos se estudian solo los efectos bioquímicos inmediatos y no los que persisten a través del tiempo en la conducta. Esta limitación puede resultar especialmente engañosa en los desordenes afectivos, ya que la respuesta clínica a la mayor parte de los medicamentos antidepresivos es considerablemente retardada.

1.2.2.1.3 Hipótesis Neuroendocrina

Aunque el más importante y fructífero de los enfoques biológicos de la depresión está centrado en las aminas, se han investigado además otros sistemas biológicos como el endócrino, a pesar de que las alteraciones neuroendocrinas se suelen considerar secundarias a los trastornos en los neurotransmisores centrales (serotonina y norepinefrina) (Jiménez M., 1995)

En la depresión endógena, se han observado disfunciones en los ejes neuroendocrinos que controlan la actividad de la tiroides, la actividad cortico-suprarrenal, la de las hormonas sexuales y de las hormonas del crecimiento.

Se ha obtenido gran cantidad de información sobre la secreción de cortisol en la depresión mayor en adultos; se sabe que alrededor de 50 % de los adultos con depresión mayor endógena segregan mayores cantidades de cortisol durante la enfermedad, y esta característica retorna a la normalidad tras la recuperación del síndrome depresivo. La producción de cortisol también se ve considerablemente afectada por la excitación emocional o la ansiedad (Cantwell D. y Carlson G., 1987).

El otro sistema neuroendocrino vinculado con la depresión es el eje hipotálamo-hipofisiario. En 1972, Orange y Wilson (Arieti S. y Bemporad J., 1993), encontraron que la hormona liberadora de tirotrófina es un eficaz antidepresivo. Se ha demostrado que alrededor de 40 a 50 % de los depresivos endógenos adultos segregan cantidades más bajas de lo normal de hormona del

crecimiento (GH), en respuesta a la hipoglucemia inducida por insulina (ITT) (Gruen, 1975; Gregoire, 1977 en Puig-Antich J, en Cantwell D. 1987) .

Otro campo de interés bioquímico, tiene que ver con la trasmisión de la membrana neuronal y el balance eléctrico. Se ha formulado que el litio altera la concentración iónica y que se retarda la trasmisión neuronal, calmando así al paciente maniaco. Algunos investigadores (Greespan et al., 1970; Messina et al.,1970 en S. Arieti y J. Bemporad, 1993) sugieren que el litio también altera al metabolismo de las catecolaminas, pues también ha resultado efectivo con el tratamiento de pacientes deprimidos.

Los estudios neuroquímicos y neuroendocrinos en niños depresivos, han representado un campo limitado de trabajo, existiendo muy escasos informes en la bibliografía hasta la época actual. En parte, ello se debe a que los estudios en niños han esperado la guía y dirección de los estudios con pacientes depresivos adultos, y por otra parte, debido a que los estudios biológicos en psiquiatría infantil y los grupos activos de investigación en este campo se han desarrollado únicamente durante los últimos años. Otro problema importante que ha limitado la cantidad de estudios biológicos en niños depresivos, ha sido el desacuerdo sobre el diagnóstico y clasificación de los trastornos afectivos en los niños (Lowe T y Cohen D. Investigación Biológica sobre la depresión en la infancia, en Cantwell D. y G Carlson, 1987).

En conjunto, los resultados sobre neuroendocrinología hasta la fecha tienden a validar la existencia de la depresión mayor en edad prepuberal y su semejanza de la depresión mayor en adultos. Sin embargo, el estudio del sistema neuroendocrino no parece ser por el momento un área de investigación prometedora para los desórdenes afectivos en la infancia, pues el

modelo psicobiológico de la depresión es mas bien de tipo interactivo, en el que intervienen tanto las aminas cerebrales como las glándulas periféricas y los propios procesos psicobiológicos.

Finalmente en 1975, Akiskal y Mc Kinney proporcionaron un modelo comportamental para explicar la depresión, el cual integra:

1. La vulnerabilidad genética,
2. Acontecimientos evolutivos (por ejemplo: pérdida temprana del objeto),
3. Acontecimientos psicosociales,
4. Estresores fisiológicos y
5. Rasgos de personalidad.

Proponen que estas influencias alteran el sistema nervioso central y convergen en una vía común final, que esta implicada en los sustratos biológicos de respuesta al reforzamiento ambiental.

Durante el curso de un trastorno afectivo, puede haber una cascada de alteraciones y adaptaciones neuroquímicas y neuroendocrinas, con diversos subpatrones relacionados con diferencias individuales, genéticas y ambientales, así como el nivel de desarrollo (Rende R. et al, 1993); por ello, la investigación sobre la depresión infantil tiende a ir por caminos que tomen en cuenta que los trastornos afectivos son diferentes en las diversas etapas de la vida, como un reflejo de los cambios evolutivos biológicos, cognitivos y afectivos de las variaciones en el mundo social del niño.

1.2.2.2 Teoría Psicoanalítica

Después de una negación inicial acerca de la existencia de la DI, puesto que se creía que el niño carecía de la capacidad intrapsíquica que le permitiera experimentar depresión, el psicoanálisis ha considerado que la pérdida del objeto bueno (la madre), es la explicación teórica de la existencia de niños deprimidos (Spitz 1946; Bowlby 1969; Lasa Zulueta 1995). Esta pérdida puede ser por muerte, separación, rechazo y todas las formas posibles de distanciamiento. Los niños ante tal pérdida interiorizan los sentimientos negativos que primariamente deberían ir dirigidos hacia el objeto perdido, y comienza entonces la pérdida de la autoestima (pérdida del yo), el autocriticismo y la depresión.

Klein (1935), puntualiza que los niños no necesitan que se produzca la pérdida, si no que pueden deprimirse por la simple ausencia de una relación adecuada con su madre durante el primer año de vida. Y esto se considera además como un factor de riesgo o vulnerabilidad para desarrollar una depresión en la vida adulta. El núcleo de la explicación psicoanalítica de la depresión es el concepto de pérdida, que en el caso de los niños ha tenido que ser adaptado a la relación del niño con su madre.

En la teoría de Klein (1935), la depresión adquiere un significado nuevo; es una etapa normal del desarrollo que implica una forma específica de ansiedad que el niño enfrentará con mecanismos defensivos. Cabe subrayar que para Klein, el conflicto depresivo no resuelto es la base etiológica a la mayor parte de los desórdenes neuróticos. (Solloa, 2001).

Finalmente un examen posterior del apego y su relación con la pérdida, la separación, la aflicción y la depresión en la niñez, fue proporcionado por Bowlby en 1980, él menciona que los niños con depresión, presentan una serie de estados o fases al ser separados de sus madres. Estas fases son: la fase de protesta, caracterizada por ansiedad, gritos, dificultades para dormir y terrores nocturnos; la fase depresiva o de desesperación, está caracterizada por una disminución de la movilidad y plasticidad psicomotora, existe indiferencia ante estímulos externos y pérdida de iniciativa, y por último la fase autodestructiva o de desapego, caracterizada por una apatía generalizada, así como una gran indiferencia ante las relaciones afectivas.

1.2.2.3 Conductismo

La psicología conductista, cuyo más conocido representante es B.F. Skinner, supone que la conducta es una actividad frente al medio, cuya probabilidad de aparición se incrementa o disminuye en función de las consecuencias benéficas ó adversas que ocasiona al sujeto que la provoca (Del Barrio,1997). Esta secuencia de aprendizaje es normalmente adaptativa, pero puede producirse un desajuste en el proceso de su adquisición que lleve a desarrollar conductas patológicas. La interpretación conductual de la depresión es más simple que la psicoanalítica, pero no exenta de sentido. Desde esta perspectiva, los niños se deprimen por que sus padres les someten a una falta de refuerzos, ya sean de carácter verbal (ausencia de alabanzas) o de carácter físico (ausencia de actividades gratificantes). Por tanto, la explicación de la depresión que ofreció el conductismo consistió en ligarla a una insuficiente tasa de

refuerzos (Lazarus, 1968; Lewinsohn et al., 1969), lo que llevaría a una respuesta generalizada de falta de interés y disfrute.

Distintos autores han matizado esta secuencia. Costello (1972) puntualiza que es el fallo en la cadena de refuerzos, lo que ocasiona que se rompa el equilibrio de toda la cadena, por ejemplo: señaló que la depresión está determinada básicamente por que el sujeto posee aptitudes sociales inadecuadas: así un niño con pocas aptitudes sociales, puede desarrollar fácilmente depresión ante pérdidas poco importantes al no encontrar formas de reforzamiento alternativas en su vida (Solloa , 2001).

En forma similar, Lewinsohn en 1974 (en Matson J., 1989), menciona que la característica principal de la depresión es un déficit conductual, y su aparición la atribuye a tres factores: un déficit de habilidades sociales que no permite hacer frente con éxito a la adversidad, una ausencia de refuerzos positivos del ambiente o aparición de experiencias negativas, y un descenso de la capacidad de disfrute o incremento de la sensibilidad hacia lo negativo. Esto es: la falta de habilidades sociales, ocasiona una baja tasa de respuesta al reforzamiento, esto a su vez provoca que haya poco reforzamiento por parte del ambiente, al mismo tiempo que el ambiente contribuye a mantener las conductas depresivas, pues la persona deprimida aprende a obtener reforzamiento social en forma de atención y preocupación por las conductas depresivas verbales y no verbales que manifiesta. Así, a medida que el niño recibe menos reforzamiento social por conductas sociales apropiadas, aumenta la probabilidad de que se deprima aún mas, pues su inadecuación conductual ocasionará problemas con la autoestima, sentimientos de inferioridad, etc.

De esta manera, se activa un círculo vicioso en el que a medida que la depresión aumenta, disminuyen las habilidades sociales, y con ello las probabilidades de reforzamiento. Este modelo presenta consistencia con el de Costello (1972) (en M. Jiménez, 1995), sobre la relevancia de las aptitudes sociales en la etiología de la depresión.

La evolución posterior del conductismo, ha abierto nuevas perspectivas respecto de la gama de interpretaciones, por ejemplo, enfatizando el papel de las condiciones contextuales, especialmente la conducta paterna, que se convierte en el eje principal del aprendizaje social.

Las personas del entorno, preferentemente los padres, representan el modelo patológico que es copiado por el niño (Bandura, 1977), concentrándose en una auto apreciación disfuncional y peyorativa (Bandura, 1987). Así como la autoeficacia se aprende vicariamente, la ineficacia también. Seligman subrayó la dimensión del fracaso ante el intento de solucionar problemas, según esta teoría, los sujetos que fracasan en sus intentos de solucionar una y otra vez un problema caen en la desesperanza (“no se puede hacer nada”), de la misma forma que un niño fracasa al intentar mediante la protesta recuperar a su madre y entra en la indefensión (Del Barrio, 1997).

Todas las interpretaciones cognitivistas posteriores, son variaciones sobre este tema aunque se ponga el énfasis en distintos matices por ejemplo: la atribución negativa (“no soy inteligente”) (Abramson et al., 1978), el locus de control, etc.

Finalmente, el conductismo erosionado tiene una frontera difusa y de difícil delimitación con las interpretaciones cognitivas de la depresión.

1.2.2.4 Cognitivismo

La psicología cognitiva presenta básicamente una concepción mentalista del sujeto psicológico y por tanto de sus emociones. Éste recibe información del entorno, que elabora y configura en forma de experiencia vivida, y su actuación dependerá de la interpretación realizada. Posee además sistemas que procesan esa información, condensada en representaciones, unas conscientes y otras no. Los desajustes son según esta perspectiva, perturbaciones de conducta que siguen a otras más básicas alteraciones cognitivas. Las preocupaciones y los pensamientos negativos en los que consiste una depresión, son en una de sus dimensiones esenciales, fenómenos de tipo cognitivo que interaccionan con la ocurrencia de acontecimientos negativos (Del Barrio, 1997). Así, los sujetos con un estilo cognitivo negativo son más proclives a desarrollar una depresión cuando tienen este tipo de experiencias (Abramson et al., 1989; Lewinsohn et al., 1990), esto supone una prioridad del estilo cognitivo en la explicación de la aparición de la depresión.

Beck sostiene que un sujeto deprimido tiene ideas negativas, que son resultado de una distorsión cognitiva sobre sí mismo, el mundo y el futuro (Beck, 1967); este esquema distorsionado y negativo entraña una vulnerabilidad para desarrollar una depresión. El esquema depresivo tiene dos modalidades básicas: independiente, caracterizado por altas expectativas, y social, caracterizado por la dependencia de los otros y una gran necesidad de seguridad.

Seligman (1975), añadió que esta percepción negativa se generaba por una experiencia de fracaso continuado, que denominó "*indefensión aprendida*". Esta interpretación llevó a la inclusión de elementos interactivos en la concepción de la depresión.

Posteriormente Abramson y sus colaboradores (1978), reformularon el modelo de la indefensión aprendida de Seligman, así como las contribuciones de Beck, dando como resultado el modelo del Estilo Atribucional. Postulan que el estilo atribucional, filtra la experiencia de tal manera que provoca los déficit afectivos, motivacionales y de autoestima asociados con la depresión (Matson J., 1995).

Cuando la persona experimenta un evento negativo, determinará si se sentirá esperanzada y motivada, o desesperanzada y por tanto deprimida.

Las atribuciones fundamentales son las siguientes:

- a) Locus de control interno-externo: Existe predisposición a la depresión cuando el sujeto atribuye sus fracasos y falta de control a factores internos y sus éxitos a factores o causas externos.
- b) Estabilidad-inestabilidad: Los depresivos establecen atribuciones estables a sus fracasos e inestables a sus éxitos.
- c) Generalidad-especificidad. Los depresivos atribuyen sus fracasos a factores generales y sus éxitos a factores específicos.

En varias investigaciones se ha comprobado que las personas deprimidas hacen atribuciones internas estables y generales ante las experiencias de fracaso, y atribuciones externas inestables y específicas ante las experiencias de éxito (Petti A. T., en Lewis, 1991).

Una interpretación un tanto diferente la debemos a Rehm (1977), quien puso el énfasis en la dimensión de control interno o externo que posee el sujeto de sus actos, y que es más o menos deficiente en el caso del deprimido. Los sujetos deprimidos no controlan su conducta, se evalúan por debajo de sus expectativas y no sólo se administran refuerzos o premios por lo que hacen, si no que, se auto castigan (Del Barrio, 1997; 2000),.

También se ha subrayado en la depresión su "aspecto futurizo", que se ha llamado desesperanza (Abramson et al., 1989). La desesperanza consiste en no desear e incluso temer el futuro, lo que todavía no tiene realidad; se teme que no ocurra nada deseable y sí en cambio que ocurra lo indeseable.

Otra interpretación cognitiva de la depresión es la ofrecida por Nezu (1987), quien considera que la dificultad para la resolución de problemas es la base de la depresión (Del Barrio, 1997; 2000).

Aunque todos estos elementos se han estudiado preferentemente en la depresión adulta, se han corroborado también en las investigaciones realizadas en la población infantil, apoyando la tesis de un proceso paralelo en los adultos y niños, explicativo de la depresión desde los supuestos cognitivistas (Sacco y Graves, 1984; Seligman y Peterson, 1986; Asarnow y Bates, 1998; Hammen , 1990; Hilsman y Garber, 1995, Kaslow et al., 1996).

Concretamente Beck y sus colaboradores, en investigaciones recientes, han puntualizado que los esquemas cognitivos distorsionados desencadenantes de la depresión, tienen su origen en la niñez (Beck,, Freedman et al., 1990) y además interaccionan con el temperamento del niño y los estilos de educación a los que son sometidos (Young 1990).

Finalmente, se puede pensar que bajo las visibles diferencias entre los distintos marcos teóricos, expuestos hasta aquí, hay también en muchos casos una gran comunidad de fondo; lo que realmente es diferente es el énfasis que se pone en los distintos factores.

Por eso se va imponiendo una actitud integradora en que la que se tienen en cuenta no sólo los aspectos subjetivos de vulnerabilidad, sino también los desencadenantes externos y los moduladores sociales que potencian o impiden la aparición de la depresión (Del Barrio, 1997).

1.2.3 Síntomas de la Depresión Infantil

A través de numerosos estudios e investigaciones sobre la depresión infantil, se ha llegado a reconocer la diversidad de formas clínicas en que esta se presenta. Se ha pasado de los defensores de la clínica tradicional, que negaban la existencia de verdaderos estados depresivos en este periodo de la vida, a subrayar la frecuencia con que la depresión pasa desapercibida en el niño. Los motivos por los cuales se puede ignorar la presencia de la depresión en la infancia, pueden ser por un lado que la sintomatología de éste padecimiento frecuentemente puede ser engañosa, y por el otro, existe desgraciadamente la negación por parte de los adultos a admitir que un niño puede deprimirse. Sin embargo existe una tercera razón: muchos especialistas aun ignoran los aspectos sintomáticos y psicopatológicos de la depresión en el niño, lo que les impide realizar un buen diagnóstico.

Las investigaciones realizadas en torno a la depresión, han desplegado una serie de síntomas que aparecen una y otra vez en las descripciones que abordan fenomenológicamente el problema de la DI.

Un síntoma, son todas aquellas características o manifestaciones que acompañan a un padecimiento, y que pueden ser observadas por un especialista de la salud, o bien, por el paciente; estas manifestaciones son tanto de carácter exteriorizado como interiorizado, e incluyen cuantas se hayan podido observar tanto de forma directa como indirecta, englobando así todas las observaciones realizadas (Del Barrio, 1997).

El cuadro sintomatológico de la DI ha ido cambiando a lo largo del tiempo, ajustándose a las perspectivas de los paradigmas reinantes en cada momento. Aproximadamente entre 1945 y 1976, la enumeración de los síntomas de la DI aún incluía elementos dinámicos, por ejemplo: regresión, masturbación, sentimientos de pérdida, etc., que posteriormente fueron perdiendo relevancia y prácticamente desaparecieron de los listados de síntomas. Entre 1977 y 1987, se incluyeron elementos cognitivo-conductuales como: baja autoestima, agitación motora, agresión, trastornos del sueño, etc. (del Barrio, 1990; Wilde, 1996); y esta tendencia a la inclusión creciente de sintomatología cognitivo-conductual se mantiene hasta nuestros días.

Haciendo una revisión de la sintomatología depresiva en la infancia, podríamos llegar a listar alrededor de cuarenta síntomas distintos para la DI (Del Barrio, 1990), sin embargo, a continuación sólo se enumeran los más habituales y categorizados en función de las áreas que afectan (Del Barrio, 1997):

Emocionales: Tristeza, Pérdida de disfrute, Ausencia de interés por el entorno, Desesperanza, Irritabilidad, Llanto excesivo.

Motores: Hipoactividad, Letargo, Enlentecimiento motor, Hiperactividad

Cognitivos: Falta de concentración, Pesimismo, Sentimientos de culpa, Baja autoestima, Ideas de suicidio, Pensamientos morbosos, Descenso del rendimiento escolar.

Sociales: Aislamiento, Disminución en la interacción social.

Conductuales : Agresividad, Desobediencia, Rabietas, Indisciplina escolar, Delincuencia, Piromanía.

Psicosomáticos: Enuresis, Encopresis, Sentimientos de fatiga, Pérdida de peso, Dolores múltiples, Pesadillas, Cambios en el sueño y el apetito.

Los síntomas que más reconocidos y citados por la mayoría de los expertos en DI son: baja autoestima, cambios en el sueño, pérdida del apetito y de peso, aislamiento social, hiperactividad y disforia (Del Barrio, 1990, 1997; Solloa, 2000).

Los resultados de algunas investigaciones llevadas a cabo con el fin de encontrar los síntomas más representativos de la depresión en la infancia, muestran que la anhedonia, los trastornos de peso y apetito junto a los pensamientos suicidas, son la sintomatología más característica de la depresión infantil. Estos síntomas, son muy parecidos a los de la depresión adulta. Sin embargo, en la depresión infantil se dan también ciertos síntomas propios, como es el caso de los problemas de conducta, enuresis, rabietas, desobediencia, etc. (Glaser, 1967; Cytryn y McNew, 1974; Gotlib y cols., 1995).

1.2.3.1 Evolución de los Síntomas

Los síntomas de la DI tienen un carácter evolutivo. En edades tempranas los niños muestran más síntomas de carácter exteriorizados (Weiss et al., 1992), siendo más frecuentes los verbales relacionados con la depresión: expresión facial, movimientos corporales, movimientos de cabeza, movimientos expresivos de las manos; sobre los tres años son más comunes la enuresis y las quejas psicósomáticas. A partir de los 6 años la depresión se va pareciendo cada vez más a la de los adultos, pero se añade como característica especial, la asociación de la depresión con los problemas de conducta en la mayor parte de los casos (Shaffi y Shaffi, 1995). Un metaanálisis² llevado a cabo por Carlson y Kashani (1988), sobre el cambio sufrido por la sintomatología depresiva, desde la niñez hasta la edad adulta, mostró que algunos síntomas se incrementan con la edad como la anhedonia, la desesperanza, el enlentecimiento motor y las ilusiones perceptivas; por el contrario, otros descienden: baja autoestima, quejas somáticas y alucinaciones; algunos síntomas tienden a presentar una evolución curvilínea, como es el caso de los intentos de suicidio. Sin embargo, este estudio ha recibido críticas debido a que se había realizado basándose sólo en tres investigaciones que además utilizaban distintos instrumentos.

Cuando la evolución de la sintomatología se contempla desde el punto de vista histórico, también se advierten cambios evolutivos ligados a las teorías predominantes en cada época, las cuales influyen sobre la atención que los investigadores prestan a los diferentes síntomas.

² Un metaanálisis es un estudio basado en la integración estructurada y sistemática de la información obtenida en diferentes estudios clínicos, sobre un problema de salud determinado (<http://es.wikipedia.org/wiki/Metaan%C3%A1lisis>).

En los primeros tiempos de investigación sobre la DI, se listaban más síntomas de carácter psicosomático, mientras que actualmente se pone mayor énfasis en los de carácter cognitivo (Del Barrio, 1997).

Hoy parece estar en alza la pretensión de descripción sintomatológica frente a una concepción sindrómica, puesto que se empieza a pensar que los síntomas dan un mayor juego a la investigación que la que se obtiene de una consideración del síndrome como un todo, que sería mucho más monolítica y menos rica a la hora de establecer diferencias (Costello, 1993).

En lo que respecta al curso de la depresión en niños, hay diversos estudios en los que se informa que un 70% de los niños con diagnóstico de depresión mayor, tuvieron un episodio recurrente durante el curso de los cinco años posteriores al primer episodio (Kovacs, Feinberg, Crouse-Novak, Poltok & Finkelstein, 1984; en "Comprehensive Clinical Psychology"). Gustavo M. Finvard (1999), postula que aproximadamente $\frac{1}{4}$ de los niños con depresión mayor desarrolla un trastorno bipolar en la adolescencia y $\frac{1}{3}$ desarrolla un trastorno de conducta al final de la adolescencia, hecho que también lo podemos encontrar documentado en escritos de la SSA (2004).

En cuanto a estos datos, podemos observar que no todos los estudios concuerdan en la tasa de prevalencia, lo que podría reflejar errores metodológicos; pero en lo que sí coinciden es que el curso de la depresión en niños tiende a ser recurrente. La mayoría de los episodios remiten entre 1 y 2 años después de su inicio, aunque entre un 6 y 10% presenta un curso prolongado.

El riesgo de recurrencia de depresión es alto si el primer episodio ocurrió durante la niñez o adolescencia. Así pues, la edad de comienzo, el número de episodios previos, la severidad del episodio actual, la presencia de comorbilidad psiquiátrica, el pobre cumplimiento terapéutico, la presencia de acontecimientos adversos (por ejemplo: Conflictos familiares), la existencia de trastornos psiquiátricos en los padres, el abandono prematuro del tratamiento, un mal diagnóstico (frecuentemente la depresión infantil es diagnosticada como trastorno de atención y se enmascara con el tratamiento que se administra para ese padecimiento (SSA, 2004).) y el deficiente funcionamiento social, entre otros, son factores que pueden predecir un curso prolongado y la existencia de episodios recurrentes.

Por lo tanto, es muy importante señalar que la depresión en los niños frecuentemente persiste por largo tiempo, lo que es suficiente para afectar su desarrollo social, emocional y cognitivo, así como a la calidad del vínculo que se establece entre el niño y sus padres. Confiere además repercusión en el funcionamiento socio-familiar y académico del niño (Royo, 2005), por lo que éste padecimiento merece una atención apropiada, ya que la depresión infantil, como se menciono anteriormente, se continua con trastornos del humor en la vida adulta.

1.2.4 Criterios Diagnósticos y Conceptos Básicos

Una cosa es la interpretación de las causas o desencadenantes de la Depresión Infantil (DI) y otra muy distinta su fenomenología, es decir, cómo se presenta, cómo se reconoce y qué características propias la distinguen de otros tipos de alteraciones. Este problema se ha resuelto de dos maneras: a) tomando una actitud puramente descriptiva, lo que da como resultado una enunciación de síntomas; y b) desde una cierta actitud normativa, abstraer entre

todos los síntomas posibles, solamente aquellos que se consideran esenciales y diferenciados, es decir, aquellos que sirven para la elaboración de unos criterios diagnósticos.

Tomando como punto de partida la definición de la depresión, éste término se emplea para describir una alteración del estado de ánimo y se refiere a sentimientos de tristeza, desesperación y/o desaliento profundo que envuelve al sujeto hasta afectar todas sus esferas de relación intra e interpersonal (Alvarado,2004).

Sin embargo, el término depresión, no posee el mismo sentido para el niño que para el adulto. La DI no tiene el mismo contenido y representa una experiencia distinta según la edad del niño. Es considerada por unos como una fase normal de la evolución y por otros como un fenómeno patológico (Del Barrio, 1997)

Por tanto, la DI es un trastorno afectivo, donde el niño que se encuentra en esta situación se siente triste, desganado, descontento de sí mismo y de su entorno, y en ocasiones también furioso por todo ello; esta alteración del estado de ánimo, va acompañado de cambios en el comportamiento a nivel escolar, en el hogar y la comunidad, y tiene manifestaciones variables (Hernández G., 2005).

Ya que la palabra depresión es ampliamente utilizada en el lenguaje coloquial, resulta conveniente explicar diferentes concepciones que puede tener en el ámbito de la psicología clínica, en donde la depresión puede ser discutida como síntoma, síndrome o trastorno para evitar la confusión en el uso de estos términos (Cantwell, 1990; Finvard G., 1999).

1.2.4.1 La Depresión como Síntoma

El término depresión descrito como síntoma tiene un significado muy amplio, ya que puede referir desde un estado de ánimo triste o de infelicidad, hasta sentirse desdichado o melancólico, o bien, indicar un estado de ánimo disfórico (Cantwell, 1990). Los síntomas depresivos son relativamente comunes a lo largo de la vida de muchas personas y son particularmente transitorios.

Por sí solo, este síntoma es más normativo que patológico, los sentimientos de angustia y desesperación, son muy frecuentes en los jóvenes, sobre todo en la adolescencia. Es evidente que la depresión como síntoma representa un aspecto central de las dificultades de funcionamiento que caracterizan los problemas del estado de ánimo (Dumas, 2002).

Los síntomas depresivos pueden formar parte de un síndrome depresivo, de un trastorno depresivo, o bien, de cualquier tipo de trastorno que no necesariamente sea de tipo afectivo (Solloa García, 2000).

Como se observó anteriormente, a través de la literatura acerca de la depresión infantil, las diferentes corrientes de pensamiento han propuesto causas y síntomas distintos, para poder diagnosticar la depresión en niños.

1.2.4.2 La Depresión como Síndrome

El término síndrome, es utilizado para describir la presencia de una constelación de signos y síntomas, comportamentales y emocionales que ocurren juntos y no se asocian simplemente por azar.

Cantwell (1990), notó que un síndrome depresivo comúnmente comprende no sólo cambios de humor, si no que también conlleva cambios adicionales en el funcionamiento psicomotor, la ejecución cognitiva y motivación. Estos cambios adicionales usualmente ocurren en un sentido negativo, reduciendo la capacidad funcional de la persona que lo experimenta.

La depresión como síndrome, es menos común que la depresión como síntoma, pero evidentemente es mas serio que un cambio de humor pasajero. Puede ser provocada por eventos estresantes, o bien, por algunas afecciones médicas, psicológicas o psiquiátricas.

El síndrome depresivo no es necesariamente indicativo de un trastorno depresivo, es decir, puede presentarse como el problema primario, sin la preexistencia o comorbilidad de otros síndromes, o bien, presentarse junto con otros trastornos; lo cual en la practica clínica es muy frecuente; en el caso de los niños suele presentarse junto con trastornos del comportamiento, trastornos por déficit de atención y trastorno de ansiedad (del Barrio, 1997, 2000; Dumas , 2002; Solloa, 2000; Kenneth, 2003).

1.2.4.3 La Depresión como Trastorno

La distinción entre síndrome depresivo y trastorno depresivo, no es tan clara como entre síntoma depresivo y síndrome depresivo. El término trastorno depresivo posee connotaciones más específicas que el síndrome.

El término depresión para designar un trastorno, no solo significa que existe un síndrome depresivo hasta cierto punto incapacitante en importantes áreas de la vida (rendimiento escolar, relaciones interpersonales, rendimiento laboral, etc.), si no que también, existe un cuadro clínico característico donde los síntomas deben haberse presentado durante un mínimo de tiempo específico, bajo una cierta intensidad, una historia característica, una respuesta particular al tratamiento y determinados correlatos familiares, ambientales, biológicos, cognitivos o una combinación de ellos (Cantwell, 1990; Solloa, 2000; Kenneth, 2003).

