



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**LA SOBREPOTECCIÓN PATERNA Y SU RELACIÓN
CON LA DEPRESIÓN INFANTIL**

Opción de titulación: Tesis empírica

Para obtener el título de:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Autoras:

Gabriela Sánchez Díaz 09719658-1
María Eugenia Vega Mejía 09716772-3

Generación: 2000-2003

Directora del proyecto:

Maestra: Araceli Silverio Cortés

Dictaminadores:

Lic. José Esteban Vaquero Cazares
Mtra. Rosa Isela Ruiz García



LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA EDO. DE MÉXICO. 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS



A mis padres, por su apoyo, sin el cual no hubiera podido seguir adelante.

A ti Marlene, por tu apoyo y cariño. Y sobre todo por ser una parte fundamental en mi vida y aceptarme con mis más grandes defectos.

A ti RELY, por las vibras de inspiración que me dan fuerza.

A ti Javier Velásquez por tu tiempo y consejo que fue de gran ayuda.

Araceli, mil gracias por tú paciencia y ayuda sin la cual no habría sido posible la culminación de está Tesis.

A Ud. Lic. Vaquero por su ayuda y recomendaciones.

A Ud. Mtra. Isela por su gran colaboración.

Sobre todo a Dios que guía mi destino y me envió a cuatro ángeles que iluminan mi camino (P.N.O.G.)

Gabriela Sánchez Díaz 

A mis padres..... y al amor de mi vida por apoyarme en todo momento en mis proyectos.

Eugene

ÍNDICE

Resumen

Introducción

CAPÍTULO 1.-DEPRESIÓN EN ADULTOS Y NIÑOS

1.1.-Antecedentes históricos de la depresión en adultos y niños	8
1.2.-Origen biológico y psicosocial de la depresión.....	12
1.3.- Antecedentes y definición de la depresión en niños (DI) desde el enfoque psicológico.....	17
1.4.-Características de la Depresión Infantil.....	24
1.5.- Evaluación de la Depresión Infantil.....	29

CAPÍTULO 2.- CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN INFANTIL.

2.1.-Origen de la Depresión Infantil.....	33
2.2.- Consecuencias de la Depresión Infantil.....	39

CAPÍTULO 3.- ESTILOS DE CRIANZA PATERNOS.

3.1.- Padre autoritario.....	50
3.2.- Padre permisivo.....	51
3.3.-Padre asertivo.....	52
3.4.-Padre sobre protector.....	53

CAPÍTULO 4.- LA SOBREPOTECCIÓN PATERNA Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN INFANTIL.

4.1.- Factores que inciden para la sobreprotección paterna hacia el niño.....	57
4.2.- Consecuencias de la sobreprotección paterna.....	60

Metodología

Resultados

Análisis de resultados

Conclusiones

Bibliografía

Anexos

INTRODUCCIÓN

Los conocimientos sobre la depresión nos remontan a Hipócrates quien fue el primero en definir la melancolía. Posteriormente otros autores como Areteo quien vislumbró la etiología de depresión en las relaciones interpersonales y Paracelso contribuyó con el origen de la depresión de manera natural y no espiritual.. Ante el derrumbe de las posturas griegas, sobrevino la psiquiatría, donde destacan los trabajos realizados por Burton, en 1621.

Organizando así el caos reinante en la psiquiatría, Kraepelin en 1800, considera la depresión como unitaria y dentro de la psicosis maníaco-depresiva en lo que a adultos se refiere; mientras que la depresión infantil fue hasta la década de 1940 que en distintos campos de la psicología aplicada aparecieron los primeros estudios entre los que se encuentran los realizados por Akerson, 1942; Spitz, 1945 y Bowlby, 1951(En: Basile, 1997).

En la década de 1960 el reconocimiento de la depresión en los niños era un hecho gracias a los hallazgos cognitivos, pero fue en 1975 cuando la depresión infantil se aceptó por el National Institute of Mental Health como concepto y entidad psicopatológica.

Posteriormente, Beck (1983) planteaba la importancia de las cogniciones para la presencia de la DI. Con un postulado éste autor la definió, involucrando la visión distorsionada de sí mismo, del mundo y del futuro. Las cogniciones que se formule el individuo influirán en la forma en que actuará y se sentirá. Así, la depresión se mantiene a través de una serie de errores cognitivos como la sobre generalización, el pensamiento de “todo o nada” y la minimización de los hechos positivos, esto es precisamente porque existe la falta de refuerzo positivo por parte del medio donde se desenvuelve la persona, entonces, es más factible detectar estos tipos de pensamientos en niños de 7 a 12 años, por su maduración neurológica; y están implícitas cuestiones motoras, cognitivas y fisiológicas. Dicho enfoque (cognitivo- conductual) es el que se retomará para la presente tesis .

De esta forma, se plantea que los sujetos depresivos se encuentran con una o varias afecciones negativas en diferentes áreas de su vida, por tanto, si se logra una prevención de aquellos factores que propician su aparición, se pueden tomar medidas previsoras y mucho más si el factor de riesgo es precisamente la crianza que está recibiendo en su entorno familiar, siendo ésta una de las áreas vitales en la infancia. A este respecto, los estudios son escasos, sin embargo, Parker (1962; En: Arietti, 1993) estudió dos tribus vecinas. Una de ellas era la tribu ojibwa donde existía una alta incidencia de depresión. Ellos eran personas arrogantes, hoscos, competitivos, poco comunicativos, hipersensibles a las críticas, resentidas, tendían a separarse, formaban grupos pequeños y cerrados; consideraban a los descendientes como entes vacíos e indefensos; los niños desde muy pequeños eran sometidos a una rígida disciplina y trataban de que fueran “fuertes” para enfrentarse a la vida, desde el principio se compartía con ellos el pesimismo de los mayores y se le inculcaba que sus infortunios eran su responsabilidad. La otra tribu era de esquimales donde no se presentaban desórdenes depresivos. Ellos practicaban la coparticipación, la igualdad, el no liderazgo; confiaban en los poderes sobrenaturales, tenían una actitud amistosa y modesta. Expresaban abiertamente sus emociones, necesidades y debilidades. Para esta tribu, los niños eran tratados con cariño, se procuraba evitarles sufrimientos y se les ponían pocas limitaciones a sus conductas. El autor concluyó que en la tribu ojibwa existía una falta de solidaridad comunitaria, de autosacrificio como único medio de gratificación y una necesidad de triunfo como requisito ineludible de autoestima. Y en los esquimales existía una gratificación inmediata y apoyo para la satisfacción de sus necesidades dentro de la misma comunidad. Lo cual pueden explicar la depresión en los ojibwa como vía de expresión, más común, de sus conflictos y tensiones.

Eaton y Weil (1955; En: Arietti, 1993) realizaron una investigación con los huteritas, una comunidad muy cerrada al norte de los Estados Unidos. Era un grupo puritano, con sentido del deber y con altos índices de desórdenes depresivos. Sus descendientes debían nacer en casa por parto natural, las familias eran grandes debido a que no había control de natalidad, a partir de los dos años de edad pasaban gran parte del tiempo en una guardería, se les educaba religiosamente de manera constante y se les adiestraba en una serie de conductas y valores permitidos. Se les planteaba que eran superiores a los vecinos, pero no debían haber

competencia entre ellos, no obstante, debían tener un alto rendimiento. Se deduce que en esta comunidad había una falta de libertad, de espontaneidad e individualidad lo cual los hacía vulnerables a la depresión.

Considerando lo anterior y ante la casi nula existencia de estudios similares, se bosqueja el estilo de crianza, específicamente, la crianza sobreprotectora como factor de riesgo para la presencia de depresión infantil, ya que las características de un niño sobreprotegido son similares a las características de un niño con DI. En dicho estilo de crianza, los padres controlan exageradamente la conducta de sus hijos e intervienen en sus decisiones, dándoles un cuidado desmedido sin llegar a ser estricto, más que caer en lo permisivo, se trata de evitar por todos los medios penalidades al menor. La sobreprotección paterna, es socialmente más aceptable, que la de un padre autoritario y/o severo, el cual ha sido más relacionado con algún trastorno del niño. La importancia de prever factores de riesgo radica en que la DI se está convirtiendo en un problema de salud pública que afecta a gran cantidad de personas, muchas de las cuales ni siquiera han llegado a la adolescencia. Se ha encontrado que la presencia de la depresión ha aumentado, mientras que la edad de iniciación ha disminuido (Yepes, 1998). En edad preescolar, uno de cada cien niños puede presentar depresión mayor y hasta un 4% en población clínica; en edad escolar, la depresión se presenta alrededor de un 10% y en casos clínicos las cifras se disparan a un 59% (González, 2000).

Preguntarse por la relación existente entre la depresión a tempranas edades y el estilo de crianza sobreprotectora obedece a un interés por averiguar los factores “desencadenantes” de dicho trastorno. Esencialmente por la nueva generación de padres preocupados porque su crianza se desarrolle de la mejor manera posible. Además de plantear nuevas rutas de investigación que permitan la profundización y mayor conocimientos sobre los problemas psicológicos y su posible relación con la vida social: la familia, específicamente, la crianza sobreprotectora; la cual se caracteriza por un cuidado desmedido que interviene en la conducta y decisiones del niño.

Consiguientemente, la presente tesis tiene como objetivo el analizar el estilo de crianza sobreprotector y su relación con la manifestación de la depresión infantil. Para lo cual, se hizo una revisión teórica del concepto de depresión en adultos y niños desde diferentes enfoques, antecedentes y origen de la misma; así como las características y evaluación de la depresión infantil (capítulo 1), En el segundo capítulo se abordaron las causas y consecuencias de la depresión infantil. En el tercer capítulo se analizarán cuatro estilos de crianza enfatizando la crianza sobreprotectora. Por último se efectuará una relación entre sobreprotección paterna como posible factor que provoca la depresión infantil.

Con base en lo anterior buscamos contribuir a que los padres se den cuenta de que el hecho de sobreproteger a los niños puede representar un factor de riesgo para la presencia de depresión, así como la existencia de diferentes estilos de crianza, llegando a identificar, por otro lado, cuál es el estilo más adecuado para la educación de sus hijos.

CAPÍTULO 1.- DEPRESIÓN EN ADULTOS Y NIÑOS.

El presente capítulo se desarrolla conforme al concepto o idea de depresión, la cual ya era considerada desde la época de los griegos, tomada en cuenta como una cuestión astrológica hasta describirla por causas orgánicas, los orígenes de la misma se remontan a aspectos médicos, biológicos y psicosociales. De igual modo, la depresión se consideraba palpable sólo en adultos, pero ante la manifestación innegable en niños, la ortodoxia se flexibilizó, lo cual permitió que desde el punto de vista psicológico y sus propias corrientes se llevara a cabo su investigación, descripción y definición. Con especial atención en el enfoque cognitivo- conductual, dando así las características del niño con depresión y las vías de evaluación de la misma a manera de prevención y detección.

1.1.-Antecedentes de la depresión en los adultos y niños

La constancia histórica de la sintomatología, las causas y los tratamientos sugeridos para la depresión se han ido modificando permanentemente, como reflejo de las tendencias etiológicas y teóricas de cada época.

Etimológicamente, depresión viene del latín depressio: hundimiento; donde la persona se siente hundido, con un peso sobre su existencia y devenir vital, que le impide cada vez más vivir con plenitud.

Se dice que en el siglo IV a. de C., Hipócrates (En: Rojtemberg, 2001) identificó la depresión, pero bajo la palabra de melancolía, que era un estado de tristeza, esta descripción la atribuyó a un exceso de un pequeño componente llamado atrabilis en el cerebro, los griegos creían que este estado estaba caracterizado por una aversión a los alimentos, inmovilidad, insomnio, irritabilidad y desesperanza. Asimismo, en esta época a la depresión se le daba una explicación astrológica ya que se creía en la influencia del planeta Saturno, el cual hacía que el hígado secretara la bilis negra, de esta manera se presentaba el estado de tristeza.

A partir de ésta, las teorías sobre el origen de la depresión han ido variando de acuerdo con la época. La historia de la depresión equivale, prácticamente, a documentar la evolución del pensamiento psiquiátrico. Así, se encuentra presente a lo largo de todas las culturas y es factible hallar enunciadas distintas etiologías y diferentes formas de resolución de ella en la literatura.

Remontándose al siglo II de la era cristiana, Areteo de Capadoccia (En: Rojtemberg, 2001) desechó la etiología hipocrática y atribuyó, en cambio, la etiología de la depresión a factores psicológicos, asociándola con la manía y valorizando la importancia de las relaciones interpersonales. Luego, en la Edad Media y en el Renacimiento, la etiología de la depresión fue atribuida a la posesión demoníaca, al castigo divino, a la influencia de los astros o al exceso de humores, entre otros.

Paracelso (En: Rojtemberg, 2001) fue la excepción, ya que en medio de muchas contradicciones de la época, afirmó que las enfermedades mentales tienen origen natural y que no son causadas por espíritus.

Continuando con la historia del surgimiento del concepto de depresión, la primera descripción en Inglés, que se hace de ésta, corresponde al libro de Robert Burton (1577-1640) "Anatomía de la Melancolía" el cual se publica en 1621, este fue alabado por los médicos de su época, donde lo hereditario y lo temperamental fue tomado en cuenta cuando refería que los melancólicos descendían de padres melancólicos. Para este autor, "la depresión es la más universal de las aflicciones humanas" y duda que haya algún individuo que deje de experimentarla a lo largo de su existencia, por tanto, plantea que es un fenómeno muy frecuente en los jóvenes, ya que la angustia los afecta tanto como al adulto (Bleichmar, 1986).

Kraepelin, hacia fines de 1800, establece un sistema nosográfico con el que integra, en forma organizada y sistemática, el caos reinante en psiquiatría. Diferencia tres categorías principales: la demencia precoz, la parafrenia y la psicosis maníaco depresiva. A estas

afecciones les atribuye una causa orgánica, aún no demostrable, un curso característico y un desenlace previsible.

Ahora bien, en lo concerniente a las contribuciones psicológicas, nos encontramos a los psicoanalistas, con gran influencia de la psiquiatría, donde en un principio ignoraron la depresión, decían que no se manifestaba mediante síntomas traumáticos aptos para ser interpretados por el reflejo de los problemas más profundos. Recién después de haber investigado la histeria, las obsesiones, los sueños, la sexualidad infantil y la paranoia, Freud volvió su atención a la depresión. La primera investigación psicoanalítica sobre la depresión fue hecha en 1911 por Karl Abraham, que comparó la depresión con la ansiedad y también era vista como resultado de instintos reprimidos. En su investigación afirma que la depresión aparece cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales. Éste autor aplica la doctrina de la excesiva represión libidinal, afirma que la culpa masiva del depresivo se debe a sus reales deseos destructivos que se mantienen inconscientes, mantiene que la depresión puede ser considerada como una regresión a la primera fase psicosexual (oral), esto lo explica mediante dos principales síntomas de la depresión: negativa a alimentarse y temor a morir de hambre.

Este enfoque al igual que para la depresión adulta ha influido con su concepto en cuanto a la definición de la depresión infantil; Freud y Spitz, consideran que la depresión en el niño se produce por la pérdida de un objeto. El objeto puede ser la autoestima (pérdida del yo), la muerte de un ser querido o separación real o simbólica. En 1946 (En: Arietti, 1981) Rene Spitz publica un trabajo acerca de la reacción de los bebés ante la separación de la madre. Observó que cuando los lactantes habían desarrollado un vínculo con sus madres, eran separados de estas al llegar a los seis meses, reaccionaban con llanto y actitudes quejasas, después caían en un estado de letargo y esperaban en sus cunas con expresión ausente sin prestar atención a lo que sucedía en el exterior y respondía con llanto cuando se acercaba un extraño, si el bebé no se volvía a reunir con su madre, desarrollaba lo que Spitz llamó “depresión anaclítica”, caracterizado por pérdida de peso, insomnio, falta de respuesta a las personas que lo rodeaban, inexpresividad y mirada extraviada. Si madre e hijo volvían a estar juntos al cabo de un período de tres a cinco meses, el síndrome era reversible, pero si

se prolongaba aún más este período, el estado del niño se consolidaba haciéndose irreversible en este último caso, los niños presentaban deterioros en distintas áreas del desarrollo, así como mayor predisposición a la enfermedad. Spitz menciona que los síntomas presentados en estos bebés, eran similares a los de los adultos depresivos pero que carecían del componente esencial de dirigir la agresión a los objetos de amor, a fuentes externas al propio bebé. El niño entonces dirige la agresión contra sí mismo porque no cuenta con el objeto externo materno capaz de absorber sus impulsos agresivos.

Desde el enfoque psicodinámico, la depresión se explica del libro de Freud: “Luto y Melancolía” en 1957, que trata principalmente de la diferencia entre la aflicción (dolor) y la depresión (melancolía). En la aflicción hay una pérdida real de un objeto y en consecuencia una sensación de que el mundo es pobre y vacío pero no hay una autoacusación por parte de la persona. En la depresión melancólica por lo general hay una pérdida emocional del objeto debido a la decepción o a factores asociados (Fredden, 1986).

Freud, consideraba la depresión, bajo el concepto de melancolía, como un estado en el que el sujeto vuelve la agresión hacia dentro, sobre sí mismo, en lugar de hacerlo sobre la persona que es en realidad el objeto de sus sentimientos agresivos. Jakobson un tanto ligado a la línea de Freud, menciona que una característica distintiva de la depresión es la tristeza (Fredden, 1986). Para los psicoanalistas la depresión es la recapitulación de un trauma infantil en la vida adulta.

A su vez, dentro de esta corriente, Kurt Adler (1961; En: Toro, 1993) sintetiza la personalidad depresiva: El depresivo se esfuerza constantemente por afirmar su enfermedad, para hacer prevalecer su voluntad por sobre los demás para obligarlos a sacrificarse, para frustrar todas sus tentativas a ayudarlo, para culparlos de su situación, para liberarse de toda obligación y cooperación social.

En el paradigma cognitivista, Seligman (1983) planteó las cualidades en común de la depresión y la indefensión aprendida, es decir, ésta como modelo de la depresión causada por procesos ambientales más que por sucesos internos. La indefensión aprendida plantea

como resultado que el reforzamiento y la respuesta son independientes y por tanto, se reduce la iniciativa a dar respuesta.

Por su parte, Beck (1967, En: Seligman, 1983) contempla la depresión como resultante principal de un set cognitivo negativo del paciente (niño o adulto), mayormente sobre las capacidades de cambiar su vida.

1.2.- Origen biológico y psicosocial de la depresión.

En estos momentos, no se puede hablar de un único origen de las depresiones, sin embargo, aún está en boga la hipótesis de depresiones exógenas o reactivas (motivadas principalmente por factores externos) y depresiones endógenas (determinadas por la constitución misma de la persona y que aparentemente no tiene desencadenantes externos). Desde este punto de vista, los trastornos depresivos pueden tener una cierta predisposición, ya que la depresión de origen endógeno se da en períodos aproximados de episodios depresivos de entre 6 y 12 meses. La mayor proporción que se da, es en las mujeres donde quizá dependa de causas orgánicas, pero también parece estar condicionada por la adquisición de roles sociales más pasivos e incapacitantes. Por otro lado, en la depresión exógena los episodios depresivos duran menos de 6 meses y debido a que “socialmente” a las mujeres les es más permitido exteriorizar su necesidad de ayuda, al contrario que a los hombres, es probable que las depresiones en ellos pasen más desapercibidas (Alonso-Fernández, 1989).

Este tema se ha abordado desde diferentes modelos explicativos que inciden en aspectos **biológicos y psicosociales**. Con el paso del tiempo se ha reconocido que no se puede aplicar un modelo explicativo único que aclare completamente el origen de un trastorno depresivo, observándose que estos modelos se han de integrar entre sí y no son excluyentes entre ellos. En general, la predisposición a padecer un trastorno depresivo ante unos desencadenantes de mayor o menor magnitud, va a variar según la persona o su vulnerabilidad, estos se combinarían de una determinada manera y frente a una o varias

circunstancias, en un determinado momento del curso de la vida, desembocarían entonces en una depresión.

Dentro de los **factores biológicos**, se han dado algunas observaciones en el medio que han hecho pensar en que ciertos cambios en el organismo pueden dar origen a un trastorno depresivo. Por ejemplo, la asociación de una serie de enfermedades físicas con la depresión, sustancias que alteran el Sistema Nervioso Central (medicadas o autoadministradas) y la transmisión genética de mecanismos que favorecen la aparición de depresión en varias generaciones de una misma familia.

En cuanto al **origen genético**, se ha visto que los desórdenes afectivos mayores (aquellos desórdenes del estado de ánimo con mayor intensidad y duración) se dan con mayor frecuencia en algunos familiares de sujetos enfermos. Se acepta que la herencia juega un papel en la génesis de la depresión. Sin embargo, el hecho de que hayan diferentes tipos de depresiones, la edad de presentación, respuesta al tratamiento y evolución; dificulta el estudio del tipo y mecanismo de transmisión de cada uno de ellos. Los estudios sobre antecedentes familiares de trastornos depresivos revelan que existe una mayor tasa de trastornos afectivos que en los familiares de sujetos sanos. Cuando se estudian pacientes adoptados con trastorno del estado del ánimo, se comprueba que la frecuencia de trastornos del estado de ánimo es mayor en sus padres biológicos que en sus padres adoptivos. También se ha investigado si en los gemelos idénticos (llamados monocigóticos) la concordancia para que los dos presenten una depresión es mayor que en los gemelos no idénticos (su material genético no es tan parecido) y se ha visto que la tasa de concordancia para el trastorno afectivo es mayor en los primeros. Escasos estudios sobre gemelos criados por separado confirman también una herencia genética. Los estudios genéticos se hacen en poblaciones con trastornos depresivos mayores.

Dentro de la misma rama biológica nos encontramos con que **las hipótesis bioquímicas** (neurotransmisores) evolucionaron a partir de las observaciones clínicas que relacionaron la administración de un fármaco, la reserpina, con la aparición de síntomas depresivos. Donde la reserpina produce depleción (disminución) de sustancias cerebrales neurotransmisoras

como noradrenalina. La función de los neurotransmisores consiste en establecer un código de señales eléctrico y bioquímico al ser segregados por una neurona e interactuar con las neuronas adyacentes, en cuyas membranas hay receptores para estos neurotransmisores. Este código está determinado genéticamente pero puede modificarse en función de variables externas. En el hombre se han descrito diversas enfermedades que derivan de una alteración en este código, conocido como neurotransmisión. La depresión se considera en la actualidad enfermedad de la neurotransmisión.

Los investigadores y los médicos inicialmente se centraron en la hipótesis de que una concentración baja de neurotransmisores y por tanto, un déficit en la neurotransmisión produce depresión. En 1965 Schildkraut (Caballo y Simón 2001) propuso la hipótesis catecolaminérgica que relaciona la depresión con un déficit funcional de noradrenalina, teniendo como hipótesis complementaria, que un déficit funcional de la serotonina permite la aparición de un trastorno afectivo, aumentando la vulnerabilidad del sujeto. Si la actividad serotoninérgica disminuida se acompaña de un déficit noradrenérgico se desarrolla una depresión; por el contrario, si se asocia a un exceso de noradrenalina se presenta un trastorno maníaco.

Los esfuerzos realizados para identificar anomalías bioquímicas consistentes en los pacientes con trastornos del estado de ánimo sólo han tenido un éxito parcial. Entre estos esfuerzos están la determinación en diferentes fluidos corporales (sangre, orina, líquido cefalorraquídeo) de los neurotransmisores y sus metabolitos (compuestos producidos tras el paso de estas sustancias por puntos del organismo -el hígado- donde se transforman). Se han encontrado argumentos que hacen esta teoría incompleta para explicar los trastornos depresivos, pues se ha dicho que no existe una sola explicación para todas las depresiones. Parte de la investigación posterior ha estado centrada en el estudio del funcionamiento de los receptores y los subtipos de éstos, detectándose variaciones en su actividad, como puede ser el que aumente de densidad la membrana de la neurona o que estén más o menos sensibles al efecto de los neurotransmisores. También se ha observado que varios tipos de antidepresivos y la terapia electroconvulsiva (electroshock) producen este efecto de disminuir la densidad de receptores en la membrana.

Si se piensa en el sistema neuroendocrino, que también está regulado por neurotransmisores, se incluyen el hipotálamo, la glándula pituitaria y las glándulas adrenales y tiroideas que desempeña un papel importante en la depresión (Emslie y cols., 1994; En: Wick-Nelson, 1997). Estas tres glándulas (el hipotálamo y la hipófisis se encuentran en el cerebro y las suprarrenales sobre los riñones) funcionan sincronizadas entre sí, de modo que la hormona segregada por el hipotálamo estimula a la hipófisis a que produzca otra hormona que a su vez estimula a las glándulas suprarrenales a producir cortisol. A su vez la cantidad de hormona segregada sirve de freno a la glándula estimuladora, mecanismo que se llama retroalimentación. Parece que en la depresión esta respuesta de retroalimentación no funciona con normalidad y en trastornos como la depresión mayor se han visto niveles elevados de cortisol. También se han visto niveles elevados de las hormonas producidas por hipotálamo e hipófisis, que son el factor liberador de corticotropina; por lo tanto, en ciertos tipos de depresión no funcionaría el sistema de autorregulación del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal y se producirían hormonas por encima del nivel normal. Neurotransmisores como la serotonina o la noradrenalina regulan en parte la secreción del hipotálamo.

Otra de las hipótesis que desde hace muchos años se estudia es en relación con las anomalías de la función de la glándula tiroidea que también se ha relacionado con los trastornos del estado de ánimo, ya que el hipotiroidismo a veces da la cara como un síndrome depresivo. Como en el caso anterior existiría en ciertos casos de depresión una mala regulación de la secreción hormonal de estas glándulas.

Por otra parte, existen cuadros depresivos que aparecen en el contexto de enfermedades médicas y aportan evidencias sobre la influencia de los factores biológicos (depresión orgánica). Entre las enfermedades del sistema nervioso central (SNC) se ha observado que del 25 al 40% de sujetos con ciertas enfermedades presentarán una alteración depresiva importante en algún momento durante el curso de la enfermedad. Se incluyen trastornos como la enfermedad de Parkinson, la Corea de Huntington, la enfermedad vascular cerebral (embolias, infartos, hemorragias), demencias, esclerosis múltiple, epilepsia, traumatismo craneoencefálico, tumores del SNC, enfermedad de Wilson. En las

enfermedades médicas que no implican al SNC directamente las tasas son mucho más variables y comprenden desde más del 60% en el síndrome de Cushing hasta menos de un 8% en la insuficiencia renal terminal. Los cuadros asociados a patología endocrina son los más vinculados a alteraciones neuropsiquiátrica (hipertiroidismo, hipotiroidismo, enfermedad de Cushing, enfermedad de Addison). Otro tipo de enfermedades asociadas en ocasiones a depresión son enfermedades reumatológicas (lupus sistémico), neoplasias (cáncer de cabeza de páncreas) e infecciosas (virus) (Kaplan y Sadock, 1995).

Ahora bien, al hablar de los factores **psicosociales** se hace referencia al entorno y la capacidad del individuo para responder a las demandas de éste. Recordando que no se han de considerar como algo excluyente con todo lo comentado anteriormente y que suelen actuar de forma integrada, pudiendo prevalecer más uno u otro tipo según el individuo y el tipo de trastorno depresivo.

Se ha implicado a las circunstancias externas potencialmente productoras de estrés (los llamados acontecimientos vitales) como factores precipitantes de los trastornos afectivos. Estos acontecimientos vitales, al recaer sobre un individuo que ya tiene una vulnerabilidad de base, desencadenarían el inicio de una depresión. Se piensa que los pacientes deprimidos experimentan más acontecimientos vitales en los meses que preceden al comienzo de los síntomas. Los acontecimientos vitales más potentes para precipitar una depresión serían aquellos no deseados, no controlables, inesperados y que suponen una amenaza o peligro importante para el sujeto; entre éstos están los acontecimientos que suponen una pérdida para el individuo (muerte del cónyuge o un familiar próximo, divorcio o separación, jubilación o pérdida de empleo, abandono del hogar por parte de algún miembro de la familia) son los más claramente asociados al inicio de un trastorno depresivo. También se han de considerar los problemas de salud física por suponer igualmente una pérdida. Sin embargo, se ven muchos sujetos con trastornos afectivos en cuyos antecedentes no se detectan acontecimientos desfavorables y también se ven personas que padecen dificultades y pérdidas considerables sin que manifiesten síntomas de depresión. Esto se debe a que hay pasos intermedios entre el acontecimiento vital estresante y la elaboración de respuestas psicobiológicas por parte del organismo, en el que intervienen procesos de pensamiento y

estrategias de afrontamiento para enfrentarse al estresor. En el inicio de un episodio depresivo, por tanto, se deben considerar, aparte de los acontecimientos estresantes, la intervención de varios niveles (biológico-psicológico-social) de forma interrelacionada entre sí.

Bonime (1967; En: Arietti, 1981), sugiere que los factores de la depresión en el adulto se forman a partir de una infancia carente de afecto que debieron proveer los padres. Las verdaderas necesidades emocionales del niño fueron ignoradas o sofocadas, de modo que éste creció sintiéndose defraudado y con el convencimiento de que los demás le deben la respuesta a la solicitud que no tuvo antes.

A pesar de la semejanza entre la depresión en adultos y niños se pretende ahondar en cuanto a la depresión infantil, porque consideramos que no es adecuada la utilización generalizada del concepto de depresión dadas las características que diferencian a un niño de un adulto.

1.3.- Antecedentes y definición de la depresión en niños desde el enfoque psicológico.

La depresión, 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 (infancia, adolescencia, menopausia y andropausia, y en general los períodos de crisis o cambios importantes) parecen ser las más afectadas.

La historia de la depresión infantil ha atravesado diferentes cambios. En un inicio fue cuestionada o negada, a principios del siglo XX varios psiquiatras y paidopsiquiatras europeos habían llamado la atención sobre el fenómeno de la depresión infantil, no obstante, ésta desaparece de la literatura científica alrededor de los años treinta cuando las teorías psicoanalíticas ortodoxas dominaban el campo de la Psicología infantil y se niegan admitir las depresiones en esta etapa.

Así pues, durante un largo período de tiempo la comunidad científica, por estrictas razones teóricas, sostenía que la Depresión Infantil no existía (coincidiendo con la poca importancia que se le daba a la salud mental de los niños). Sin embargo, en el mundo real existían niños deprimidos y algunos clínicos empezaron a revelarse contra la ortodoxia que vetaba la posibilidad de su existencia. Esto empezó a ocurrir hacia la década de 1940 en distintos campos de la psicología aplicada y comenzaron a aparecer estudios relacionados con la depresión infantil de Akerson en 1942; Spitz en 1945 y Bowlby en 1951 (En: Basile, 1997). Este último autor planteó que en los bebés se presenta un trastorno que puede llegar a confundirse con la depresión, este es el llamado Trastorno de Ansiedad por Separación que consiste en el cambio del estado de ánimo, según el horario de cada día, esto puede presentarse desde la etapa de lactancia en adelante. Se proponen tres etapas en el proceso de separación, en cuanto a la etapa de lactancia, para la explicación de cómo se da este trastorno en los bebés, que es muy importante retomar como un antecedente del factor desencadenante de una posible depresión en el niño, considerando que en estos momentos el vínculo materno es el más importante. De esta manera el trastorno se presenta de la siguiente forma:

Primera etapa.- De protesta: el bebé intenta mediante llantos y sacudidas la restauración del contacto con su madre.