Debido a que la depresión como trastorno hace referencia a un problema psicopatológico, su presencia únicamente puede ser establecida y diferenciada de otros trastornos, con la ayuda de criterios de diagnóstico específicos, tales como los del CIE o dentro del contexto del sistema de clasificación DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) (Dumas, 2002).

1.2.5 Criterios Diagnósticos

Los criterios diagnósticos, son aquellas listas de síntomas que pueden acompañar a una determinada perturbación, y que a juicio de expertos, parecen esenciales para hacer un diagnóstico claro y diferenciado (Del Barrio, 1997; 2000).

Los primeros criterios para el diagnóstico clínico de la DI, aparecieron en un trabajo de Ling y sus colaboradores en 1970 (ver tabla de criterios diagnósticos), seguidos de los de Weinberg en 1973 y de los de Birmaher en 1981. Recientemente se han creado unos criterios de DI especiales para niños por debajo de los tres años (1994). Además, los criterios elaborados por la Sociedad Psiquiátrica Americana y contenidos en su manual DSM-III (1980), que habían sido concebidos para adultos, empezaron a usarse en el diagnóstico de la depresión infantil, al haberlo recomendado algunos expertos en el tema (Cytryn, McKnew & Bunny, 1980), y aparecen ya en las ediciones más recientes: DSM-IV (1994) y DSM-IV-TR (2005).

Éste hecho consolidó la idea de que la DI tenía la misma configuración que la depresión adulta y que podía diagnosticarse con los mismos criterios: disforia (en el caso del niño puede ser irritabilidad), anhedonia, problemas de peso y sueño, alteraciones el ritmo motor, falta de concentración, ideación morbosa y sentimientos de culpa. Sin embargo, el cuadro clínico puede variar considerablemente según el nivel de desarrollo del niño. Por ejemplo, los niños generalmente presentan más síntomas de ansiedad, quejas somáticas, alucinaciones auditivas, rabietas y problemas de conducta. Conforme el nivel de desarrollo cognitivo va progresando, los niños de más edad pueden ser capaces de mostrar componentes cognitivos

de su humor disforico, baja autoestima, así como también sentimientos de culpa e infelicidad y conductas antisociales (J. Royo, 2004).

De esta manera, el DSM-III-R (1987), el DSM-IV (1994) y el DMS-IV-TR (2005), han ido puliendo y adaptando esos criterios. Los cambios en los criterios suponen algunas ventajas, por ejemplo: está la enorme difusión de la existencia de la depresión infantil y la homogeneización de sus criterios diagnósticos entre todos los profesionales; por otra parte entre los inconvenientes se puede contar la desaparición del criterio de desajuste en la interacción social, la desatención a los aspectos diferenciales de la DI y por tanto la posible confusión diagnóstica.

Según el DSM, no todos lo criterios tienen que estar presentes en un sujeto para hacer un diagnóstico de DI; se estima suficiente con que se dé uno de los dos primeros: anhedonia o disforia (en el caso de los niños la disforia puede ser reemplazad por la irritabilidad), y cuatro de los restantes. Además, deben estar ausentes aquellos síntomas característicos de otros síndromes como alucinaciones, no ser reactivos a un acontecimiento vital importante ocurrido en un periodo de dos meses antes y no presentarse secundariamente a la ingestión de fármacos o drogas. Para que el diagnóstico sea ajustado, los síntomas deben impedir el funcionamiento normal del sujeto, comparado con el tiempo anterior a la aparición de la sintomatología (Del Barrio, 1997; 2000).

Como se ve claramente, los criterios elaborados exclusivamente para niños difieren de los elaborados para adultos. Los primeros incluyen: problemas escolares, quejas somáticas, irritabilidad y agresividad. Todos éstos se han convertido en cierta manera, en los elementos discriminativos entre la depresión adulta y la infantil, hasta tal punto que los dos últimos

manuales: DSM-IV (APA, 1994) y DSM-IV.TR (APA, 2005) incluyen ya la irritabilidad como síntoma en el diagnóstico de la DI.

Como ya se ha mencionado, la asociación entre problemas de conducta y la DI se ha venido señalando repetidamente por diversos autores (Toolan, 1962; Carlson y Cantwell, 1980; Cole y Carpentieri, 1990; Kashani y cols., 1995) como una nota característica.

Por otra parte, en el manual de la Organización Mundial de la Salud, CIE-10 (WHO, 2003), se considera a la depresión infantil como un desorden afectivo, incluido dentro de los trastornos mixtos (F92), a los que se denomina "Trastornos de conducta depresivos", subrayando los aspectos diferenciales de la depresión infantil frente a la adulta.

Weinberg y cols. (1973), destacan también estos aspectos diferenciales de la DI y han precisado unas condiciones que ayudan al diagnóstico, mismos que han mantenido otros autores. Este autor afirmó que los criterios indispensables para un diagnóstico de depresión infantil eran:

1. Disforia e ideas de autoimpresión (atribución a uno mismo de cualidades o rasgos negativos).
2. Al menos dos de los síntomas siguientes: agresión, problemas de sueño, descenso en el rendimiento escolar, socialización disminuida, cambio de actitud hacia la escuela, quejas somáticas, falta de energía, cambios en el apetito o peso.
3. Estos síntomas representarían un cambio en la conducta habitual del niño.
4. Los síntomas durarán al menos un mes (Barron, 1996; Del Barrio, 1997).

El tema de la duración de un episodio depresivo en la niñez ha sido largamente discutido. Los criterios imponen la duración mínima de un mes para poder hacer un diagnóstico, aunque los episodios suelen tener una duración que oscila entre un mes y varios años. Keller y cols. (1988), estudiaron el tema y llegaron a determinar que casi la cuarta parte (21%) de los infantes diagnosticados con depresión, continuaban con ella al año y otra cuarta parte (24%) a los dos años.

Finalmente, como puede observarse en la siguiente tabla, en la actualidad el DSM-IV-TR (2005) se mantiene, con pocos cambios en la misma línea. Lo que apunta a una cierta estabilidad y convergencia de los criterios.

	<i>Ling</i> 1970 (N)	<i>Weinberg</i> 1983 (N)	DSM-III 1980	<i>Birleson</i> 1981	DSM-III-R 1987	DSM-IV 1994	DSM-IV-TR 2003
Disforia*	•	•	•	•	•	•	•
Anhedonia					•	•	•
Aumento- disminución apetito- peso*	•	•	•	•	•	•	•
Insomnio o hipersomnia*	•	•	•	•	•	•	•
Falta de energía o fatiga	•	•			•	•	•
Agitación-retraso motor			•		•	•	•

Falta de interés en actividades			•		•		
Reproche o culpabilidad*	•	•	•	•	•	•	•
Pobre concentración			•		•	•	•
Pensamientos suicidas o de muerte			•	•	•	•	•
Retraimiento social	•	•	•	•			
Llantos inmotivados				•			
Ideas persecutorias	•						
Iritabilidad				•	•	•	•
Agresividad	•	•					
Cambio en el rendimiento escolar	•	•		•			
Quejas somáticas	•	•		•			
Fobia escolar	•						
Ensoñaciones				•			
<i>Duración</i>	1 mes	1 mes	2 semanas	1 semana- 1 año	2 semanas	2 semanas	2 semanas

(N) Exclusivamente infantiles

* Criterio en todos

1.2.5.1 Criterios Diagnósticos Sociales

Además de los criterios diagnósticos ya mencionados, y que jerarquizan la importancia de los síntomas, se ha arbitrado otro sistema que tiene en cuenta los procesos de interacción social (aplicables a sujetos por debajo de los 18 años) (Del Barrio, 1997). Estos criterios pretenden determinar qué circunstancias sociales están presentes en las depresiones infantiles (Kaslow, 1996).

Se exige por lo menos la presencia de uno de estos criterios interactivos para hacer un diagnóstico de DI:

1. Problemas de familia:

- Apego inseguro
- Baja cohesión o apoyo.
- Maltrato infantil.
- Niveles inadecuados de control familiar.
- Niveles altos de conflicto familiar.
- Dificultades en la regulación de los afectos.
- Problemas en los patrones de comunicación.
- Transmisión de cogniciones depresivas.
- Adecuación precaria entre temperamento y trato.

2. Relaciones con compañeros, maestros y otros adultos significativos:

- Aislamiento social.
- Rechazo.
- Baja autoestima
- Dificultades en la resolución de problemas interpersonales.

Hasta aquí se han expuesto los criterios diagnósticos utilizados para la depresión en niños. Sin embargo, hoy en día los manuales oficiales de clasificación de los trastornos mentales (DSM y CIE) postulan los mismos criterios para todas las edades; aunque mencionan que dicho trastorno, generalmente conlleva síntomas característicos según la edad del niño que se trate.

Algunas investigaciones sugieren que aún se necesitan más estudios para adecuar los criterios diagnósticos de dicho padecimiento en niños, ya que los actuales podrían no definirlo adecuadamente, algunos autores que concuerdan con ello son: Vitiello, Malone, Buschle, Delaney y Behar, 1990 (Pedreschi, 2002)

Gustavo M. Finvard (1999), afirma que hay evidencia para inferir que la depresión en niños no es idéntica a la de los adultos, a pesar de que probablemente hay más similitudes que diferencias. Algunas de estas diferencias no son específicas del diagnóstico sintomatológico, sino de su estructura interna, como son los correlatos biológicos.

Con respecto al desarrollo de los sistemas de neurotransmisores, el sistema noradrenérgico no está totalmente desarrollado antes de la juventud y los sistemas serotoninérgico y colinérgico

se completan en la adolescencia (neurotransmisores implicados en la depresión). Esto podría dar cuenta de las diferentes respuestas en adultos y niños a ciertos antidepresivos.

Con lo expuesto se abre una nueva interrogante en lo tocante a la depresión en niños, sus criterios diagnósticos, correlatos biológicos y respuesta al tratamiento.

1.2.6 Tipos de Depresión Infantil

Al igual que en la depresión adulta hay que distinguir diferentes tipos de depresión infantil. Éstos se pueden categorizar en función de distintos criterios: curso, gravedad, desencadenantes y pureza.

En primer lugar, teniendo en cuenta el curso de la perturbación, se ha distinguido entre *depresión unipolar y bipolar*. La depresión unipolar se caracteriza por un curso regular, cuyo pronóstico no es grave si hay una buena intervención. Por su parte, la depresión bipolar presenta dos extremos contrapuestos: *depresión y manía*, que se alternan sucesivamente en el tiempo. En este tipo de depresión, denominada también depresión psicótica, tiene un importante peso la historia familiar, ya que es frecuente la aparición de varios casos en una misma familia.

Si se sigue el criterio de severidad se distingue entre *depresión mayor y trastorno distímico*. En la primera los síntomas son más numerosos e intensos que en el segundo. Si la división se hace a partir del desencadenante, las depresiones pueden ser *exógenas* o *endógenas*. En el caso de las endógenas, el desencadenante es desconocido y el episodio depresivo comienza de una manera inexplicable para el sujeto y para las personas de su entorno; las depresiones

exógenas, por el contrario, están perfectamente relacionadas con acontecimientos psicosociales negativos que el sujeto o sus familiares identifican como causa de la aparición de la depresión.

En relación con el modo y frecuencia de su aparición, se pueden dividir en *agudas* o *crónicas*. La aguda consiste en un episodio aislado asociado a estresores psicosociales graves, y la crónica se caracteriza por episodios recurrentes en un entorno positivo que no presenta una acumulación de factores de riesgo.

Si se adopta un criterio evolutivo se distingue entre *depresión sensoriomotriz* (1-3 años), *preescolar* (4-5 años), *escolar* (6-12 años) y adolescente (12-18 años). Cada uno de estos períodos tiene una frecuencia de síntomas y desencadenantes diferentes. En el primer período, los síntomas son fundamentalmente de carácter motor y el tipo de vinculación materna es la principal fuente de vulnerabilidad. En la adolescencia, la sintomatología se acerca a la del adulto, y los problemas de rendimiento, enamoramiento, identificación y autonomía son los desencadenantes más importantes (Del Barrio, 1997).

En función de la claridad para diagnosticarla, la depresión infantil se puede dividir en pura o enmascarada; esta última, algunos autores prefieren llamarla mixta y la consideran como la más característica de la niñez. En la pura, los síntomas son semejantes a los de la depresión adulta, y en la enmascarada se esconde la depresión entremezclada con problemas de todo orden, como ya se ha mencionado. Frecuentemente el término “depresión mixta” se usa también para denominar la depresión acompañada de ansiedad. Este fenómeno ocurre tanto en adultos como en niños, hasta tal punto que muchos autores sostienen que el solapamiento

entre ambas perturbaciones es tan habitual que lo extraordinario es encontrar casos puros (Del Barrio et al., en prensa).

Se ha discutido largamente sobre si la depresión infantil era transitoria o duradera. Los estudios longitudinales muestran que las depresiones infantiles tienen una alta probabilidad de duración, puesto que la correlación entre sintomatología depresiva a lo largo del tiempo suele ser alta y la recurrencia también (Nolen-Hoeksema et al., 1992). La única excepción son los trastornos de adaptación con humor deprimido, los que por otra parte, no son considerados diagnósticamente como depresiones. Sin embargo, en los niños es más común encontrar unos tipos de depresión que otros. Los más frecuentes son los trastornos unipolares, distímicos, exógenos y mixtos, aunque en menor medida se dan también los demás (Del Barrio, 1997).

1.2.7 Prevalencia y Comorbilidad

1.2.7.1 Prevalencia Actual de la Depresión Infantil

Se ha visto que la DI puede presentarse en distintas formas, pero la cuestión esencial es ¿a cuántos niños afecta?.

Como ya ha sido mencionado, la depresión ha existido siempre pero su frecuencia está creciendo en las sociedades desarrolladas. Estudios llevados a cabo en varios países han demostrado que a partir de la Segunda Guerra Mundial, la incidencia de la depresión adulta a aumentado y esto mismo ocurre también en el mundo infantil. A medida que las sociedades

consiguen mejorar las condiciones materiales de vida, parece que crece paralelamente la insatisfacción personal y la depresión (Del Barrio, 1997).

La cuantificación de la DI no ha sido fácil. Al comienzo de la investigación sobre el tema se tenían pocos instrumentos que permitiesen valorar el trastorno con una cierta objetividad, se partía de concepciones de la depresión muy dispares y la población estudiada era muy heterogénea. Todo ello posibilitó la aparición de unas primeras cifras caóticas. Algunos trabajos afirmaban la existencia de sintomatología depresiva en un 60% de la población, mientras que otros solo aceptaban 0.14% (Del Barrio, 1997). Esta disparidad de datos sólo podía ser explicada por una ausencia total de puntos de partida comunes. Desde los años ochenta hasta el momento actual, se ha ido produciendo un acercamiento paulatino de todos los grupos de investigación.

Hoy se puede afirmar con una cierta precisión, que la depresión mayor se da entre un 2% y 4% de los niños y el trastorno distímico entre un 8% y un 6% en los países desarrollados (Del Barrio, 1997)..

En España por ejemplo, en un estudio epidemiológico (Doménech y Polaino, 1990), llevado a cabo por grupos de investigación que actuaron en zonas muy diversas del país sobre niños de 8 a 11 años, se encontró que los niños de esta edad presentan síntomas depresivos en un 8.2%, lo que representa un nivel muy similar a las que aparecen en estudios epidemiológicos americanos (Harrington, 1995).

Naturalmente estas cifras dadas, son las medidas correspondientes a este nivel de edad. En edades inferiores, por debajo de los seis años, la prevalencia tiende a ser menos, se estima

que un 1% de estos niños pueden presentar depresión (Gotlib & Hammen, 1996). Si se consideran todos los niveles de edad en conjunto se tiene entre un 8% y un 10% como término medio de prevalencia (Del Barrio, 1996,1997).

Otros estudios epidemiológicos sugieren que entre el 3 y el 5% de los niños manifiestan niveles clínicos de depresión (Fleming y Offord, 1990; Lewinsohn , Hops, Roberts, Seeley y andrews, 1993; Poznaski y Mokros, 1994 en "Comprehensive Clinical Psychology").

Kaslow, Deering y Ash (1996), postulan que alrededor del 2 al 5% de los niños en población general cumplen los criterios para el diagnóstico depresivo, mientras que Anderson-Mc Gee (1994), Fleming (1990) y Kashani (1987), postulan que la prevalencia en niños es del 0.4 al 2.5 % (en Gustavo M. Finvard, 1999)

La frecuencia de los casos varía también en función del sexo. Las niñas, sobre todo a partir de los 12 años, tienen a presentar sintomatología depresiva más frecuente que los varones (Del Barrio, 1997), la proporción se suele establecer en tres niñas por cada niño, este mismo fenómeno también aparece en el caso de los adultos deprimidos; por el contrario, antes de la pubertad no suelen encontrarse estas diferencias.

Respecto a diferentes culturas, parece que la tasa es más mayor en sociedades desarrolladas (Del Barrio, 1997), y en líneas generales en occidente tienen unas tasas inferiores a las de oriente, sobre todo en lo que se refiere a países orientales con lo altos niveles económicos como ocurre en el caso de Japón (Lester & Abdel-Khalek, 1998).

De acuerdo a estudios realizados por la OMS, se estima que 400 millones de personas sufren actualmente trastornos psiquiátricos; en América Latina y el Caribe se calcula que 17 millones

de niñas y niños de 4 a 16 años sufren de algún trastorno psiquiátrico que amerita atención, lo que representa el 12 y 29% de la población. En el panorama epidemiológico, el Banco Mundial calcula que la depresión, por si sola representa el 36.5% del total de los casos, mientras que para la OMS (1996) es solo el 20% (SERSAME., 2004).

En México se estima que existe una población infantil de más de 33 millones de niñas y niños, de los cuales más de 10 millones son menores de 5 años y casi 23 millones se encuentran entre los 5 y los 14 años, de esta población se estima que un 15 % tiene algún problema de salud mental, es decir, aproximadamente 5 millones de niños presentan trastornos mentales y de éstos, 2.5 millones requieren de una atención especializada.

De acuerdo al Prontuario Estadístico de la Dirección de Educación Especial de la SEP, para el período 2000 – 2001, en los Centros de Atención Múltiple (CAM) en el Distrito Federal, fueron atendidos un total de 8,137 alumnos, de los cuales, las dos terceras partes de los niños atendidos corresponden a trastornos mentales.

La falta de habilidades de algunos jóvenes para la vida social, tienen antecedentes de problemas escolares y familiares tempranos que no fueron atendidos oportunamente, así como en la variabilidad evolutiva de algún trastorno en el desarrollo, predisponiendo al niño a manifestar deficiencias posteriores. Se observa que a mayor gravedad de trastornos en edades tempranas no tratadas a tiempo, existe mayor repercusión y riesgo en el individuo de padecer alguna alteración psiquiátrica al llegar a la vida adulta, generándole un conflicto no solo personal, si no en sus relaciones interpersonales de pareja, familiar, social y laboral (SSA, 2004).

La Encuesta Nacional de Salud de 1998 - la única que existe en su especialidad-, detectó que los problemas psiquiátricos que con más frecuencia se registraron, fueron caracterizados por angustia y depresión.

Los datos epidemiológicos reportados en México, son similares a los presentados en el ámbito mundial en cuanto a la prevalencia de los trastornos en el desarrollo infantil.

Complementariamente se tienen datos nacionales de los hospitales psiquiátricos de la Secretaría de Salud, que reportan la consulta externa por grupos de edad y los diez principales motivos de demanda en estas unidades operativas durante 1998; aquí se ubica a los trastornos del estado de ánimo y emociones en séptimo lugar, reportándose 2,249 casos lo que representa el 3.73% (COORSAME, DF., 1998).

Por otra parte, los datos reportados por el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan Navarro" (1991-2002), indican que la prevalencia de los trastornos mentales se ha modificado a lo largo de la última década. En lo que se refiere al trastorno depresivo, éste ha aumentado hasta colocarse en el segundo lugar.

Es notorio que los datos presentados por los diferentes autores, no son los mismos, esto podría deberse -como se mencionó anteriormente- a problemas metodológicos, los métodos de evaluación utilizados y las poblaciones evaluadas entre otros. Desgraciadamente las cifras de casos de trastornos depresivos reportados aumentan día con día, y esta situación es igual a la que se presenta con respecto a la infancia.

En nuestro país no ha sido un hecho muy investigado, y por ello la información que se encuentra sobre este padecimiento y las cifras de casos son escasas. Sin embargo, el crecimiento y desarrollo continuo de nuestro país, y el estrés al que nos enfrentamos cotidianamente en diferentes ámbitos de nuestra vida, también afecta a los niños interfiriendo con el desarrollo de habilidades sociales, interpersonales, académicas, el desajuste o adaptación del niño a su medio y promueve el deterioro en varios aspectos de su vida. Está previsto que para los siguientes años la cifra de casos de depresión aumente.

De tal manera, todo ello hace pensar que la depresión tiene un curso evolutivo que repercute en la posibilidad de su incremento a medida que se adelanta en la edad, es por ello que este es un buen momento para tomar conciencia de este problema, al que los adultos que tratan con niños y sobre todo especialistas de la salud nos podemos enfrentar sin siquiera percatarnos de ello.

1.2.7.2 Comorbilidad

El concepto de comorbilidad ha surgido de la necesidad para describir la existencia de un desorden o enfermedad, que se presenta durante en el curso de una enfermedad o desorden primario que es el foco de, pues pareciera ser que el sufrir una alteración facilita la aparición de otras afines.

Esta posibilidad de que aparezcan en un mismo sujeto síntomas pertenecientes a distintas categorías diagnósticas, ha sido especialmente subrayada en el caso de los niños (Rohde y cols., 1991; Lewinsohn et al., 1993; Achenbach,1995), y en la actualidad está adquiriendo mayor importancia debido a su alta frecuencia (Pedreschi, 2002).

Se calcula que la coexistencia de dos o más perturbaciones, se da en más de la mitad (55%) de los niños, y en concreto, por lo que se refiere a la depresión y la ansiedad, el porcentaje se estima en un 15% (Anderson y cols., 1987). Kendall y Brady (1993), realizaron una revisión exhaustiva de las investigaciones que han encontrado esta relación entre ansiedad y depresión en la población infantil. Cole et al. (1997) encontraron también una importante relación entre síntomas de ansiedad y depresión en niños entre 8 y 12 años, y más intensa en los niños más pequeños, tanto si los informantes eran los propios niños o sus padres y maestros.

En otros estudios es la agresión la que aparece ligada a la depresión infantil (Weiss y Carton, 1994; Del Barrio et al., 1996), pero de todas las perturbaciones quizá es la ansiedad la que se encuentra más frecuentemente asociada a la DI (Kendall et al., 1992; Rohde et al., 1992; Messer y Gross, 1994; Del Barrio et al., 1994). Kashani y cols. (1987) llegan a mantener que el 75% de niños presenta conjuntamente depresión y ansiedad. Esta comorbilidad no sólo es frecuente, si no que se produce desde edades muy tempranas (Kovacs y cols., 1990).

Gustavo: Finvard (1999), afirmó que es frecuente la asociación entre depresión y ansiedad. En estos casos, el autor postula que el pronóstico empeora, ya que hay mayor posibilidad de recaídas, suicidio, trastornos sociales y menor respuesta a la psicoterapia. La comorbilidad con el trastorno límite de personalidad es más frecuente que en adultos. Según el DSM-IV TR (2005), los episodios depresivos en niños se presentan generalmente en forma simultánea con trastornos del comportamiento, trastorno por déficit de atención y trastornos de ansiedad.

Existen muchas explicaciones para este fenómeno, pero ninguna de ellas está suficientemente probada. Cabe citar aquí hasta cuatro interpretaciones posibles. Un grupo de autores prefiere sostener la tesis de una simple coexistencia de estas alteraciones sin una alteración causal. Otros sostienen que esa comorbilidad, se produce por que hay unos factores de riesgo compartidos (Rutter y Quinton, 1984); una tercera posición mantiene que una perturbación puede ser el desencadenante de la otra, por ejemplo, los problemas de conducta son los que darían lugar a la aparición de depresión (Robins, 1991); y la cuarta explicación, aunque explorada, basa el problema en la metodología de evaluación; ello se debería a una manipulación de los ítems que evalúan los distintos trastornos, o tal vez a la insuficiencia de datos recogidos. Es decir, que estaríamos frente a un problema de carácter de procedimiento (Achenbach, 1995).

De lo que no cabe duda y desde el principio quedó perfectamente claro, es que la DI aparece muy frecuentemente asociada a otros problemas (Kovacs et al., 1984).

A pesar de todo, no faltan autores que consideran los desórdenes emocionales, entre ellos la DI en la infancia, como un subgrupo de los trastornos de conducta, no siendo necesaria a su juicio una categorización de forma separada (Steinhausen y Reitzle, 1996); afortunadamente tal posición pierde cada día más credibilidad.

CAPITULO 2.
FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESIÓN INFANTIL: UNA ERSPECTIVA
BIOPSIICOSOCIAL.
LA FAMILIA

2.1 ¿QUÉ SON LOS FACTORES DE RIESGO?

Las investigaciones sobre los acontecimientos vitales y el comportamiento de éstos como potentes factores estresantes (sobre todo en etapas tempranas de la vida, en que el niño es mucho más vulnerable a su acción), han hecho que hoy se les atribuya, en algunos casos, una importante función depresógena sobre el comportamiento infantil (Polaino A., 1998; Del Barrio, 1997, 2000). La aparición de un acontecimiento o evento estresante puede descompensar la conducta infantil favoreciendo el surgimiento de pensamientos y sentimientos depresivos en el niño.

En la psicopatología infantil se han aislado múltiples eventos estresantes, los cuales pueden ser considerados como factores de riesgo que actúan en una compleja asociación. Un factor de riesgo, es aquel elemento ó elementos que muestran tener una relación importante con un determinado problema ó trastorno, aunque tal relación no implique necesariamente causalidad (Del Barrio, 1997, 2000).

A pesar de que cada escuela teórica parece estar segura del origen de la DI, en realidad aquí como en muchos otros problemas de las ciencias humanas, no es fácil encontrar una relación firme entre causa y efecto. Se sabe poco relativamente acerca de las causas de los problemas

conductuales y emocionales (Achenbach, 1995) y más bien se tiende a hablar de factores de riesgo.

2.2 EL MODELO BIOPSICOSOCIAL

En 1977 George Engel, propuso un paradigma capaz de incluir científicamente el dominio humano en la experiencia de la enfermedad: el Modelo Biopsicosocial, derivado de la teoría general de los sistemas, que a su vez, parte de la Biología.

Apoyándonos en esta concepción, podemos afirmar que la salud y la enfermedad son un continuo interrogante, ya que las barreras entre salud y enfermedad no son tan claras. Por tanto, desde éste punto de vista, la salud no es un producto ni un estado, sino un proceso multidimensional en el cual permanentemente interactúan sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales, familiares y ambientales (Ceitlin, 1998).

En otras palabras, éste modelo plantea una visión en la cual el ser humano se integra de varias partes que influyen y guardan una estrecha relación con su funcionamiento cotidiano, a través de dimensiones establecidas: dentro de la dimensión (sistema) biológica, se hace referencia al sustrato anatómico, estructural y molecular de la enfermedad; la dimensión psicológica se refiere a los factores psicodinámicos, afectivos y de personalidad en general; y la dimensión social tiene en cuenta los factores ambientales, culturales y familiares. Cada dimensión o sistema influye en los otros y a su vez es influido por éstos (Cruz Cedeño, 2005).

2.3 LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESIÓN INFANTIL DESDE UNA PERSPECTIVA BIOPSIICOSOCIAL.

Antes y después del nacimiento, todo niño está sometido a un sin fin de estímulos, situaciones traumáticas y experiencias positivas y negativas que forman parte de nuestro complejo entorno social. Muchos factores pueden desencadenar una depresión en el niño que se encuentra en desarrollo. Es difícil saber cómo actúan, cómo interactúan entre sí, qué mediadores se interponen y cómo impactan al niño estos factores de riesgo.

Sin embargo, para comprender los factores de riesgo que dan origen e influyen en el desarrollo de la depresión infantil desde una sola perspectiva biológica, psicológica o ya sea social, las explicaciones en el rango de etiologías asociadas con dicho trastorno son insuficientes (Del Barrio, 1997, 2000; Solloa G., 2001).

Reynolds en "Comprehensive Clinical Psychology" (1998), expone para comprender la depresión infantil un modelo que se basa en la perspectiva bio-psico-social. Este modelo nos permite pensar la depresión infantil y sus factores de riesgo, en función de la interrelación de los factores biológicos, psicológicos y sociales, así como su influencia recíproca.

Dicho autor, dentro del dominio biológico, ubica la predisposición genética, la activación del sistema nervioso, la vulnerabilidad biológica y la actividad de los neurotransmisores. En el dominio psicológico postula el estilo atribucional, la autoestima, habilidades interpersonales y el temperamento del niño. Y en el dominio social, ubica los eventos de vida y apego familiar, las relaciones con otros niños y estilos parentales, entre otros.

De esta manera Reynolds postula, que los tres dominios expuestos (biológico, psicológico, social) interactúan en el desarrollo y mantenimiento de la depresión. Así la etiología, el curso, la severidad y otras características de la depresión, se darán en función de la naturaleza de las interacciones de los dominios mencionados, y de las características y vulnerabilidades específicas de cada sujeto.

El concepto de vulnerabilidad que aquí entra en juego, es utilizado para denominar la situación en la cual un sujeto, reúne un conjunto de condiciones suficientes (factores de riesgo) que hacen probable que llegue a desarrollar una determinada perturbación (Stone,1982). En el caso de los niños, se ha observado que la vulnerabilidad está especialmente ligada a su capacidad de control emocional y a los procesos precoces de apego (Zeanah et al., 1997).