Segunda etapa.- Desesperación: el bebé parece tener esperanzas de reunirse con la madre pero su llanto es menos constante, poco a poco se queda en silencio, disminuye sus movimientos.

Tercer etapa.- Defensa-despego: el bebé parece haberse recuperado de la pérdida y reacciona ante otro adulto. Se muestra otra vez contento y sociable pero ya no individualiza a su madre y hasta puede ignorarla.

Para la década de 1960 se habló ya de la Depresión Infantil pero se le consideraba formada por un conjunto de síntomas que no eran propiamente depresivos y se les califica como equivalentes depresivos, los cuales deberían responder a fármacos, llevando a una situación

caótica, ya que no se podían establecer criterios adecuados para diferenciar la depresión de otros trastornos infantiles. Se tenía la creencia de que los niños debían de ser alegres y despreocupados, descartando la posibilidad de que pudieran padecer depresión. Pero realmente la aceptación de la existencia de la depresión infantil fue posible gracias al ascenso del paradigma cognitivo.

A partir de los años setentas la aceptación de la depresión infantil fue un concepto científico casi unánime, las diferencias radicaban entre aquellos que la consideraban similar a la del adulto y pretendían diagnosticarla y evaluarla con los mismos criterios e instrumentos; y aquellos otros que sugerían que los síntomas variaban según la edad. Llegando a que los criterios para la depresión del adulto no serían aplicables a los niños y mucho menos de manera uniforme (Vallejo, 1998). Ya en el año 1975 la depresión infantil (DI) fue aceptada por el National Institute of Mental Health, como concepto y entidad psicopatológica.

Sólo en las últimas décadas se ha realizado una investigación sistemática con respecto a la posibilidad de que los niños y los adolescentes presenten algún trastorno depresivo. La demora en estudiar la depresión infantil obedeció a la excesiva confianza en teorías psicológicas que aún no se habían probado en lo absoluto. Estas teorías postulaban que los niños carecían de estructuras psicológicas y de las aptitudes cognitivas necesarias para presentar una verdadera depresión. Otro factor que influyó sobre el retardo en la investigación sobre la DI fue la estadística, la cual indica que es más probable o frecuente la depresión en adultos entre los treinta y cincuenta años, no obstante, en nuestros días se sabe que en cualquier etapa de la vida puede presentarse la depresión.

Otra teoría centrada en la explicación de la DI es la evolutiva, donde se afirma que la depresión se presenta en los niños según sus diferentes etapas: comienza por la primera infancia (0-3 años), según lo afirma Piaget (Palaino- Lorente, 1988) la madre es el alimento primario del bebé, su ausencia provoca el deterioro del desarrollo psíquico, ya sea en el plano de los afectos del conocimiento o motricidad, la pérdida de la madre es equiparable a la pérdida de estímulos como en el adulto, estas reacciones del bebé como privaciones de su

desarrollo, se representa como un dolor inespecífico mucho antes de poder pensar, estos estados son dolorosos pero no tienen nada que ver con los padecimientos depresivos. Al cabo de un tiempo, según lo afirma Bowlby (Palaino-Lorente, 1988), el bebé sale de su retraimiento y comienza a interrelacionarse con los demás.

La depresión en el preescolar (3-5 años): es aquí donde existe una intensa relación del niño y su mundo, no se tiene conocimiento de la aparición de síntomas depresivos en este período, pero podría ser una época crucial para centrar las bases de los períodos de depresión.

La depresión en el escolar (6-10 años): a esta edad, las ideas acerca de sí mismo se confunden con la fantasía. El rechazo de los padres o las exigencias desmedidas por parte de ellos pueden hacer que el niño sienta que nunca llegara a triunfar y que no tiene sentido esforzarse. La autoestima del niño en esta edad dependerá de las repuestas de las figuras parentales.

La depresión en el adolescente (11-21 años): en esta edad, además de manifestar una reacción efectiva inicial de depresión ante las frustraciones o pérdida de bienestar, el niño puede continuar hacia un cuadro depresivo crónico, donde se produce la consolidación de los procesos adaptativos de modo que el niño reaccione a la tensión de un modo característico (rindiéndose a la frustración, experimentado sensación de pérdida, impotencia personal y vergüenza) (Cherro, 2000).

Por su parte, en el enfoque histórico-cultural, Cohen y cols. (Arietti, 1981) encontraron que la depresión era la constante amenaza de pérdida erigida contra la manifestación de un comportamiento espontáneo. En los estudios que realizaron hallaron que los pacientes depresivos eran personas deseosas de complacer a los demás para satisfacer sus necesidades de dependencia, presentaban escasa creatividad y adoptaban pautas u opiniones de figuras relevantes de su entorno. El factor más constante que localizaron fue la falta de empatía y exigencias para los demás por la sensación interna de vacío y una permanente necesidad de apoyo que las figuras externas debían de satisfacer, presentaban también una barrera para el

intercambio emocional, esto se presenta tanto en el adulto como en el niño; donde la aparición de manifestaciones de depresión se da cuando no surgen las reacciones con otras personas o no se cumplen los objetivos de las mismas y el individuo se ajusta a las pautas culturales con excesiva rigidez.

Más tarde, Sullivan (Bernardo, 1984), partidario del enfoque existencialista, conceptualizó la depresión como una tendencia repetitiva estereotipada a situaciones destructivas, la concentración en un limitado número de ideas y el retardo de los procesos vitales, generalizados tanto en adultos como en niños.

Dentro del enfoque conductista, desde la teoría del aprendizaje, la depresión tanto en el adulto como en el niño se ve como el resultado de un acceso limitado a acciones que proporcionan un refuerzo positivo (recompensa), quizá porque el individuo es incapaz de llevar a cabo una acción que le brinde recompensas. Se desencadena así la depresión por la pérdida del refuerzo positivo, por la experiencia del castigo (refuerzo negativo) o por las dos.

En 1981 Seligman (Carnwath y Miller, 1990) definió la depresión dentro de un paradigma cognitivista como la pérdida de control sobre los medios de obtener un refuerzo positivo o negativo que corresponde a la depresión reactiva o la depresión causada por sucesos ambientales más que por sucesos internos; donde el sujeto carece de iniciativa, tiene una sensación de impotencia y opinión desalentadora del futuro. El autor, dice que se da principalmente en las personas que en los primeros años de vida se les negó la oportunidad de controlar su propio medio, por lo tanto, este concepto está basado principalmente en la etapa infantil. Dicha definición se da a partir del término **“indefensión aprendida”** que significa lo que sucede cuando una exposición previa a experiencias aversivas incontrolables interfiere con el aprendizaje de escape y evitación; donde hay un déficit de la iniciativa de repuesta y en la asociación del reforzamiento con la respuesta. Siendo éste un fenómeno de laboratorio, por tanto, se entiende que la depresión no lo es. Así pues, se planteó mediante la comparación de las cualidades entre la indefensión aprendida y la depresión, llegar a refinar la clasificación; es decir, no hablar de indefensión aprendida

como sinónimo de depresión, sino como un tipo de depresión por indefensión, en donde la gente se muestra pasiva y con sets cognitivos negativos acerca de los efectos de sus propias acciones, es decir, deprimirse a partir de la pérdida de una importante fuente de gratificación. Tomando en cuenta que la indefensión aprendida no es paralela a todos los fenómenos que en estos momentos son llamados como depresivos. Por tanto, se hablaría de una depresión por indefensión.

Ya desde el punto de vista cognitivo-conductual, Beck (1983) uno de los autores que desde este enfoque postula la depresión entendiéndola como “Distorsiones cognitivas”, basadas en un conjunto de pensamientos negativos de sí mismo (reflejada en baja autoestima), del mundo y del futuro (el pesimismo extremo, la visión irreal de la propia personalidad esto es lo que causa la depresión), enfocado también a los niños, es decir, no hace una diferenciación entre éstos y los adultos. Más extensamente en 1970 él propone la tríada cognitiva: expectativas negativas respecto del ambiente, auto apreciación negativa y expectativas negativas respecto del futuro. Así estos pensamientos estaban referidos a las siguientes temáticas:

- Una visión negativa de sí mismo: el individuo deprimido manifiesta una marcada tendencia a considerarse como deficiente, inadecuado o inútil. Atribuye sus experiencias desagradables a un defecto propio, sea físico, mental o moral. Se considera indeseable a causa de sus supuestos defectos; tiende a rechazarse a sí mismo y supone que los demás también lo rechazarán.
- Consideración negativa del mundo: las interacciones con el ambiente son interpretadas como privaciones, derrotas. El depresivo estima que el mundo le hace enormes exigencias y le presenta obstáculos que interfieren con el logro de sus objetivos de vida.
- Consideración negativa del futuro: siempre, desde una perspectiva oscura, se da vueltas y vueltas sobre una serie de expectativas que parecen amenazantes. Supone que sus problemas y experiencias comunes continuarán indefinidamente y se agregarán otros males mayores.

Esta postura afirma que las experiencias que el paciente tiene a lo largo de la vida, activa patrones cognitivos que giran alrededor del tema de la pérdida general. Después de experimentar una pérdida, el individuo comienza a valorar sus vivencias de una manera negativa. Se postula que la depresión es la existencia de juicios negativos, los cuales son valuados erróneamente por el individuo (adultos y niños), llegando a cometer errores lógicos como lo son:

- Inferencia arbitraria: se refiere al proceso de obtener conclusiones en ausencia de evidencia de hecho irrelevantes. Por ejemplo: el estudiante que no entiende algo que le preguntan en el examen y piensa, en consecuencia, que nunca aprobará el examen.
- Abstracción selectiva: consiste en centrarse en un detalle de la situación, ignorando otros aspectos de la misma ("visión túnel") y llegando a una conclusión general a partir de ese detalle, llevado a la exageración. Por ejemplo: una niña a la que su amigo hace el comentario que la falda que lleva no le sienta bien, y a partir de ese comentario ella decide que es fea, que nada le sienta bien y que es imposible que pueda gustar a los demás.
- Sobregeneralización: este error es consecuencia de llegar a una conclusión general y aplicarla a hechos particulares que son diferentes o no relacionados entre sí. Ejemplo: un niño que al pegarle a otro por accidente, le acusan de ser malo, y éste asume que es malo siempre.
- Maximización y minimización: se trata de centrarse excesivamente en los errores y deficiencias personales y no tener lo suficientemente en cuenta (en proporción a los errores) los aciertos y habilidades personales. Por ejemplo: la niña que hace sus deberes escolares y piensa que no lo hace bien y que, además, sus papás no le exigen demasiado porque saben que es poco inteligente.
- Personalización: se refiere a la tendencia del paciente a relacionar acontecimientos externos (normalmente evaluados como negativos) como relacionados o referentes a él

mismo sin que exista evidencia suficiente para ello. Por ejemplo: el niño que se asume como causante de las peleas entre sus padres (Sabánes, 1993).

- Pensamiento dicotómico o polarización: se refiere a la tendencia de clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose la evidencia de valoraciones y hechos intermedios. Por ejemplo: el niño que piensa que su comportamiento es bueno o malo (Caballo y Simón, 2001).

Para definir a la DI se deben tomar en cuenta dos aspectos: a) tomar una actitud descriptiva, lo que da como resultado una enunciación de manifestaciones y b) abstraer desde todas las manifestaciones posibles, aquellas que se consideren esenciales y diferenciadoras para la elaboración de criterios diagnósticos.

Al buscar dar un concepto de lo que es depresión infantil, nos encontramos con bastantes discrepancias, debido a que aún no es algo totalmente definido y tiene gran influencia de factores socio-culturales. Sin embargo, al igual que en el adulto hay factores bioquímicos y genéticos, externos e internos, sin embargo, el concepto no puede deslindarse de las causas y las manifestaciones.

1.4. Características de la depresión infantil.

La Depresión Infantil es un trastorno complejo, que incluye alteraciones emocionales, motoras, cognitivas, sociales, conductuales y psicósomáticas que difieren según los casos y que a su vez se encuentran relacionadas entre sí. Del Barrio (1990; En: Del Barrio, 1997) sugiere una lista de indicaciones, dentro de los más habituales en función a las áreas que pertenecen están:

- Emocionales:

Tristeza, pérdida de disfrute, ausencia de interés, cambios bruscos del humor, falta de sentido del humor, desesperanza, irritabilidad, llanto excesivo, ausencia de interés por las cosas.

- Motores:

Inexpresividad, hipo actividad, hiperactividad.

- Cognitivos:

Falta de concertación, pérdida de memoria, pesimismo, desesperanza, indecisión, sentimientos de culpa, baja autoestima, ideas de suicidio, descenso del rendimiento.

- Sociales:

Aislamiento, soledad, retraimiento, incompetencia social.

- Conductuales:

Protesta, riñas, desobediencia, rabietas, indisciplina escolar, delincuencia, droga, piromanía.

- Psicosomáticos:

Enuresis, encopresis, pérdida de energía, sentimientos de fatiga, pérdida de peso, dolores múltiples, pesadillas, alteraciones del sueño y del apetito.

Los indicios más consensuados, es decir, aquellos que se reconocen como tales por la mayoría de los expertos, son: baja autoestima, cambio de sueño, pérdida del apetito y el peso, aislamiento social, hiperactividad y disforia.

Como punto de partida se puede definir a la DI como un trastorno afectivo; dónde el niño que está en dicha situación se siente triste, desganado, desilusionado de sí mismo y de su entorno y en ocasiones también furioso de todo ello, pero como anteriormente se mencionó, un acercamiento a manifestaciones y criterios, complementa más esta descripción (Del Barrio, 1997).

Conviene distinguir entre conductas manifiestas y no manifiestas (Shaffi 1995; En: Del Barrio, 1997). Las conductas manifiestas son aquellas objetivamente observables: gestos, posturas, movimientos, marcadores somáticos. Las no manifiestas son las interiorizadas como pensamientos.

Los expertos en el tema de depresión infantil, como Carlson y Kashauni, 1988 y Shaffi y Gotlib, 1995 (En: Del Barrio 1997) a través de numerosas investigaciones han llegado a la aceptación de características y criterios de la depresión infantil: tristeza, irritabilidad, anhedonia (pérdida del placer), llanto fácil, falta del sentido del humor, sentimiento de no ser querido, baja autoestima, aislamiento social, cambios en el sueño, cambios de apetito y peso, hiperactividad, disforia e ideación suicida. Esta definición operativa puede ser utilizada como guía diagnóstica y tiene la ventaja de representar un núcleo de coincidencia de un amplio espectro de la comunidad científica.

Sin embargo, es necesario hacer una diferenciación entre una reacción de duelo o aflicción prolongada, ante la falta de la figura materna o un cuidador alternativo y la depresión de la infancia o la niñez temprana:

- Reacción de duelo o aflicción prolongados: Este estado puede manifestarse por cualquier etapa de la secuencia de protesta, desesperación y desinterés. Se caracteriza cuando el niño llora, llama y busca al progenitor ausente, rechazando los intentos de consolarlo por otras personas, presenta retraimiento emocional, con letargo, expresión facial de tristeza y falta de interés en las actividades apropiadas para la edad, desorganización del comer y el dormir, regresión o pérdida de hechos evolutivos ya alcanzados. Ejemplo: enuresis, hablar como bebé, estrechamiento de la gama afectiva, desinterés, indiferencia a los recordatorios de la figura cuidadora (fotografía o mención del nombre de la cuidadora), u "olvido selectivo" por falta de aparente reconocimiento de esos recordatorios. El niño puede volverse extremadamente sensible a cualquier recordatorio del cuidador, presentando agudo malestar cuando alguien toca o se lleva algo que recuerda a esa persona. Estos objetos pueden ser fuente de consuelo y recuerdos felices, pues el niño pequeño aún no reconoce la permanencia de la pérdida. Es posible que reaccione con una fuerte emoción a cualquier tema conectado con la separación y la pérdida, por ejemplo, negándose a jugar a las escondidas o estallando en lágrimas cuando un objeto de la casa es desplazado de su lugar habitual.