En la literatura acerca de la DI podemos encontrar diferentes categorizaciones de factores de riesgo que harían a los niños vulnerables a desarrollar una DI, sin embargo dichas tipificaciones siempre giran en torno de los dominios biológico, psicológico y social, gracias la actitud integradora de la psicología actual para dar una explicación etiológica de la depresión.

Laura Hernandez Guzmán y Juan José Sanchez S. (1997), exponen como factores de riesgo para la disfunción psicológica en el niño, factores que actúan antes y después del nacimiento.

Postulan que antes del nacimiento el niño puede estar expuesto a agresiones del ambiente que pueden marcar la evolución de posibles disfunciones, por ejemplo:

- Enfermedades de la madre,
- sus adicciones,

- y conductas peligrosas, entre otras.

Estos factores pueden precipitar anomalías y deformidades en el niño, así como un parto prematuro, al mismo tiempo que pueden ser precursores de intercambios defectuosos entre madre e hijo, mismos que debilitarán las oportunidades del niño para adquirir las competencias y habilidades propias de un desarrollo sano.

Luego del nacimiento, postulan como factores de riesgo dentro del sistema familiar los siguientes:

- Los trastornos psicológicos y adicciones los padres,
- la relación de pareja de los padres (en caso de ser disfuncional),
- desinterés por parte del padre, de la madre o ambos,
- la carencia de apego seguro entre padres e hijos,
- y los estilos de crianza (autoritarios o permisivos) utilizados en la educación del niño.

Dichos autores mencionan que la aparición de la depresión, dependerá de la manera en que el niño experimente la presencia de estos factores de riesgo, mediante su autoconcepto, estilo de afrontamiento y temperamento; y finalmente retoman los comentarios de Kazdin & Kagan (1994), haciendo referencia a que los trastornos no son el producto de un solo hecho o evento definido y que tampoco se puede establecer una relación de causalidad única, sino que se desarrollan en la medida que la persona se expone e intenta afrontar nuevos eventos durante su vida.

Otro punto de vista es el de Victoria del Barrio (1997); quien sostiene que hay dos grandes grupos de factores de riesgo, por un lado se encuentran los que se refieren a características del sujeto (rasgos) y por otro los que pertenecen a las circunstancias ambientales. Postula que entre los primeros se encontrarían los elementos biológicos y personales; y en los segundos se situarían los circunstanciales, es decir, aquellos estímulos o elementos del entorno, que funcionan como detonador desencadenante de un proceso depresivo. Del Barrio hace hincapié en que existen desacuerdos teóricos al momento de adjudicar prioridad a unos factores de riesgo sobre otros, es decir, que mientras algunos teóricos subrayan el peso de los factores personales, otros sostienen que las depresiones tienen su origen en el contexto circunstancial al que el sujeto tiene que hacer frente. La autora hace una selección y clasificación de los factores de riesgo, basándose en la literatura e investigaciones existentes acerca de la DI; y los clasifica de la siguiente manera:

- Factores que atañen al sujeto. Estos son una serie de factores biológicos relacionados con la aparición de la depresión y que son de naturaleza orgánica, cuya presencia puede deberse a la herencia o bien a como resultado de alguna disfunción; menciona a la Genética y el sistema neuroendocrino.
- Factores de la personalidad. Son los factores psicológicos que distintos investigadores han relacionado a la aparición de la DI, por ejemplo: El temperamento, Estructura de la personalidad, Baja autoestima Sociabilidad y Estilo cognitivo.

- Factores biográficos. Son aquellos factores que participan de un doble carácter, tanto biológico como social, y que a pesar de ser cuestiones físicas son moduladas socialmente, por ejemplo: el Género, la Edad y la Raza; además también integra en este punto a la Clase social, el Medio rural y el urbano; aunque estos últimos factores son estrictamente de carácter social, también pueden influir en la biografía de una persona.
- Factores ambientales. Los factores ambientales asociados a la depresión han sido ampliamente estudiados en adultos y muy poco en los niños, sin embargo algunas investigaciones realizadas con infantes apuntan a una cierta similitud con los factores ambientales detectados en los adultos. Del Barrio obtuvo la categorización de estos factores, a partir de una investigación que realizó junto con Moreno y López en 1997. Los factores detectados fueron agrupados en tres categorías:
 - *Familia*: Problemas paternos, Relaciones paternas, Estructura familiar Divorcio, Alteraciones psíquicas de los padres, Depresión paterna, Violencia conyugal.
 - *Malas relaciones padres – hijo*: El apego, Interacción padres – hijo.
 - *Maltrato infantil*: Físico, Psicológico, Abuso sexual, Negligencia o grave descuido.
- Acontecimientos vitales. Estos son la acumulación de situaciones vitales importantes o de pequeñas contrariedades, y la habilidad para hacerles frente que pueden llevar a los

niños a padecer depresión, por ejemplo: Acumulación de acontecimientos negativos, Acontecimientos agudos, Afrontamiento.

Para concluir con la exposición de factores de riesgo, la autora menciona que es evidente que algunos factores son más relevantes que otros y que la importancia de cada uno debe ser contemplada en relación con la etapa evolutiva que el niño atraviesa y las circunstancias concretas que lo rodean, como por ejemplo: la situación familiar, su estado de salud, el ambiente en que se desarrolla etc.

Por su parte, Doménech y Polaino (1998) en su libro "Las Depresiones Infantiles", comentan que los factores de riesgo asociados a la depresión infantil, que se conocen proceden de dos fuentes de información: la experiencia clínica con niños y las investigaciones que se han realizado sobre el tema, categorizando de esta misma manera a los factores de riesgo.

Según los autores, los factores de riesgo obtenidos que han sido de la experiencia clínica con niños deprimidos son los siguientes:

- Imposibilidad por parte del niño a alcanzar las exigencias de rendimiento escolar requeridas por sus padres, la escuela o ambos factores.
- Falta de confianza en las propias aptitudes, la cual se presenta en casos de retraso del desarrollo psicomotor o lenguaje escrito.
- Que el niño se sienta distinto de sus compañeros, ya sea por pertenecer a un ambiente social muy diferente, o bien, por que físicamente lo es.

- Falta de tiempo para la relación con los padres, en especial con la madre.
- La familia es un factor de riesgo: una madre insatisfecha, poco feliz, con dificultades para organizar su propia vida, sentimientos depresivos y enferma.
- Un maestro insatisfecho, no motivante y con una relación poco positiva con el niño.

En cuanto a los factores de riesgo que aparecen en varias publicaciones se tiene:

- Pérdida de una persona u objeto.
- Depresión de los padres.
- Divorcio.
- El vivir con un solo progenitor.
- El nacimiento de un hermano.
- La escuela.
- Inmadurez neurológica y emocional.
- Alteraciones del lenguaje.
- Dificultades para el aprendizaje.

Como podemos darnos cuenta a través de los puntos de vista citados anteriormente, acerca de cuáles son los factores de riesgo que intervienen en la aparición de la depresión infantil; cada autor los tipifica de manera diferente, sin embargo, en esas tipificaciones podemos encontrar factores de orden biológico, psicológico y social.

Es importante señalar que los factores que han sido mencionados no representan el mismo grado de riesgo para todos los sujetos, es decir, lo que puede ser un impacto importante para un niño puede serlo mucho menor, o nulo para otro, incluso en circunstancias aparentemente

semejantes. Es por ello que uno de los temas más delicados en el estudio de los factores de riesgo es determinar si funcionan como tales, y para qué sujetos funcionan.

En otro orden, debido a que las disfunciones son multicausales y se desarrollan con el tiempo, es indispensable comprender los factores de riesgo para la depresión en niños desde una perspectiva bio-psico-social, ya que como se mencionó anteriormente, los factores biológicos, psicológicos y sociales, se interrelacionan e interactúan afectándose los unos a los otros, en el desarrollo y mantenimiento de la psicopatología.

Finalmente, en el presente trabajo sin descuidar esta interrelación (biopsicosocial), se revisaron sólo los factores de riesgo que se refieren al sistema familiar.

2.4 LA FAMILIA

La familia es el contexto principal y determinante del desarrollo físico, emocional e intelectual de cada uno de sus miembros y es el contexto social primario para tratar la enfermedad y promover la salud. Las familias transmiten directamente algunas enfermedades a través de la transferencia biológica es decir, por medio del ADN, por ejemplo: depresión, alcoholismo, cáncer de mama, cáncer de colon, aparición de la diabetes mellitus en la adultez, sólo por mencionar algunas. Pero estas enfermedades a menudo no están cien por cien determinadas genéticamente. Ciertos patrones de conducta de larga duración pueden reducir o aumentar los riesgos genéticos, y tanto los riesgos genéticos como los patrones de conducta relacionados con la salud tienen su origen en la unidad familiar (Ceitlin Julio, 1998).

Como un organismo vivo, la familia pasa por fases evolutivas de curso predecible, regulado por factores internos: biológicos y psicológicos, y por factores externos: expectativas culturales y posibilidades sociales. El ciclo vital familiar, es un concepto ordenador, que permite entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros.

Los conceptos del ciclo vital familiar, son una manera práctica y efectiva de ayudar a los especialistas a implementar un enfoque biopsicosocial. Los momentos de transición en la vida familiar producen tensiones que exigen cambios en la organización familiar para adaptarse a las necesidades cambiantes de sus miembros.

Una manera de considerar el ciclo vital familiar particularmente útil para el especialista, es la evolución en forma de una espiral entre dos polos: centrípeto centrífugo. Estos términos describen estilos relacionales, organizaciones de la familia, que deben ajustarse a las necesidades de sus miembros y que se modifican a lo largo de su vida.

2.4.1 Definición del Concepto: Familia

La familia constituye un importante instrumento educativo, el cual es fundamental para las personas, puesto que nos desarrollamos en el seno de una familia y lo vivido en el ambiente familiar, ejercerá una gran influencia para la formación de la identidad personal de cada uno de sus componentes durante su desarrollo intelectual, psicológico y físico.

Todos tenemos una idea de lo que significa la palabra familia, por que nacimos y crecimos en el seno de una, por que tal vez hayamos formado nuestra propia familia o por que

vivimos rodeados de familias. Lo cierto es que la constitución de la familia se remonta hasta los primeros momentos del hombre, y ha existido a lo largo de la historia de la humanidad. Ha integrado y formado a la sociedad respondiendo a las necesidades de las personas, por lo cual ha sido y es considerada la institución básica de la sociedad (copo.df.gob.mx, 2004).

Etimológicamente, la palabra familia vendría, según algunas opiniones, de “*Famel*”, voz del lenguaje de los Oscos, tribu de Lacio³ y que significaba siervo. En el latín clásico, dicha voz pasa a ser “*famulus*”, significado del siervo que no sólo recibe un sueldo, sino que vive bajo la dependencia de su señor en cuanto a la habitación, vestido y alimento. No parece tener fundamento la etimología que pretende derivar la palabra familia de “*fames*” o hambre y significaría el número de personas a quienes un jefe debe alimentar (Baños R., 2004).

Sin embargo, dar una definición al concepto de “familia”, no es fácil, ya que la familia no es un elemento estático y ha ido evolucionado en el tiempo en concordancia a las transformaciones de su entorno, es decir, es un grupo en permanente evolución relacionada con los factores políticos, sociales, económicos y culturales; por lo que durante la historia ha cambiado su estructura e incluso sus funciones (www.bajacalifornia.gob, 2004). También la definición del concepto de familia, depende del enfoque teórico desde el cual se estudie. Sin embargo, la definición que podemos encontrar en cualquier diccionario dice que “la familia es un conjunto de personas emparentadas entre si, que viven juntas, o bien, una familia es un conjunto de personas de la misma sangre, del mismo linaje, de la misma casa” (Diccionario Larousse, 2004).

³ El Lacio era la región en la que habitaron los antiguos latinos. Lacio es una región del centro de Italia, su nombre en italiano es Lazio.

Según el Conapo (consejo nacional de población), la familia es la fuente de y solidaridad, así como la fuerza de cohesión; en ésta, se dan una amplia variedad de procesos necesarios para el desarrollo y convivencia, incluidos la socialización primaria de las personas, la generación, transmisión de pautas y prácticas, así como la construcción de relaciones de poder y autoridad entre géneros y generaciones. En ese sentido algunas definiciones de familia son:

- La familia es una organización social que vigila y promueve el desarrollo y bienestar de sus miembros, los cuales están vinculados por unión sanguínea y/o social.
- La familia es un grupo social básico creado por vínculos de parentesco o matrimonio presente en todas las sociedades. Idealmente la familia proporciona a sus miembros protección compañía, seguridad y socialización (Conapo, 1999).

No obstante, a pesar de la dificultad para definir a la familia, algunos estudiosos del tema han dado algunas definiciones, este es el caso de von Bertalanffy (1971), quien postula que la familia es en esencia un sistema de tipo “abierto”, que se encuentra ligado e intercomunicado con otros sistemas como el biológico, psicológico, social y ecológico. Inda Estrada (1991), retoma la definición anterior y agrega que la familia pasa por un ciclo donde despliega sus funciones: nacer, crecer, reproducirse y morir, las cuales pueden encontrarse dentro de un marco de salud y normalidad o bien adquirir ciertas características de enfermedad o patología.

Otro punto de vista es el de Andolfi (1990, 1989), Angelo, Menghi y Nicolo Corigliano (1989), quienes definen a la familia como un todo orgánico, es decir, es un sistema relacional⁴; que

⁴ Por sistema relacional entendemos a un conjunto constituido por una o más unidades vinculadas entre sí de modo que el cambio de un estado de una unidad va seguido por un cambio en las otras

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

Por su parte, Celia Zingman de Galperín (1996), señala que la familia es la matriz de experiencias y modelos de interrelación. Postula tres matrices, una biológica, una familiar y una social (esta separación es artificial, ya que en realidad están profundamente intrincadas entre sí). Las matrices coexisten en un principio con cierta predominancia sucesiva y con una disposición concéntrica, una contiene a la otra. La familia permite trascender el orden biológico, constituye lo humano del ser, y a través de diferentes formas sus miembros se van discriminando a la par que se incluyen en lo social, sosteniendo así mismo el sentimiento de pertenencia.

Desde una perspectiva sistémica, podemos considerar a la familia como una entidad compuesta por partes que interactúan entre sí. Para entender su comportamiento es necesario estudiar las cualidades de las relaciones y las interacciones entre los miembros, así como

unidades; éste va seguido de nuevo por un cambio de estado en la unidad primitivamente modifica y así sucesivamente" (Parsons y Bales, 1955).

también las características de la familia como unidad. Pero a pesar de que tenemos la alternativa de entender lo que es una familia a partir de su comportamiento, cualidades e interacciones, aun así resulta difícil proporcionar una definición exacta de ella, puesto que cada tipo de familia requeriría su propia definición.

La familia se ha estudiado desde diferentes corrientes teóricas, exponer aquí todas sus facetas y características se convierte en una tarea inabarcable. Por lo que sólo se retomarán algunos autores que han estudiado la familia.

2.4.2 La Familia Vista Desde la Perspectiva Sistémica

Hasta antes de la década de los años 50, el avance científico y tecnológico requería el estudio de mayor cantidad de variables y por tanto de mayor complejidad; pero después de la Segunda Guerra Mundial y como resultado de un quiebre paradigmático surge la epistemología sistémica (Asociación Sistemica, 2005). El nuevo paradigma afecta a las distintas disciplinas de la época, entre ellas a la psicología, dando una perspectiva distinta de cómo comprender el comportamiento y la interacción humanas, dentro de un contexto determinado.

La teoría general de sistemas (TGS) o simplemente teoría de sistemas (1976), fue desarrollada por el biólogo austriaco Ludwing von Bertalanffy. Su teoría buscó principios y leyes aplicables a sistemas generalizados, sin importar su particular género ó la naturaleza de sus elementos. Definió a los sistemas como "complejos de elementos en interacción" y formuló

leyes generales aplicables a cualquier "organismo" o "sistema", con independencia de la naturaleza de sus componentes.

La TGS intenta encontrar las correspondencias o isomorfismos entre sistemas de todo tipo. Propone un modelo de "sistema general" que puede utilizarse y ser compatible para distintas disciplinas (www.asociacionsistemica.ar).

Con el surgimiento del movimiento familiar en psicología, los terapeutas comenzaron a preguntarse si podía decirse que la familia se comportaba como un sistema, una totalidad que era más que la suma de sus miembros y que funcionaba según reglas particulares, manteniendo un equilibrio dinámico, promoviendo una manera nueva y diferente de entender el comportamiento humano.

Desde la perspectiva sistémica, se considera a la familia como un sistema compuesto por un conjunto de elementos interrelacionados, y que a su vez, se halla inmerso en un sistema mayor que es la sociedad. La familia o sistema familiar, se constituye a partir de un conjunto de reglas y relaciones con el objetivo de mantener la organización del sistema, y que le permiten asumirse como tal. Cabe señalar que el modelo sistémico hace hincapié en la interdependencia de los elementos que forman los sistemas familiares. (www.psicología.cl, 2005)

Basándose en lo anterior, se puede decir que el comportamiento de cada sujeto o elemento integrante del sistema familiar, está conectado de manera dinámica a los de los otros miembros de la familia, y por tanto al equilibrio del conjunto; así un cambio en uno de ellos afectará a todos los miembros del sistema.

Finalmente, la familia siendo un sistema dinámico, no puede mantener indefinidamente el mismo equilibrio, es así que debe atravesar periódicamente por crisis que la llevan a modificar su equilibrio adaptándose a las nuevas necesidades de sus miembros o a las exigencias de su entorno.

2.4.2.1 Algunos Conceptos de Salvador Minuchin y Charles Fishman

A continuación se hará referencia al concepto de *holón*, ya que es un excelente término para hablar de la familia y de las partes que la constituyen. Los diferentes tipos y funciones de cada holón servirán para estudiar los factores de riesgo familiares de la depresión en la infancia.

Salvador Minuchin y H. Charles Fishman (1983) postulan que “Entre los seres humanos, unirse para coexistir suele significar alguna suerte del grupo familiar. La familia es el contexto natural para crecer y para recibir auxilio...es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción, las cuales constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita la interacción recíproca”.

Estos autores mencionan que las tareas esenciales de la familia, son apoyar la individuación al tiempo de proporcionar sentimientos de pertenencia, para lo cual la familia necesita de una estructura viable.

Toman de Arthur Koestler (1967) el concepto de holón⁵. Éste proviene del griego “*holos*” (todo) y el sufijo “*on*” (como protón, o neutrón) que evoca una partícula o una parte. Es útil para no caer en la dificultad que implican los términos vagos para definir un sub-sistema, o una parte de un todo.

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

El "holón parental", puede estar compuesto por los cónyuges, o bien, puede excluir uno de ellos e incluir a uno de los hijos (as), una abuela, etc. Si uno de los hijos constituye este holón, se los llama hijos parentalizados. La función de este holón es básicamente la crianza, el cuidar, dar afecto, disciplinar y sociabilizar a los hijos. Los niños aprenden un modo de comunicar sus

⁵ Holón: Es un sistema que puede ser visto como parte de un gran sistema, al mismo tiempo que como un grupo de pequeños sistemas. Por ejemplo: una organización es un holon, por que esta formado por pequeños sistemas (por ej.: personas), pero también forma parte de un gran sistema (ejemplo: la comunidad donde esta establecida) (www.mech.kuleuven.be, 2005).

necesidades según el modo de “intra”, e “inter” relacionarse de este holón. Aprenden a considerar la autoridad de una manera determinada y a saber qué esperar de las personas que poseen más recursos que ellos.

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

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

2.4.2.2 Transiciones de la Familia, David H. Oslon

La familia es el contexto principal y determinante del desarrollo físico, emocional e intelectual de cada uno de sus miembros y como un organismo vivo pasa por fases evolutivas, cada una de estas fases esta regulada por factores internos como los biológicos y psicológicos; y por factores externos: expectativas culturales y posibilidades sociales. Así en cada sociedad y en cada cultura, se tienen modelos esperados de conducta, con roles y responsabilidades preestablecidas para cada edad.

Debido a que la familia no es un grupo estático, y como se dijo anteriormente evoluciona con el tiempo, ésta va atravesando por diferentes etapas a lo largo de su desarrollo, por lo que sus necesidades, su forma de relacionarse y sus funciones van cambiando. Así diferentes disciplinas convergieron para estudiar el desarrollo de la familia al cual denominaron ciclo vital.

El ciclo vital familiar, es un concepto ordenador que fue creado para entender la evolución secuencial de la familia y las crisis transicionales que atraviesa en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros (Vargas, 2004).

Desde la sociología Ruben Hill y Evelyn Duvall en 1948, observaron que cada miembro de la familia, tiene sus propias tareas evolutivas y que el logro de éstas por uno de sus miembros depende de, y contribuye a, el logro exitoso de las tareas por los demás. A partir de 1950 en psiquiatría, también aparece la familia, inicialmente considerada como causa de los problemas del individuo; postura que luego se profundiza con la antipsiquiatría. A mediados de esta década el psiquiatra Milton Erikson, empieza a tomar en cuenta el ciclo vital familiar, teniendo como objetivo solucionar los conflictos de la familia para que el ciclo vital se pusiera nuevamente en movimiento.

Los momentos de transición en la vida familiar, producen tensiones o crisis que exigen cambios en la organización familiar para adaptarse a las necesidades cambiantes de sus miembros. Los límites se relajan o se hacen rígidos, las reglas y los roles se confunden, se replantean jerarquías y se reviven conflictos irresueltos. Estos momentos serán más o menos estresantes según sea la historia de resolución de las crisis vitales, la cohesión familiar y la adaptabilidad a las nuevas situaciones.

Para los chinos la palabra crisis está formada por dos caracteres que significan peligro y oportunidad. Se padece una crisis cuando una tensión afecta un sistema y requiere cambios que permitan la adaptación del sistema. Es así como en la familia las llamadas crisis evolutivas, que marcan la transición de una etapa a otra, son oportunidades de crecimiento para cada uno de sus miembros, al posibilitar la adquisición de nuevas responsabilidades, roles, relaciones y compromisos intra o extra familiares, según sea el momento; lo que va dando forma a la identidad de cada uno de los miembros del grupo y del grupo en sí.

Más recientemente, David H. Oslon (1991), en "Transiciones de la Familia", realizó un estudio sobre familias intactas (no clínicas) para conocer los diferentes momentos evolutivos de estas, los estresores comunes y los aspectos positivos con que cuentan para enfrentarlos.

Para dicho estudio tomó, esquemáticamente, las siguientes etapas del ciclo vital de la familia:

- Parejas jóvenes sin hijos,
- Familias con hijos en edad preescolar,
- Familias con hijos en edad escolar,
- Familias con hijos adolescentes,
- Familias con hijos en proceso de emancipación,
- Familias con el nido vacío (todos los hijos se han ido) y
- Parejas retiradas.

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

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

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

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

En resumen la familia es una unidad, como también, una parte de un todo (holón) que es la sociedad, la cual es necesaria para sostener y garantizar las funciones familiares. Dentro de esta unidad existen holones diferentes que se intra- relacionan, inter-relacionan e influyen mutuamente. Cada holón tiene sus características y funciones particulares, las cuales promueven distintos tipos de experiencias y aprendizajes.

La familia posibilita a sus miembros crecer, individualizarse, e incluirse en el orden social, acompañando este proceso con sentimientos de pertenencia que estructuran, en parte, la identidad familiar e individual. Este grupo natural primario es la matriz de los primeros aprendizajes, los cuales cobran sentido y repercuten en la vida adulta posterior. La familia atraviesa por diferentes etapas en su ciclo vital, para lo que requiere capacidad de cambio (adaptabilidad), y un cierto grado de unión emocional entre sus miembros (cohesión), como también habilidades para la comunicación.

2.4.3 Configuraciones Familiares

La consideración histórica sobre la realidad familiar, pone de relieve la dificultad de una definición (como ya hemos visto) respecto a lo que es la familia. En toda época histórica ha habido un modelo que predomina, que es aceptado y promovido socialmente (tradicionalmente compuesta por un hombre, una mujer y sus hijos, que cumplen funciones y roles distintos, vitales sexuales, económicos, reproductivos, educativos, sociales, etc.), pero que convive con otros modelos, que esa época también reconoce como familia, algunas veces en términos negativos o disfuncionales. Diferentes variables contribuyen a estos cambios. Algunas de ellas son: la transformación demográfica y la transformación de valores y modelos (Galperín, 1996).

Por otra parte, los diversos estudios sobre la familia, adoptan variadas tipologías para definirla, por ejemplo, tenemos a las familias uniparentales, familias ensambladas, sin descontar las familias de cónyuges homosexuales (en países donde está permitida la adopción para tales

cónyuges), entre otras, estas son configuraciones presentes en nuestra cultura actual. Algunos de estos tipos de configuraciones son factores de riesgo para la depresión en niños.

Familias uniparentales: son los sistemas en los cuales los hijos quedan a cargo y conviven con solo uno de sus progenitores. Algunos de los motivos de esta situación son: viudez, divorcio, abandono, madres solteras, las cuales pueden serlo también por elección. Ejemplos de este tipo de familias pueden ser: un progenitor abandona el hogar o muere y el que continúa en la familia no vuelve a casarse, un soltero adopta legalmente a un niño o una madre soltera conserva al hijo. En la actualidad un número cada vez mayor de familias, son familias de un solo progenitor o bien uniparentales (Satir, 1991).

Perrone y Nannini (1997), postularon que en las familias monoparentales, se observa un alta o mayor incidencia de abusos (especialmente en niños). En este tipo de familias la crianza de los hijos esta a cargo principalmente de una sola persona, lo que podría generar que los niños no reciban el cuidado necesario. El abuso infantil esta altamente relacionado con familias uniparentales, en la cual el niño no vive con ambos padres biológicos (Stern, Lynch, Oates, O'Toole y Cooney, 1995); y por tanto esto puede ser considerado como un factor de riesgo para la aparición de depresión ó síntomas depresivos en niños.

Familias ensambladas: son aquellas que están formadas por una pareja o uno de sus miembros, con o sin hijos, y por otros miembros que pueden o no ser parientes, que se unen para conforman un nuevo sistema; este tipo de familia en algunos textos se encuentra bajo el nombre de familia mixta o extensa. Algunos ejemplos acerca de cómo está conformada este tipo de familia, pueden ser:

- Integrada por una pareja sin hijos y por otros miembros parientes o no parientes.
- Integrada por el padre, la madre, uno o más hijos y otros parientes.
- Integrada por alguno de los progenitores, con uno o más hijos y por otros parientes.
- Una pareja en donde alguno de los dos tiene uno o más hijos de una relación anterior.
- Una pareja en donde ambos tienen hijos de otra relación.
- Integrada por una pareja o uno de los miembros de esta, con uno o más hijos y por otros miembros parientes y no parientes.
- Una familia sustituta, que puede estar conformada por una pareja y un hijo adoptivo, un apareja con un hijo natural y algunos adoptivos, o bien una pareja con un hijo adoptivo y varios naturales.

Es en este tipo de configuraciones, que según algunos autores, el límite de la prohibición del incesto comienza a desdibujarse. Es difícil definir si las relaciones sexuales entre miembros no consanguíneos es incesto. La separación y los nuevos matrimonios se realizan a veces con un relajamiento de los lazos de filiación; quien ocupa el lugar del padre o madre, no es el padre o madre; estos lazos pierden la legitimidad natural y pueden ser cuestionados. Los abusos sexuales cometidos por los padrastros son muy frecuentes, el riesgo de incesto es dos veces más alto en las familias reconstituidas que familias intactas (Perrone y Nannini, 1997).

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

Hasta aquí, se han descrito solo aquellas configuraciones que se han relacionado en la literatura con la depresión en niños, o bien, con hechos que son factores de riesgo para ella.

Sin embargo podemos encontrar otras clasificaciones de la familia, que aunque no difieren mucho unas de otras, en algunas ocasiones nos aportan datos importantes para el estudio de una familia.

Sea cual sea el tipo de familia, ésta tiene además otra característica, esta es, las funciones de las que se hace cargo que durante su ciclo vital o evolución y que según se desarrollen o cumplan influirán en la formación y desenvolvimiento de los miembros que la conforman.

2.4.4 Funciones de la Familia

La familia en la sociedad tiene importantes tareas, que tienen relación directa con la preservación de la vida humana, el desarrollo y bienestar de los miembros que la conforman, así como también el bienestar y desarrollo de la comunidad misma.

Según el Consejo de Población del Distrito Federal (2004), las funciones básicas de la familia son proveer a sus miembros de: Salud, educación, bienestar y desarrollo, afecto. Y por otro lado Las funciones sociales de la familia son el cuidado y preservación de: La especie humana, la sociedad y el medio ambiente.

Por lo cual las relaciones familiares invariablemente asociadas con las normas sexuales y con la reproducción; pueden desarrollarse como relaciones sociales, de la familia y de parentesco, con independencia de los lazos genéticos o de las relaciones sexuales, de tal manera que la adopción y otras formas de parentesco ficticio son tan fuertes como los lazos de sangre.

Sin embargo, estas funciones propias de la familia aunque no exclusivas, las podemos clasificar y explicar de la siguiente manera:

Función reguladora de las relaciones sexuales: a través de la historia hemos visto que las culturas establecen al matrimonio como el fundamento de la familia, en esencia ésta, es la reguladora de las relaciones sexuales de la pareja, no obstante que existan individuos que establezcan relaciones sexuales fuera del matrimonio, ello no le quita a la familia el hecho de ser la reguladora por excelencia de las relaciones sexuales (Baños R., 2004; <http://www.copo.df.gob.mx/familia.html>, 2004).

Función reguladora de la reproducción: la unión sexual de la pareja en la familia, tiene como finalidad la reproducción de la especie humana. La procreación es en una buena parte sinónimo de familia, aun cuando se de el caso de que engendrar a un hijo no cree lazos familiares, como cuando un hombre tiene una relación sexual ocasional con una mujer que no es su pareja y ésta concibe un hijo, en este caso generalmente no habrá relación padre- hijo, por lo que no va a crear familia, en cambio con la madre si habrá relación con el hijo y crearan una familia (Baños R., 2004; <http://www.copo.df.gob.mx/familia.html>, 2004). La reproducción, más que una función propia de la familia se convierte en éste caso en fuente de la misma.

Función económica: esta función, principalmente es en la que se satisfacen las necesidades básicas, como el alimento, techo, salud, ropa. Sin embargo puede representar un doble aspecto:

- Como unidad productora de bienes y servicios, donde pueden darse innumerables variantes en los tipos de familia y en una misma unidad familiar, en las diferentes etapas por las que se desenvuelve, sus miembros pueden ser trabajadores de la empresa familiar y producir bienes y servicios o pueden trabajar fuera de la

organización familiar para contribuir al aporte económico de los bienes y servicios de la familia.

- Como unidad de consumo, para la satisfacción de las necesidades materiales de la familia, como el alimentos, el vestido, la habitación, la salud, que se da dentro de la morada familiar, y también se da el consumo fuera del hogar como en la tintorería, restaurante, sanatorios, hoteles, etc.

En el medio urbano, la familia con ingresos colectivos de sus miembros, esta desapareciendo, a raíz de que sus miembros ya son autosuficientes y se independizan cuando menos económicamente, y del patrimonio familiar se pasa al individual disgregando, incluso el de los cónyuges cuando ambos trabajan (Baños R., 2004; <http://www.copo.df.gob.mx/familia.html>, 2004).

Función educativa y socializadora: es dentro del núcleo familiar donde se aprenden las normas éticas básicas de conducta, de educación y cultura, donde se moldea el carácter de los niños y adolescentes en cuanto a hábitos, sentimientos, valores, conductas, etc., quizá por esto es de suma importancia el papel que desempeña la familia en la función educativa y socializadora de sus miembros, para llevarlos por buen cauce. Por eso es que la responsabilidad principalmente de los padres para con sus hijos en formación, es difícil y enorme, dado que los hijos normalmente se guían por la conducta de sus progenitores.

Otras instituciones fuera del ámbito familiar, coadyuvan a la educación y socialización de los miembros menores de una familia, como las guarderías y escuelas, pero su papel aunque importante, viene siendo secundario, dado que los cimientos de toda buena educación, se

traen desde el seno familiar. Por lo tanto, la función educadora y socializadora de la familia es determinante para la formación del hombre (Baños R., 2004; <http://www.copo.df.gob.mx/familia.html>, 2004).

Función afectiva: el hombre requiere de afecto para establecer un equilibrio emocional, psíquico y hasta de salud corporal, y la familia es la que en forma natural provee ese afecto. Generalmente la pareja que contrae matrimonio o se une sexualmente para fundar una familia, lo hacen por el amor o afecto que se tienen y a su vez lo prodigan a sus hijos producto de su unión, así también lo comparten con sus progenitores y con todos los parientes que viven en su lugar, creando un ambiente de solidaridad y apoyo entre los miembros de la familia. (Baños R., 2004; <http://www.copo.df.gob.mx/familia.html>, 2004).

Así pues, a partir de dichas definiciones podemos decir que la familia es una institución que tiene sus propias funciones sociales.

El hogar es un espacio en el que las personas desarrollamos relaciones personales íntimas que nos enriquecen y nos dan satisfacción. La familia es el espacio para la procreación de la especie, en este espacio nacen niños y niñas. Es la célula en la que las personas de todas las edades resolvemos nuestras necesidades de protección, compañía, alimento y cuidado de la salud.

A través de la familia, las sociedades transmiten sus valores y costumbres a los hijos. La lengua, el modo de vestir, la manera de celebrar los nacimientos o de enterrar a los muertos, las estrategias para el trabajo y la producción, la manera de pensar y de analizar la historia, los

modos comunitarios de aprender o de relacionarse con otras personas o grupos sociales, son todos herencias culturales que se transmiten en familia (<http://www.conapo.gob.mx>, 1999).

Finalmente, una función vital de la familia es la socialización, la familia es la encargada de propiciar el que niñas y niños se desarrollen como miembros de una nación y de un grupo social, con un sentido de pertenencia, con capacidad de entender y respetar la cultura de su grupo o de su país. En familia, niñas y niños construyen su identidad personal. La identidad es la imagen que todos tenemos de nosotros mismos como personas distintas, con habilidades conocimientos preferencias y carácter propios. Esta identidad que, en la familia, se construye en la infancia, determina en gran medida la manera en la que el niño y se relacionará, producirá o participara como adulto en la vida familiar y social de su grupo de pertenencia, estas funciones se desarrollan con naturalidad en forma cotidiana, a través de la convivencia diaria (<http://www.conapo.gob.mx>, 1999; <http://www.copo.df.gob.mx/familia.html>, 2004).

2.4.5 La Familia En México

En nuestro país, la familia además de ser considerada la célula básica de nuestra sociedad, es una institución social que nuestra Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2005), reconoce, promueve y protege, estableciendo en el Artículo 4º , lo siguiente:

“El varón y la mujer son iguales ante la ley. Ésta protegerá la organización y desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos. Toda familia tiene derecho a una vivienda digna

y decorosa. Es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la a salud física y mental.”

Sin embargo, es necesario reconocer que los cambios y transformaciones que ha tenido en el mundo en los últimos 50 años, han afectado y modificado las formas de integración, convivencia y relación de las familias en nuestro país. Sobre todo están modificando los roles, las relaciones de poder y autoridad entre los géneros y las generaciones (Baños R., 2004).

Esto se puede observar en la forma como han evolucionado las estructuras familiares en el tiempo, de tal manera que hoy se utiliza la siguiente tipología para entender la integración de los hogares en nuestro país (XII Censo General de Población y Vivienda, INEGI 2000):

- ❖ Hogares familiares: hogar en el que por lo menos uno de los integrantes tiene relación de parentesco con el jefe del hogar.

- ❖ Hogares no familiares: hogar en que ninguno de los integrantes tiene relación de parentesco con el jefe del hogar.

Actualmente según el INEGI (2000), los hogares familiares representan el 93.2% del total de hogares de nuestro país.

Uno de los factores que ha contribuido a modificar el escenario en el cual se forman y desenvuelven las familias y los individuos, ha sido la transición demográfica, provocando

importantes cambios en el tamaño y composición de los hogares, en la estructura del curso de vida y en las relaciones de género e intergeneracionales al interior de las familias.

El aumento de la esperanza de vida ha ocasionado una ampliación del “tiempo familiar”, propiciando a menudo que en los hogares convivan personas que pertenecen a tres o hasta cuatro generaciones. Este mismo hecho ha propiciado una modificación de las reglas familiares y ha favorecido actitudes y prácticas de previsión y planeación de los eventos del curso de vida.

Por otra parte, las transformaciones en las pautas reproductivas han contribuido a modificar las cargas y responsabilidades asociadas a la formación familiar y a reducir el número de años dedicado a la crianza y cuidado de los hijos, creando las condiciones para que las personas, en particular las mujeres, se propongan otras metas en sus vidas vinculadas con su desarrollo personal.

Estas transformaciones, sin embargo, han tenido lugar de manera desigual en los distintos grupos sociales y regiones del país (<http://www.conapo.gob.mx>, 2004).

En lo que respecta al curso de la vida, éste se ha visto transformado debido a que existen cambios en la mortalidad y la fecundidad, además de las transformaciones en la intensidad y calendario de las pautas de nupcialidad y de disolución conyugal (viudez, separación o divorcio). Evidencia de ello es que el índice de rupturas conyugales se ha incrementado entre las mujeres de las generaciones más recientes, entre las que se casan a edad temprana y entre quienes transitan por los primeros años del matrimonio. En este proceso, la viudez ha

cedido su lugar a la separación y el divorcio como modalidades predominantes de disolución conyugal. Estas tendencias inciden en las trayectorias de vida de cónyuges e hijos, dando lugar a formas de vida más complejas y a una gama de arreglos familiares más amplios, entre los que destacan la formación de arreglos residenciales de personas que viven solas o bien de hogares monoparentales (<http://www.conapo.gob.mx>, 2004).

En las últimas décadas los hogares mexicanos han venido delineando un nuevo perfil, de manera que en la actualidad, es posible distinguir cinco grandes tendencias a las que se dirigen: la reducción de su tamaño, la coexistencia de diversos tipos de arreglos residenciales, el aumento de la proporción de unidades domésticas encabezadas por mujeres, el “envejecimiento” de los hogares y una responsabilidad económica más equilibrada entre hombres y mujeres.

La inercia demográfica ha ocasionado que los hogares mexicanos hayan experimentado la reducción de su tamaño promedio. En 1976, cuatro de cada diez hogares del país era pequeño o mediano (es decir, formado por cuatro miembros o menos) condición que en el año 2000, abarcaba a casi seis de cada diez familias (<http://www.conapo.gob.mx>, 2001 y 2003). Pero no solo el número de integrantes por familia ha disminuido, también ha habido cambios en su composición, de manera que los arreglos familiares se han diversificado. Aún cuando el tipo de hogar más común en el país sigue siendo el nuclear⁶, los hogares no familiares —en particular, los unipersonales (donde solo vive un apersona)— han ganado peso gradualmente, además los arreglos familiares nucleares han experimentado ciertas transformaciones (<http://www.conapo.gob.mx>, 2004).

⁶ Es el hogar integrado por uno o ambos miembros de la pareja, con o sin hijos solteros.

Entre 1976 y 2000 las familias del tipo nuclear han pasado de 71 a 68.3% del total de hogares, a la par, la proporción de hogares nucleares que sólo cuentan con uno de los miembros de la pareja (mono parentales) ha ido incrementándose ligera pero sistemáticamente. El peso relativo de las familias de tipo extenso (integrados por un hogar nuclear, con uno o ambos miembros de la pareja, y una o más personas emparentadas con el jefe) dentro del total de hogares, se ha mantenido prácticamente igual durante las últimas décadas.

Los cambios en la dinámica demográfica y la aumento de la esperanza de vida también han modificado la estructura por edad de los hogares, propiciando que se incremente la presencia de adultos mayores en los hogares y permitiendo así la posibilidad de interacción de varias generaciones en la misma familia. Entre 1992 y 2000 se elevó de 16.6 a casi 18 por ciento la proporción de hogares donde hay al menos una persona de 65 años o más (<http://www.conapo.gob.mx>, 2001).

Por otra parte, en México los hogares encabezados por mujeres se han multiplicado rápidamente en el último cuarto de siglo, al pasar de poco menos de uno de cada ocho en 1976, a más de uno de cada cinco en 2000 (<http://www.conapo.gob.mx>, 2001). En 2000 el número de unidades domésticas encabezadas por mujeres ascendía a 4.6 millones, cuando en 1990 sumaba 2.8 millones (<http://www.conapo.gob.mx>, 2001). Entre las principales tendencias demográficas que explican este fenómeno destacan la viudez femenina como resultado de una mayor sobrevivencia y esperanza de vida de las mujeres, el aumento de la separación y el divorcio, el incremento en la proporción de madres solteras y los patrones migratorios de hombres y mujeres, particularmente el desplazamiento de mujeres jóvenes a áreas urbanas.

Como en otros países latinoamericanos que han experimentado este cambio, la jefatura femenina es un fenómeno fundamentalmente urbano, ya que en estos contextos residen ocho de cada diez jefas, que se concentra en etapas tardías del ciclo vital, observándose la mayor proporción de jefas de hogar. No obstante, ser jefa de un hogar en México sigue asociándose, en la mayoría de los casos, a la ausencia del cónyuge. De acuerdo con datos del año 2000, 75% de las jefas de hogar no estaba unida, generalmente por viudez (35.8%), separación o divorcio (24.6%) y en menor medida, por soltería (14.5%) (<http://www.conapo.gob.mx>, 2000).⁷

A pesar de que a lo largo de los últimos veinte años no ha habido cambios drásticos en la composición de la familia mexicana, sí han ocurrido cambios en cuanto a su organización interna, esencialmente como respuesta a las modificaciones en el patrón de participación laboral de sus miembros. Hoy existen en México alrededor de 9.6 millones de familias nucleares que cumplen con roles tradicionales (pareja con hijos, donde la mujer se dedica exclusivamente al hogar y el hombre como proveedor de los recursos materiales para el grupo doméstico); coexisten 4 millones de familias nucleares que escapan del molde tradicional por que los dos miembros de la pareja participan en el mercado laboral y este tipo de familia esta creciendo aceleradamente (COPO, 2004).

La mujer constituye un elemento clave de ajuste en la transformación de la sociedad en el ámbito familiar. Su comportamiento demográfico y su creciente participación en la vida pública como resultado de cambio en las estructuras ocupacionales, educativas y prestación de

⁷Entre 1997 y 2000, la proporción de jefas de hogar que no estaba unida se redujo de 81 a 75 por ciento, hecho que concuerda con la hipótesis de que cada vez más la jefatura de hogar femenina está separada de la condición de viudez.

servicios y de la nueva tecnología doméstica constituyen a dar una nueva dimensión al futuro de la sociedad.

El descenso de la fecundidad ha hecho posible que la mujer libere tiempo que antes dedicaba a los cuidados maternos y lo use en actividades extra domésticas remuneradas.

Las familias que se sostienen por el ingreso de las mujeres, tienen en general, menos miembros que las sostenidas únicamente por hombres; por la necesidad de éstas a integrarse al mercado laboral (COPO, 2004).

Finalmente, la participación de las mujeres (principalmente jefas, esposas e hijas) en la generación de ingresos monetarios para apoyar la economía de sus hogares, crece 5.2% entre 1989 y 1994, este crecimiento casi se duplica 9.6% para el año 2000 (www.bajacalifornia.gob.mx, 2004; COPO, 2004).

CAPITULO 3 FACTORES DE RIESGO FAMILIARES PARA LA DEPRESIÓN INFANTIL

Es evidente que, dentro de las concepciones teóricas sobre la influencia de la familia en el niño, existen posiciones extremas donde se sostiene que el niño es el producto de la acción familiar. Así pues, la familia es una pieza esencial en la explicación de la conducta infantil, ya que el padre y la madre son el origen biológico de sus hijos y son también los responsables de la nutrición física y mental de estos, es decir, donde se asegura su posibilidad de supervivencia física y personal desarrollando todos los elementos básicos con los que más tarde construirá su vida futura.

La familia es el grupo social que constituye el ambiente primero y principal en el que el niño se desenvuelve. Es en términos de Bronfenbrenner; el microcosmos que alberga al sujeto en el período más crítico de su formación como persona (Del barrio 2001). Existen numerosos factores ambientales que funcionan como desencadenantes de las perturbaciones infantiles; unos actúan con más fuerza que otros, y la familia ocupa un lugar fundamental.

En el caso de la depresión infantil, la existencia de problemas dentro del seno familiar es uno de los predictores más potentes. Esto es perfectamente coherente con el tipo de dependencia que el niño tiene respecto de la familia. Se puede decir que hasta los 12 años, donde se sitúa el umbral de la pubertad, la familia representa el alvéolo social que mediatiza lo que el niño piensa, desea y aborrece; y por tanto constituye un factor esencial en la explicación de su conducta, tanto adaptativa como desadaptativa.

Según la doctora Mardomingo (2003), en la actualidad vivimos una crisis del modelo de la familia tradicional como consecuencia de que las familias son menos extensas, las mujeres se incorporan al trabajo y por tanto ambos padres se encuentran fuera del hogar, el estrés de la vida diaria y el aumento de las separaciones (en Reimundez, 2003).

Otro punto de vista nos lo da Bernabé Tierno (2003), para quien los cambios en la vida familiar y social han provocado un cambio sustancial en las relaciones entre padres e hijos que influye en el aumento de la prevalencia de la depresión infantil, así, la falta de tiempo de los padres, el estrés cotidiano y los cambios en las relaciones sociales (por ejemplo: cada vez se juega menos en las calles) han incrementado la soledad de los niños y eso repercute en la aparición de trastornos emocionales y del comportamiento (en Reimundez, 2003).

Algunos rasgos especialmente relacionados con el entorno familiar que guardan una estrecha relación con la depresión, son la estabilidad familiar y la afectividad, la carencia de cualquiera de ellas puede desencadenar la aparición de la depresión en la infancia o adolescencia. Una familia coherente y comunicativa minimiza los factores de riesgo, mientras que las familias rígidas y desavenidas son más proclives a las depresiones. Entre estas últimas figuran los casos de inestabilidad emocional de los padres. (Del Barrio, 2003).

Frente a la interpretación que supone el dominio de la genética en la transmisión familiar de la depresión, se levanta la interpretación ambientalista, que sostiene que no son los genes si no las condiciones negativas de la familia (depresión parental, malas relaciones, inadecuadas normas de crianza, ruptura familiar) lo que desencadena la depresión infantil. Ello se debería a que en este tipo de familias se incrementan las experiencias negativas (descenso de la

comunicación, hostilidad, criticismo, etc.), a la par que se produce una ausencia de refuerzos y circunstancias positivas. La mayor parte de las personas relacionan su depresión con las experiencias familiares de la niñez (Hammen, 1993).

Las condiciones familiares inadecuadas pueden ser de muy diferente naturaleza: problemas paternos (perturbaciones psíquicas o las malas relaciones matrimoniales), problemas entre padres e hijos, malas relaciones entre los hermanos, etc. No se trata de una clasificación excluyente, ya que las malas relaciones de los padres pueden darse simultáneamente con unas malas relaciones padres e hijos. El hecho es que la disfunción familiar, pone en peligro el desarrollo social y emocional del niño en general, colocando a los infantes en mayor riesgo de sufrir problemas emocionales (Pauchard Hafemann, 2004).

Basándose en la revisión bibliográfica realizada, se ha observado que los problemas familiares considerados por diversos autores como factores de riesgo para la aparición de la depresión infantil, pueden ser categorizados en 3 grupos para facilitar su comprensión: Problemas paternos, Problemas en la estructura familiar y Problemas en las relaciones familiares.

3.1 PROBLEMAS PTERNOS

3.1.1 Alteraciones Psíquicas de los Padres

Las consecuencias negativas que pueden tener sobre los hijos los problemas de salud mental de los padres, aparecen no sólo en relación con la depresión, sino en todo tipo de alteraciones infantiles. Es evidente que la estabilidad emocional de un niño depende en una alta proporción

de la de sus padres. Una situación irregular en la estabilidad psíquica de los padres, puede tener consecuencias negativas en el equilibrio psicológico del niño. Cuanto más grave es la perturbación de los padres, mayor es el riesgo que corre el niño, y la dinámica de la vida familiar se ve gravemente afectada (Del Barrio, 1997).

La agresión, la ansiedad, la ira o cualquier otro tipo de emoción negativa en los padres, son factores de riesgo para la aparición de la depresión infantil (Gooyer et al., 1988; Vélez et al., 1989). Repetidamente se ha constatado que las familias con problemas emocionales tienen niveles bajos de actividad de todo tipo: social, intelectual, deportiva, recreativa, cultural, y por tanto no ofrecen a sus hijos aquellas alternativas que podrían suponer un apoyo para enfrentarse a los sentimientos negativos.

En ocasiones, también ocurre que los padres inestables e inseguros, proyectan sus insatisfacciones sobre los hijos, generan sobre ellos expectativas altas, presionan al niño y le hacen estar continuamente ante la vivencia de no alcanzar las metas esperadas (Cole y Rehm, 1986).

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

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

También podemos encontrar información acerca de las consecuencias que presentan los hijos de padres con esquizofrenia, alteraciones neuróticas, alcoholismo y conductas delincuentes. Por ejemplo, el hijo de un alcohólico puede generar una conducta delictiva, convertirse él mismo en un alcohólico, desarrollar depresión, etc., pero también puede llegar a ser una persona sin ninguna alteración psicológica. El que suceda una cosa u otra depende de una serie de circunstancias que acompañan al hecho del alcoholismo paterno y que modulan su influencia, como puede ser el carácter del niño, la reacción de la madre, la adaptación del niño en la escuela, el tipo de amigos, sus habilidades sociales, los apoyos sociales de que la familia o el niño disponen.

3.1.1.1 Depresión Paterna

En relación con la DI, algunos problemas de los padres son más relevantes que otros, pero sin duda alguna el más importante de todos es la depresión. La estrecha relación entre las emociones de la madre y los hijos ha sido constatada frecuentemente en diversas investigaciones, que muestran cómo los niños miran a su madre para interpretar el carácter positivo o negativo de los acontecimientos y también el contagio que se produce de las emociones maternas. Mumme y cols. (1996) han constatado, mediante un estudio observacional, la aparición de sentimientos negativos o positivos en niños muy pequeños (12 y 13 meses) hacia juguetes en función de la expresión o la voz de la madre aceptándolos o rechazándolos, los niños seguían las pautas marcadas por su madre, siendo por parte de ésta, más eficaz la comunicación verbal que la expresiva. Esto muestra una vez más la efectiva comunicación de emociones entre madre e hijo. Una y otra vez, de manera sistemática y

consistente aparece la existencia de una relación positiva entre depresión infantil y depresión paterna en todos los trabajos que se ocupan de este tema.

Revisiones sobre dichas investigaciones, son las realizadas por Downey y Coiné (1990) y Hammen (1991).

La existencia de trastornos depresivos en los padres es considerado el factor de riesgo más potente en relación con la aparición de la DI (Kaslow, Gray y Ash, 1996). En una muestra de niños deprimidos se encontró que el 71% de los padres tenía una historia de problemas psiquiátricos, pero la proporción mayor que ninguna otra, correspondía a la depresión parental (42%) (Brumback et al., 1980). La depresión en uno de los miembros de la familia incrementa en otros miembros no sólo la probabilidad de la aparición de depresión, sino la de cualquier otro tipo de problema; tal situación suele mejorar cuando la depresión paterna es controlada (Keitner et al., 1996). Otros estudiosos del tema confirman esa mayor tasa de padres y sobre todo de madres deprimidas entre niños que sufren depresión (Poznanski y Zrull, 1970; Brody y Forenhand, 1986; Del Barrio, 1988, 1990; Fergusson, et al., 1993). Continuamente se subraya que es mayor riesgo para el niño la depresión materna que la paterna (Harjan, 1992), sobre todo en el caso de los descendientes del sexo femenino.

La depresión materna no sólo puede tener consecuencias sobre la conducta emocional de los hijos, sino también sobre la intelectual. Gotlib (1990) observó que los hijos de mujeres con depresión posparto puntuaban más bajo en inteligencia, medida mediante la escala de Bayley. Además, por si esto fuera poco, los niños copian las conductas depresivas maternas con más intensidad que las positivas (Field et al., 1990).

Los hijos de madres deprimidas suelen presentar síntomas tales como: problemas de conducta, depresión y descenso en el rendimiento escolar. Aunque las diferentes investigaciones encuentran de forma reiterada y unánime una relación entre la depresión materna y la DI, hay algunas discrepancias en cuanto a los porcentajes de coincidencia de ambos padecimientos que puedan variar entre el 7 y el 85% (Morrison, 1983; Cytryn y McNew, 1984; Del Barrio, 1990). Estas diferencias se han atribuido a las distintas condiciones que se dan en cada muestra, dependiendo de que la depresión en la madre sea actual o pasada, y también según sean las distintas edades de los sujetos estudiados y los diferentes tipos de depresiones.

Según algunos autores, ésta relación se encuentra de forma más evidente en las depresiones bipolares (Zahn-Waxler et al., 1984), incluso en edades muy precoces de los niños (Radke-Yarrow et al., 1985); así, los hijos de padres maníaco-depresivos pueden presentar, ya a partir del año síntomas de depresión tales como conducta agresiva, mal humor, hiperactividad, rabietas y retraimiento social. Sin embargo, trabajos recientes apuntan a que también se encuentra esta relación en las depresiones unipolares (Radke-Yarrow et al., 1992, 1993; Anderson y Hammen, 1993). Por tanto, es evidente que hay que considerar la depresión paterna como un factor de riesgo, sin duda el más serio de la DI.

Si se resumen los resultados de las distintas investigaciones sobre este punto encontramos las siguientes conclusiones:

- a) La gravedad de la depresión de los progenitores correlaciona con la de los hijos.

- b) La depresión materna tiene sobre el niño un impacto superior a la paterna.
- c) Los efectos de la depresión materna actúan sobre los niños desde edades muy tempranas.
- d) La duración de la depresión materna es un importante factor que influye en la aparición de la depresión en el niño.
- e) Las depresiones unipolares maternas elevan la probabilidad de aparición de depresión en los hijos.
- f) Los niños más jóvenes se ven afectados por la depresión paterna en mayor grado que los más mayores.

Los padres y fundamentalmente la madre, constituyen la base biológica y social del niño y ambos elementos actúan conjuntamente, los padres aportan sus genes, pero además ejemplifican y practican una determinada conducta. Las madres deprimidas actúan de tal manera que restringen todo tipo de actividades adecuadas para un niño, como pueden ser: una menor atención, menos actividades lúdicas, menos refuerzos verbales, menos demostraciones de cariño y una menor comunicación con los hijos en todos los órdenes (Kershner y Cohen, 1992). La comunicación verbal de este tipo de madres presenta características negativas: es menos frecuente y cualitativamente peor, ya que los enunciados suelen tener contenidos negativos (Murria et al., 1993). Por otra parte, este tipo de madres proporciona menos apoyo social, puesto que son ellas mismas las que necesitan apoyo (Garber et al., 1991). Además, incrementan la probabilidad de aparición de situaciones estresantes, tanto por que su conducta produce ya un estrés familiar, como por su incapacidad para la solución de problemas (Adrian y Hammen, 1993). Por último, parece que una madre deprimida eleva la probabilidad de aparición de acontecimientos vitales indeseables

(Goodyer et al., 1993), ya sea porque los produzca realmente o porque su apreciación de acontecimientos neutros sea peyorativa.

Las últimas revisiones sobre el tema, sostienen que la depresión parental, sobre todo la materna, supone una perturbación de la funciones familiares que afecta profundamente a todos sus miembros, sobre todo si éstos son niños, e incrementan la probabilidad de que se den alteraciones, especialmente la DI (Keitner et al., 1996). Además, se reitera que la repercusión negativa es aún más fuerte en los hijos pertenecientes al sexo femenino (Harrington et al., 1993).

Asimismo, la mejora de la depresión paterna se refleja en una mejoría de las disfunciones familiares y ésta disminuye a su vez la sintomatología depresiva de sus miembros (Goering et al., 1992). Es decir, el núcleo familiar está inmerso en un proceso de retroalimentación y comience por donde comience la disfunción o la mejoría, todo el conjunto se ve afectado negativa o positivamente, como apuntan los partidarios de la interpretación familiar sistémica.

Si la depresión parental es un factor de riesgo importante en la aparición de la DI, debe sin lugar a dudas, considerarse que la prevención primaria de la depresión infantil tiene que atender prioritariamente a este factor, especialmente en lo que se refiere a las depresiones posparto y a las que aquejan a mujeres casadas con hijos pequeños, que constituyen por otra parte, una población de alto riesgo.

3.1.1.1.1 Relaciones y otros datos de familias con un progenitor depresivo.

E. Mark Cummings y Patrick T. Davies (1994), citan algunas hipótesis sustentadas por diferentes estudios empíricos (en "*Maternal depression and Child development*"). Los hijos de padres depresivos tienen mayor riesgo para desarrollar algún tipo de psicopatología. Estos niños son de dos a cinco veces más propensos a desarrollar problemas de conducta que los niños de padres sin este trastorno (Welsh-Alli &Ye, 1988, Weissman, 1984). Los hijos de padres depresivos tienen el riesgo específico de desarrollar depresión, como también un mayor riesgo de desarrollar otros problemas (Downey &Coyne, 1990).

Mark Cummings y Patrick T. Davies (1994) postulan que no es el diagnóstico mismo de la madre lo que contribuye como factor de riesgo para psicopatología en el niño, sino la interacción madre depresiva e hijo lo que también compromete a las demás interacciones dentro de las diferentes relaciones entre los miembros de la familia (holón conyugal y parental). Proponen un modelo en el cual la influencia de la depresión materna en el desarrollo del niño actúa directa e indirectamente, esto incluye, las características parentales, las relaciones entre los padres y el hijo, y las funciones maritales, como también las características individuales del niño.

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

Existen diversos datos que indican que el padre y/o la madre que pade depresión, tienen más interacciones conflictivas y disfuncionales entre ellos y con sus hijos. Los padres depresivos son más negativos, intolerantes e intrusivos con sus niños cuando son comparados con padres sin psicopatología presente y con padres enfermos médicamente (Fiedk, 1990, Gordon, 1989, Tronick, 1989, Zajicek & DeSalis, 1979 en “Maternal depression and child development”). Se han observado altos niveles de irritabilidad y agresión manifiesta durante los episodios depresivos.

Las madres depresivas son mas críticas, tienden a culpar a sus niños y son más abusivas psicológicamente que las madres no depresivas (Burbach & Bordin, 1986, Panaccione & Waheler, 1986, Webster-Stratton & Hammond, 1988 en “Maternal depression and child development”).

Los conflictos conyugales son más frecuentes en los matrimonios con un progenitor depresivo. Los niños suelen estar expuestos a conflictos interparentales en mayor medida que los niños provenientes de hogares con padres sin ninguna psicopatología (E. Mark Cummings y Patrick T. Davies, 1994).