- Depresión de la Infancia o la Niñez Temprana: las manifestaciones en la depresión en la primera infancia (0-3 años) son: el estado de ánimo deprimido o irritable, interés disminuido, placer disminuido, o ambos, en las actividades apropiadas para su desarrollo, capacidad reducida para protestar, llanto excesivo, repertorio disminuido de interacciones sociales e iniciativas, perturbaciones en el dormir o el comer, pérdida de peso. Estos síntomas se hacen presentes durante un período de por lo menos dos semanas. Los síntomas son principalmente de carácter motor en las edades tempranas (postura corporal rígida, movimientos comportamentales de retraimiento, movimientos de cabeza, movimientos expresivos de rechazo con las manos); sobre los 3 años se añade ya la enuresis y las quejas psicósomáticas.

La depresión en el preescolar (3-5 años): los niños de esta etapa frecuentemente se muestran enojados, irritables, agresivos, pelean con otros niños, tienen pesadillas, se ubican en un rincón, se aíslan y evitan situaciones grupales, les cuesta hacer amigos, les cuesta cumplir con las reglas, son niños serios, faltos de espontaneidad y aferrados a sus padres, buscan complacer a éstos y no son capaces de identificar con palabras sus emociones.

La depresión en el escolar (6-10 años): se manifiesta por pensamientos negativos (infelicidad, imagen de sí mismo negativa), pérdida del interés por actividades, cambio de hábitos en el sueño y en las comidas, irritabilidad, dolores de cabeza y estómago, hablan de muerte o de suicidio, presencia de conductas disruptivas, problemas académicos y con los compañeros. En los niños pequeños: el trastorno negativista desafiante suelen preceder a la depresión. En los pre-púberes: mentiras, robos, agresividad y destrucción de la propiedad, como en el Trastorno Disocial.

La depresión en el adolescente (11-21 años): existen cambios en el rendimiento escolar, dificultades de concentración, inestabilidad o enojo, cambios de hábito en el sueño y las comidas, excesiva ansiedad y/o culpa, quejas de síntomas somáticos, conductas agresivas y de riesgo antisocial, como son: uso o abuso de drogas, pensamientos sobre muerte y suicidio (González, 2000).

Es así como niños y adolescentes deprimidos pueden mostrar cambios en su modo de ser habitual. Aquel que era muy sociable pasa a estar solo la mayor parte del tiempo. O pierde interés por todo. Y las cosas de que gustaba dejan de agradarlo. Igualmente, en ocasiones los niños y adolescentes deprimidos se refieren a que quisieran estar muertos o pueden hablar del suicidio. También, tratando de sentirse mejor pueden recurrir al alcohol u otras drogas.

Por otra parte, es necesario hacer referencia a las clasificaciones de tipo psiquiátrico ya que sirven como un indicador de conductas depresivas, desde nuestra perspectiva podría haber una interacción entre éstas y los postulados psicológicos, es decir, se toma sólo como base para hablar de similitud en las conductas a tratar, a pesar de esto no se pretende un encasillamiento en la conducta del menor. Por lo cual, se planea el uso y no el abuso de las clasificaciones psiquiátricas, ya que se deben conjuntar las especificaciones médicas y porque pueden afectarse mutuamente, es decir, se presente depresión por causa de tipo biológico (enfermedad) y a su vez pueden presentarse enfermedades psicosomáticas precisamente por derivaciones de tipo mental y emocional.

En el DSM-IV-TR (Caballo y Simón, 2001) se menciona que dentro de las características de la depresión infantil están:

- Características anímicas: Disforia, abatimiento, pesadumbre, infelicidad e incluso irritabilidad. Puede negar los sentimientos de tristeza o alega no tener sentimiento alguno.
- Características motivacionales: Apatía, indiferencia, disminución de la capacidad para disfrutar, estado de ánimo deprimido.
- Características cognitivas: Valorización negativa de sí mismo, de su entorno, de su futuro; anomalías cognitivas relacionadas con la memoria y la atención

Las características que se reconocen como tales para la mayoría de los expertos son: baja autoestima, cambios en el sueño y apetito, aislamiento social, hiperactividad y disforia. Por lo tanto, para realizar el diagnóstico de depresión en el niño es necesario evaluar su

situación familiar, su nivel de madurez emocional, su edad, su desarrollo y su autoestima. Es preciso realizar un estudio completo de las manifestaciones de la depresión en el niño para obtener un diagnóstico correcto y elegir el tratamiento eficaz.

1.5.- Evaluación de la depresión infantil.

Para identificar a un niño depresivo la madre o la persona de la familia de más contacto con él debe de conocerlo muy bien y saber lo que es realmente común en su comportamiento. No hay que apresurarse a sacar conclusiones. Padres y profesores han de estar atentos cuando el niño presente alguna de las siguientes características: está continuamente triste, llorando con más facilidad, pierde el interés por los juegos preferidos y por la escuela, se aleja de sus amigos y de la familia, presenta una comunicación pobre, se aburre y se cansa con facilidad, presenta menos energía o concentración, se queda irritable o demasiado sensible frente a pequeñas frustraciones, hace berrinches con más facilidad, se le nota extremadamente sensible hacia el rechazo y el fracaso, expresa baja autoestima, despreciándose a sí mismo, elige “finales tristes” para sus cuentos y representaciones, se comporta de una manera agresiva, se queja constantemente de dolores de cabeza o de estómago, duerme demasiado o muy poco, come demasiado o muy poco, sufre una regresión, hablando como un bebé u orinándose en la cama, habla de suicidio, habla de escaparse de la casa.

Por otra parte y paradójicamente, sucede con cierta frecuencia que se portan mal en la casa y en la escuela sin que nadie se dé cuenta de que están sufriendo de depresión porque eventualmente no parecen estar tristes. Entonces, para los padres y los maestros se trata simplemente de mala conducta. Aunque, algunas veces ellos admiten que están tristes o que son infelices (evidentemente en confidencias con quienes tienen confianza).

Es entonces, importante el que los padres y los adultos relacionados con el niño conozcan esta sintomatología, lo que indudablemente da la posibilidad de una intervención precoz, con todas las ventajas que ésta conlleva.

La evaluación de la situación del niño se centra en el historial médico-psicológico, la observación de su conducta por parte de los padres, maestros y profesionales de la salud mental a su cargo, las entrevistas con el niño y los resultados de las pruebas psicológicas. La depresión infantil y la de los adultos tienen manifestaciones diferentes, debido a los procesos del desarrollo que existen en la niñez y la adolescencia.

La evaluación de los aspectos biológicos de la depresión infantil se lleva a cabo con análisis y pruebas objetivas de los elementos físicos que se han mostrado relacionados con ella. Así tenemos pruebas de carácter endocrino, como la determinación de los niveles de cortisol y la hormona de crecimiento. Pruebas como el electroencefalograma EEG (sobre todo durante el sueño) y el electromiograma EMG (relacionado con la musculatura facial implicada en la expresividad).

Debido a que la DI es un trastorno complejo, que incluye alteraciones cognitivas, psicofisiológicas y motoras, que difieren según el caso; el proceso de evaluación psicológica consiste en obtener información relevante, fiable y válida del niño y de otras personas que se relacionan con él. La cantidad y el tipo de datos, así como las técnicas para su obtención varían en función de los objetivos. Los estudios epidemiológicos reclutan muestras de la población o de poblaciones clínicas, evalúan grandes grupos utilizando más frecuentemente instrumentos generales estandarizados. Los estudios de valoración de tratamientos extraen las muestras de contextos escolares o clínicos, evalúan grupos más pequeños, suelen emplear baterías de autoinformes, se interesan principalmente por los resultados de la terapia y por las variables predictoras o moduladoras de la eficacia terapéutica. Los estudios de caso se llevan a cabo con sujetos clínicamente deprimidos, evaluados individualmente mediante una gama amplia de instrumentos, tales como autorregistros y observación natural, con el fin de lograr una mejoría clínicamente significativa (Caballo y Simón, 2001).

Ante las peculiaridades de la depresión infantil, se sabe que el niño no acude voluntariamente a pedir ayuda, es la familia quien valora esta posibilidad, asimismo, la evaluación del niño debe de hacerse desde una perspectiva evolutiva en función de la edad

y del desarrollo; dicha evaluación ha de ser multicomponente, es decir, a través de varios instrumentos y fuentes de información.

Los instrumentos de evaluación de la DI varían en función del marco teórico del que se derivan y de lo que pretende evaluar. Cuando se quieren medir las cogniciones y emociones, se usan fundamentalmente pruebas de lápiz y papel que pueden ser: entrevistas estandarizadas, inventarios, escalas, cuestionarios y otros. Cuando se revisa la literatura especializada, los instrumentos de mayor uso en la evaluación de la DI son fundamentalmente dos: el Child Depression Inventory CDI de Kovacs y Beck (1977; En: Caballo y Simón, 2001) y el Child Depression Scale CDS de Tisher y Lang (1974; En: Caballo y Simón, 2001). En la actualidad el cuestionario más utilizado es el modificado de M. Kovacs CDI de 1992 con 10 ítems. Al recurrir a estos instrumentos de evaluación se deben tomar en cuenta algunos factores como: el nivel de desarrollo del niño, su grado de madurez intelectual y su labilidad emocional; lo mismo ocurre con los autorregistros, que se deben utilizar a partir de los 6 años que es cuando aprenden a leer y escribir. Con los niños pequeños se pueden aplicar pruebas que empleen imágenes y escalas de manera verbal o recoger los datos a partir de los adultos cercanos al menor que identifiquen ciertas características conductuales del niño, que podrían vislumbrarse como indicadores de una depresión, por ejemplo: trastornos de la actividad motriz, retraso psicomotriz, alteraciones esfinterianas, miedos y fobias, agresividad, autolesiones, conducta antisocial, trastornos en la alimentación, por citar algunas.

La entrevista a los padres surge como un instrumento importante de recolección de datos, tanto del niño deprimido como de la familia. Incluyendo también la entrevista a los maestros y compañeros de clase (Hernández, 2003).

Cuando lo que se pretende es medir la conducta manifiesta se hace observación de conductas y registro de conductas. La observación, sin embargo, es un método costoso a nivel de tiempo y económico, ya que se requiere de observadores entrenados; lo cual, se puede sustituir si se solicita a los padres que observen sus conductas en casa, los maestros en el aula y su desenvolvimiento social mediante sus amigos. El empleo de registros ayuda a valorar los cambios que se producen durante el tratamiento y valorar los programas de

actividades agradables, aunque carecen, a diferencia de las escalas, inventarios y cuestionarios; de propiedades psicométricas.

A pesar de todo lo disponible para evaluar la depresión infantil, surgen inconvenientes tales como: la disparidad de procedimientos, que complica la comparación de estudios, la menor capacidad de autoevaluación de los niños pequeños y el reducido número de pruebas validadas en español.

Se entiende entonces que la depresión adulta fue considerada un hecho desde los tiempos del auge griego, pasando por concepciones psiquiátricas, psicológicas y sociales. Sin embargo, la aceptación de la depresión en niños tardó más en ser considerada en estas áreas de estudio, a partir de ello, se ha tratado de delimitar el concepto para llegar a una evaluación eficaz que ayude a determinar las causas y consecuencias, lo cual será abordado en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO. 2.- CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN INFANTIL.

Dentro del estudio de los orígenes de una depresión adulta, es importante resaltar aquellos factores de riesgo que puedan desencadenar una depresión infantil, asimismo, es importante revisar las consecuencias que resultan en un niño con depresión, lo cual se considera a continuación.

2.1.-Origen de la depresión Infantil.

Actualmente al hacer referencia a las causas de la DI, se hace mención a aquellos factores de riesgo, de interacción compleja, que se encuentran frecuentemente asociados a su aparición. Que pueden dividirse en factores personales y ambientales.

Entre los factores personales se encuentra la vulnerabilidad diferencial de los sujetos a desarrollar una depresión, en relación con elementos que atañen al sujeto (sistema nervioso, personalidad y temperamento) y de alguna manera representan una predisposición a priori del comportamiento.

Entre las causas de depresión, desde la psiquiatría, están que puede producirse en el contexto de otras patologías psiquiátricas o médicas importantes, por ejemplo, puede aparecer en el contexto de una esquizofrenia. Las enfermedades endocrinas, el déficit o exceso de vitaminas, infecciones, enfermedades neurológicas, cardiovasculares, neoplasias pueden acompañarse del trastorno depresivo. Dichas disfunciones somáticas pueden tener un carácter heredado o adquirido. Es decir, la herencia de padres depresivos, disfunción en los elementos encargados de la regulación de las emociones, hipo actividad tiroidea, entre otras.

Las cuestiones adquiridas como la personalidad temperamental puede ser apreciadas tanto biológica como estructuralmente. Los datos obtenidos por Kelvin y cols. (1996; En:

González, 2000) muestran que existen sujetos con mayor vulnerabilidad para desarrollar depresión que poseen determinado sistema nervioso, caracterizado por mayor reactividad emocional y que además poseen determinados estilos cognitivos que distorsionan la apreciación de los acontecimientos.

Entre los factores ambientales están aquellos que atañen directamente a la familia (apego, dinámica familiar, relaciones) y los que corresponden al entorno social inmediato (escuela) o mediato (sociedad, cultura).

La familia es el entorno más inmediato del niño, en sus atenciones se basa la posibilidad de supervivencia del sujeto humano, pero no sólo su supervivencia física, sino personal ya que el niño desarrolla todos los elementos básicos con los que más tarde va a construir su vida futura: lenguaje, afectos, hábitos, motivaciones.

La relación afectiva que exista entre madre e hijo determinará en un momento dado una adecuada integración social y personal del niño. Los apegos inseguros se han relacionado con todo tipo de problemas de conducta y también con la depresión infantil, así como un apego seguro es la meta ideal de prevención del trastorno. Si bien es cierto, en muchas de las ocasiones la falta de apego no es producto de inhabilidad, sino de abandono o pérdida (divorcio, muerte). Lewinsohn (1974; En: Del Barrio, 1997) habla de que la pérdida o la separación de un ser querido podría tener como consecuencia una disminución de las fuentes de reforzamiento positivo para el niño.

Caplan y Douglas (1969; En: Wick-Nelson, 1997) realizaron un estudio en donde se incluían niños deprimidos y niños no deprimidos con edades comprendidas entre cinco y dieciséis años; se indicó que el 50% del grupo deprimido y sólo el 23% del grupo no deprimido habían experimentado separación de los padres antes de los 8 años de edad. La conexión entre la pérdida y la depresión se ha estudiado fundamentalmente con relación a la depresión adulta.

Durante mucho tiempo el punto de vista más extendido ha sido que la pérdida precoz pone al individuo en una situación de riesgo para desarrollar una depresión posterior sobre todo en mujeres. El vínculo entre dicha pérdida y depresión no es del todo directo, más bien se cree que tal pérdida puede desencadenar toda una serie de circunstancias adversas tales como la falta de cuidados, cambios en la estructura familiar y dificultades socioeconómicas que hacen que el individuo corra el riesgo de desarrollar un trastorno posteriormente (Harris y Brown, 1992; En: Wick- Nelson, 1997). Sin embargo, parece ser que lo que en verdad causa la depresión, no es el abandono o la pérdida, sino la falta de un sustituto adecuado que pueda restablecer una relación de apego y así asumir los cuidados y la atención indispensables para un desarrollo correcto (Parker, 1992; En: González, 2000).