Es importante ver como se expresa el conflicto y si éste se resuelve o no. En dichas familias prevalecen las expresiones de enojo no verbales, en lugar de la expresión directa y apropiada del enojo. Por las mismas características de la depresión, la pareja tiende a no resolver apropiadamente los conflictos, lo cual podría producir emociones negativas en los niños. Cumming (1991) encontró en un estudio, que los conflictos no resueltos promueven enojo en

los niños, en cambio los conflictos resueltos amortiguan el impacto deteriorante en la emocionalidad y en la conducta del niño.

3.1.1.1.2 Hipótesis de la vulnerabilidad cognitiva para la depresión

La presencia de un progenitor depresivo es un factor de riesgo para desarrollar vulnerabilidad cognitiva para la depresión. La hipótesis de la vulnerabilidad cognitiva para la depresión afirma que estilos cognitivos negativos, proveen vulnerabilidad para la depresión en presencia de eventos de vida negativos. Esta hipótesis ha sido confirmada por diversos estudios, especialmente por el *Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression Project*.

La mencionada hipótesis se deriva de la teoría de depresión por desesperanza de Abramson, Metalsky y Alloy (1989) y de la teoría de la depresión de Beck (1967-1987).

En la teoría de la depresión por desesperanza, (modelo cognitivo de vulnerabilidad-estrés) la vulnerabilidad cognitiva está constituida por tres patrones inferenciales desadaptativos. Estos son:

- a) Tendencia a inferir que los sucesos negativos los causan factores estables y globales.
- b) Tendencia a inferir que los sucesos negativos presentes conducirán a eventos negativos futuros.
- c) Tendencia a inferir características negativas sobre sí mismo cuando ocurren sucesos negativos.

En la teoría de Beck, ésta vulnerabilidad cognitiva para la depresión está constituida por los esquemas depresógenos que activan el procesamiento cognitivo distorsionado o sesgado, lo que conduce al tipo de cogniciones que forman la tríada cognitiva: visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro.

Para investigar los orígenes del desarrollo de la vulnerabilidad cognitiva para la depresión, en el estudio llamado *Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression Project* se estudiaron los estilos cognitivos, conductas parentales, la psicopatología y la personalidad de los padres de los participantes. Se estudiaron también los eventos negativos durante la niñez, experiencias de maltrato, abandono y negligencia de los participantes. Cabe aclarar que la muestra era de adultos y dicho estudio fue retrospectivo.

Los resultados obtenidos fueron: que los hijos de padres depresivos tienen un alto riesgo de padecer depresión.

Basándose en los reportes de los participantes sobre la psicopatología de sus padres, Abramson (1998) encontró que las madres y los padres de los participantes con altos niveles de vulnerabilidad cognitiva para la depresión, tenían una mayor historia de desórdenes depresivos a diferencia de las madres y los padres de los participantes con bajos niveles de vulnerabilidad respectivamente (35% vs 18% para las madres y 18% vs 12% para los padres respectivamente). Mediante entrevistas directas a los padres, se encontró que las madres de los participantes con altos niveles de vulnerabilidad cognitiva tenían mayores historias de depresión que las madres de los otros participantes, mientras que los padres de ambos grupos no diferían. Ambos reportajes hallaron altos niveles de depresión en las madres de los individuos con altos niveles de vulnerabilidad, en comparación con las madres de los participantes con bajos niveles. Se deriva de los mencionados datos que la depresión,

especialmente en la madre, contribuye al desarrollo de la vulnerabilidad cognitiva para la depresión en los hijos.

Alloy (1998), encontró que los padres de los participantes con altos niveles de vulnerabilidad cognitiva, tenían mayores actitudes disfuncionales que los padres de los participantes con bajos niveles de vulnerabilidad. Los padres de los participantes con altos niveles de vulnerabilidad cognitiva, proveían a sus hijos mayor feedback depresógeno acerca de las causas y consecuencias de los eventos negativos de vida que les sucedían a sus hijos, que los padres de los participantes con bajos niveles de vulnerabilidad cognitiva.

Existe evidencia empírica para sostener que los niños de padres depresivos tienen mayor riesgo a padecer depresión, o bien, para desarrollar vulnerabilidad cognitiva que los predispone a padecerla. Se ha observado que las madres depresivas se relacionan de un modo más disfuncional en comparación con las madres no depresivas (más negativas, emocionalmente distantes, sobre protectoras e intrusivas). También se ha observado que en las familias en las cuales la madre es depresiva, hay mayor nivel de conflictos maritales. En estas familias los niños tienden a quedar expuestos ante conflictos conyugales. Estos conflictos suelen expresarse de forma no verbal y tienden a no ser resueltos, lo que impacta de forma negativa en la emocionalidad y conducta del niño.

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

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

3.1.2 Alcoholismo Paterno

Como ya se menciono anteriormente, uno de los factores de riesgo para la aparición de depresión infantil, que ha sido identificado en numerosas ocasiones, es el alcoholismo por parte del padre, la madre o de ambos, debido a los problemas biopsicosociales que esta toxicomanía ocasiona a la familia y a los hijos, directa o indirectamente. (Norberg *et al.*, 1994; Sher *et al.*, 1997; Lynskey *et al.*, 1994; Adger, 1997; Weinberg, 1997; Clark *et al.*, 1997; Hawkings, 1997; Hill y Muka, 1996; Hill *et al.*, 1997; Aragón *et al.*, 1997).

Caraveo (1994), menciona que cuando en el hogar hay algún adulto dependiente del alcohol, las probabilidades de que los hijos presenten síntomas depresivos aumenta de un 10.3 %. Los resultados obtenidos por dicho autor en su estudio, indican que asociación principal entre la depresión infantil y este factor de riesgo, giran en torno a la exposición al alcoholismo (diario, semanal, etc) es decir, mientras la exposición sea mas intensa en los padres, se determinara una mayor repercusión en los menores.

Es frecuente que el padre alcohólico, bajo los influjos del alcohol, sea un padre ausente con el cual no se puede establecer un dialogo fructifero por estar intoxicado. Esta situación del padre, que estando presente parece que esta ausente, genera en los hijos mucha inseguridad pues no pueden contar con él en el momento que lo requieran, por que no pueden ser respaldados por el padre en caso de necesitarlo ante determinadas situaciones (peleas con amigos o

compañeros de clase, dificultades con profesores, etc.) (Barrero, 2005). Otras veces el alcoholismo ocasiona un clima emocional familiar caótico en el que predomina la violencia en todas sus manifestaciones, incluyendo peleas, castigos físicos, riñas, agresiones con diferentes objetos o con armas blancas y de fuego, etc., o bien, en algunas ocasiones las escenas de celos y maltrato infantil (Barrero, 2005).

Algunas de estas situaciones provocan trastornos en los niños que continúan afectándoles en su adaptación a la vida cotidiana adulta (Hall *et al.*, 1994; Belliveau y Stoppard, 1995. en SOCIDROGALCOHOL 2000).

Por otra parte, algunos estudios que han enfocado su atención a la psicopatología específica de este grupo de la población, encontraron que los hijos de alcohólicos no constituyen un grupo homogéneo, ya que cada uno reacciona de forma diferente al estrés que produce en su familia la enfermedad alcohólica, dependiendo de la influencia de otros factores personales y ambientales. Es así, que mientras unos pueden desarrollar síntomas específicamente depresivos, otros pueden mostrarse hiperactivos o desafiantes, tener trastornos de sueño, asma o enuresis, pueden mostrar aislamiento, apatía, obsesión o fobias (Alonso-Fernández, 1970; Rodríguez-Martos, 1976 a y b; Alarcón *et al.*, 1980; Alba-Chica, 1983; García-Prieto *et al.*, 1986; González-Marín, 1988; Jiménez *et al.*, 1992; Pérez-Galvez y Vicente, 1992. en SOCIDROGALCOHOL, 2000).

Como consecuencia de la convivencia en una familia disfuncional, en la que el estado de estrés y de crisis ha sido permanente, en la que la norma ha sido la inconsistencia y el caos, hace que los hijos de alcohólicos acaben teniendo una “sensación crónica de pérdida”, pérdida de la seguridad física y económica, de los límites, de las reglas, de la comunicación, del apoyo

y el cariño, de la infancia, de la protección paterna, etc., y es por ello que los hijos de alcohólicos desarrollan, por un lado, problemas semejantes a los de otros niños que viven en hogares disfuncionales, pero también sufren problemas específicos relacionados con la experiencia alcohólica, como por ejemplo el desarrollo de roles adaptativos que terminan por convertirse en patrones de conducta disfuncionales e incluso autodestructivos durante la adolescencia y la vida adulta.

Un aspecto crítico que influye notablemente en las relaciones que establecen los hijos de alcohólicos con los demás es el temor profundo al abandono, tanto emocional como físico. Cuando son pequeños, asumen que el caos en casa puede hacer que se olviden de él, y aprenden a hacer cualquier cosa para evitarlo. Procuran no pedir demasiado, conformarse con poco tanto en sus necesidades básicas de alimento y cuidado físico, como en las de atención emocional. Funcionan a un nivel primitivo de satisfacción de sus necesidades básicas (seguridad física, alimento, etc.) y raramente buscan satisfacer necesidades de orden superior (amor, reconocimiento, etc.). De esta forma, se convierten en adultos con dificultades para desarrollar relaciones cálidas y abiertas con los demás y con tendencia al aislamiento, debido a que tienden a ser “autosuficientes” en la satisfacción de sus propias necesidades y, por otro lado, tienen dificultades para percibir y responder a las necesidades emocionales de los demás (Díaz, 2000).

En general, los hijos de alcohólicos no son capaces de identificar claramente las razones de su infelicidad. La familia alcohólica cree que el alcoholismo es un problema moral. Para tratar de evitar ese estigma, definen el problema como cualquier cosa excepto alcoholismo (como depresión, ansiedad, problemas de pareja, problemas con la crianza de los hijos, etc.). A veces los problemas de la familia son externalizados y proyectados en el ambiente (problemas

laborales, de la sociedad, de relación con el resto de la familia, etc.). En otros casos, los hijos de alcohólicos muestran una sobreidentificación con el alcohólico y acaban sintiendo odio hacia el progenitor no-alcohólico, porque piensan que no quiere ayudarlo. A menudo se creen los argumentos del alcohólico y culpabilizan al progenitor no-alcohólico de los problemas de éste. Esto ocurre especialmente en los niños más pequeños, que no son capaces de ver más allá de las apariencias, sin poder llegar a comprender lo que ocurre realmente en su familia (Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999).

En otras ocasiones los niños internalizan la culpa y la responsabilidad del caos familiar y llegan a asumir que su conducta ha sido la causa de los problemas en casa. Algunos llegan a mantener la ilusión de que pueden controlar la conducta del alcohólico, mediante su propio comportamiento y cuando comprueban que nada de lo que ellos hacen puede cambiar esa conducta, pueden acabar con el convencimiento firme e inamovible de que no se puede hacer nada para cambiar la situación, a no ser que ocurra alguna cosa desde el exterior, es decir desarrollan un *locus de control* externo y una *indefensión aprendida*, que les lleva a reaccionar con apatía, sin motivación por cambiar las cosas de su vida ("Total, por mucho que me esfuerce, todo va a seguir igual...") (SOCIDROGALCOHOL, 2000).

Finalmente, en las familias en las que hay problemas de alcohol suelen perderse los rituales familiares, los cuales son importantes para la cohesión e identidad de la familia, los roles familiares suelen estar distorsionados, o ser muy confusos, en especial los roles paternos. El padre alcohólico se muestra como un sujeto con conducta errática e impredecible, y el padre no alcohólico se suele mostrar fuerte, silencioso, como un mártir que no se queja nunca. Ambos son modelos irreales. Además, entre los padres suele haber muestras de agresividad y

manipulación; los hijos de estas familias, suelen tener que encontrar nuevas vías para definir su auto-concepto de forma positiva y encontrar caminos alternativos para sortear los problemas familiares (Aragón, Bragado y Carrasco, 1997).

3.1.3 Relaciones Paternas

Es un dato ampliamente conocido que las relaciones entre los miembros de una familia y especialmente las que tienen los padres, influyen positiva o negativamente en la conducta de los niños.

Según estudiosos del tema, las malas relaciones de los padres entre sí o entre padres e hijos, correlacionan con casi todas las perturbaciones infantiles. Por lo cual resulta importante observar la interacción familiar para dar una explicación de la conducta perturbada del niño.

La depresión no puede ser una excepción, y efectivamente se ha constatado de forma repetida su aparición cuando hay una mala calidad de las relaciones familiares (Kaslow et al., 1984; Kaslow et al., 1990; Kashani et al., 1988; Shaw et al., 1994; Fergusson et al., 1995; Kohn et al, 2001); inclusive algunos autores, mantienen que sus efectos perturbadores pueden perdurar hasta la edad adulta (Kandel y Daves, 1986; Kohn et al, 2001).

En algunas ocasiones esas malas relaciones se basan en que los padres no saben controlar sus sentimientos negativos y los dirigen al cónyuge o a sus hijos, provocando la aparición de disputas y peleas, situación que correlaciona positivamente con la depresión infantil (Ponaski y Zrull, 1970; Del Barrio, 1997, 2000). Otros autores subrayan la gran influencia que tiene un

desacuerdo entre los miembros de la pareja respecto a las normas de crianza de sus hijos; ya que este tipo de discrepancia podría incrementar especialmente la sintomatología depresiva en los niños (Puig-Antich, 1985a). Otras investigaciones subrayan que mientras las malas relaciones entre los cónyuges producen depresión en los niños, las malas relaciones entre los padres y los hijos ocasionan más bien la aparición de la agresión (MacKinnon-Lewis y Lofquist, 1996).

El hecho es que las malas relaciones paternas, interfieren en la calidad de las relaciones con los hijos, obstaculizan el cumplimiento de las mínimas reglas de crianza por la ausencia de acuerdo entre los dos progenitores y amenazan la seguridad sentimental del niño, el cual ve en guerra a las dos personas que más quiere y de las que depende afectivamente.

3.1.3.1 Relación Conyugal: violencia y otros sistemas relacionales

3.1.3.1.1 Características relacionales de la violencia conyugal

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

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

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

En las familias donde existe violencia conyugal, generalmente existe alguna forma de maltrato hacia los niños de la familia, directa o indirectamente, por ello Reynaldo Perrone y Martine Nannini las llaman familias que maltratan. En las situaciones de violencia conyugal, el conflicto irrumpe y explota de forma violenta, manifiesta y abierta, implicando generalmente áreas vitales de cada uno de los cónyuges. Los niños generalmente presencian estas situaciones (Stefano Cirillo y Paola Di Blasio, 1989).

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

Los niños que son expuestos a repetidas situaciones de violencia conyugal, experimentan sensibilización (y no desensibilización como sería esperable) a los conflictos (E. Mark Cummings y Patrick T. Davies 1994). Esta sensibilización ante el conflicto puede originar escasas capacidades para regular el afecto y resolver conflictos.

Sue Boney-Mc Coy y David Finkelhor (1996) encontraron una fuerte asociación entre la violencia conyugal y la depresión en los hijos. Kaslow y Florence (1996) también postulan a ésta como factor de riesgo para la depresión en niños.

La violencia conyugal, afecta las funciones del holón parental. Los niños aprenden modos de expresar afecto, relacionarse con un igual y resolver conflictos de acuerdo a las experiencias vividas del holón conyugal. Sin embargo, cuando la violencia irrumpe puede que dichas funciones no se lleven a cabo de manera adecuada, y los aprendizajes se realizaran de un modo no esperado.

Los cónyuges pueden descuidar tareas como: cuidar, criar, dar cariño, sostén, etc., y por consecuente caer en el abandono o negligencia hacia sus hijos.

3.1.3.1.2 Otros sistemas relacionales

Juan Luis Linares y Carmen Campo (2000) presentan una visión relacional de los fenómenos depresivos. Exponen la parentalidad (funciones parentales) y la conyugalidad (funciones conyugales), ejercidas en la familia de origen por los padres y para con los hijos y entre los padres entre sí como criterios básicos con los que se pueden abordar los fenómenos depresivos. Por parentalidad entienden la plasmación de la nutrición emocional en el contexto relacional paterno-filial, cuyas funciones son la sociabilización, reconocimiento, la valoración y el cariño que garantizan la consolidación del niño como individuo; y las funciones conyugales son similares pero añaden el deseo. Lo expuesto es similar a las características y funciones mencionadas en el capítulo dos acerca del holón conyugal y parental.

Dichos autores postulan que en la familia de origen de las personas con depresión mayor, existe una relación conyugal armoniosa y una parentalidad deteriorada que no da lugar a que se produzcan triangulaciones⁸ (en el sentido que se le da al término en relación a los trastornos neuróticos). Son padres que como pareja no son trianguladores y son poco nutrientes emocionalmente. Las funciones parentales están deterioradas, pero es difícil de detectar ya que generalmente existe una preservación de las apariencias. Los niños pueden estar hipersocializados⁹ debido a que se sienten sometidos a un alto grado de exigencia normativa y responsabilización exagerada. Los mencionados autores postulan que si los niños sucumben al peso de esta hipersociabilización, ello puede desembocar en una situación de suicidio infantil. Las funciones nutricias de la parentalidad no se cumplen porque están sometidas al logro de unas inalcanzables cuotas normativas. En este marco relacional se experimenta un desequilibrio en la balanza afectiva entre lo que se ve obligado a dar el niño y lo mucho menos que recibe. El déficit de nutrición emocional en la depresión mayor se produce a expensas de la valoración. Existe una alta exigencia que no es explícita, sino que se la da por sentada y no se valora el esfuerzo desplegado para responder a ella, se considera siempre insuficiente. La metacomunicación sobre tales temas esta prohibida, ya que existe el mandato que prohíbe manifestar emociones negativas y obliga a cuidar las apariencias. El clima emocional es frío y contenido.

⁸ Triangulación “Es el efecto de la paternidad deteriorada que cuando se combina con una conyugalidad armoniosa, presenta un frente de rechazo y exclusión que compromete seriamente la nutrición emocional del hijo afectado. Y la carencia es tanto mayor cuanto, precisamente, resulta imposible la triangulación dada la armonía que existe en la pareja parental” (Linares, 2000)

⁹ Hipersocial: Según Linares, “Es el defecto de la parentalidad deteriorada que cuando se combina con una conyugalidad armoniosa presenta un frente de rechazo y exclusión que compromete seriamente la nutrición emocional del hijo, y la carencia es tanto mayor cuanto, precisamente, resulta imposible la triangulación dada la armonía que existe en la pareja parental” (www.depresion.psicomag.com, 2006).

Las familias donde existe violencia conyugal o relación conyugal armoniosa (no trianguladora) con deterioro de la parentalidad junto con las características mencionadas, son factores de riesgo para la depresión en los niños. Cabe aclarar que el último factor mencionado no se postula en base a estudios empíricos. Este es postulado a partir de la experiencia clínica de Luis Linares y Carmen Campo (2000). Son dos sistemas relacionales diferentes, en los cuales tanto las funciones conyugales como parentales son disfuncionales.

La violencia conyugal y la exposición de los niños a ésta, es un factor de riesgo para la depresión en los hijos. Generalmente el conflicto explota de forma abierta y manifiesta, los niños quedan expuestos a tales interacciones. Desarrollan sensibilización al conflicto, lo cual produce una disminución en la capacidad de regular el afecto y resolver conflictos. Los hijos realizan diferentes aprendizajes con respecto a lo que vivencian de sus padres, como también lo que pueden esperar de las personas que poseen mas recursos que ellos. Estos aprendizajes que se realizan tomando como base al holón conyugal y parental, podrían no hacerse de forma esperada. Este último holón, puede dejar de cumplir sus funciones en forma adecuada debido a la irrupción de la violencia conyugal en la familia.

Las familias donde existe una relación conyugal armoniosa y una parentalidad deteriorada, junto con altas exigencias normativas que los progenitores dan por sentado hacia sus hijos, y una falta de valoración, son tipos de familias que podrían ser factores de riesgo para la depresión en niños.

3.1.3.1.3 Baja Cohesión

La cohesión es la ligazón emocional que los miembros de una familia tienen entre sí, tiene que ver con el grado de separación o conexión que un individuo tiene con su familia (Olson y cols, 1989 en "Transiciones de la Familia").

En un estudio sobre familias "normales" e intactas (no clínicas), Olson y cols (1983) encontraron que la cohesión familiar difiere de una etapa a otra. Las familias alcanzan su máximo grado de cohesión en las primeras etapas de su ciclo vital. Los niveles bajos se presentan en la etapa de hijos adolescentes y alcanzan los mínimos niveles cuando los hijos se emancipaban. Los niveles aumentan en las etapas del nido vacío y el retiro, pero son inferiores a las de las etapas iniciales.

Desde el punto de vista del ciclo evolutivo familiar es apropiado que los niveles de cohesión difieran de una etapa a otra. Esto posibilita la individuación de sus miembros (por ejemplo, los adolescentes puntuaban niveles de cohesión bajos, lo que refleja la necesidad de diferenciarse de su familia).

Olson y cols, (1989) postulan cuatro niveles de cohesión: desvinculada (muy baja), separada (baja a moderada), conectada (moderada a alta) y enmarañada (muy alta). Los niveles centrales son adecuados para el funcionamiento familiar, y los dos extremos problemáticos. Generalmente se ha asociado la cohesión muy alta (enmarañada) con familias psicóticas.

Garrison (1990) postula que en las relaciones familiares bajas en cohesión tiende a existir predisposición a la depresión en niños, especialmente en los miembros más jóvenes de la familia. El bajo nivel de cohesión, es la variable familiar que más contribuye al desarrollo de la

depresión en los miembros más jóvenes de la familia. Contrariamente, una estructura familiar cohesiva funciona como un factor de protección contra la depresión (Garrison, 1990; en Kaslow, Florence, 1996). Este dato sugiere que la cohesión familiar puede mediar positivamente entre factores de riesgo para la depresión en niños, por ejemplo: el abuso y la depresión.

Los niños más pequeños, son los que evolutivamente más requieren desarrollar sentimientos de pertenencia y seguridad, para luego poder individualizarse e incorporarse en el mundo extrafamiliar.

3.1.3.1.4 Bajo soporte

En cuanto al soporte familiar,¹⁰ se ha observado que los padres de niños depresivos proveen bajos niveles de reforzamiento y afecto positivo. Garrison (1990) explica el bajo soporte no como factor de riesgo, sino como una característica relacional que aparece en las familias con niños depresivos. Sin embargo, las interacciones entre padres e hijos con bajo soporte, podrían ser factores de riesgo para la depresión en niños, en caso de que este padecimiento no se haya presentado antes de dichas interacciones.

¹⁰ Soporte Familiar es una de las estructuras básicas más importantes del ser humano, en la cual cada uno de sus miembros se ajusta a los eventos que suceden de forma única e individual, la familia es el andamiaje físico y emocional más influyente dentro del almacén psíquico de cada persona, puesto que al interior del núcleo familiar se estructuran la mayor parte de las herramientas socializadoras que determinan la capacidad de cada uno para interactuar con los demás seres humanos y afrontar las adversidades de la vida.

3.1.3.1.5 Influencia de la timidez

La timidez es un factor de vulnerabilidad para desarrollar síntomas depresivos en ausencia de soporte social. La soledad media la relación entre la timidez y el incremento de síntomas depresivos (Joiner, Jr. Thomas E. 1997). El mencionado autor, realizó un estudio en el cual los resultados obtenidos confirmaron dicha hipótesis. Los participantes eran interrogados una vez y luego de cinco semanas, se les interrogaba de nuevo acerca de sus niveles de timidez, soporte social, soledad, afecto positivo y negativo. A pesar de que los participantes eran adultos (aún no graduados), podríamos pensar los resultados obtenidos en la población infantil (a pesar de que no fue la muestra seleccionada). Los participantes que eran tímidos y no tenían soporte social, incrementaban en síntomas depresivos y disminuían en afecto positivo. El bajo soporte familiar en niños tímidos y/o con inhibición interpersonal podría ser un factor de riesgo para desarrollar síntomas depresivos.

Niveles bajos de cohesión durante las primeras etapas del ciclo familiar es un factor de riesgo para la depresión infantil, especialmente en los niños más pequeños.

Se evidenció en los padres de niños depresivos bajos niveles de reforzamiento positivo y afecto positivo. La inhibición social y/o timidez del niño junto con un bajo soporte familiar se postula como un posible factor de riesgo.

3.2 ESTRUCTURA FAMILIAR

Desde perspectivas diferentes, como son la psicología social, la psicología ecológica, la psicología de la comunicación y la teoría general de sistemas se han ocupado del tema de la familia. Como se puede observar en el capítulo anterior, ésta aparece como un grupo

interactivo en el que cada uno de sus miembros sólo puede ser adecuadamente comprendido cuando se lo ve como un elemento del conjunto. La familia tiene todas las características de un sistema, de una organización que funciona como un grupo con metas comunes. Las familias viven en una dinámica sujeta a unas normas no escritas (Del Barrio 1997).

Basándose en estas normas se pueden establecer diferentes tipos de estructura familiar. Diversas investigaciones han encontrado que existe una relación entre esa estructura invisible y la aparición de patologías infantiles (Gehring y Marti, 1993) entre las que se encuentra la DI

Olson et al., (1982) establecen tres factores básicos que dan lugar a la aparición de diferentes tipos de estructura familiar; estos factores son: cohesión, control y comunicación. La cohesión se refiere a los lazos sentimentales que unen al grupo familiar; éstos pueden ser fuertes o débiles, dando lugar a una distribución en la que sus miembros fluctúan entre estar muy disgregados o excesivamente unidos. Otros términos empleados para describir este factor son los de cordialidad o afecto. El control depende del grado en que se imponen las normas de convivencia y da lugar a la aparición de unas familias rígidas, cuando el control es fuerte, o caóticas, cuando no existe ninguno; la flexibilidad es termino medio que combina una cierta normativa con la adaptación a los cambios. Por ultimo la comunicación actúa modulando los dos factores anteriores, facilitando o impidiendo la interacción entre los miembros del grupo familiar (Del Barrio, 1997).

La combinación de estos factores da lugar a la aparición de distintos tipos de estructuras familiares: los polos extremos vendrían marcados por las familias rígidas-afectivas, rígidas-frías, laxas-afectivas y las laxas-frías. La estructura más nociva, parece que es la rígida-fría y la

mejor aquella que reúne el término medio de control (flexibilidad) con un grado justo de afectividad.

La falta de cohesión familiar se ha relacionado con todo tipo de patologías en los hijos: trastornos de conducta, consumo de drogas, depresión (Prange et al., 1992) y la rigidez, con los trastornos de conducta.

La depresión concretamente se produce más habitualmente en las familias con normas muy rígidas y con distanciamiento afectivo (Ariete y Bemporad, 1980; Garrison et al., 1985; Stara et al., 1990; Goodyer et al., 1991; Greenberger y Chen, 1996), o bien, simplemente, en familias en las que su cohesión es baja (Cumsille y Epstein, 1994). Igualmente un excesivo control familiar puede generar altos niveles de depresión (Dadds et al., 1992).

Cuando se ha pretendido explicar los anteriores resultados se ha estimado que los padres autoritarios y rígidos no permiten a sus hijos la toma de decisiones ni la autonomía, situándole en frecuentes situaciones de indefensión, las cuales terminarían por provocar en los niños vulnerabilidad ante estímulos que desencadenan una depresión. Por otra parte, la frialdad y el distanciamiento típicos de esa actitud paterna, resultan ser disfunciones de la conducta de apego, que a su vez provoca en los hijos sentimientos negativos hacia sí mismos (Amanta y Butler, 1984).

3.2.1 Divorcio

Se ha señalado repetidamente que la ruptura de la pareja es un estresor que afecta al estado emocional de los niños y favorece el incremento en ellos de la depresión (Peterson y Zill, 1986; Quinton , Rutter y Gulliver , 1990; Chen et al., 1995), sin embargo, cada vez es más frecuente encontrar trabajos en los que no se da, al menos incondicionalmente, esa relación entre la aparición de la DI y la pertenencia a familias rotas y uniparentales (Pons y Del Barrio, 1993; Pons y Del Barrio, 1995; Steinhausen y Reitzle, 1996, Bernstein y Brochardt, 1996).

Parece que no es la ruptura en sí, si no las consecuencias negativas del divorcio (tales como el descenso del nivel económico, los cambios de domicilio y pérdidas afectivas) lo que verdaderamente afecta a los niños (Cowen et al., 1990). Entre todos esos factores negativos, sobresale la existencia de una mala calidad de las relaciones paternas antes y después del divorcio; ese factor es lo que verdaderamente influye en la aparición de la de depresión en los hijos. En una muestra de niños españoles se constato que efectivamente, la sintomatología depresiva era igual en los niños de familias rotas que en los de familias no separadas, pero en estos últimos la depresión era más alta cuando se trataba de niños cuyos padres mantenían entre sí malas relaciones (Pons y Del BArrío, 1992). Es este mismo estudio se hizo patente que los niños más pequeños se ven más afectados. Al parecer en situación de separación familiar, las niñas son más vulnerables que los niños (Rodgers, 1994).

En definitiva, esta claro que las peleas entre los padres afectan a los hijos, aunque la familia no esté rota, e incluso a veces más cuando no lo está; esto, según algunos autores, sería debido

a que las riñas y el estrés que éstas producen en los hijos se dan más frecuentemente (Rutter, 1970).

Algunos estudios han investigado la diversidad de patrones de ajuste de los niños al entorno y el divorcio. Especialmente se han centrado en las interacciones entre los factores individuales, familiares y extrafamiliares que deterioran o promueven el ajuste de los niños para manejar satisfactoriamente el conflicto, la separación, la pérdida y los cambios en su nueva situación familiar. Los estudios actuales reconocen que el divorcio es un paso más en la serie de transiciones familiares que afectan las relaciones familiares y el ajuste de los niños. Éstos toman en cuenta las experiencias en la familia que anteceden al divorcio, las transiciones maritales seguidas al divorcio y la vida en familias monoparentales, que impactan el ajuste del niño. Entienden que el divorcio está asociado con cambios estresantes en la vida de los miembros familiares, como también puede representar un escape del conflicto para garantizar armonía y mejores oportunidades para desarrollarse y crecer (E. Mavis Hetherington & Margaret Stanley Hagan, 1999).

Hetherington y Hagan (1999), revisaron los hallazgos de las investigaciones del ajuste de los niños en familias divorciadas, exponen factores de riesgo y de protección que contribuyen o amortiguan los problemas de los niños. Postulan que solo el 40 % de los niños en Estados Unidos pasan su niñez con ambos padres biológicos casados. Después de un divorcio el 84% de los niños residen con su madre solamente. Esta situación es temporal ya que el 65 % de las mujeres y el 75 % de los hombres vuelven a formar pareja (Bumpass & Raley, 1995; Cherlin & Furstenberg, 1994 en Hethering, E. Mavis, Stanley-Hagan, Margaret, 1999). El divorcio se da con mayor frecuencia en los segundos matrimonios, por lo que los niños son expuestos a

múltiples series de cambios en sus relaciones familiares y roles. Éstos experimentan consecuencias aversivas en su ajuste al medio (Capaldi & Patterson, 1991).

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

El divorcio está asociado en los niños con desórdenes internalizantes como síntomas de ansiedad, Depresión y con problemas en las relaciones sociales.

Los niños con padres divorciados tienen un pobre ajuste social, emocional y académico en comparación de los niños con familias intactas (Amato & Keith, 1991, Hetherington, 1993, Zill Morrison & Coiro, 1993 en Hetherington, Mavis E., Bridges, Margaret & Glendessa M. Insabella, 1998).

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

Se ha propuesto que los niños más jóvenes, son mas afectados por el divorcio que los niños más grandes y/o adolescentes. Los niños pequeños tienen una menor capacidad para

entender los eventos familiares, son más propensos a culparse a sí mismos, sentir miedo por el abandono y tienen menos acceso a la posibilidad de soporte en relaciones fuera de la familia.

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

En cuanto al género, los varones y mujeres parecen igualmente vulnerables a desarrollar problemas de conducta y síntomas depresivos. El estrés asociado a las transiciones familiares, tiende a exacerbar los problemas y el pobre ajuste en los niños preexistente al divorcio. E. Mark Cumming & Patrik T. Davies (1994), postulan que los niños en familias con altos conflictos maritales, exhiben similares problemas externalizantes e internalizantes que los niños de familias divorciadas. Exponen que la violencia psíquica y la exposición de los niños a los conflictos, son altamente dañinos para éstos. Los autores mencionados, han concluido que muchos de los problemas de los niños atribuidos al divorcio, son en realidad causados por matrimonios conflictivos.

El ambiente familiar juega un papel central en las respuestas de los niños al divorcio. Los factores de estrés extra familiar, desventajas socioeconómicas, salud psíquica y física de los padres ponen a los niños en riesgo para poder sobrellevar el divorcio. El impacto de estos factores es mediado o moderado por las relaciones familiares, especialmente por las cualidades parentales (Hetherington, 1993, Simons & Associates, 1996).

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

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

3.2.1.1 Posibles relaciones en la situación de divorcio

Para comprender algunas características relacionales de las familias conflictivas en una situación de divorcio, tenemos la explicación de Juan Luis Linares y Carmen Campo (2000). Estos autores exponen con una perspectiva relacional las características de las familias de origen de los distímicos. Éste podría ser un buen modelo para comprender a nivel relacional, lo que sucede en algunas familias conflictivas antes y durante el divorcio relacionándolo con los factores de riesgo para la depresión en niños. Dichas familias se caracterizan por triangulaciones manipuladoras. Existe una proyección de la desarmonía conyugal de los padres sobre la parentalidad. Ésta última queda deteriorada debido al impacto de las triangulaciones manipulatorias.

El niño queda atrapado entre mensajes superpuestos y contradictorios como: “ponte de mi parte, yo te doy mas”, entre otras posibles. Estas situaciones generan ansiedad, a la cual se

añade el impacto de la pérdida que puede producirse a nivel relacional y debido a las alianzas que las triangulaciones manipulatorias pueden generar, se incorpora el componente depresivo. El niño puede quedar aliado con uno de sus progenitores y antagónico con otro, lo que genera pérdidas de una figura de apego y culpa.

Estas triangulaciones manipuladoras, junto con la pérdida de una figura de apego, pueden ser frecuentes en las familias que se divorcian.

En diferentes estudios se ha asociado al divorcio con problemas externalizantes, como conducta antisocial e internalizantes, como depresión. Se postula que los niños provenientes de familias divorciadas y uniparentales evidencian en mayor medida depresión que los niños de familias intactas. También se evidenció, que los niños en familias con altos conflictos maritales exhiben similares problemas externalizantes e internalizantes que los niños de familias divorciadas.

El estrés extra familiar, desventajas socioeconómicas, salud psíquica y física de los padres, ponen a los niños en riesgo para sobrellevar el divorcio, estos factores son mediados por las relaciones parentales, especialmente las cualidades parentales. Los niños en situaciones altamente estresantes como el divorcio, necesitan especialmente buenas cualidades parentales, sin embargo, los estudios revelan que una parentalidad positiva es rara en estas situaciones. (Linares y Campo, 2000)

3.3 RELACIONES FAMILIARES

3.3.1 Malas relaciones padres – hijo

Como el niño es un ser inmaduro que depende durante un largo tiempo del cuidado de sus padres, es sumamente importante para él la calidad de esta relación. La interacción padres e hijos es un elemento fundamental desde todas las perspectivas de las que se puede contemplar el desarrollo infantil. Los niños generan su lenguaje, afectividad y socialización en el marco de la comunicación paterna. Cualquier disfunción en esa comunicación puede fomentar la aparición de perturbaciones y también de la DI.

Como ya se ha mencionado, aquella conducta paterna y especialmente la materna, que conlleva a una menor tasa de muestras de afecto, tasas bajas de comunicación social, críticas más frecuentes, rechazo, actividades reducidas, etc., refuerza o induce la patología del niño. Este patrón de conducta paterna aparece sistemáticamente en los padres de hijos deprimidos y probablemente estimula aquel comportamiento restrictivo, en todos los órdenes, que es tan propio de la DI (Cole y Rehm, 1986).

3.3.2 Apego

La relación más precoz de todas es también una de las más importantes: El apego (*attachment*), al que también se ha llamado “vínculo afectivo”. Se llama así al vínculo precoz entre madre e hijo, el apego es una conducta innata que funciona como un cierto troquelado, puesto que a unas determinadas conductas de la madre se acoplan las respuestas del

neonato y viceversa, como piezas de un rompecabezas que encajan perfectamente entre sí en función de la consecución de unas metas de comunicación y comportamiento. Según Bowlby (1982), esta relación individualizada por parte del niño y la suele establecer con la madre, aunque puede disfrutarla cualquier otra persona que haga sus veces. Hay que recordar que el apego es inespecífico entre los 4 y los 6 meses, época en la que el niño comienza el reconocimiento sentimental de su madre.

Este dato se ha relacionado con la capacidad de un niño de percibir la permanencia de un objeto, que se consolida entre los 3 y 6 meses (Piaget, 1937).

Igualmente hay que subrayar el carácter de doble troquelado que tiene esta conducta. No sólo es el niño el que se vincula a la madre, sino que también ésta se vincula al hijo de modo estable e individualizador. Notemos aquí, que semejante comportamiento puede o no producirse, o bien, hacerlo de una manera deficiente por disfunciones de la madre o del hijo; las más habituales son las siguientes:

- El niño no estimula la atención de la madre.
- Su estimulación es excesiva (la irrita).
- La madre no responde a la llamada de atención del niño.

La evaluación del apego se realizó mediante la observación de las reacciones de la díada madre-hijo en situaciones concretas: aparición de un extraño, ausencia de la madre, reencuentro con ella (Bowlby, 1969). Las conductas observadas ante un extraño se categorizaron de la manera siguiente: apego (cobijarse en la madre), miedo (lloros y gritos), exploración (interés ante el extraño), afiliación (sonrisa) y mixta (combinación de afiliación y miedo) (Bretherton y Ainsworth, 1974).

Esta evaluación del apego ha permitido determinar aquellas características de las conductas de la madre que facilitan o dificultan el apego (Ainsworth et al., 1971) y son:

- Sensibilidad versus insensibilidad.
- Aceptación versus rechazo.
- Cooperación versus interferencias.
- Accesibilidad versus ignorancia.

La madre que es sensible, que acepta a su hijo, que coopera con él en sus actividades y que es accesible a sus demandas, fomenta la conducta de apego. Por el contrario, si no se conmueve, rechaza, prohíbe e ignora las conductas de su hijo, está produciendo una carencia que repercute en la estabilidad social y emocional del niño.

Como se ha dicho, la conducta de apego depende también del niño. Si un niño tiene dificultades (sordera, autismo, parálisis cerebral, etc.) y no responde a los requerimientos de la madre, puede llegar a extinguir es ésta sus intentos de comunicación.

Los niños de temperamento difícil pueden también dificultar el apego.

Las conductas del niño que dificultan la conducta de apego por parte de la madre son:

- Llanto excesivo
- Inexpresividad
- Rechazo del contacto físico.

Paralelamente, existen también condiciones positivas en el niño que estimulan la conducta de apego por parte de su madre, entre las que cabe contar: las repuestas positivas a la comunicación, un buen desarrollo intelectual y un temperamento fácil.

Un apego bien establecido parece estar en relación directa con la seguridad del niño, siendo ésta la base en donde se asienta su estabilidad emocional. Ello fomenta en el niño la función exploratoria y facilita el éxito en su enfrentamiento al mundo. La ausencia del vínculo afectivo se relaciona directamente con la inseguridad, el retraimiento y la inestabilidad emocional (Ainsworth et al., 1971). Se diría que el apego es un cordón umbilical psíquico que permite al niño asimilar a través de su madre el mundo circundante. La conducta de apego canaliza la afectividad del niño y su ausencia tiene una gran importancia en la aparición de sus trastornos emocionales, especialmente la depresión.

Existen estudios experimentales que en una situación de interacción cara a cara madre e hijo, han comprobado que las madres pueden inducir comportamientos depresivos (boca curvada, cuerpo doblado, inmovilidad) en sus bebés de dos a veinte semanas de edad, inhibiendo toda respuesta afectiva (manteniéndose en silencio u con cara inexpresiva durante 3 minutos) ante los intentos de comunicación del niño. Por el contrario, las madres que interaccionan y contestan con vocalizaciones y caricias producen movimientos de alegría y excitación en sus hijos (Tronick et al., 1978).

Un trabajo tardío de Bowlby (1980) sobre niños de dos años, señala que la respuesta depresiva a la separación de la madre se produce más intensamente en aquellos que tienen más desarrollada la capacidad de rememoración de modelos y subraya la importancia de la madurez cognitiva en los procesos afectivos.

En relación a la DI, hay que considerar la posibilidad de que el vínculo se rompa, que se establezca precariamente, o que no exista. La ruptura del vínculo se considera, según ya

hemos visto, el desencadenante de la depresión anaclítica (Bowlby, 1958), 1969) y naturalmente cuanto más fuerte es el vínculo, mayor habrá de ser el estrés emocional que provoque su ruptura. Estaríamos aquí, ante una depresión por pérdida de la madre, es decir, ante un duelo patológico. Esta ruptura puede darse por abandono, muerte o institucionalización.

La institucionalización del niño como lo ha señalado Spitz, es un posible desencadenante del a DI. Estudios recientes siguen encontrando una mayor tasa de problemas emocionales y depresión en niños institucionalizados (Steinhausen y Reitzle, 1996).

La forma más drástica de separación es la muerte paterna. Los primeros estudios sostenían una relación inequívoca entre muerte o pérdida paterna y aparición de depresión tanto en niños como en adultos (Brown, 1961; BROS y Harris, 1978). Se consideraba que la muerte representaba el desencadenante, combinada con la vulnerabilidad del niño, ya fuese de carácter personal o social. Entre todos los factores sociales posibles, se destacaba como el más negativo, la ausencia de apoyo social.

Estudios posteriores parecen confirmar que lo que verdaderamente causa la depresión no es tanto la desaparición precoz de la madre o el padre, sino la falta de un sustituto adecuado y por tanto la carencia de los cuidados y de la atención indispensables para un desarrollo correcto (Parker, 1992). Este hecho vuelve a plantear la cuestión de que el vínculo del apego no sea algo exclusivo de la madre biológica, sino que puede producirse con la persona que haga con él el papel de madre. Si existe apego adulto-niño, existe atención, cuidado; si no existe es más probable que se produzca el abandono, la desatención y la ausencia de las pautas adecuadas de crianza.

La ausencia de apego o la inseguridad en el mismo, parecen ser también fuentes de la DI, en este caso el niño no pierde algo que tenía, sino que las funciones que habría de cumplir el apego no se dan, en consecuencia, las necesidades del niño no se satisfacen y por tanto estaríamos ante una situación de carencias (Main et al., 1985).

Además de los casos de depresión analítica que ya se han descrito, se recogen en la literatura científica casos de depresión precoces que no se deben a la separación de la madre, sino a una deficiente comunicación con ella. Por ejemplo, Robertson (1945) puso de manifiesto que un bebé de dos meses que presentaba un cuadro de depresión, salió de ella por el cambio de actitud de la madre, que favoreció la comunicación entre ambos; una niña de 10 días cuya madre deprimida no establecía con ella ningún tipo de comunicación, generó un grave cuadro depresivo (Brazelton et al., 1971). También existen cuadros similares con personas de referencia que no son la madre; tal es el caso de cierto bebé de 6 meses que desarrolló una depresión por despido de su niñera (Wisdon, 1977).

Los datos sobre la relación entre apego deficiente y depresión infantil se constatan en algunas investigaciones. Main (1977), Asarnos et al., (1987) y Gaensbauer (1982), nos informan de la presencia de conductas depresivas (llantos, peleas, destrucción de juguetes, retraimiento) en niños con un apego inseguro; en la misma dirección apuntan otros trabajos más recientes (Hammen, 1992; Kovak et al., 1992).

El abuso infantil puede ser considerado como una perturbación de la conducta de apego, ocasionada por alteraciones que afectan a los adultos. Realmente hay muchas razones para considerarlo así, puesto que se ha mostrado que los padres abusadores, son en alta

proporción, personas que han sido previamente abusadas y que generalmente son psíquicamente enfermas o consumidores de drogas. Las secuelas que esta conducta paterna puede producir en los niños son variadas, pero una de las más habituales es la depresión. Existen estudios que muestran, efectivamente, que los niños abusados desarrollan depresión y ello desde edades muy tempranas (Main y Golwyn, 1984; Sternberg et al., 1993; Lizardi et al., 1995).

Cuando se estudia con mas detenimiento los efectos de la violencia paterna en los niños, parece que los episodios aislados de la misma incrementan la depresión, pero si la violencia es crónica no llega a producirse ese aumento, puesto que los niños se acostumbran a ella y generan a su vez conductas agresivas (Fitzpatric, 1993).

También es frecuente encontrar datos que relacionan el rechazo materno con la depresión infantil en edades más avanzadas, en todo caso parece que el apego deficiente deja huellas duraderas. Prácticamente hay unanimidad en todas las investigaciones sobre la existencia de una correlación positiva entre las malas relaciones padres-hijos y depresión. Por otra parte, también se ha comprobado que el curso de la depresión en el niño correlaciona con esta interacción, puesto que cuando la relación es mala es mas difícil la recuperación y la mejoría del niño (Puig-Antich et al.,1985).

Todo lo que se ha visto sobre apego nos muestra que el desajuste de este primer vinculo supone un factor de riesgo a la aparición de las depresiones precoces y que el establecimiento de una relación madre-hijo armónica desde el comienzo es sumamente importante para desarrollar una emocionalidad adecuada.

3.3.2.1 Teoría del apego

Bowlby (1969), definió la conducta de apego como cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo. El apego que tiene un individuo hacia otro significa que está dispuesto a buscar proximidad y contacto con ese individuo, y lo hace especialmente en circunstancias específicas (se observa claramente cuando la persona está enferma, asustada, etc.). La conducta de apego es una forma fundamental de conducta con una motivación distinta de la alimentación y el sexo. Dicha conducta puede manifestarse de diferentes maneras, en diferentes circunstancias y con diferentes individuos, en cambio un vínculo de apego (apego duradero) está limitado a pocas personas, es el que se establece con un individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo.

En los orígenes de la teoría del apego, Bowlby tomó los estudios de Harlow. Sus estudios se basaron en una especie de primates, cuyas crías mostraban marcada preferencia hacia una madre ficticia “tierna” que no proporcionaba alimento, a una ficticia y “dura” que sí lo hacía.

La teoría del apego postula que las personas tienen una tendencia innata a buscar vínculos de apego, cuyas funciones son la supervivencia de la especie, protección y la satisfacción individual.

Cuando las personas nacen se apegan a las personas cercanas que cuidan de él, generalmente la madre, aunque no necesariamente debe ser la madre biológica. Si no se

desarrolla un vínculo de apego tempranamente, los individuos son vulnerables a sufrir diferentes padecimientos.

Bolbwy estudió las conductas de los niños pequeños durante separaciones temporales de la madre. Observó sucesivas conductas de protesta, desesperación, y por último desapego. Dicho autor asoció las dificultades de apego, como sucesivos desapegos al principio de la vida, con dificultades en la vida adulta de formar nuevos vínculos de apego e incapacidad de ser empático. Postula que a lo anterior no se le considera depresión infantil, sino una forma universal de duelo secundaria a la separación. Otros autores lo postulan como factor de riesgo para la depresión en niños, especialmente relacionado con el modo en como se establecen dichos vínculos.

3.3.2.2 Apegos inseguros y ambivalentes

El saber que la figura de apego es accesible y sensible, le da al niño un fuerte sentimiento de seguridad. Su presencia continua y segura ayuda al niño a explorar su medio ambiente, a relacionarse con sus pares, a sentirse protegido, y ser miembro de un grupo.

Algunos de los modos en que se establecen los vínculos de apego entre el niño y su figura de apego, son factores de riesgo para la depresión en los niños.

Nadine J. Kaslow, Catherine Gray Deering y Peter Ash (1996), han postulado que los vínculos de apego que se caracterizan por la alternación entre la sobreprotección y el rechazo y/o abandono de los padres hacia sus hijos, son un factor de riesgo para la depresión en niños. Este estilo parental inconsistente es asociado con vínculos de apego inseguros, lo que

conduce a que los niños perciban como incontrolable sus experiencias, despertando sentimiento de indefensión y desesperanza. La experiencia cotidiana se torna para el niño en incontrolable (tanto para sucesos deseados como para sucesos aversivos), junto con sentimientos de indefensión sobre la posibilidad de cambiar la ocurrencia de los sucesos.

Los vínculos de apegos “no seguros”, ambivalentes o rechazantes, interfieren con el desarrollo de nuevos vínculos afectivos fuera de la familia.

Blatt y Homan (1992), exponen que el tipo de síntomas depresivos podría estar determinado, en parte, por las modalidades de apego entre padres e hijos.

La depresión anaclítica, caracterizada fundamentalmente por sentimientos de indefensión, dependencia de otros y preocupaciones acerca de pérdidas, está relacionada con apegos inseguros y ambivalentes. La depresión introyectiva, caracterizada por sentimientos de culpa, inferioridad, preocupaciones acerca de la propia valía y logros, esta relacionada con vínculos evitativos y rechazantes de apego.

3.3.3 Interacción padres-hijos

La interacción padres-hijos es más dilatada en el tiempo que el apego (0-6 años) y puede producirse en ella un desajuste en cualquier punto del desarrollo del niño.

Así como son pocos los padres que no sienten ternura y cariño por sus hijos pequeños, hay muchos que comienzan a impacientarse y a tener problemas de relación con los hijos cuando éstos ya no son tan pequeños, cuando chocan con otra voluntad, razonamiento o crítica. Las relaciones entre padres e hijos, cuando el niño se va convirtiendo en una persona que razona, pueden ser buenas, malas o inexistentes.

En las investigaciones llevadas a cabo sobre este tema se hace evidente que la interacción mala o escasa con los hijos, es fuente de aparición en ellos de muy diversos tipos de problemas y principalmente de depresión. En un trabajo de Aseltine et al. (1994), se apreció que las malas relaciones familiares aparecían en un 15% de sujetos normales y en un 51% de los niños deprimidos. Este dato se encuentra de una manera constante en las investigaciones en las que se estudian estas variables (Fergusson et al., 1995).

Específicamente, la depresión se asocia con una deficiencia en la relación ocasionada por ciertas conductas paternas. Una de ellas es la excesiva presión de los padres en función de expectativas poco realistas (Stark, 1990). Muchos padres esperan que sus hijos logren metas inalcanzables, en estas ocasiones los niños comparan sus logros con lo que se espera de ellos y entran en un proceso de deterioro de la autoestima que les lleva a la depresión. Otra son las actitudes coercidas que impiden a los niños desarrollar su propia autonomía (Dadds et al., 1992; Del Barrio y Mestre, 1989; Pons y Del Barrio, 1993; Del Barrio et al., 1994c; Del Barrio, Moreno y Roa, 1994). En estos casos los niños se acostumbran a tener unas directrices puntuales que les deja inermes ante problemas nuevos que tienen que asumir en solitario.

Algunos padres pueden pensar que las cosas van bien, porque no chocan con sus hijos, y ello porque no los ven ni saben lo que hacen, pero también se ha encontrado mayor tasa de sintomatología depresiva en los hijos de aquellos padres que prestan poca atención a sus hijos, aunque las relaciones no sean malas (Bifulco et al., 1987).

Por el contrario, las buenas relaciones familiares funcionan como un amortiguador de las alteraciones infantiles, incluida la depresión (Lewinsohn et al., 1994; Mestre et al., 1994;

Asetline et al., 1994). El apoyo familiar en todas sus formas, se perfila como uno de los elementos más eficaces para la prevención de todo tipo de problemas en la infancia y por supuesto también de la depresión. Este apoyo debe mantenerse en sus justos límites, puesto que la sobreprotección paterna, que es el lado negativo del apoyo, puede generar también disfunciones en la adaptación social del niño. La familia se convierte en el gran mediador del proceso de socialización infantil y para que su función sea ajustada, debe mantener el equilibrio entre la afectividad, la atención, la dedicación y los diferentes elementos de control entre los que se encuentran la regulación de la conducta, las normas de disciplina y la estimulación de la independencia del niño.

3.3.4 Maltrato infantil

El maltrato infantil es un tema de reciente estudio, pues no fue sino hasta mediados del siglo XIX, que el cambio en los puntos de vista culturales llevaron a la aparición del "*Child Welfare Movement*" (Movimiento por el Bienestar Infantil). A raíz de ello, se empezó a considerar a la infancia como uno de los grupos vulnerables de nuestra sociedad, específicamente, como uno de los integrantes de la unidad familiar más susceptible de ser objeto de violencia.

Dentro de la investigación a cerca de los factores de riesgo para la DI, el maltrato infantil es uno de lo de los mas estudiados. Para comprender el problema del maltrato infantil, es necesario conocer algunas de sus definiciones, tenemos por ejemplo, la definición de la Federación Iberoamericana Contra el Maltrato Infantil, quien cataloga esta problemática como:

"... una enfermedad social, internacional, presente en todos los sectores y todas las clases sociales, producida por factores multicausales, interactuantes y de diversas

intensidades y tiempos, que afectan al desarrollo armónico, íntegro y adecuado de un menor, comprometiendo su educación y, consecuentemente, su desempeño escolar, con disturbios que ponen en riesgo su socialización y, por tanto, su conformación personal y , posteriormente, la social y la profesional". (declaración de México sobre el maltrato a los niños , en Ruiz C. 2003, p. 162).

La Comisión Nacional de Derechos Humanos, menciona que el maltrato infantil es "Todo acto u omisión encaminado a hacer daño aun sin esta intención, pero que perjudique el desarrollo normal del menor" (Avedaño S. 2003).

Kieran y O'Hagan realizan una diferenciación entre maltrato emocional y psicológico; señalando que el primero es la respuesta emocional inapropiada, repetitiva y sostenida a la expresión de emoción del niño y su conducta acompañante por parte de los padres, siendo causa de dolor emocional (miedo, humillación, ansiedad, desesperación, etc) lo cual inhibe la espontaneidad de sentimientos positivos y adecuados, ocasionando deterioro de la habilidad para percibir, comprender, regular, modular, experimentar y expresar apropiadamente las emociones produciendo efectos adversos graves en su desarrollo y vida social". Mientras que lo psicológico, es la conducta sostenida, repetitiva, persistente e inapropiada (violencia domestica, insultos, actitud impredecible, mentiras, decepciones, explotación, maltrato sexual, negligencia y otras) que daña o reduce sustancialmente tanto el potencial creativo como el desarrollo de facultades y procesos mentales del niño, que lo imposibilita a entender y manejar su medio ambiente, lo confunde y lo atemoriza haciéndolo más vulnerable e inseguro, afectando adversamente su educación, bienestar general y vida social (Avedaño y Robles, en Ma. Jiménez, 2003).

Otra definición es la aportada por Stefano Cirilo y Paola di Blasco (1991), quienes definen al maltrato infantil como “actos y carencias que turban gravemente al niño, atentan contra su integridad corporal, su desarrollo físico, afectivo, intelectual y moral, y cuyas manifestaciones son el descuido y/o lesiones de orden físico y/o sexual por parte de un familiar u otras personas que cuidan al niño”.

A pesar de la gran cantidad de definiciones del maltrato infantil que podemos encontrar, no existe una definición específica de esta problemática, ya que resulta difícil establecer un concepto unitario de lo que se debe entender por maltrato infantil, puesto que existen diferentes subtipos de maltrato y cada uno de ellos posee su propia definición.

A este respecto Ruiz C. (2003), clasifica al maltrato infantil en 5 formas específicas de comportamiento en que se concreta el maltrato infantil; esta clasificación la realiza sobre la base de si la actitud de los padres o de cualquier otro miembro integrante de la familia, lo es por acción o por omisión, y a su vez, si esta actitud activa o pasiva pone en riesgo las necesidades físicas o psíquicas del menor. Las definiciones que de cada uno de estos conceptos se realiza, quedan establecidas de la siguiente manera:

	Activo	Pasivo
Físico	Maltrato físico Abuso sexual	Abandono físico
Emocional	Maltrato emocional	Abandono emocional

El maltrato físico es cualquier acción no accidental, de la cual el niño es un objeto por parte de los padres o cuidadores, y que provoca o puede provocar daño físico o enfermedad en el niño. En este caso, por definición la lesión no es accidental, pero tampoco es premeditada. El maltrato físico puede ser resultado de un castigo físico inapropiado para la edad y características del niño. Los abusos físicos son identificados por que producen fracturas, hematomas, quemaduras etc. (Ruiz C.,2003).

El niño que ha sido maltratado físicamente se puede mostrar cauteloso con respecto al contacto físico con adultos, puede presentar agresividad o rechazo, miedo de sus padres o de ir a casa, etc.

En lo que respecta al abuso sexual, éste es cualquier clase de contacto sexual, del cual el niño es objeto por parte de un familiar u otras personas desde una posición de poder o autoridad sobre aquel. El abuso sexual puede tomar varios aspectos:

- Evocación sexual: llamadas telefónicas, exhibicionismo, imágenes pornográficas, lenguaje de una extrema crudeza sexual con el niño.
- Estimulación sexual: contacto erótico o pornográfico, masturbación, contactos genitales incompletos, participación forzada en la sexualidad de una pareja, etc.
- Consumación sexual: intento de violación o violación con penetración vaginal, oral o rectal (De Ajuriaguerra, 1996; Ruiz C., 2003).

Alfonso Martínez Taboas (1997), menciona que en diversos estudios se indica que los niños entre los 6 y 7 años representan un grupo con una alta vulnerabilidad para ser víctimas de abuso sexual. Además agrega que en hogares donde existe abuso sexual en niños, también

exista abuso emocional, abuso físico y alguna clase de abandono, entre otros indicadores de ambientes familiares caóticos.

Entre los efectos a corto y mediano plazo del abuso sexual tenemos que éste puede generar confusión y ansiedad alrededor de la identidad de género y disturbios conductuales. En los varones son más comunes las conductas agresivas mientras que las niñas manifiestan pensamientos y actividades suicidas; ambos manifiestan más tristeza, dolores de estómago, apatía, falta de interés por el juego, aislamiento, crisis de llanto, miedos y problemas al dormir que los niños no abusados (De Ajuriaguerra, 1996; Alfonso Martínez Taboas, 1997).

Oates (1994) encontró que de 84 niños abusados sexualmente y seguidos por un espacio de 18 meses, un 35 % se mantenían deprimidos y un 56 % tenía una autoestima muy baja. El mencionado autor postula en base a los hallazgos que un número significativo de estos niños pueden llegar a presentar un severo estado depresivo. (en Martínez Taboas, 1997).

El maltrato emocional es un acto de naturaleza activa, como insultos verbales, coacciones o cualquier otro esfuerzo intencionado, que trata de menoscabar la valoración de sí mismo en el niño. Es considerado como una de las formas más peligrosas de maltrato, debido a que en un gran porcentaje de los casos ni los padres, ni los niños, son conscientes de lo que ocurre; este tipo de maltrato es difícil de detectar e identificar como tal. Las repercusiones emocionales son inherentes y llevan aparejado un grave componente psicológico; por ejemplo, se puede decir que las quemaduras, las heridas o los golpes se pueden curar con las atenciones médicas y el transcurso del tiempo; en cambio las secuelas emocionales, tales como el sentimiento de culpa o la confusión pueden permanecer sin resolverse durante muchos años, inclusive toda la vida (Ruiz C., 2003). Un niño maltratado emocionalmente puede comportarse de manera

polarizada ya sea que se muestre extremadamente complaciente, pasivo y tenga conductas exageradamente adaptativas, o bien, puede ser exigente, agresivo tener actitudes demasiado infantiles (mecerse y chuparse el dedo), además de presentar retrasos en el desarrollo físico, emocional e intelectual o intento de suicidio (Arrubarena y de Paul, 1994; Ruiz C., 2003).