Asimismo, la depresión materna aparece claramente definida como uno de los factores de riesgo asociados al desencadenamiento de una depresión en el niño; incluyendo todos aquellos problemas que tengan que ver con la salud física y emocional de los progenitores, ya que cualquier deficiencia se traduce en una dificultad para llevar a cabo sus funciones de crianza. Las repercusiones de la depresión de la madre, en el niño, han llevado a la realización de investigaciones, al saber la existencia de una incidencia familiar del trastorno del estado de ánimo de los padres; se creyó que el examen de los hijos de padres con trastornos en el estado de ánimo, revelaría una población que podría experimentar depresión en la niñez o en la adolescencia. Además este tipo de investigación podría proporcionar información sobre la continuidad de los trastornos del estado de ánimo entre la niñez, la adolescencia y la edad adulta. La depresión de los padres puede repercutir a través de una serie de mecanismos no biológicos. Por ejemplo, los padres pueden influir sobre sus hijos mediante interacciones padre e hijo a través de prácticas de formación e instrucción, así como mediante la organización del entorno social de los mismos (Dodge, 1990; En: Wick-Nelson, 1997)

La mayor parte de la investigación relativa al vínculo entre la depresión de los padres y la adaptación del niño se ha centrado en la depresión de la madre, y se sabe poco de los efectos de la depresión del padre. No obstante, parece claro que la depresión de los padres es uno de los principales factores de riesgo para desarrollar depresión en la niñez.

Al respecto, Weintraub, Winters y Neale (1986; En: Wick-Nelson, 1997), hallaron que los niños, que proceden de hogares donde uno de los progenitores presentaba trastornos afectivos, manifestaban problemas en una serie de dimensiones diferentes, según los juicios de sus profesores y de sus iguales. Con estas investigaciones, se sustenta que niños con padres deprimidos no sólo corren el riesgo de sufrir depresión, sino que a su vez, las consecuencias negativas parecen manifestarse en una multiplicidad de áreas del funcionamiento del niño. En efecto, estos niños y adolescentes pueden desarrollar una serie de problemas de adaptación entre los que figuran los trastornos disociales, trastornos por déficit de atención con hiperactividad, trastornos de ansiedad, problemas escolares y un deterioro de la competencia social.

Un estudio realizado por Orvaschel, Walsh-Allis y Ye (1988; En: Wick-Nelson, 1997) ilustra este punto. Determinaron un grupo de alto riesgo compuesto por sesenta niños provenientes de familias en las que al menos uno de los progenitores recibía tratamiento para una depresión más recurrente, asimismo, se estableció otro grupo de control de bajo riesgo formado por niños de quienes ninguno de los progenitores respondía a algún trastorno psiquiátrico. Las edades de estos niños y adolescentes oscilaban entre seis y diecisiete años, no habiendo ninguna diferencia significativa entre los grupos con respecto a edad, género o CI verbal. Además las familias se integraron en cuanto a nivel social. Los trastornos del niño se evaluaron mediante la escala de los trastornos de afectividad y esquizofrenia para los niños de edad escolar. La entrevista semiestructurada se aplicó primero a las madres y luego a los niños. El mismo entrevistador llevó a cabo ambas entrevistas. Los resultados en cuanto al diagnósticos indicaron la existencia de índices globales de trastornos significativamente más elevados en el caso de niños de padres deprimidos, así como también se observaron diferencias en el diagnóstico de padres con un trastorno en específico. En un interesante resultado, se señala que no se encontró ninguna relación significativa entre el género de los progenitores que sufrían depresión, el número de episodios depresivos de los mismos o el grado de gravedad de la depresión y el resultado del diagnóstico de los niños. Siendo entonces el resultado final que los hijos de padres con depresión corren mayor riesgo psicológico de sufrir también una depresión.

Haciendo comparación con un estudio similar realizado por Billings y Moos (1983; En: Wick-Nelson, 1997) , se encontró que en las familias con depresión había un mayor nivel de estresores sociales y tenían entornos familiares menos cohesivos y más desorganizados.

A largo plazo, es posible que los padres con depresión transmitan ésta a sus hijos. Las formas desadaptativas de pensar también pueden tener repercusiones en el modo general en el que los adultos deprimidos tratan y crían a sus hijos. Las alteraciones de los padres pueden producir alteraciones en la crianza eficaz del niño. Por ejemplo, el hecho de que los padres que sufren depresión estén completamente absortos en sus propios problemas puede ser que sean menos atentos e inconcientes del comportamiento de sus hijos. Observar el comportamiento de un niño es un elemento clave para una crianza eficaz. Asimismo, los padres deprimidos pueden percibir como problemáticos comportamientos que otros padres no percibirían de este modo. El comportamiento deprimido por parte de un miembro de la familia puede mantenerse debido a que sirve para evitar conductas agresivas y conflictivas, con y entre, otros miembros de la familia. (Cummings y Davies, 1994; Downey y Coyne, 1990; En: Wick-Nelson, 1997). De igual modo, unos niveles de tensión muy levados pueden restringir la capacidad de los padres de hacer que sus hijos participen en actividades fuera del hogar y facilitar el contacto social de la familia con otras personas. Por tanto, el niño puede ver limitadas sus oportunidades de interactuar con otros adultos fuera de la familia y poder acceder a otras fuentes de apoyo social.

También son indispensables para el normal desarrollo emocional del niño las buenas relaciones con los padres. Una y otra vez numerosos expertos han señalado cómo las malas relaciones con los padres son la fuente específica de muy diversos problemas infantiles y también claro está de la depresión. En relación con la familia también se ha estudiado el puesto que se ocupa entre los hermanos. En muchas investigaciones aparece la posición intermedia como la más vulnerable a desarrollar trastornos de tipo emocional; porque hay que tener presente que un niño es “sándwich” si no logra hacerse un espacio propio como individuo diferente a sus hermanos. El hermano mayor cuenta con la ventaja de la inexperiencia de los padres, quienes regularmente actúan ansiosos, inseguros, exigentes (lo retan) e impredecibles en su proceder; es decir, se exagera con el primer hijo y se cargan

sobre él todas las expectativas familiares. En cambio, el hijo menor es tratado con mucha más benevolencia, con un cuidado de “abuela”, de consentimiento total, sin exigencia. Por tanto, el niño intermedio puede ver perdido su espacio en la familia, esto varía también en función del sexo de los hermanos, lo cual lleva a un sin fin de posibilidades. Lo importante es que el niño de en medio no quede libre y fuera de la vista de los padres, o perciba abandono o falta de preocupación por él, de ser así podrían presentarse trastornos como la depresión.

De la misma forma, los padres deben prestar especial atención a la construcción de una adecuada autoestima y autoeficacia en el niño, así como incentivar en ellos la capacidad de afrontamiento y el manejo adecuado de la frustración, todo ello constituye la prevención primaria de la DI. Así pues, las buenas relaciones familiares funcionan como un amortiguador de todo tipo de alteraciones infantiles, incluyendo la depresión; con un clima familiar de comunicación y control tanto entre padres e hijos como en la pareja; ya que esta es la base.

En cuanto a la escuela, ésta representa, después de la familia, el entorno más cercano al niño. Se sabe que la localización precoz de cualquier deficiencia de aprendizaje en un niño y su pronta solución es imprescindible para lograr una situación de progreso normal y aceptable, eliminando así la posibilidad de trastornos afectivos.

Muchos autores han relacionado la DI con el rendimiento escolar, unas veces considerándolo como causa y otras como efecto de la depresión. De hecho un niño deprimido puede descender su ejecución en la escuela, pero también puede comenzar sus síntomas depresivos por un fracaso académico. De allí radica la importancia de una buena evaluación y seguimiento por parte del maestro para detectar estos cambios en el alumno.

Una vez fuera de la familia y la escuela, el niño se enfrenta a acontecimientos vitales. La repercusión de éstos va en función de la personalidad del niño y del apoyo que le otorguen, pudiéndolo llevar a una depresión. Lo anterior, se puede ejemplificar al recurrir a los eventos que se van presentando según la edad del menor:

- De 0-6 años: le afectan los acontecimientos que ocurren en el seno familiar, la separación o pérdida materna o paterna, el abandono, el abuso.
- De 7-12 años: son más sensibles a acontecimientos relacionados con el rendimiento escolar, interacción con los compañeros, la competencia en el juego y la pertenencia a un grupo.

Dentro de lo ya revisado se pueden resumir aquellos factores de riesgo que existen para que un niño presente depresión:

- Enfermedades psiquiátricas de los padres.
- Situaciones escolares (cambios de escuela, competencia entre compañeros, problemas con los profesores, entre otros).
- Sociales adversas (pérdida de alguno de los padres por muerte o separación).
- Enfermedades orgánicas (asma, enfermedades del corazón, etcétera) o psicológicas en el niño (inseguridad, baja autoestima, opinión negativa del mundo).
- Presión excesiva de los padres para que el niño triunfe en la escuela (sensación del niño de no satisfacer las expectativas de los padres).
- Gran competencia familiar
- Un entorno familiar desorganizado

Teniendo en consideración los factores de riesgo para que un niño presente depresión, surge el cuestionamiento: ¿qué pasaría si no hubiese una intervención o incluso una detección de dicha depresión?, podríamos hablar de varias consecuencias que se tratan en el siguiente apartado.

2.2.- Consecuencias de la depresión infantil.

En el mejor de los casos se da una detección y tratamiento eficaz en la DI, de no ser así, habría una repercusión negativa a nivel personal, familiar, escolar y/o social, con

complicaciones acumulativas y disociativas para el proceso de desarrollo social, cognitivo, e incluso somático a corto plazo, tales como:

- **Recurrencias de los episodios depresivos:** los primeros episodios depresivos en el sujeto suelen ser más sencillos y controlables, mientras que cuando estos se repiten a lo largo del curso de su vida suelen ser más complejos y menos controlables. El 50% de los episodios depresivos tendrán recurrencia a un segundo episodio. Después del segundo episodio, el 70% tendrá recurrencia a un tercero y esa cifra aumentará progresivamente. En consecuencia, la detección y tratamiento precoz, completo y eficaz de los primeros episodios depresivos y la continuidad de una terapéutica adecuada, cuando es necesaria, reduce el riesgo de episodios posteriores, más difíciles y probablemente más devastadores.

Gráficamente podríamos establecer ciertas similitudes entre los episodios depresivos y los terremotos: Un terremoto (situación estresante o de pérdida) del mismo grado en la escala de Richter tendrá unos efectos distintos en un área geográfica determinada (persona) dotada de infraestructuras adecuadas (recursos psicológicos), que en otra (persona) sin ellas. El poder destructivo (secuelas) de sucesivos terremotos (episodios depresivos) en un mismo área geográfica (persona), indudablemente tiene cierto efecto multiplicador.

- **Comorbilidad:** el fenómeno de la comorbilidad (coexistencia de dos o más trastornos en un mismo tiempo) es especialmente frecuente en los trastornos de la infancia. En el caso de la DI, ha sido establecida su comorbilidad con problemas de conducta, trastornos de ansiedad, uso de sustancias, desórdenes de la alimentación, trastornos por déficit de atención, fobia a la escuela, falta de habilidades sociales, enfermedades físicas y trastornos del aprendizaje. Esto puede dificultar la respuesta terapéutica. Por ejemplo y a manera de evitar una confusión se puede diferenciar la depresión de la ansiedad, entendiendo a ésta última como la anticipación temerosa de peligro inminente o problemas, acompañada de un sentimiento intenso y desagradable (disforia) o de síntomas físicos. La ansiedad en los niños se puede presentar como:

Trastorno de Ansiedad por la Separación: es la ansiedad excesiva por la separación del niño del hogar o de aquellos a quienes el niño está ligado. El pequeño puede desarrollar una preocupación excesiva al punto de que puede ponerse reacio o negarse a ir a la escuela, estar solo o dormir solo. Las pesadillas repetitivas y las quejas acerca de síntomas físicos (dolor de cabeza, dolor de estómago, náusea o vómitos) pueden ocurrir.

El Trastorno de Ansiedad Generalizado: es la ansiedad excesiva y preocupación sobre los eventos o actividades, por ejemplo: asistir a la escuela. El niño o adolescente tiene dificultad controlando sus preocupaciones. Puede también haber inquietud, fatiga, dificultad en concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y dificultades al dormir.

El Trastorno de Pánico: es la presencia recurrente e inesperada de ataques de pánico y preocupaciones persistentes acerca de tener éstos. Los ataques de pánico se refieren a la ocurrencia repentina de temores intensos, miedo o terror, a menudo asociados con sentimientos de desgracia inminente. También puede sentirse corto de respiración, con palpitaciones, dolor de pecho o incomodidad, sensaciones de ahogo y asfixia y el temor de "volverse loco" o perder el control.

- **Déficit sociales:** dentro del enfoque cognitivo, Lewinsohn (1974; En: Wick-Nelson, 1997) indica que la combinación entre un nivel de actividad reducido y unas habilidades interpersonales insuficientes, desempeñan un papel importante en el desarrollo y el mantenimiento de la depresión. Así pues, se ha sugerido que los individuos deprimidos no estimulan respuestas interpersonales positivas en los demás, donde niños y adolescente muestran déficit en el funcionamiento social y gustan menos a los demás.
- **Fracaso escolar:** el rendimiento académico involucra situaciones como: la capacidad cognitiva del alumno (la inteligencia o las aptitudes), la motivación que tenga hacia el aprendizaje, el modo de ser (personalidad) y el "saber hacer" (González, Núñez, González-Pumariega y García, 1997).

Por otro lado, pero en relación con lo anterior, un alumno puede fracasar en la escuela por: desinterés con todo lo relacionado con la escolaridad, pasividad escolar (cuando se realizan las tareas sólo con estímulo constante) y la oposición escolar (cuando se manifiesta malestar y rechazo a la escuela de forma clara). Las tres situaciones mencionadas pueden ocasionar, con el tiempo, la aparición de trastornos afectivos en el niño debido a que la escolarización se convierte en un estresor potente influyendo negativamente sobre la autoestima, percepción de las competencias sociales y las expectativas futuras (Díaz, Prados y López, 2002). En concordancia al tema, otros autores como Chavarro, Ríos, Tovar y Von Rosen realizaron en el 2000 un trabajo con niños en Cali, Colombia; quienes deseaban determinar si la depresión afecta el aprendizaje en niños de 8 a 10 años y adolescentes de 16 a 18 años. Los resultados comprobaron que este trastorno afecta el rendimiento escolar, notándose que los individuos con diagnóstico depresivo tienen un bajo nivel académico.

- **Riesgo de abuso de sustancias psicoactivas como autotratamiento:** los trastornos del ánimo exponen a un alto riesgo de uso de anfetaminas, cocaína, alcohol y benzodiazepinas. Lo anterior, cuando se ha dado una cronicidad del trastorno y el sujeto crece y encuentra en dichas sustancias una “liberación” de sufrimiento lo que lleva al abuso y dependencia; produciendo importantes dificultades en el área interpersonal, laboral y social.
- **Gestos o actos suicidas** (Remedi 2000; En: Meneghello 2000): el suicidio puede entenderse como una de las posibles consecuencias de padecer una depresión extendida en tiempo e intensidad y sin miras a un posible tratamiento. Aunque es importante señalar que la idea de intento suicida en niños está relacionado con la depresión o con cualquier otro trastorno del estado de ánimo es difícil de descifrar, considerando que los niños aún no han desarrollado un sistema para el control de sus impulsos y no toleran adecuadamente la frustración de sus deseos. En muchas ocasiones, el intento suicida (se logre el cometido o no) pudiera ser un acto impulsivo, cargado de angustia y desesperación, ante un castigo o regaño severo por parte de los padres o cuidadores. No necesariamente es respuesta a una depresión. Por lo tanto, dadas las múltiples y complejas causas del suicidio (depresión,

desesperanza, impulsividad, agresión, alteraciones familiares, estrés, relaciones interpersonales entre otras) y aunque la depresión sea un factor de riesgo importante, la presencia de ésta no es necesaria ni suficientemente para que se produzcan conductas suicidas (King et al, 1992; En: Wick-Nelson, 1997).

Entonces, parece ser que la predisposición a los desórdenes depresivos en la edad adulta tiene íntima conexión con las tempranas relaciones del individuo y de las estructuras cognitivas que internalizó. Cabe destacar que hay muchas semejanzas en la historia infantil de individuos depresivos pertenecientes a nuestra cultura, donde el aprendizaje de ciertas ideologías o las primeras experiencias pueden llevar a formas de adaptación poco objetivas. Resulta imposible el estudiar a la sociedad en conjunto, pero sí a los subgrupos de la misma, y más específicamente a su núcleo que es la familia en donde se puede dar lugar a la formación de una predisposición depresiva en los niños, a partir del estilo con que son criados.

Entendiendo como estilo o patrón de crianza a la forma en la que los padres educan a sus hijos, seleccionando ciertas estrategias, técnicas o patrones para el cuidado de los mismos; tomando en cuenta las necesidades principales de la familia y el niño (Papalia, 2001).

Si reflexionamos en torno al rol de hijo o hija, veremos que éste se forja como un sistema, con base en las conexiones que se establecen con los padres y con el resto de los hermanos. Esta dinámica sin duda atraviesa por diferentes etapas, dependiendo de la edad y nivel de desarrollo de los participantes. El afecto, la seguridad y el apoyo que el niño reciba influirán significativamente en la elaboración de sentimientos de seguridad, que permitan y estimulen al niño a la exploración o por el contrario, percepciones de inseguridad e incapacidad, que inhiban sus intereses e inquietudes, manteniéndolo y favoreciendo actitudes de dependencia con los adultos.

Se debe recapacitar sobre la crianza, es decir, que tipos de experiencias pueden proteger mejor a los niños para que no presenten depresión, entendiendo a la crianza como el

instrumento que proporciona la conducta a seguir. A partir de ello, el menor podrá desarrollar su propia estructura de sentimientos, cogniciones y conductas.

CAPÍTULO 3.- ESTILOS DE CRIANZA PTERNOS.

Los patrones de crianza no hacen referencia exclusivamente a la alimentación y los cuidados físicos, sino a aspectos que tienen como finalidad proporcionar un cuidado mínimo que garantice la supervivencia del niño, además de dar un aporte afectivo. La crianza se fomenta en cubrir las necesidades corporales (comer, control de esfínteres, vestirse, asearse), las pautas de aprendizaje, las conductas socializadoras y la comunicación, tanto verbal como no verbal. La función de crianza del niño es llevada a cabo en la inmensa mayoría de casos por la familia nuclear, aunque esto no ha sido ni es así en todas las culturas y sociedades. Así pues, la conformación de la familia es el lugar principal donde se aprende de modo adecuado la expresión y manejo de sentimientos, a través de distintos eventos vitales que conllevan connotaciones emocionales positivas y negativas.

Desde el punto de vista psicosocial, los trastornos afectivos pueden ser promovidos y mantenidos tanto por pautas de interacción familiar disfuncionales como por la calidad de la red de apoyo psicosocial que circunda a un individuo determinado, modulando el impacto de los acontecimientos ambientales estresantes. Los factores generadores de estrés a nivel familiar pueden influir negativamente sobre los niños, afectando múltiples áreas de funcionamiento, tales como la competencia social, el desarrollo cognitivo y emocional, facilitando la aparición de trastornos de conductas y cuadros depresivos.

La familia, como institución primaria y básica, ha sufrido cambios importantes en las últimas décadas. El concepto tradicional de familia y los roles que dentro de ella juega cada uno de sus miembros, se ha modificado sustancialmente. Desde la familia extensa, en que convivían varias generaciones (patriarcado) reconocemos hoy a la familia nuclear (de padres e hijos) y otras formas de agrupamientos familiares muy diferentes de pautas históricas anteriores. Los cambios en la configuración de la familia, los nuevos roles femenino- materno y masculino- paterno, las exigencias laborales, económicas, la incertidumbre existencial, la complejidad de la vida actual, ha transformado a la familia en una instancia social que no cubre su papel socializador de antaño. Padres y/o tutores que

han perdido su autoridad o no la ejercen, delegan sobre la escuela y otras instituciones sus funciones primarias.

Los medios masivos de comunicación, a veces hasta sin proponérselo, van estereotipando modelos de mujer y de hombre, que posteriormente cada una de las personas se encarga de reproducir con adaptaciones personales en el seno de su familia. Sin embargo, la autoridad paterna, hoy se ve amenazada. Hasta hace pocos años las dos principales fuentes de información eran los libros y las lecciones orales de padres, maestros y otros adultos significativos. Pero la irrupción de estos medios como un miembro más del grupo familiar terminó con esa tarea.

Entre los estudios acerca de la paternidad, Schaefer (1959; En: Armstrong, 2002) identificó dos grandes dimensiones para describir a los padres. Una dimensión describe el grado de amor con respecto al de hostilidad, es decir, describe si el padre es amoroso, tolerante y gratificante o si es hostil, rechaza y castiga. La segunda dimensión consiste en la autonomía y el control, describe a los padres con base en el grado de autonomía o de permisividad, en contra del control o restricción con que tratan al niño. Haciendo una combinación de estas dos dimensiones, para el autor, se constituyen cuatro combinaciones básicas para las relaciones entre padres e hijos: amor-autonomía (asertivo), amor-control (sobreprotector), hostilidad-autonomía (permisivo) y hostilidad-control (autoritario). Se puede hacer una comparación entre estas combinaciones e incluirlas, así como compararlas con los patrones de estilos de crianza:

Amor-autonomía: es donde los padres que son afectuosos y tolerantes con sus hijos crean lo que para Schaefer considera como una atmósfera democrática. Los niños que viven en dichos hogares, son valorados como individuos y aunque sus padres fortalecen las reglas de conducta, sus niños son más libres de explorar, descubrir y probar sus habilidades en una amplia variedad de actividades. Los niños que se educan en estos hogares tienden a ser activos, extrovertidos, independientes y seguros en sus relaciones con otros niños. Además son amistosos, tiene una buena estimación de sí mismos y son tolerantes con respecto a las

opiniones de otras personas. Esta combinación puede compararse con la del estilo de crianza de un padre asertivo.

Amor- control: algunos padres son afectuosos y amorosos, pero muestran un elevado control en la vida de sus hijos. Estos padres pueden ser considerados como sobreprotectores, lo que significa que tratan de intervenir en muchos aspectos del desarrollo de sus hijos.. Este tipo de padres dan a sus hijos pocas oportunidades de explorar y ejercitar habilidades que permitan la independencia y los estimulan a depender de los adultos. Cuando los padres sobreprotectores también son dominantes, sus hijos corresponderán al esquema de ser visto pero no escuchado. Estos niños tienden a ser pulcros, corteses, obedientes y sujetos a las reglas aprobadas por la sociedad. Sus relaciones con otros niños de la misma edad son impropias, son esquivos, les es difícil valerse por sí mismos y tienden a sentir inseguridad cuando están fuera de casa. Los de tipo sobreprotector y amoroso ejercen menos control que los padres de tipo dominante, complacen cualquier antojo de sus hijos y ceden cuando sus hijos son exigentes, se encontró que los hijos criados por padres sobreprotectores indulgentes generalmente son desobedientes, rebeldes y agresivos en el hogar.

Hostilidad-autonomía: puede compararse con los de tipo permisivo. Los padres que son hostiles y no ejercen control sobre la conducta de sus hijos tendrán problemas. Los niños rechazados e ignorados son mucho más desobedientes, agresivos e intransigentes con los demás. Quizás debido a que están en contacto con padres hostiles y a veces agresivos, aprende a tratar a otras personas de igual manera. En efecto, tales niños muestran poca consideración a los derechos de los otros, ignoran la autoridad, sienten poca responsabilidad por los errores que cometen y emplean la agresión física.

Hostilidad-control: comparable con el estilo de crianza autoritario. Los niños educados por padres hostiles tienen muchos problemas, muestran resentimiento y hostilidad hacia los padres y maestros, pero también hacia ellos mismos, de tal manera que sufren conflictos internos. Estos niños tienden a ser tímidos, pelean con sus compañeros y se pueden inclinar al auto castigo.

No obstante, es comprensible que no se nace siendo padres o madres, sino que se deriva en tales mediante una construcción personal basada en lo que la familia, la sociedad y las pautas culturales van depositando en las historias personales, es decir, en el proceso de apropiación de la cultura. Más aún, los propios hijos constituyen una guía de tal construcción, ya que sus conductas y afectos pueden confirmar las incorrecciones paternas.

Entendiendo que un padre sin compromiso y emocionalmente distante de sus hijos es una figura socialmente construida y no biológicamente determinada. Por lo que entonces, la figura del padre comprometido, que cuida de su hijo es también una realidad que puede y debe construirse socialmente; por lo tanto, se asume que las cuestiones genéticas no juegan ningún papel entre las relaciones afectivas entre padres e hijos. Desde esas dimensiones concebimos el ejercicio de la paternidad (dentro y fuera de los lazos matrimoniales) como la necesidad y posibilidad de mantener un contacto físico duradero y responsable con los hijos, basándose éste, en crear, mantener y fortalecer lazos afectivos (ternura, comprensión, cariño), participar en la guarda, custodia y manutención de los hijos, garantizar el desarrollo pleno de las potencialidades del niño en su proceso de crecimiento e inserción social, propiciar la posibilidad de acuerdo, colaboración y ayuda mutua con la madre, velar por la integridad de las imágenes paterna y materna, cuidando y fortaleciendo el respeto y cariño de ambos frente a los hijos.

Maccoby y Martín (1983; En: Craig, 2001) y otros autores afirman que dos aspectos de estilo de crianza infantil son específicamente importantes a lo largo de la niñez y la adolescencia:

- **La aceptación y sensibilidad** : se refiere al nivel de apoyo y afecto que exhibe un padre. Los padres que aceptan y son sensibles, a menudo sonríen a sus hijos, los elogian y alientan, expresando una gran cantidad de afecto, aún cuando pueden ser bastante críticos cuando un niño merece reprobación. Por el contrario, los padres menos aceptadores y relativamente insensibles a menudo son rápidos para criticar, despreciar, castigar o ignorar a un niño, rara vez le comunican que son valorados y amados.

El afecto y la sensibilidad paterna es un elemento que contribuye de una manera poderosa a lograr resultados positivos en el desarrollo, habilidades de solución de problemas sociales, en el desempeño intelectual y académico. Estos investigadores descubrieron que un elemento que contribuye de manera fundamental a generar relaciones deficientes con los padres, depresión y otros problemas psicológicos en la vida, es un escenario familiar en el que uno o ambos padres han tratado al niño como si fuera indigno de su atención y su afecto. Los niños no tienen buen desarrollo, ni tienden a convertirse en adultos felices y bien adaptados cuando son ignorados a menudo.

- **La exigencia y control:** se refiere al nivel de regulación o supervisión que los padres ejercen sobre sus hijos. Los padres controladores y exigentes ponen límites a la libertad de expresión de sus hijos por medio de vigilar en forma activa su comportamiento para asegurarse del estricto cumplimiento de las reglas y regulaciones. La adecuación está en los padres que no controlan ni exigen y permiten en los niños una libertad considerable para seguir sus intereses y tomar decisiones sobre sus propias actividades.

Se habla de que las dimensiones de estilos de crianza son independientes, de modo que existen padres que muestran cada una de las cuatro posibles combinaciones de aceptación, sensibilidad, control y exigencia.

Baumrind (1975, En: Craig, 2001) es otra autora que nos habla de estilos de crianza, refiriéndose a ellos como estilos de paternidad. En 1971 realizó un estudio a 103 niños de preescolar procedentes de 95 familias. A través de entrevistas, pruebas y estudios en casa, ella evaluó la manera como actuaban los chicos e identificó tres estilos de paternidad: autoritativo^{*1}, autoritario^{*2} y permisivo^{*3}. Además describió patrones típicos de comportamiento de los niños educados de acuerdo a estos estilos.

^{*1} Para Diana Baumrind, los padres autoritativos o con autoridad, son progenitores que aplican un control firme a sus hijos, pero que alientan la comunicación y la negociación en el establecimiento de las reglas de la familia. Estimulan el desarrollo de la autonomía y al mismo tiempo fijan límites razonables.

^{*2} Los padres autoritarios son progenitores que adoptan estructuras con reglas rígidas y las imponen a sus hijos: en esta situación, el niño no interviene en el proceso de toma de decisiones.

^{*3} Los progenitores permisivos ejercen poco control sobre sus hijos, son muy afectuosos con ellos; en esta situación a los hijos les es difícil frenar sus impulsos o posponer la gratificación.

Teniendo este estudio como antecedente, a continuación, se analizan cuatro estilos de crianza unificados en la actualidad.

3.1.- Padre autoritario

En el estilo de padres autoritarios se valora el control y la obediencia incuestionable. Los padres tratan de hacer que los niños se ajusten a un conjunto de patrones de conducta y los castigan arbitrariamente y por la fuerza, cuando los infringen. Son más desprendidos y menos afectuosos que otros padres. Sus hijos tienden a sentirse insatisfechos, son retraídos y desconfiados. De igual modo, en los hogares autoritarios se controla a los niños tan estrictamente que a menudo no pueden tomar decisiones independientes acerca de su propio comportamiento.

A través de la crítica al niño, los regaños, la impaciencia y una disciplina estricta y autoritaria, dice Miller (1984; En: Shaffer, 2001), los padres rompen la voluntad del niño, rebajando su autoconfianza y curiosidad; obligándolo a reprimir sus sentimientos e impulsos auténticos, ya sean de tristeza o ira. Estas emociones reprimidas salen a superficie en la edad adulta en forma de odio y violencia dirigida contra sí mismo y los demás. Los resultados finales pueden ir desde la pérdida de la empatía y creatividad hasta la adicción a drogas, enfermedad mentales y suicidio. Desde la perspectiva del autor, estos padres que actúan así lo hacen inconscientemente porque creen estar ayudando a sus hijos a ser más competentes y autosuficientes, y a nivel inconsciente en reacción a los daños emocionales que ellos sufrieron en su infancia.

En el estilo de crianza autoritario, los adultos que lo representan esperan una obediencia estricta, rara vez o nunca explican al niño porqué es necesario obedecer todas las reglas y a menudo se basan en tácticas enérgicas (la afirmación de poder o retiro de amor) para conseguir la obediencia. Los padres autoritarios no son sensibles a los conflictos en los niños, esperando en lugar de ellos que el menor acepte su palabra como ley y respete su autoridad.

Patterson (1989; En: Papalia, 2001) consideró como la consecuencia del autoritarismo: una paternidad ineficaz. Los padres de quien más tarde se volverán antisociales acostumbran a no reforzar un buen comportamiento y son rudos e inconsistentes. El castigo violento (golpizas), es utilizado para erradicar lo que consideran como “mal” comportamiento. Lo cual puede revertirse, ya que los padres que golpean son un ejemplo del uso de la agresión en el mismo momento en que está tratando de enseñar a su hijo a no ser agresivo.

Los efectos de una paternidad inadecuada se extienden mas allá del hogar. Con frecuencia, los padres de niños agresivos no se involucran positivamente en la vida de sus hijos, quienes tienden a presentar un rendimiento escolar deficiente, a ser rechazados por sus compañeros y a tener una baja autoestima. Mas adelante, ellos pueden buscar y seguir el modelo de otros niños conflictivos que tengan un comportamiento antisocial.

Por otro lado, Baumrind (Craig, 2001) observó que los hijos de los padres autoritarios tendían a estar siempre malhumorados y al parecer infelices, la mayor parte del tiempo se enfadaban, se mostraban hostiles con facilidad, carecían relativamente de objetivo y por lo general no les complacía que hubiera alguien alrededor.