El abandono físico se da cuando las necesidades físicas del niño no son atendidas temporal o permanentemente por sus padres o la persona que esta a cargo de sus cuidados. Entre las conductas que conllevan al incumplimiento de las obligaciones paterno-filiales, destacan el no proporcionar al menor atenciones básicas como alimentación, vestido, cuidados médicos, etc. (Ruiz C., 2003).

Y el abandono emocional, es el que ocurre en circunstancias en las que los adultos significativos para el niño, son incapaces de proporcionarle el cariño, la estimulación, el apoyo y la protección necesarias en sus diferentes etapas de desarrollo, y que inhiben su funcionamiento óptimo. Al igual que el abuso emocional, las secuelas son más duraderas y en ocasiones irreparables. Como fruto del abandono se puede producir un deterioro en la autoestima del menor, llevando aparejado un alto nivel de conducta agresiva y antisocial (Ruiz C., 2003).

Diversas investigaciones han demostrado que el maltrato infantil, cualquiera que sea su manifestación, puede ser causa de depresión, o bien, ser un factor que contribuya a la aparición de ésta.

Anne E. Stern, Deborah L. Lynch, R.kim Oates, Brian I. O'Toole y George Cooney (1995), realizaron un estudio con una muestra de 84 niños abusados sexual y físicamente, y sus familias; y los compararon con un grupo control. Estudiaron los efectos a corto plazo del abuso, y encontraron que los niños abusados tenían mayor depresión, baja autoestima y problemas de conducta. Las familias donde se había producido abuso presentaban mayor desempleo, problemas de comunicación, eran matrimonios rotos y la madre tenía una pobre salud mental. Los mencionados autores concluyeron que la severidad del abuso y las funciones familiares son factores importantes en los efectos de tal experiencia.

Por su parte, Freeman, Mokros, & Poznanski (1993) y Gibbs (1985), postularon que el abuso, el abandono por parte de los padres y la exposición a la violencia son factores de riesgo para la depresión en niños (en Kaslow, Florence W., 1996).

Otros investigadores, Rose y Abramson (1996, en "*Cognitive Vulnerability to Depression: Theory and Evidence*") estudiaron una muestra compuesta por pacientes depresivos con y sin tratamiento, y participantes no depresivos. Encontraron en los pacientes depresivos hospitalizados y los depresivos no tratados, altas tasas de abandono, abuso emocional, físico y sexual durante su infancia, mucho más altas que las de los participantes no depresivos. Los abusos graves durante la infancia predecían una mayor historia vital de depresión clínica. Los participantes con depresión clínica de inicio en la infancia habían tenido un nivel de abuso más grave, que los depresivos de inicio en la adolescencia y adultez y que los participantes no depresivos. Este último resultado indica que el abuso grave durante la infancia es un factor de riesgo para la depresión en niños.

El maltrato emocional durante el desarrollo, fue un predictor significativo de vulnerabilidad cognitiva para la depresión. Abramson y Rose (1996), postulan que el abuso emocional puede ser un contribuyente particularmente fuerte para la vulnerabilidad cognitiva para la depresión, ya que el abusador, proporciona cogniciones negativas a la víctima. El abuso emocional implica esencialmente enseñar a la víctima a tener un estilo cognitivo depresogeno (Ej: todo lo haces mal, eres un inútil). Estos estudios son retrospectivos, afirman una estrecha relación entre el maltrato infantil, la vulnerabilidad cognitiva hacia la depresión y la historia vital de depresión.

El maltrato modifica la forma de percibir el medio, contribuye a la violencia por que disminuye las habilidades de comunicación del niño, por lo que éste no intenta comunicarse o expresar sus vivencias internas; el abandono y el rechazo emocional conllevan bajos niveles de estimulación. Los niños que han sido víctimas de algún tipo de maltrato, presentan dificultades para desarrollar un sentimiento de identidad estable y satisfactorio, dudan de sí mismos y carecen de autoestima, ya que consideran que estas agresiones son el justo castigo por sus conductas poco ejemplares.

Estos elementos explican la frecuente dimensión depresiva donde se combina simultáneamente un sentimiento frecuente de desaliento (no es posible esperar nada de un entorno que siempre responde con actos agresivos, sean cuales sean las iniciativas tomadas por el niño) y un sentimiento de culpabilidad (con el objeto de no preservar una imagen negativa del padre o madre agresor) (De Ajuriaguerra, 1996; Solloa, 2000; Ruiz C., 2003).

Otro punto de vista es el de Kendall Tackett (1993), quien encontró en su estudio que luego de dos años de una experiencia de abuso, alrededor del 50% de los niños no demostraban síntomas de psicopatología, y un pequeño porcentaje nunca evidenció un perfil disfuncional. Dicho autor señala que no todos los niños son afectados de la misma manera ante la experiencia de abuso. Existen factores de protección o amortiguadores personales, familiares y sociales que juegan un papel importante sobre el impacto de dicha experiencia (en Martínez Taboas, 1997).

En lo que respecta a los progenitores que maltratan, muchas son las publicaciones que coinciden en el hecho de que ellos han sufrido algún tipo de maltrato, abuso y/o abandono durante su infancia. Además, a lo anterior se añaden otras situaciones como dificultades en su matrimonio, relación familiar caótica, bajo nivel intelectual, enfermedades crónicas, enfermedades mentales, etc., pero sobre todo se menciona una en especial: el uso y abuso de drogas y/o alcohol. Estas situaciones pueden ser también factores de riesgo para la DI.

Cabe señalar que el maltrato infantil no necesariamente tiene que presentarse en una sola modalidad, puede presentarse un tipo aislado o una combinación de varios tipos de maltrato, por ejemplo, siempre que se produce un maltrato físico, éste va acompañado de un maltrato o abandono emocional; en este sentido es importante subrayar que maltrato y abandono emocional, pueden tomar formas como el rechazo afectivo, el aislamiento, la corrupción y aterrorizar o ignorar al niño (Jiménez, 2003; Ruiz C., 2003).

Finalmente, Karma en su artículo "La Violencia y su afectación a la unidad básica familiar" (2003), hace referencia al maltrato infantil aludiendo a que esta problemática es tan solo una

muestra de la desaparición de la estabilidad de la familia nuclear. Menciona que cuando el maltrato se genera en lugar de que la familia se vuelva estimuladora, y se refuercen en ella el vínculo tan íntimo y singular entre progenitores e hijos, el que maltrata destruye toda expectativa de amor, confianza y dependencia, que son indispensables para el desarrollo general de la misma, y quien recibe el maltrato desarrolla fuertes sentimientos de baja autoestima, falta de seguridad en sí mismo y gran necesidad de afecto y valoración (Karma K, 2003; en Ma. Jiménez).

Considerando en conjunto los correlatos y factores de riesgo de la DI que se acaban de exponer, es evidente que algunos de ellos son más relevantes que otros y que la importancia de cada uno ha de ser contemplada en relación con la etapa evolutiva que el niño atraviesa y las circunstancias concretas que le rodean. Es por tanto necesario analizar en detalle cada situación, por que probablemente cada caso de DI tiene unos desencadenantes diferentes. Las investigaciones actuales pretenden determinar no sólo cuáles son los factores desencadenantes de una depresión infantil, empleando para ello métodos de análisis estadístico y de tendencia de la población, si no también llegar a examinar el caso concreto de una manera ideográfica, de modo que permita utilizar este conocimiento para lo que realmente se ha creado, es decir, para fomentar el bienestar del sujeto. Probablemente el descubrimiento de los desencadenantes más habituales de la DI permitirá una intervención preventiva más eficaz a nivel general, pero también una intervención secundaria individual más ajustada.

Por otra parte, se puede decir que entre los factores de riesgo de la depresión adulta e infantil, se perciben similitudes intensas y aún en las diferencias entre las que se encuentra el singular

papel específico que juegan aquí los conflictos paternos, se puede rastrear el parecido, ya que tienen su paralelo en los conflictos matrimoniales y laborales de los adultos.

Sin embargo, todos estos factores no representan el mismo grado de riesgo para todos los niños. Lo que puede tener un impacto importante para uno puede no serlo mucho para otro, incluso en circunstancias aparentemente semejantes, y lo que puede representar un riesgo muy elevado a los ojos de un adulto quizá resulta anecdótico para un menor.

CAPITULO 4 METODOLOGÍA

La familia es la célula básica de nuestra sociedad. En la actualidad debido al ritmo de vida al que estamos sometidos, están cambiando los roles, las relaciones de poder y autoridad, etc., trayendo como consecuencia la modificación de las formas de integración, convivencia y relación que existe entre los miembros de la familia.

Es bien sabida la importancia que tiene la familia sobre la conducta infantil, ya que ésta, es su núcleo primario, donde aprenden a expresarse y relacionarse con su entorno. Y alguna alteración en la estructura o relaciones de la familia, supondrá a su vez, alteraciones en el desarrollo afectivo, cognitivo y social de los niños.

En el caso de la depresión infantil, existen diversos factores que hacen a los niños vulnerables a padecerla o que simplemente pudieran presentar algunos síntomas. En este punto resulta interesante ver como la familia podría ser uno de los factores de riesgo, cuando existen alteraciones en las relaciones y maneras de interactuar de los miembros, debido a la importancia que tiene sobre el desarrollo bio-psico-social de los niños.

Dentro de esta investigación se pretendió conocer: ¿Cuáles son las condiciones que se presentan en las familias, que actúan como factores de riesgo para la aparición de la depresión infantil desde un punto de vista bio-psico-social?

Para lo cual se persiguieron los siguientes objetivos:

- Definir que es la depresión
- Definir que es la depresión infantil.
- Definir que es un factor de riesgo
- Identificar cuales son los factores de riesgo que participan en la aparición de la depresión infantil
- Analizar los factores de riesgo familiares que favorecen la aparición de la depresión infantil

Tipo de investigación

De acuerdo con las fuentes que se utilizaron para la obtención de los datos del presente trabajo, se realizó una investigación de tipo documental. Este tipo de investigación depende principalmente de la información que se recoge o consulta en documentos, es decir, todo material de índole permanente al que se puede acudir como referencia en cualquier momento, sin que se altere su naturaleza o sentido para que aporte información de una realidad o acontecimiento (Cazares, 2003).

Las fuentes documentales fueron: libros, revistas y artículos consultados en páginas de internet.

Bisquerra (1990), clasifica este tipo de investigación como "un estudio descriptivo que se encuentra caracterizado por limitarse a observar y describir, siendo su fuente básica de información los documentos" (Bisquerra, 1990, p.65).

De acuerdo con la descripción de Bisquerra (1990), el presente trabajo de investigación, entra en la clasificación de investigación documental, ya que la fuente básica de información son los documentos, y "(...) la revisión de literatura puede constituir un fin en si mismo (...)" (Bisquerra, 1990, p. 67).

Por otra parte el mismo autor, menciona que la metodología cualitativa es una investigación documental "desde dentro", supone una preponderancia de lo individual y subjetivo. Es una investigación interpretativa. La metodología cualitativa, define como se abordó el estudio. El análisis cualitativo realizado, es un proceso de organización de datos.

Así pues, la investigación realizada pretendió describir y exponer la información teórica recopilada y referida a la Depresión infantil y sus factores de riesgo familiares. Posteriormente se llevó a cabo un análisis de los factores de riesgo específicamente familiares a través de la recopilación y selección de información documental relevante. Una vez realizada la selección de información acerca de los factores de riesgo familiares, se realizó una categorización de éstos, con la finalidad de facilitar su comprensión y análisis.

La categorización de los Factores de riesgo familiares para la depresión infantil, fue la siguiente:

A. PROBLEMAS PATERNOS

Alteraciones psíquicas de los padres.

- Depresión paterna.
- Relaciones y otros datos de familias con un progenitor depresivo.
- Hipótesis de la vulnerabilidad cognitiva para la depresión.

Alcoholismo paterno.

Relaciones paternas.

- Relación conyugal: violencia y otros sistemas relacionales.
 - * Características relacionales de la violencia conyugal.
 - * Otros sistemas relacionales.
 - Baja cohesión.
 - Bajo soporte.
 - Influencia de la timidez.

B. ESTRUCTURA FAMILIAR

Divorcio

- Posibles relaciones en la situación de divorcio

C. RELACIONES FAMILIARES

Malas relaciones padres - hijo

- Apego
 - * Apegos inseguros y ambivalentes

Interacción padres - hijo

- Maltrato infantil

Finalmente con esto se pretendió establecer una relación entre la familia y la aparición de la depresión infantil, siendo la familia un factor de riesgo que favorece la aparición de síntomas que pudieran desencadenar en la DI.

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

La depresión infantil es una entidad clínica relativamente nueva, ya que a pesar de existir registros en el pasado acerca de la DI, su estudio ha ido desde su negación, hasta la aceptación por completo de su existencia como síndrome a partir del año de 1970. Y es entonces, que se comienzan a realizar estudios empíricos acerca de ella.

Durante este proceso, las diferentes corrientes teóricas (psicoanalítica, psicología del desarrollo, psiquiatría clínica tradicional, etc.), crearon conceptualizaciones en torno a la naturaleza de la DI y a las diferencias con la depresión adulta; en las cuales se postulaba que la depresión no podía presentarse antes de la adolescencia, que se debía manejar como depresión enmascarada y/o como equivalentes depresivos, o bien, simplemente que la DI se manifestaba de forma diferente en los niños y en los adultos.

Estos postulados crearon una gran confusión y dificultaron el diagnóstico y la evaluación de la depresión infantil.

Sin embargo, todo ello contribuyó a que en la actualidad los sistemas de clasificación oficiales de los trastornos mentales (CIE y DSM-IV-TR), postulen en lo que respecta a los criterios diagnósticos esenciales, que la DI se presenta en forma análoga a la del adulto, planteado además que los síntomas de dicho trastorno pueden cambiar con la edad.

Hoy en día es bien sabido, que el trastorno depresivo a tempranas edades interfiere significativamente con el desarrollo cognitivo, afectivo y social del niño. Y si el primer episodio

ocurre en la niñez, es particularmente importante señalar su alta comorbilidad y riesgo de recurrencia. Por otra parte, es indudable que la familia cumple un rol determinante en la vida del niño.

Del estudio realizado se destaca que las funciones parentales son fundamentales para facilitar la presencia o ausencia del trastorno depresivo en niños.

Basándose en la investigación bibliográfica realizada, se encontró que existen diversos factores de riesgo familiares que pueden aumentar la vulnerabilidad de un niño a presentar síntomas depresivos, o bien, un trastorno depresivo.

Cada escuela teórica maneja su propia clasificación de factores de riesgo y en este caso para facilitar su estudio y análisis, los factores de riesgo se agruparon en 3 categorías: Problemas paternos, problemas en la estructura familiar y problemas en las relaciones familiares.

Problemas paternos: La presencia de alteraciones psíquicas en los padres, es un factor de riesgo para los niños, ya que el equilibrio emocional de los infantes depende en gran parte de la estabilidad emocional de sus progenitores. En los padres con enfermedades mentales se ven disminuidas sus capacidades sociales, intelectuales, recreativas, etc., por lo que no pueden ofrecer a sus hijos alternativas y apoyo para enfrentarse a los sentimientos negativos; en algunos casos proyectan sus insatisfacciones personales en sus hijos, generando sobre ellos unas expectativas altas, presionan al niño y le hacen estar continuamente enfrentándose con la vivencia de no alcanzar las metas esperadas y por tanto sentirse frustrados e inseguros de sus capacidades.

Cuando la alteración de alguno de los padres (especialmente la madre) es un trastorno depresivo, los hijos pueden desarrollar vulnerabilidad cognitiva para la depresión; la cual es un factor de riesgo para tal trastorno en presencia de eventos de vida negativos, en los cuales el niño tiende a tener una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. Además los padres depresivos presentan una visión distorsionada de la realidad la que los lleva a ser mas intolerantes y críticos hacia los comportamientos y actitudes de sus hijos.

Además de las alteraciones psíquicas en los padres, también existe otro factor de riesgo: el tipo de relaciones paternas. En este caso, los problemas existentes entre los padres pueden o no derivar de alteraciones mentales y emocionales de ambos o de alguno de ellos; en los cuales se ve afectada toda la interacción familiar, teniendo como consecuencia una mala calidad de las relaciones, existiendo obstáculos en las reglas de crianza y resolución de conflictos, disputas y peleas frecuentes, mala regulación en los afectos, etc.

Debido a que las funciones parentales se deterioran, los niños se ven afectados ya que pueden estar expuestos a maltratos físicos, emocionales, y abandono; pudieran no desarrollar un sentimiento de pertenencia que les ofrezca seguridad emocional, cuentan con menor reforzamiento positivo, y en algunas ocasiones se pudieran sentir desprotegidos ya que no cuentan con apoyo por parte de los padres ante situaciones adversas.

Estructura familiar: La dinámica de la familia funciona bajo tres factores básicos que son cohesión, control y comunicación, mismos que determinan el tipo de estructura que existe dentro de una familia.

Cuando la estructura familiar se ve afectada en alguno de estos factores básicos, los lazos sentimentales que unen a la familia, las normas de convivencia y el tipo de comunicación que existe entre sus miembros se ven alterados, teniendo como resultado normas rígidas y menor calidad afectiva. Lo que puede ocasionar en el niño sentimientos de inseguridad e indefensión.

En otras ocasiones al afectarse la dinámica familiar, se puede llegar al divorcio, mismo que es otro factor de riesgo. Las transiciones maritales seguidas al divorcio, las experiencias familiares que las antecede, la salud psíquica y física de los padres, y las desventajas socioeconómicas intervienen en el ajuste del niño al divorcio.

Ante una situación de divorcio en la cual existe una mala calidad de las relaciones paternas y alianzas hostiles hacia un progenitor, los roles familiares cambian y los niños pueden sentirse constantemente ansiosos, presentar un ajuste social, emocional y académico inadecuado, sentimientos de inseguridad, etc, como resultado de la falta de un buen soporte por parte de los padres.

De esta manera en el divorcio y en los demás factores de riesgo mencionados, las cualidades parentales (por ejemplo: la capacidad para manejar los conflictos) intervienen significativamente para exacerbar o amortiguar el impacto de tales experiencias en los niños.

Relaciones familiares: Las malas relaciones entre padres e hijos, la calidad e la relación, el apego inseguro, etc., son factores de riesgo que afectan al niño y lo hacen vulnerable a la aparición de la DI. Ya que en este tipo de situaciones los hijos están bajo constante presión paterna, en la cual los niños pueden enfrentarse constantemente con sentimientos de

frustración e inseguridad por no poder satisfacer las demandas de los padres, algunas ocasiones en lugar de estar bajo presión y exigencias paternas se encuentran con la sobre protección, lo cual impide que el niño se convierta en un ser independiente, seguro de sí mismo y que sea capaz de tomar decisiones propias, o bien, se cae en el extremo de la falta de atención y el descuido por parte de los padres, desencadenando otro tipo de sucesos como, el abuso sexual, el maltrato físico, emocional y/o el abandono.

La gravedad del abuso sexual, físico y emocional es una variable relevante para facilitar la presencia de depresión en niños. El maltrato emocional es un predictor significativo para la vulnerabilidad cognitiva.

El ambiente familiar es un factor importante para contribuir a la sintomatología asociada al abuso y a las experiencias de victimización temprana, en estos casos el niño puede caer en la desesperanza, al sentirse desvalido, indefenso e incapaz de poder poner solución por sí mismo a estos problemas.

Por otra parte las funciones familiares pueden facilitar la presencia de depresión en niños, o bien, actuar como amortiguadores para los factores de riesgo.

Existen otras situaciones en las relaciones familiares, que impiden que las funciones familiares se lleven a cabo en óptimas condiciones, por ejemplo: La violencia conyugal y la exposición de los niños a esta, los niveles bajos de cohesión familiar en las primeras etapas del ciclo familiar, la inhibición social y/o timidez del niño con bajo soporte familiar y la modalidad de apego

(alternancia entre la sobreprotección y el abandono (ambivalentes)), vínculos de apego evitativos y rechazantes (inseguros), podrían ser factores de riesgo para la aparición de la DI.

Estas modalidades de apegos podrían contribuir a la formación de esquemas de personalidad vulnerables a la depresión (según la teoría de depresión de Beck, 1969) como ya se ha mencionado anteriormente.

Considerados en conjunto los factores de riesgo de la DI que acabamos de exponer, es evidente que algunos de ellos son más relevantes que otros y que la importancia de cada uno de ellos ha de ser contemplada en relación con la etapa evolutiva que el niño atraviesa y las circunstancias concretas que le rodean. Además, es importante mencionar que estos factores de riesgo están interrelacionados, es decir, los factores de riesgo familiares no se presentan aislados, por ejemplo, una enfermedad que requiera hospitalización en alguno de los progenitores, puede alterar de manera significativa la dinámica familiar, las relaciones entre los miembros y por tanto aumentar el riesgo de la aparición de depresión en niños.

Cuando nos encontramos frente un caso de DI es necesario analizar en detalle cada situación, debido a que cada caso de DI tiene unos desencadenantes diferentes. Las investigaciones que se han realizado, pretenden determinar no sólo cuales son los factores desencadenantes de una depresión infantil, sino también llevar a examinar el caso concreto de una manera que resulte representativa, de modo que permita utilizar este conocimiento para fomentar el bienestar de sujeto. Es decir, probablemente el descubrimiento de los desencadenantes mas habituales de la DI permitirá una intervención preventiva mas eficaz a nivel general, pero también una intervención secundaria individual ajustada.

Como se mencionó anteriormente todos o algunos de los factores de riesgo familiares que se han enlistado pueden actuar sobre un sujeto. El peso que cada uno de ellos tenga en la aparición de la depresión es una cuestión de difícil determinación, a no ser que se contemple desde un marco teórico concreto, donde a priori, tales factores estén jerarquizados aunque la mayoría de los autores coinciden en señalar los mismos elementos: acontecimientos negativos (reales o imaginados) y sentimientos negativos (autoinducidos o inducidos por el ambiente). Las diferencias se producen en la apreciación del desencadenante, pero incluso ahí es necesario considerar el origen de la depresión como una pérdida; pérdida de la autoestima, de la autoeficacia o incluso la pérdida de experiencias agradables.

Finalmente, mediante el análisis teórico realizado se recopiló la información bibliográfica disponible en torno al tema elegido, lo que permitió cumplir con los objetivos propuestos.

PROPUESTA DE UN PLAN DE PREVENCIÓN PARA LA DI

En base a los factores de riesgo estudiados anteriormente, se propone una posible forma de prevención primaria para la depresión en niños. Dicha propuesta es un plan para detectar niños en situaciones familiares de riesgo para padecer depresión infantil, va dirigido a los agentes de salud y especialmente al personal docente que trabaja en el ámbito escolar.

Debido a que el ámbito cotidiano de los niños, fuera de su grupo primario o familia, es la escuela, el contacto diario con dicho grupo etario posibilita la detección de factores de riesgo para el mencionado trastorno por parte del personal de las instituciones educativas.

Como se ha mencionado en capítulos anteriores, frecuentemente los niños que padecen depresión son caracterizados como tímidos e introvertidos y dicho trastorno muchas veces no es detectado.

El plan de prevención que se propone consta de cuatro etapas:

1. Capacitar al personal escolar con respecto a:
 - a) Las características generales de la depresión en niños y su importancia en el desarrollo.
 - b) Los factores de riesgo familiares y su relevancia para dicho trastorno.

2. Sobre la base de los conocimientos adquiridos previamente, el docente deberá prestar especial atención a ciertas conductas observables que podrían indicar la presencia de síntomas depresivos, que deben persistir por lo menos dos semanas, por ejemplo:

- Cambio con respecto a la actividad previa
- Irritabilidad
- Agresión
- Disminución de la capacidad de concentración
- Pérdida de interés o incapacidad para experimentar placer
- Enlentecimiento o agitación psicomotriz
- Fatiga o pérdida de la energía.
- Frecuentes quejas somáticas
- Aislamiento social (sociabilización disminuida), etc.

La tarea de detección por medio de la observación, se facilita por el acceso directo y cotidiano del docente con el niño.

3. En caso de detectar una o más de estas conductas, el docente deberá informar tal situación al personal responsable de la institución.

El paso siguiente es realizar una entrevista con el o los adultos responsables del niño. El objetivo de esta es informar acerca de lo observado y sus implicaciones, así como también los posibles pasos a seguir. Se debe especificar, que la finalidad de dicho encuentro es comprender la situación familiar para idear intervenciones conjuntas en el caso de ser

necesarias y para evitar posibles consecuencias adversas en el desarrollo cognitivo, afectivo y social del niño. Si se considera necesario, es importante sugerir a la familia una entrevista con profesionales de la salud mental. El colegio debe tener toda la información necesaria acerca de hospitales y centros de salud mental especializados en este grupo etario.

En caso de ser necesaria la intervención de especialistas de la salud mental, se debe explicar detalladamente a la familia la importancia de la detección de la DI y las posibles consecuencias para la familia y el niño, si esta situación no es atendida a tiempo.

Resulta importante que el personal docente tome una actitud cálida y confiable, la familia no debe sentirse cuestionada y juzgada en cuanto a sus funciones básicas, tipo de relaciones y valores. Se debe remarcar que si existe evidencia de maltrato físico o abuso sexual los pasos a seguir son distintos de los expuestos aquí.

4. La última etapa del plan de prevención propuesto, es el seguimiento por parte del personal docente acerca de la conducta observable del niño.

De esta forma se podrá intervenir nuevamente en los casos que así lo requieran.

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

REFERENCIAS

- Abramson, Lyn Y., Alloy, L. B., Hogan, M. E., Whitehouse, G. W., Donovan, P., Rose, Donna, T., Panzarella, C. & Raniere, D., (1999), Cognitive vulnerability to depression: Theory and evidence. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13(1), 5-20.
- Achenbach, .M. (1995). Diagnosis, assesment, and conmorbility in psychosocial treatment research. *Journal of Abnormal Child Ppsychology*, 23, 45-45.
- Adrian ch. y Hammen, c. (1993). Stress exposure and stress generation in children of depressed mothers. *Journal of consulting and clinical psychology*,61,354/359.
- Ackerknecht, E. H. (1959). *A short history of phychiatry*. Londres: Hafner Publishing Co.
- Ainsworth, M.D.S., Bell, S.M., & Statyon, D.H. (1971). Individual differences in strange-situation behavior in 1-year-olds. En H.R. Schaffer (ed.), *The origins of human social relation*, New York:Academic Press.
- Amanat, E. & Butler, C. (1984). Oppressive behaviors in the families of deressed children. *Family Therapy*, 11, 65-77.
- Amato, P.R. & Keith, B. (1991).Parental divorce and the well-being of children: A meta-analysis. *Psichological Bulletin*, 110, 26-46.

American Psychiatric Association. (2005). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV Texto Revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona, Masson.

Anderson, C.A. & Hammen, C.L. (1993). Psychosocial outcomes of children of unipolar depressed, bipolar, medically ill and normal women; a longitudinal study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61, 448-454

Andolfi, M. (1990). *Terapia familiar, un enfoque interrelacional*. México, Paidós.

Andolfi, M., Angel, C., Menghi, P. & Corigliano, N. (1989). *Detrás de la máscara familiar, Familia rígida, un modelo de terapia relacional*. Argentina, Amorrortu Editores.

Arieti, S. y Bemporad, J. R. (1980). The Psychological organization of depression. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1360-1365.

-(1993). *Psicoterapia de la depresión*. México, Paidós.

Arrubarena, M.I. y De Paul Ochotorena, J. (1994). *Maltrato a los niños en la familia*. Madrid: Pirámide.

Aselfine, R.H. Jr., Gore, S. & Colten, M.E. (1994). Depresión and the social development . *Journal of personality and social Psychology*, 67, 252-263.

Association Canadienne pour la Santé Mentale. (1993). *Les enfants et la dépression*. Canadá: Association Canadienne pour la Santé Mentale.

Azofeifa, E. V. (30 de Septiembre, 2002). *Acercamiento a la depresión infantil*. Obtenido el 2 de Septiembre del 2005 desde <http://www.psicología.com/psic-art2-300902.htm>

Basile, H. (2003). *Depresión y suicidio infanto juvenil*. Obtenido el 30 de Enero del 2004 desde <http://www.interpsiquis.com>

Baños, R. B. (s.f.). *La Familia*. Obtenido el 29 de Julio del 2004 desde <http://www.universidadabierta.edu.mx>

Barron, C. Y. (1996). *Reflexiones en torno a los aspectos conceptuales de la depresión en la infancia*. Tesis de Licenciatura no publicada, Facultad de psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Baudier, A. et Céleste, B. (2002). *Le developpement affective et social du jeune enfant*. France:Nathan Université.

Beck, A. T. Rush, A.J. y Shaw, B. (1983/1979). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. España: Desclee de Brouwer.

Bellack, A. & Michel, H. (1999). *Childresn & Adolescents: Clinical Formulation & Treatmen*. Comprehensive clinical Psychology 5. Gran Bretaña: Pergamon.

Bernstein, G.A. & Brochartt,C.M. (1996). School refusal: family constellation and family functioning. *Journal of Anxiety disorders*, 10, 1-19.