Las consecuencias en la adolescencia de este estilo de crianza son que tiene en general un desempeño académico y habilidades sociales promedio y son más obedientes que los adolescentes de padres permisivos.

3.2.- Padre permisivo

Los padres permisivos valoran la autoexpresión y la autorregulación. Se consideran a sí mismos como recursos y no como modelos; hacen pocas exigencias y permiten a los niños controlar sus propias actividades tanto como les sea posible. Cuando tiene que imponer reglas, explican las razones de ellas. Estos padres consultan a sus hijos acerca de decisiones relacionadas con ellos mismos y rara vez los castigan, son cálidos, no son controladores ni tampoco exigentes, sus hijos tienden a ser inmaduros.

En concreto, el padre permisivo da toda la libertad al niño sin restricciones exigiéndoles poco y sin imponer sus propias normas, no los controlan, no les exigen y son relativamente afectuosos. Muestran menos confianza en sí mismos, menos autocontrol y menos inquietud de lo que está pasando con sus hijos. Aceptan que sus hijos violen sus derechos como padres.

3.3.-Padre asertivo

Si un conocimiento de las necesidades del niño y un auténtico esfuerzo de comprensión anima al adulto, resuelto a no ceder por cansancio al llegar de trabajar, sino a solucionar de manera equitativa los conflictos, la crisis de oposición por la que un niño puede pasar será vivida como una fase positiva del desarrollo, lo cual es muy favorable.

Los padres asertivos o democráticos como los llama Papalia (2001) respetan la individualidad de su hijo pero también refuerzan los valores sociales. Ellos confían en su capacidad para guiar a sus hijos, pero respetan las decisiones independientes, intereses, opiniones y la personalidad de los pequeños. Son amorosos, exigentes, firmes para mantener patrones establecidos y dispuestos a imponer un castigo limitado y racional, en ocasiones dan hasta unos golpes moderados cuando lo consideran necesario, dentro del contexto de una relación cálida y de apoyo. Ellos explican el razonamiento que sustenta sus decisiones y estimulan la interacción verbal. Sus hijos demuestran seguridad al saber que cuentan con su amor y porque saben qué se espera de ellos.

En los hogares asertivos, los niños saben cuando están alcanzando las expectativas y pueden decidir si vale la pena arriesgarse a desagradar a los padres o llegar a otras consecuencias molestas para alcanzar una meta. Se espera que estos niños se comporten adecuadamente, cumplan con sus compromisos y participen activamente en las obligaciones familiares, así como de la diversión. Ellos conocen la satisfacción de cumplir con sus responsabilidades y de alcanzar el éxito.

La eficacia de los estilos parentales con autoridad o llamado de otra forma asertivo, es que estos son afectuosos y aceptadores, transmiten un sentido de preocupación protectora que puede motivar a sus hijos para que obedezcan las directivas que reciben en una forma en que los hijos de padres más distantes y exigentes no lo hacen, ejerciendo un control de forma racional, la motivación de logro da la seguridad y oportunidad de explorar nuevos roles e ideologías para forjar una identidad personal

3.4.-Padre sobreprotector

Ante un mundo en el que abundan los niños abandonados, maltratados o simplemente faltos de cariño, muchos padres reaccionan entregándose en cuerpo y alma a sus hijos; pero proteger demasiado puede resultar tan nefasto como el abandono. Los esfuerzos por procurarles a los hijos todo lo que necesitan, ayudarles y ofrecerles un modelo de comportamiento a seguir, se transforman en constante preocupación e incluso ansiedad y ellos se ven obligados a crecer también con esos sentimientos.

La preocupación por las vidas y los problemas de sus hijos puede llegar a ser tan torturadora que les impide comer, dormir o pensar en otra cosa. Las expectativas son tan altas que se hace inevitable una frustración continua respecto a ellos. Al temer que sus hijos pierdan el camino a menos que ellos les marquen el rumbo y lleven el timón en sus actividades diarias, se convierten en guías frenéticos, ven las responsabilidades de sus hijos como propias; amigos, intereses e incluso su pareja son dejados de lado intentando estar disponibles para sus hijos en todo momento. Dan hasta quedarse vacíos y doloridos en su interior, pero aún así no es suficiente para detener la preocupación constante de ayudarles a ser como ellos creen que deberían ser.

Los niños que crecen en hogares donde los padres devotos y bien intencionados ejercen su papel con exceso porque les quieren demasiado, viven con una carga de ansiedad, culpa y dependencia que puede incapacitarles emocionalmente. Los modelos del amor excesivo se adquieren inconscientemente durante la infancia y en la relación con los propios padres. En cada padre que quiere con exceso hay recuerdos de alguien que en el pasado no le dio el

reconocimiento o el amor que él o ella necesitaba desesperadamente. En su interior nació la decisión de no dejar nunca que sus hijos sientan lo que ellos han experimentado.

El resultado de haber sido niños “mimados” en la infancia es una actitud de espera pasiva a que la gente les dé, acompañada de la idea de que, cuando les den, tendrán que satisfacer una montaña de necesidades, incluso comprometiéndose en ello. El resultado son muchas contradicciones: el niño se siente con derecho a que la gente haga las cosas por él y lo cuide; cuando lo hacen, se siente incómodo, obligado, agobiado y forzado a alejarlos de él pues le parecen demasiado necesitados. Se consideran especiales y a veces incluso mejores que otros. Ahuyentan a la gente haciéndose exageradamente dependientes de ellos o mostrándose distantes y arrogantes. Estas contradicciones son el resultado de haber tenido unos padres sobreprotectores, de haber recibido demasiado. Cada hombre y mujer con un hijo, ya sea biológico o adoptado, se convierte en un padre único con un estilo personal de amar, cuidar, enseñar, educar, aceptar y tolerar estableciendo un lazo de compenetración. Cuando ese lazo se transforma en una cuerda que ahoga y los hijos se convierten en una fuente constante de preocupación, puede que ese padre o esa madre sean lo que se denomina unos progenitores sobreprotectores.

Los superpadres sufren mucho, no se relajan porque llevan dentro de sí un niño o una niña desamparado que siempre tiene miedo a que a sus hijos les ocurra algo si ellos no están para protegerlos. Se imaginan múltiples peligros que les acechan y despliegan una actividad agotadora para cuidarlos. No confían en sus hijos, los miran como a seres indefensos que les necesitan para vivir y creen que carecen de recursos propios para salir adelante por sí mismos.

Cuando los niños son muy pequeños, los padres sobreprotectores están en constante señal de alerta, pero eso no les importa, porque de esta forma los tienen controlados. Cuando crecen y llegan a la pubertad la situación se complica, pues un padre de estas características se angustia cuando los hijos piden libertad y desean separarse del núcleo familiar.

La sobreprotección, si bien puede dar una cierta seguridad, inevitablemente retarda en el hijo la maduración de su capacidad para elegir libremente y responder por las consecuencias de sus acciones. Para quien mira sólo el corto plazo, garantiza buenos resultados, pero si se observa a mediano y largo plazo, esta práctica paterna retrasa en el hijo el desarrollo de una de sus capacidades fundamentales: la de obrar libre y responsablemente.

Hacer las tareas junto al hijo, controlar periódicamente cuadernos, puede ser muy bueno en los primeros años de la enseñanza. Desprenderse poco a poco de hábitos de este tipo será con el tiempo necesario si se quiere acompañar el crecimiento del niño.

La libertad implica soledad interior. Quien decide, lo hace por sí mismo y asume la responsabilidad por su decisión. Al sobreproteger al niño, se le priva del espacio de intimidad y soledad que necesita para formar su identidad y dificulta su desarrollo integral y en algunos casos, generando una potencial o actual rebeldía o rechazo.

Si bien no se puede establecer de modo universal el grado de independencia que debe otorgarse al hijo, ni tampoco hasta que grado el amor paternal debe ser aceptado, se debe tratar de balancear cómo se demuestra el amor y la libertad. Por ejemplo, cuando el bebé aún no camina, aunque ya esté en edad para hacerlo. Los padres, temerosos de que sufra algún accidente, lo colocan en andaderas o cada vez que él intenta hacerlo, lo toman de las manos y no dejan que lo haga solo. El bebé no habla pues cada vez que lo intenta, mamá o papá se adelantan a lo que está pidiendo y lo satisfacen inmediatamente, así que él no lo intenta.

Los padres que ocupan dicho método, generalmente están motivados por algún sentimiento de culpa y por una noción errónea que les deben algo a sus hijos. Son capaces de hacer cualquier sacrificio para que a estos no les falte nada, no permiten que se equivoquen, siempre encuentran una justificación para intervenir en los deseos y las decisiones de sus niños (Duran, 2000).

Como tal, el seguimiento de uno u otro estilo de crianza da pie al comportamiento y características personales del niño. Sin embargo, el apoyo debe mantenerse en sus justos límites, puesto que la sobreprotección paterna, entendida como negativa, puede generar disfunciones en la adaptación del niño, en este caso se pretende indagar su incidencia específica en lo a que a la DI respecta, es por esto que en el siguiente capítulo se analiza en primer lugar los factores que inciden para que un padre sobreproteja a su hijo, en segundo lugar las consecuencias que se derivan de este estilo de crianza.

CAPÍTULO 4.- LA SOBREPOTECCIÓN PATERNA Y SU INCIDENCIA EN LA DEPRESIÓN INFANTIL.

No podemos ver al niño como un mero receptor de fuentes para desarrollar DI, también, es importante tomar en cuenta la historia familiar, en especial, la crianza de sus padres, ya que la forma en que fueron educados desarrolló en ellos su forma de pensar y actuar ante las situaciones para la crianza de los propios hijos. No necesariamente un niño que fue sobreprotegido ahora es un padre sobreprotector, la relación va más encaminada a las secuelas del estilo con el que se fue criado, por ejemplo; un niño con deficiencias en los cuidados, sentimientos de inferioridad, carencias sociales o afectivas; tendería a compensar sus propios sentimientos y evitar que su hijo pase por lo mismo que ellos. También, entre otros factores del porqué los padres sobreprotegen, está el no tener pareja, alguna enfermedad crónica que el niño presente. Las consecuencias de este estilo de crianza obviamente recaen en el niño ya que no se desarrolla de manera ideal, es decir, puede presentar intolerancia al fracaso, miedo, incapacidad de ver sus habilidades; formando así una cadena donde, en la vida adulta, este niño tenga pocas probabilidades de ser exitoso en el ámbito social.

4.1.- Factores que inciden para la sobreprotección paterna hacia el niño.

Los padres que protegen en exceso suelen favorecer la sobredependencia de sus hijos, porque no les alientan a tomar decisiones propias. Esta actitud no favorece su autonomía y hace que los niños se sientan indefensos, y miren a sus padres como a personas muy fuertes. De esta forma, se cierra el círculo vicioso. Estos niños se sienten abocados a una situación de demanda permanente de ellos.

Este modo de relación familiar provoca fuertes tensiones, porque los hijos que han sido muy protegidos, por su inmadurez, cuando llegan a la adolescencia pueden llegar a expresar una gran rebeldía para liberarse de ataduras internas y se enfrentan o perciben muchos obstáculos en la vida cotidiana.

En tanto que, el patrón de crianza para ser un padre sobreprotector está motivado, entre otros condicionantes psicológicos, por un sentimiento de abandono vivido por ellos en la infancia. La persona se protege de una situación que le produjo sufrimiento y se compensa actuando de forma opuesta. Se entiende que una persona que se sintió abandonada en su niñez protegerá en exceso a sus hijos para que no sufran como ella. Este tipo de conductas excesivas se da con mayor frecuencia entre las mujeres que entre los hombres. Los padres sobreprotectores piensan que a mayor cantidad de cuidados, mayor es el afecto que entregan a sus hijos.

Por instinto los papás tienden a proteger a sus hijos. Los ven pequeños, dependientes e indefensos y sienten la necesidad de abrazarlos cuando lloran, de prevenirlos de los peligros, de mostrarles lo que pueden y no pueden hacer, de atender a sus problemas cuando están tristes.

También se presentan actitudes de sobre alerta porque les pueda ocurrir algo a sus hijos: cuando duermen, especialmente si es recién nacido, se acercan a comprobar si respira bien; ante una fiebre, consultan al médico y curan sus heridas cuando caen. Es lo normal de un padre hacia su hijo. Muchas veces, sin embargo, la atención normal se transforma en aprensión y algunos padres demuestran una preocupación excesiva y más que proteger a los hijos los sobreprotegen.

Viven pendientes minuto a minuto de las necesidades del niño: si tiene hambre, si el clima está muy frío para él, si es hora de vestirlo, si se puede caer, si le toca bañarse...Se desvelan al verlo triste o enfermo. No entienden que a veces prefiera estar solo en su recámara.

Cuando llega la edad de las obligaciones escolares, son los primeros en sentarse a hacerle las tareas. El resultado: niños caprichosos, habituados a una vida hecha, siempre protegidos, llenos de límites y recomendaciones. No llegan a conocer lo que es frustrarse ni tener contratiempos. Las responsabilidades, si las tienen, son compartidas.

Cuando se quiere demasiado a los hijos, normalmente los padres no suponen que se debe más a sus propias necesidades que a las del niño. Les dan amor, dinero, atención, comprensión y ayuda de un modo que resulta casi obsesivo; consagran su vida a hacerlos felices resolviendo sus problemas y el dolor de no conseguirlo puede ser insoportable. Quieren acabar con el terrible sentimiento de no ser lo bastante buenos como para ser queridos, siendo lo bastante buenos como padres. No es extraño que intenten ser padres perfectos con unos hijos perfectos. Dar, ayudar y obsesionarse por los hijos puede llenar una multitud de necesidades de los padres; algunas de las más profundas son las siguientes:

- Dar para apoyar la propia autoestima
- Dar para compensar con creces la privación anterior
- Dar para aliviar la culpa y la incomodidad
- Dar para compensar la ausencia del otro progenitor
- Dar para llenar el vacío interior
- Dar a cambio del comportamiento del niño
- Dar para compensar la propia ausencia

Está claro que los padres que dan demasiado a menudo lo hacen por sus propias necesidades insatisfechas. Nada de lo que se haga será suficiente para que los padres se sientan satisfechos y llenen sus necesidades emocionales; no es posible compensar las pérdidas y decepciones que hayan sufrido (Garber, 2001).

A pesar de ser varias las causas que pueden motivar a los padres a ser sobreprotectores, tenemos que:

- Los padres que han tenido un modelo de padres sobreprotectores, en cierta medida tienden a repetirlo porque es el único que conocen.
- Los padres no quieren repetir la falta de cariño que les tocó experimentar a ellos y se van al extremo opuesto de darlo todo y no exigir nada.

- Son padres con alguna experiencia traumática previa que los hace adoptar una actitud sobreprotectora para evitar una repetición.
- En el caso de padres adoptivos, buscan compensar la falta de paternidad biológica desviviéndose por el niño.
- Siendo padres mayores cumplen más la tarea de abuelos regaladores que de educadores.
- Los padres de un hijo único en quien concentran atenciones, cuidados, mimos, y todo el tiempo del que disponen.
- Padres con sentimiento de culpa: cuando el trabajo los mantiene gran parte del día lejos de la casa, compensan la ausencia con mimos excesivos, "pobrecito cómo lo voy a retar cuando estoy con él, si apenas lo veo".
- Por enfermedades crónicas degenerativas: cáncer, cardiovasculares, respiratorias, entre otros.
- Por discapacidad: Síndrome de Down, Parálisis Cerebral, Parapléjicos, Retraso Mental, etcétera.

4.2.- Consecuencias de la sobreprotección paterna.