Bifulco, A., Brown, G.W. y Harris, T. (1987). Childhood loss of parent, lack of adequate parental care and adult depression, *Journal of personality and social psychology*, 46, 877-891.

Bisquerra, R. (1990). *Métodos de investigación educativa*. España: CEAC.

Boney-McCoy, S. & Finkelhor, D. (1996). Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships?. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64(6), 1406-1416.

Bowlby, J. (1958) The nature of the child's tie to its mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 350-373.

-(1969/1982). *Attachment and loss* (Vol.1). Londres: Hogarth Press. Ed Española Paidós, 1980.

-(1980). *La pérdida afectiva*. España: Paidós.

Brazelton, T.B., Youn, G.C. & Bullowa, M. (1971). Inception and resolution of early developmental pathology. En E.N. Rexford, W. Sander, T. Shapiro (Eds.), *Infant psychiatry, a news synthesis*, USA: Yale University Press.

Bretherton I. & Ainsworth, M.D.S. (1974). Responses on one-year-old to a stranger in a strange-situation. En M. Lewis & I. Rosenblum (eds.), *The origins of behavior*. 2 fear. New York: Wiley.

Brown, G.W. (1961). Depression and childhood bereavement. *Journal of Mental Science*.107, 754-777.

Brown, G.W. & Harris, T.O. (1978). *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*. Londres: Tavistock Publications.

Brumback, R.A., Jackoway, M.K. & Weinberg, W. (1980). Relation of intelligence to childhood depression in children referred to an educational diagnostic center. *Perceptual and motor skills*, 50, 486-500.

Calderón, N. G. (1990). *Depresión*. México:Trillas.

- (1996). *Depresión, Causas manifestaciones y tratamientos*. México: Trillas.

- (1999). *Depresión: un libro para enfermos deprimidos y médicos en general*. México: Trillas.

Cambiaso, C., y Recart, C. (s.f.). *Depresión infantil: niños de mirada triste*. Obtenido el 2 de Septiembre del 2005 desde <http://www.familia.cl>

Canter, A. & Carrol, S. (1998). *Helping children at home and school: Handouts From Your school Psychologist*. Bethesda: National Association of School Psychologist.

Cantwell, D. y Carlson, G. (1987/1990). *Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca.

Caraveo-Anduaga, J. (1994). *Panorama de la investigación clínico-epidemiológica en psiquiatría infantil*. Trabajo presentado en el X Congreso de Psiquiatría Infantil, Septiembre, Puebla.

- (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Publica* 44.

Caraveo-Anduaga, J., Medina, M. M., Villatoro, J. y Rascón, M. (1994). La depresión en el adulto como factor de riesgo en la salud mental en los niños. *Salud Mental* 17(2), 56-60

Ceitin, J. (1998). *Medicina de Familia: un modelo médico de pensamiento y acción*. Trabajo presentado en la sesión solemne de incorporación a la Academia Nacional de Medicina de Colombia, Agosto, Colombia.

Cirillo, S. y Di Blasco, P. (1991). *Niños maltratados; Diagnóstico y terapia familiar*. España: Paidós.

Cole, D.A. & Rehm, I. (1986). Family interaction patterns and childhood depression in young children, *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 258-270.

Consejo Nacional de Población (1999). Familia. *Cuadernos de población*, 1, 10-49.

- (s.f.). *La familia sus funciones y sus derechos*. Obtenido en 2004 desde <http://www.conapo.gob.mx/prensa/informes/003.pdf>

Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos. (2005). México: Pac.

- Contreras, C., Gutierrez-Alanís, T. y Lara-Morales, H. (1994). La depresión en etapas tempranas de la vida. *Psiquis* 3(2),31-37
- Cowen, E. L., Pedreo-Carroll, J.I. & Alpert- Gillis, L.J. (1990). Relationship between support and adjustment among children of divorce. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines*,31, 727-735.
- Cummings, E. M. & Davis, P. T. (1994). Maternal depression and child development. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 35(1), 73-112.
- Cumsille, P.E. & Epstein, N. (1994). Family cohesion, family adaptability, social support, and adolescent depressive symptoms in outpatient clinic families. *Journal of Family Psychology*,8, 202-214.
- Cytryn, I. & McKNew, D.H. (1980). Affective disorders. En H. Kaplan, A. M. Freeman & B.J. Sadick (eds), *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams y Wilkins.
- Chen, X., Rubin, K.L. & Li. B. (1995). Depressed mood in chinese children: Relation with school performance and family. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 63, 938-947.
- Dadds, M.R., Sanders, M.R., Morrison, M. y Rebgetz, M. (1992); Childhood depresión and conduct disorder II. An análisis of family interaction patterns in the home. *Journal of Abnormal psychology*, 101, 505-513.

De Ajuriaguerra, J. (1996). *Psicopatología del niño*. Barcelona: Masson.

De la Peña, O. F. (1993). Trastorno depresivo en los niños, un abordaje histórico, fenomenológico y de apoyos diagnósticos. *Revista del Residente de psiquiatría* 4(2), 14-16.

Del Barrio, V. (1988) Entorno familiar y depresión infantil. En A. Fierro (ed.) *Psicología clínica. Cuestiones actuales*. Madrid: Pirámide.

-(1990). Situación actual de la evaluación de la depresión infantil. *Evaluación psicológica/ Psychological Assessment*, 6, 2, 171-209

- (1997). *Depresión Infantil, causas, evaluación y tratamiento*. España: Ariel Practicum.

- (2000). *La Depresión Infantil, Factores de riesgo y posibles soluciones*. Málaga: Ediciones Aljibe.

-(2001). Avances en depresión infantil y juvenil. *Información Psicológica* 76.

Del Barrio, V., Frias, D. y Mestre, V. (1994). Autoestima y depresión en niños. *Revista de psicología general y aplicada*, 4, 471-476.

Del Barrio, V. y Mestre, V. (1989). *Epidemiología de la depresión infantil*. Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum.

Del Barrio, V., Moreno, R. C., y López, M. R. (2001). Evaluación de la agresión y la inestabilidad emocional en niños españoles: su relación con la depresión. *Clínica y Salud*, 12(1)

Del Barrio, V. y Roa, I. (1994). *Cohesión familiar y depresión infantil*. Actas del Symposium Internacional de Educación y Familia. Nuevos retos del cambio social. p. 66. Septiembre, España

De Pujadas, G. H.(2001, 26 de julio) *Educación y soporte familiar*. Obtenido el 31 de julio del 2006 desde http://www.vi-e.cl/internas_educ/reflex_edu/_soporte

Dictionnaire Larousse (2004). France: Larousse.

Diez, Z. M. (2003). Análisis bibliométrico sobre depresión infantil en España. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 645-653. Obtenido el 2 de septiembre del 2005 desde <http://www.aepc.es/ijchp/articulos.php?coid=Espa%C3%B1ol&id=92>

Downey, G. & Coyne , J.C. (1990) Children depressed parents: an integrative review. *Psychological Bulletin*,108, 50-76

Dumas, J. E. (2002). *Psychopathologie de l'enfant et l'adolescent*. Bruxelles: Éditions de Boeck Université:De Boeck & Lácier S.A.

Eco, U. (1998). *Cómo se hace una tesis*. España: Gedisa.

El niño deprimido. (2003, 22 de Noviembre). Extraído el 3 de abril del 2004 desde http://www.webzinemaker.com/admi/m14/page.php3?num_web=10777&rubr=4&id=145507

Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196 (129).

Espinoza, B. L. (2003, 7 de Julio). *Mal comportamiento y estrés en niños*, Extraído el 03 de Febrero del 2005 desde http://semanario.ucr.ac.cr/ediciones2003/M7Julio_2003/1535_Jul24/delau.html

Fédération Française de Psychiatrie. (1997). *Les troubles dépressifs chez l'enfant : reconnaître, soigner, prévenir, devenir : textes des experts et recommandations* Trabajo presentado en la 2e Conférence de Consensus, Enero, Paris
- (1996). *Les troubles dépressifs chez l'enfant, reconnaître, soigner, prévenir, devenir*. Trabajo presentado en la Conférence de Consensus, Diciembre, Paris.

Ferrari, P. (2001). *Vivre avec un enfant déprimé*. Paris: Editions Josette Lyon.

Field, T., Healy, B., Goldstein, S. y Guthertz, M. (1990), Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions of nondepressed versus depressed dads. En V. Del Barrio (e.d.), *Depresión Infantil*. España: Ariel Practicum.

- Finvarb, G. M. (1999). Depresiones y antidepresivos. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría* 9(34), 288-293.
- Fischman, G. P. (1995). Modelo Biopsicosocial-evolutivo en psiquiatría. *Universidad Católica de Chile, Boletín de la Escuela de Medicina*, 24(2), 86-91.
- Frias, D., Mestre, V., Del Barrio, V., y García-Ros, R. (1992). Estructura Familiar y depresión infantil. *Anuario de Psicología* 52.
- Garber H. & Kashani H.(1991). Development of the symptom of Depresión. En M. Lewis (e.d.), *Child and Adolescents Psychiatry*. EUA: Williams and Wilkins .
- Garber, J. Braafladt, N. & Zeman, J. (1991). The regulation of sad affect; an information - procesing perspective. En J. Garber & K.A. Dodge (eds.) *The development of emotions regulation and dysregulation*, New York: Cambridge University Press.
- Garrison, C. Z., Schoenbach, V. J. & Kaplan, B. H. (1985). Depressive symptoms in early adolescence. En A. Dean (ed). *Depression in multidisciplinary perspective*. Nueva York: Brunnel/Mazel.
- Goering, P.N., Larcee, W.J y Freeman, S.J.J. (1992). Marital support and recovery from depression. *British Journal of Psychiatry*, 160, 76-82.
- Golse, B. e. M. P. (1983). *L'enfant déprimé*. Paris: Presses universitaires de France.

- Goodyer, I. M. & Altham, P.M.E. (1991). Lifetime exit events and recent social and family adversities in anxious and depressed school-age children and adolescents-I. *Journal of Affective Disorders*, 21, 219-228.
- Goodyer, I. M., Wrigth, C. & Altham, P.M.E. (1988) Aternal adversity and recent stressful life events in anxious and depressed children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, 651-667.
- Goubault, V. (2002). *La dépression et son traitement chez l'enfant et l'adolescent*. Tesis de Doctorado no publicada, Faculté de Pharmacie, Université de Nantes.
- Greenberger, E. & Chen, Ch. (1996). Perceived family relationships and depressed mood in early and late adolescence: a comparison of European and Asian Americans. *Developmental Psychology*, 32, 707-716.
- Gutierrez, A.T., Lara-Morales, H., y Contreras, C.M. (1995). Aplicación del Children's Depression Scale a una muestra de niños sanos de instrucción primaria en la ciudad de México. *Salud Mental*, 8(2), 51-54.
- Hammen, C. (1991). *Depression runs in families: social context of risk and resilience in children of depressed mothers*. Nueva York: Springer-Verlag.
- (1992) Cognitive, life stress, and interpersonal approaches to a developmental psychopathology model of depression. *Development Psychopathoogy*, 4, 189-206

Harjan, A. (1992), Children of parents with affective disorders: the role of an ill mother or an ill father. *European Journal psychiatry*, 6, 74-87.

Haquin, F. C., Larraguibel, Q. M., y Cabezas, A. J. (2004, Septiembre). Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Rev. chililena de pediatría.*, 75 (5), 425-433. Extraído el 03 de Febrero del 2005 desde <http://www.scielo.cl>

Harrington, R. C., Fudge, H., Rutter, M. et al. (1993). Child and adult depression: a test of continuities with family study data. *British Journal of Psychiatry*, 162, 627-633.

Hernández, G. E. (2005) *Depresión infantil*. Extraído el 23 de Julio del 2005 desde <http://www.psicologiainfantil.com>

Hernández, G. L., y Sánchez, S. J. (1997). Factores de Riesgo Asociados con la Disfunción Psicológica en el Niño y el Adolescente. *Psicología Contemporánea*, 4(1) 24-37.

Hetherington, E. M. & Stanley-Hagan, M. (1999) The Adjustment of Children With Divorced Parents: A Risk and Resiliency Perspective. *The Journal of Psychology and Psychiatry and Allied disciplines*, 40(1), 129-140.

Hetherington, E. M., Stanley-Hagan, M & Glendessa M. I. (1998) What Matters? What Does Not? Five Perspectives on the Association Between Marital Transitions and Children's Adjustment. *Journal of The American Psychological Association*, 53(2), 167-184.

Hidalgo, S. R. (1998). *La depresión desde diferentes perspectivas teóricas*. Tesis de Licenciatura no publicada, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Ibáñez, B. B. (2002). *Manual para la elaboración de Tesis*. México: Trillas.

Inda, E. L. (1991). *El ciclo vital de la familia*. México: Posada.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2000). *XII Censo General de Población y Vivienda*. Obtenido el 3 de abril del 2004 desde <http://www.inegi.gob.mx/est/default.asp?c=701>

Jackson, S. W. (1989). *Historia de la melancolía y la depresión desde los tiempos Hipocráticos hasta la época moderna*. Madrid: Ediciones Turner.

Jaes, F. C. (1988). *Transiciones de la familia, Continuidad y cambio en el ciclo de vida*. New York: Amorrortu editores.

Jiménez, M. (1995). *Psicopatología infantil*. España: Aljibe.

Jiménez, Ma. (2003). *Violencia familiar en el D.F.* México: Universidad de la Ciudad de México: Dirección General de Equidad y Desarrollo Social.

Joiner, Jr. T. E.(1997). Shyness and Low Social Support as Interactive Diatheses, With Loneliness as Mediator: Testing an Interpersonal-Personality View of Vulnerability to Depressive Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(3), 386-394.

Kandel, D.B. y Davies, M. (1986). Epidemiology of depressive mood in adolescents. *Archives of general psychiatry*, 39, 1205-1212

Kaslow & Florence, W. (1996). *Hand Book of relational Diagnosis and Dysfunctional Family Patterns*. New York: John Wiley & Sons.

Kaslow, N.J., Deering, C.G., & Ash, P. (1996). Relational diagnosis of child and adolescent depression. En F.W., Kaslow, (e.d.) *Handbook of Relational Diagnosis and Dysfunctional Family Patterns*. New York: John Wiley & Sons.

Kaslow, N.J., Gray, C. & Ash, P. (1996). Relational diagnosis of child and adolescent depresión. En F. W. Kaslow (ed). *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patens*, Nueva York: Wiley.

Kaslow, N. J., Pollack, S.I. y Siegel, A.W. (1990). Depression of family functioning in children and their parets. *American Journal of Family Thempy*, 18, 227-235.

Kaslow N.J., Rehm, I.P., Siegel, A. W. (1984). Social-cognitive and cognitive correlates of depression in children, *Journal of Abnormal child Psychology*, 12, 605-620.

Kashani, J.H., Burbach, D.J. y Rosenberg, T.K. (1988). Perception of family conflict resolution and depressive symptomatology in adolescents. *Journal of American Academy of child and adolescent Psychiatry*, 27, 42-48.

Kazdin, A.E. & Kagan, J. (1994). Models of dysfunction in developmental psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 35-52.

Keitner, G. I., Miller, I. W. & Ryan, Ch. (1996). Mood disorders and the family. En F. W. Kaslow (e.d.) *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns*. New York: Wiley.

Kenneth, W. (2003). *Behavioral, Social and emocional assessment of children and adolescents*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Klein, M. (1935). *Contribución a la psicogénesis de los estados maniacodepresivos* (Obras completas ed. Vol. 1). España: Paidós.

- (1948). *Obras completas*. (Vol. 3). España: Paidós.

Kohn, R., Levav, I., Alterwain, P., Ruocco, G., Contera, M., y Della-Grotta, S. (2001, 7 de Abril). Factores de riesgo de trastornos conductuales y emocionales en la niñez. Estudio comunitario en el Uruguay. *Rev. Panam. Salud Publica*, 9(4), 211-218. Extraído el 2 de Agosto del 2004 desde <http://www.paho.org>

Kovacs, M. (1992). *Children's depression inventory*, cdi. Toronto: Multi-health Systems, Inc.

- Lara, A., Acevedo, M., Lopez, E. y Fernández, M. (1993). Influencia de la ocupación materna fuera del hogar sobre la conducta de apego de los niños. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*.
- Lasa-Zulueta, A. (1995). La psicoterapia en la infancia. En J. Rodríguez-Sacristán (ed). *La psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Lazarus, A. (1968). Learning theory and treatment of depression. *Behavioral Research and Therapy* 6, 33-89
- Lemaitre, V. (1997, 11 de Diciembre). Les conséquences des difficultés de la relation parent-enfant. *Association pour le Développement de l'interaction en Pharmacie Hospitalière de la région Rhône-Alpes*. Extraído el 30 de Enero del 2004 desde <http://www.adiph.org>
- Lempérière, T. (1999). *La dépression avant 20 ans*. Paris: Masson : Acanthe.
- Lescure, M. (1991). *Psicología de la Primera Infancia, de la concepción a los tres primeros años, Génesis de la relación*. México: Trillas.
- Lester, D., & Abdel-Khalek, A. M.(1998). Depression in college students in the United States and Kuwait. *Psychological Reports*, 83,410.

- Lewinsohn, P.M., Roberts, R.E., Seeley, J.R., Rohde, Gottlib, I.H. & Hops, H. (1994). Adolescent psychopathology: II. Psychosocial risk factors for depression. *Journal of Abnormal psychology*, 103, 302-315.
- Lewinsohn, P.M., Weinstein, M.S. & Shaw, D. (1969). *Depression: A clinical-research approach*. Nueva York: Academic Press.
- Linares, J. L. y. Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada, Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional*. Barcelona: Paidós.
- Lizardi, H., Klein, D.N., Ouimette, P.C. et al. (1995). *Journal of Abnormal psychology*, 104, 132-139.
- Lôo, H., Olié, J. P. et Poirier, M. F. (2003). *Les maladies dépressives*. Paris: Flammarion.
- MacKinnon-Lewis, C. & Lofquist, A. (199). Antecedents and consequences of boy's depression and aggression; Family and school linkages. *Journal of family psychology*. 4, 490-500.
- Main, M. & Golwyn, R. (1984) Predicting rejection of her infant from mother's representation of her own experience: implications for the abused-abusing intergenerational cycle. *Child abuse and neglect*. 8, 203-217.
- Maldonado, D. J., Helmig, L. y Moody, C. (2001). Signos de alarma en la detección temprana de problemas emocionales y conductuales. *Rev. Perinatología y Reproducción*

Humana, 15(1), 21-30. Extraído el 30 de Enero del 2004 desde <http://www.imbiomed.com>

Malmquist, C. (1995) The functionin of Self- Esteem in childhood Depression. En J. Mack & S. Ablon (eds), *The development and sustaining of sefl-Esteemin chillhood*. EUA: International University Press.

Mann, D. S. (2004, 15 de Mayo). La Depresión infantil. *Gabinete psicológico amanecer news- letter*, 14. Extraído 3 de Abril del 2004 desde http://www.webzinemaker.com/admi/m14/page.php3?num_web=10777&rubr=4&id=194266

- (s.f.). *Depresión en la niñez*. Extraído el 5 de Mayo del 2005 desde <http://www.cerebrito.com>

Marsellach, U. (s.f.). *Depresión y suicidio infantil*. Extraído el 5 de Mayo del 2005 desde <http://www.cyberpediatria.com/depresin.htm>

Martínez -Taboas, A. (1997) Abuso sexual en la niñez y sus repercusiones psicoemocionales. *Revista Psicología Contemporánea*. 4(1), 56-63.

Matson, J. (1989). *Treating Depression in children and Adolescents*. EUA: Pergamon Press.

Messerschmitt, P. e. L., D. (2000). *L'enfant déprimé*. Paris: Fayard.

Metzger, L. (1997, 11 de Diciembre). La dépression chez l'enfant. *Association pour le Développement de l'interaction en Pharmacie Hospitalière de la région Rhône-Alpes*.

Extraído el 30 de Enero del 2004 desde <http://www.adiph.org>

Minuchin, S. y Fisman, H. Ch. (1983). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.

Moreno, C. N. y Martín, R. A. (2001). *Trastornos psicológicos y psiquiátricos en niños*. Extraído el 18 de Marzo del 2005 desde:

http://www.crid.or.cr/crid/CD_Volcanes/pdf/spa/doc13101/doc13101-5.pdf

Morrison, H. L. (1983). *Children of depressed parents, risk, identification and intervention*. New York: Grune-Stratton.

Mouren-Siméoni, Marie-Christine. et Klein, R. G. (1997). *Les dépressions chez l'enfant et l'adolescent, faits et questions*. Paris: Expansion scientifique publications.

Mumme, D.L., Fernald, A. & Herrera, C. (1996) Infants' responses to facial vocal emotional signals in a social referencing. *Child development*, 67, 3219-3237.

Olson, D. H. (2002). *Marriages and Families: Intimacy, Strengths, and Diversity*. USA: McGraw-Hill College

Palacio-Espasa, F. (2003). *Dépression de vie, dépression de mort, les paliers de la conflictualité dépressive chez l'enfant et ses parents*. France: Ramonville Saint-Agne.

Parsons, T., & Bales, R. (1955). Family, socialization and interaction process. En M. Andolfi (ed) (1990). *Terapia Familiar*. México : Paidós.

Pauchard, H. (2002). *La depresión infantil: síntomas y tratamiento*. Extraído 15 de Marzo del 2005 desde <http://www.relaciones-humanas.net>

Perrone, R. y. Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia, Un abordaje sistémico y comunicacional*. Buenos Aires: Paidós.

Petti A. T. (1991). Cognitive Therapies. En M. Lewis (ed). *Child and adolescent therapy*, EUA: Williams and Wilkins.

Polaino-Lorente, A. (1985). *La depresión*. España: Martínez Roca.

- (1988). *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata.

Ponaski, E. O. & Zrull. (1970). Childhood depresión; clinical characteristics of overtly depressed children. *Archives of general psychiatry* 23, 815-829.

Pons, G. y Del Barrio, V. (1993) Depresión infantil y divorcio. *Avances en psicología clinica latinoamericana*, 11, 95-106.

- (1995). El efecto del divorcio sobre la ansiedad de los hijos. *Psicothema* 7, 3, 489-497.

Puig-Antich J. (1987). Datos actuales sobre los parámetros neuroendocrinos y del sueño en el trastorno depresivo mayor en edad prepuberal. En D. Cantwell y G. Carlson (eds). *Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia*. España: Martinez Roca.

Puig-Antich, J. (1985) Affective disorders. En H. Kaplan & B. Sadock. (eds) *Text book of psychiatry, 4. EUA: Williams & Wilkins*

Prange, M.E., Greenbaum, P.E., Silver, S.E., Friedman, R. M., Kutash, K. & Duchnowski, A. J. (1992). Family functioning and Psychopathology among adolescents with severe emotional disturbances. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 83-102.

Quinton, D., Rutter, M. & Gulliver, L. (1990). Continuities in psychiatric disorders from childhood to adulthood in children of Psychiatric patients. En L.N. Robins & M. Rutter (eds), *Straight and devious pathways from childhood to adulthood*, Cambridge, Inglaterra: Cambridge University 31, 68-77.

Radke-Yarrow, M., Cummin, E. M., Kuezyński, I. & Capman, M. et al. (1985). Patterns of attachment in two-and three-year-olds in normal families and families with parental depression. *Child Development*, 56, 884-893.

Radke-Yarrow, M., Nottelmann, E., Belmont, B. & Welsh, J. D. (1993) Affective interaction of depressed and non depressed mothers and their children. *Journal of Abnormal Psychology*, 21, 6, 683-695

Reimundez, G. (2003). La depresión no sabe de edades. *Revista Española de Economía de la Salud*. 2(1).

Rende E., Plomin R., Reiss D. & Hetherington M.. (1993) Genetic and Enviromental influences on Depressive Symptomatology in adolescence: Individual Differences and Extreme Scores. *Journal of Child Psycholgt and Psychiatry*. 34(8), 1387- 1398.

Rodgers, B. (1994).Pathways between parental divorce and adult depression. *Journal of child psychology and psychiatry*, 35, 1289-1308.

Rodriguez-Sacristan, J. (1995). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Universidad de Sevilla.

Rojas, E. (2000). *La depresión, cómo curar la melancolía*. Trabajo presentado en la V Conferencia de Salud Mental, Enero, Bilbao.

Rosselló, J., y Martínez, A. (1997).Depresión en la Niñez y Adolescencia. Aportes de la Investigación.

Royo, J. (2002).Trastornos depresivos en la infancia y adolescencia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 25(3). Extraído el 10 de Febrero del 2004 desde <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple8a.html>

- Ruiz, C. R. (2003). *Violencia familiar y los derechos humanos*. México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Rutter, M., Tizard, J. & Whitmore, K. (1997). Education health behavior. En V. Del Barrio (e.d.), *Depresión Infantil*. España: Ariel Practicum.
- Ryan, N.D., Williamson, D.E., Llargar, S., Orvaschel, H., Reich, T., Dahl, R.E., & Puig-Antich, J. (1992). A secular Increase in child and adolescent onset affective disorder. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 27, 600-605.
- Saklofske, D. H. & Hildebrand, D.K. (2001). *Depression in children*. Bethesda: National Association of School Psychologist.
- Salin-Pascual, R.J. (2005) *Historia de la depresión*, Obtenido en 8 de Febrero del 2004 desde [http://personales.com/México/México/Dr. Salín](http://personales.com/México/México/Dr.Salín)
- San Román V. P., Pedreira –Massa, J.L., y López, T. H. (2002). *Prevención de las enfermedades mentales en la infancia*. Obtenido el 30 de Enero del 2004 desde <http://www.psicología.com>
- Santa, W. G. (2004). *Identificando al niño con depresión*. Obtenido en Junio del 2005 desde <http://www.educacioninfantil.com>
- Satir, V. (1991). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. México: Pax.

Secretaría de Salud Pública. Consultada en 2004 en <http://www.salud.gob.mx>

Servicios de Salud Mental (2004). *Análisis de la problemática de la salud mental en México: diagnóstico epidemiológico*. México: SERSAME

Shaw, D.S., Vondra, J.I., Hommerding, D., Keenan, K. & Dunn, M. (1994). Chronic family adversity and early child behavior problems; a longitudinal study of low income families. *Journal of Child Psychology, Psychiatry and allied disciplines*, 35, 1109- 1122

Sills, D. L. (1979). *Enciclopedia internacional de las ciencias sociales DROG - fish 4*. España: Aguilar

Sociedad Científica Española de Estudios Sobre el Alcohol, Alcoholismo y las otras Toxicomanías (2000). *Programa ALFIL, Manual para Educadores y Terapeutas*. Barcelona: SOCIDROGALCOHOL.

Solloa, G. L. M. (2001). *Los trastornos psicológicos en el niño: etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. México: Trillas.

Sperling, M. (1993). *Psicoterapia del niño neurótico y psicótico*. Argentina: Hormé.

Spitz, R. A. & Wolf, K.M. (1946). Analytic depression: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions on early conditions II. *Psychoanalytic Study of Child*, 2. 313-342.

Stark, K.D. (1990). *Depression childhood*. New York: Guildford press.

Stark, K. D., Humphrey, L.L., Crook, k. & Lewis, K. (1990). Perceived family perspectives. *Journal of Abnormal child psychology*, 18, 527-547.

Steinhausen, A.C. & Reitzle, M. (1996) The validity of mixed disorders of conduct and emotions in children and adolescents: a research note. *Journal of child psychology and psychiatry*, 37, 339-343.

Stern, A. E., Lynch, D. L., Oates, R, Kim, O'Toole, B. I., & Cooney, George. (1995) Self esteem, depression, behaviour and family functioning in sexually abused children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 36(6), 1077-1089.

Stone, A. (1982). The objectivity and subjectivity of life-events. *Journal Clinical Psychology*, 38(2).

Trad, P. V. (1992). *Depresión psíquica, en neonatos y lactantes*. México: Limusa Noriega.

Vantalon, V., Gourion, D. et Mouren-Siméoni, M. (1999). *Les troubles dépressifs chez l'enfant: état des connaissances cliniques, épidémiologiques et thérapeutiques*. Paris: Rueil-Malmaison.

Vargas, P. (s.f.). *Ciclo vital familiar*. Obtenido el 15 de Marzo del 2005 desde http://64.233.187.104/search?q=cache:NgsY5z5nEIMJ:24.232.114.45/CBMF2002%2520Clase%25204_3.PDF+ciclo+vital+de+la+familia&hl=es

Velasco, P. M. (s.f.) *La depresión en los niños*. Obtenido en Junio del 2005 desde <http://www.cnice.mecd.es>

Vélez, C. N., Johnson J. & Cohen, P. (1989). A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology, *Journal of the American academy of child psychiatry*, 28, 861-864.

Villalón, P. y Pedreira Massa J. (2002). *Prevalencia de los trastornos de conducta y emocionales en niños de 2-3 años*. Obtenido el 30 de Enero del 2004 desde <http://www.psicología.com>

Winklein, L. (1996). *Emotional problems in children and young people*. Londres: Cassell.

Wisdom, J.O. (1977). A phase of depression in six-months-old-boy. *International Journal of psychiatry*. 32, 2-4

Yunes, R. (2003). *Depresión en niños y adolescentes*. IV Congreso virtual de psiquiatría, Psiquiatría infantil y de la adolescencia. Obtenido el 4 Julio del 2004 desde <http://www.interpsiquis.com>

Yunes, R. y Braier, M. (s.f.). *Depresión en los niños y adolescentes*. Obtenido en Junio del 2005 desde http://biblioteca.consultapsi.com/articulos/infancia/yunes_depre.htm

Zingman de Galperín, C. (1996). *Modalidades de funcionamiento familiar*. Buenos Aires: Editorial de Belgrano.