Winnicott (En: Gadea, 2002 p.2) quien durante años fue pediatra y psicoanalista en Londres, observó y estudió como pocas a madres e hijos. Dice:

El desarrollo emocional comienza en el umbral mismo de la vida: un estudio de la evolución de la personalidad y del carácter, no puede pasar por alto los sucesos de los primeros días, de las primeras horas y hasta la experiencia del nacimiento puede ser significativa. Si el mundo sigue girando pese a nuestra ignorancia de estas cosas es porque hay algo en la madre de un bebé, algo que

la hace singularmente apta para proteger a su pequeño en esa etapa de vulnerabilidad, algo que la capacita para contribuir en un sentido positivo a las necesidades positivas de su niño. La madre será apta para cumplir esa función si se siente segura y respaldada; sí en su relación con el padre de su hijo y con su propia familia, se siente amada y aceptada. Esa aptitud no depende de los conocimientos sino que nace de una actitud afectiva, una sensibilidad que la madre va adquiriendo a medida que su estado de embarazo avanza.

Es decir, la capacidad de la madre, de brindarle seguridad a su bebé desde el momento mismo que inicia en la vida, no depende de sus conocimientos sino de su actitud afectiva y de seguridad en sí misma.

Si se recibe amor de niños, pero sin exceso, posiblemente se podrán desarrollar sentimientos y conductas que permitan la adaptación social. Pero si la experiencia en la infancia no fue del todo satisfactoria, el resultado podría ser una persona de extrema vulnerabilidad o totalmente dependiente. Además, es importante no subestimar la importancia que tiene la frustración para un desarrollo integral. Privar al niño de la frustración es tan perjudicial como privarlo del amor materno. La vida tiene muchos momentos de frustración y se deben preparar a los hijos para que se enfrenten a la vida. Eso no significa que se deba frustrarlos deliberadamente, pero la vida misma impone un poco de frustración: el hambre, la sed, el destete, la soledad son experiencias displacenteras que el niño tiene que aprender a tolerar.

Existen madres que no dejan jugar a sus hijos: “porque se pueden dar un golpe”; que no los mandan a la escuela: “porque les pueden pegar”; que no los dejan ni un minuto solos: “porque les puede pasar algo”. Estas exageraciones, llamadas por los psicólogos “sobreprotección”, suelen tener efectos tan perjudiciales como el abandono. El niño sobreprotegido no tarda en interiorizar los temores de sus padres y empezar a sentir que hay algo malo en el ambiente, sensación que gradualmente lo inmoviliza. Esto es mucho más grave con el hijo único (por el temor de perderlo, o cuando ya se ha perdido algún hijo). La sobreprotección es inconsciente, a raíz de sus temores, los padres desean compensar o dar todo a sus hijos, así como evitarles cualquier experiencia poco agradable.

Cuando el niño pide algo y se lo niegan, es probable que responda: ¡Al fin que ni quería!; o ¿después me lo compras?. Este tipo de respuestas son mecanismos de defensa; es decir, las estrategias que el niño elabora, poco a poco, para enfrentar la frustración. Al devenir adolescente, quizá algún día rompa con su novia y podría decir: “después me va a querer” o “al fin que no quería”.

Según Glasser (1994) la sobreprotección con la presencia de abuso emocional, podría ser considerada precisamente como una arbitrariedad, repercutiendo en diferentes ámbitos:

- Nivel emocional: los niños presentarían una tendencia a sentirse y creer en todas aquellas características que les atribuyen otras personas.
- Nivel conductual: se trataría de niños que buscan permanentemente la atención de los adultos. Relación con los pares: puede tratarse de niños muy agresivos o socialmente aislados.
- Nivel cognitivo y educacional: se trata de niños que tienen una baja producción intelectual.
- Nivel físico: el niño puede presentar problemas de crecimiento, acompañado o no de quejas por dolores sin causas orgánicas aparentes.

La situación de sobreprotección resulta contraria a los deseos del niño, pues cuidados excesivos promueven una incapacidad en éste para desarrollar habilidades y actividades que le conduzcan al alcance gradual de la ya mencionada autonomía y posterior independencia, por lo que ésta los vuelve niños inseguros, berrinchudos, dependientes y temerosos para enfrentar vicisitudes, las cuales se presentan de diferente manera a lo largo de la vida, por ejemplo: en el ingreso a la escuela un niño sobreprotegido presentará miedos y desesperación cuando es separado de la figura sobreprotectora, situación que muchas ocasiones llega a producir en él sensación de muerte por la angustia de la separación y que provoca que su estancia en la escuela sea un verdadero sufrimiento.

En esa misma línea, Holmbeck y cols. (2002; En: Armstrong, 2002) estudiaron la mala adaptación de los adolescentes en el contexto familiar, específicamente el tipo de relación entre padres e hijos. Y no fue sorpresa encontrar que aquellos adolescentes que tenían mayor seguridad en los vínculos con sus padres mostraban también más patrones de desarrollo social saludables. Confirmándose nuevamente este hecho como un factor que permite predecir un funcionamiento psicológico positivo.

Una vez más quedaba demostrado que el tipo de relación de los niños o adolescentes con sus padres es determinante como factor predictor de desórdenes adaptativos en algunos casos. Por ejemplo, cuando esta se caracteriza por la presencia de angustia e inseguridad, surgen dificultades para alcanzar la autonomía, existiendo el riesgo de que surjan problemas de conducta (Allen et. al.,1990; En: Wick-Nelson, 1997).

Otro estudio realizado por Holmbeck y cols. (2002; En: Armstrong, 2002) pero en esta ocasión haciendo énfasis en la sobreprotección paterna, tuvo como propósito poner a prueba un modelo que relaciona la *sobreprotección paterna* (definida como el exceso de protección paterna y/o materna que tiene sus consecuencias en el desarrollo y las habilidades psicosociales del hijo), *la conducta de autonomía* y *la adaptación psicosocial*. Encontrándose que la sobreprotección de los padres puede tener efectos negativos en el desarrollo de los niños y adolescentes, por ejemplo, más síntomas depresivos. Asimismo, se pretendió demostrar que la sobreprotección y el control psicológico son constructos que aunque tienen en común una competencia paterna, no son exactamente iguales. El control psicológico ha sido definido como la puesta en práctica de una función paterna que no permite la expresión de la individualidad de los hijos (Kendall y Steinberg 1996; En: Kamphaus, 1996) siendo propia de los padres intrusivos o autoritarios, exageradamente críticos y que muchas veces usan la culpa y el chantaje emocional para lograr obediencia. Por otro lado, y distinto al control psicológico, la sobreprotección involucra un componente de ansiedad emocional que se refleja en un contacto físico o social excesivo, una infantilización y una preocupación excesiva por el bienestar del hijo. El desarrollo social, entendiéndose como la capacidad para establecer relaciones, está en función de las etapas del desarrollo y guarda relación con las etapas de adolescencia temprana y adolescencia

tardía. Y se ha estudiado en una especie de continuo que va desde un desligue en las relaciones durante la adolescencia temprana hasta el establecimiento de relaciones maduras en la adolescencia tardía (Lewis, 1993; En: Wick-Nelson, 1997). Las investigaciones demuestran que las discusiones y conflictos entre padres e hijos aumentan considerablemente en los primeros años de la adolescencia, y este aumento coincide también con una disminución en el tiempo que los padres e hijos se dedican mutuamente. Aún cuando esta etapa vaya seguida generalmente de un desarrollo de relaciones más cooperativas. Steinberg y Morris (1990; En: Kamphaus, 1996) llegaron a la conclusión tras numerosas investigaciones realizadas con adolescentes, que una mejor adaptación psicológica y social de éstos guarda relación con la presencia de padres que demuestran autoridad para fijar límites con ternura y respeto a la autonomía.

Otra de las consecuencias del estilo sobreprotector es que el niño vive para otro y no puede acceder de manera normal al inicio de su autonomía. Más aún si hay en la familia otros niños que se desarrollen dentro de condiciones favorables; si él compara su estado de dependencia con el de ellos, puede sufrir por ese motivo y sentirse diferente o inferior, o bien aceptar con docilidad siendo de esta forma el centro de atenciones y cuidados. Esto puede ser debido a que es un hijo con alguna enfermedad o él más pequeño, el que más peligro tuvo de desarrollarse después de la primera infancia. El correr riesgos, cuando se trata de un niño saludable exige cierta inconciencia y en el caso de un niño enfermo, no sólo es cuestión de conciencia, sino de una real necesidad de ayuda profesional.

Por desgracia, en la vida moderna, el seno familiar se reduce al padre y a la madre y muchas veces sólo a la madre. Si la madre trabaja, en su afán de dar seguridad puede orillarla muchas veces a encerrar al niño, al pensar que este estará más seguro en su cuna o en su habitación en vez de confiárselo a otra persona. Donde no se toma consideración del estado emocional del niño por parte de ella.

Se ha visto que en el niño existen motivaciones que lo impulsan hacia la actividad y la autonomía, que al ser bloqueadas amenazan con volverse destructivas para el propio niño o para la familia, por lo que conviene investigar las causas de dicho bloqueo, reestablecer la

comunicación con otras personas en el seno familiar y así preparar a largo plazo la mejor inserción del niño en la sociedad (Lescure, 1991).

Ante la privación de la autonomía del niño, en la primera infancia se puede tomar como una ruptura entre la comunicación del niño con el adulto o su cuidador materno, podemos tomar un ejemplo, como es el caso de la obesidad en los escolares, muchas veces no puede ser un problema endocrino el que provoca el excedente de peso, sino más bien una sobredosis de cuidados paternos (alimenticios, reducción de esfuerzos) ya que el niño a través de esto se forja un protector que refuerza su sentimiento de inseguridad cuando tiene profunda necesidad de seguridad. Esta seguridad puede crearse a través de la confianza que el niño extrae de la relación con otros seres humanos desde su primera infancia. La impresión de inseguridad puede bloquear su iniciativa y actividad y entorpecer la formación de su identidad, así como el establecimiento de sus relaciones con los demás adultos. En cambio un sentimiento de confianza en sí mismo y en aquellos con quien convive durante su primera infancia, permite al niño hacer un acopio de una valiosa reserva de energía para enfrentar las dificultades de la socialización, entre ellas la integración escolar y profesional.

Uno de los elementos más nocivos para la madurez del niño es el miedo o la angustia. Por lo que se refiere a la palabra miedo se dice que es un sentimiento que conoce a su objeto y la angustia es un sentimiento difuso y más difícil de dominar puesto que carece de un objeto preciso. La angustia del adulto frente a una sociedad de complejos mecanismos y en constante evolución puede contagiar al niño para desarrollar en él una inseguridad que lo paralice o por el contrario que lo vuelva agresivo (Lescure, 1991).

Al llegar a ser adolescentes se presentan titubeos ante restricciones infalibles, pueden tener pocas oportunidades de adquirir seguridad en sí mismos y pueden carecer de confianza en sus propias capacidades de toma de decisiones (Steiberg, 1994; En: Shaffer, 2001).

En conclusión, el estilo de crianza del padre sobreprotector puede causar daño ya que es una forma de excesiva protección. Aquí, cabría preguntar: ¿Porqué se puede visualizar la

sobreprotección como un daño hacia el niño? A esto se responde que el sobreproteger a los hijos e hijas cuando se les quiere resolver todos y cada uno de sus problemas, cuando no se confía en ellos, cuando se les dice qué hacer y cómo hacerlo sin dar lugar a sus iniciativas personales, cuando no se deja que se equivoquen y aprendan de sus propios errores, cuando no se permite que se separen de los padres ni un momento por temor a que les pase algo, da lugar a que se invada parte de su individualidad para la formación y desarrollo de su propia personalidad e independencia.

La sobreprotección puede hacer a las personas dependientes, inseguras, irresponsables y en consecuencia incapaces de resolver sus vidas por sí mismas y posiblemente llevarlas a un trastorno depresivo. Por lo cual, se pretendió encontrar evidencia empírica que planteará la relación entre la sobreprotección como estilo de crianza y la depresión infantil.

METODOLOGÍA

OBJETIVO GENERAL: Identificar el estilo de crianza sobreprotector y su relación con la manifestación de la depresión infantil.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1) Investigar el concepto de depresión en adultos y niños desde el punto de vista médico y psicológico.
- 2) Describir los antecedentes, características y evaluación de la depresión infantil.
- 3) Describir los diferentes estilos de crianza.
- 4) Identificar de manera teórica los factores y causas del estilo de crianza sobreprotector.
- 5) Identificar en la muestra elegida la existencia de depresión infantil por medio de un test de depresión infantil (CDI), su relación en cuanto a sexo y grado escolar.
- 6) Evaluar a las madres de los niños que presentan depresión para identificar las características de sobreprotección, por medio de la ES (Escala de Sobreprotección)
- 7) Analizar la relación existente entre la depresión infantil y la sobreprotección materna.

Variables:

Estilo de crianza sobreprotector: estilo de crianza en el cual los padres controlan exageradamente la conducta de sus hijos e intervienen en sus decisiones, dándoles un cuidado desmedido sin llegar a ser estricto, más que caer en lo permisivo, se trata de evitar por todos los medios penalidades al menor. Surge de una constante preocupación, miedo y

culpa por los hijos, que los domina y agota, puesto que viven pendientes de éstos. Contemplan a los hijos como seres indefensos y en todo momento necesitados de cuidados.

Depresión infantil: es cuando el niño tiene una visión distorsionada de sí mismo, del mundo y del futuro. Las cogniciones que se formule determinaran la forma en que actuará y se sentirá. En edades tempranas (0-2 años) la depresión infantil se puede observar a nivel motor: expresión facial rígida, movimientos corporales de retraimiento, movimientos de cabeza, movimientos expresivos de rechazo con las manos. A partir de los tres años a los seis años añaden la enuresis, encopresis, dolor de estómago, dolor de cabeza. La depresión se mantendrá a través de una serie de errores cognitivos como la sobre generalización, el pensamiento de “todo o nada” y la minimización de los hechos positivos, esto es precisamente porque existe la falta de refuerzo positivo por parte del medio donde se desenvuelve el individuo, es más factible detectar estos tipos de pensamientos en niños de 7 a 12 años, por la maduración neurológica que implica, según la edad en tres niveles:

Nivel cognitivo: el niño tiene valorización negativa de sí mismo, de su entorno, de su futuro; anomalías cognitivas relacionadas con la memoria y la atención. Dentro de este nivel también se conjunta el cognitivo-afectivo que engloba: disforia, abatimiento, pesadumbre, infelicidad e incluso irritabilidad. Puede negar los sentimientos de tristeza o alega no tener sentimiento alguno, apatía, indiferencia, disminución de la capacidad para disfrutar, estado de ánimo deprimido.

Nivel motor: el niño presenta fatiga mental y física, y es menos dinámico en sus actividades cotidianas. También puede presentarse lo contrario a la pérdida de energía habitual donde existe la agitación motora observable como el frotarse las manos, dificultad para mantenerse sentado, entre otras.

Nivel fisiológico: los niños depresivos presentan dificultades del sueño ya sea por dormir en exceso, tener frecuentes pesadillas o insomnio, pérdida o aumento de peso excesivo, enuresis o encopresis, entre otros síntomas (Anexo 1).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN: ¿La sobreprotección paterna es un factor relevante para que se desencadene depresión en el niño?

La hipótesis del estudio fue analizar la relación entre sobreprotección paterna y la manifestación de la depresión infantil.

Lugar: el estudio se realizó en la escuela primaria Francisco Márquez ubicada en la colonia Los Héroes de Ecatepec Sección I en Ecatepec de Morelos, Estado de México. Se empleó un diseño de tipo transaccional (se mide la relación entre variables en un tiempo determinado).

Muestra: 240 sujetos pertenecientes al tercer, cuarto, quinto y sexto grado de nivel primaria con edades entre 8-12 años. Se eligió la muestra en estos grados debido a que ya hay un aprendizaje de lecto-escritura.

Escalas: El CDI (Children's Depression Inventory) de Kovacs (1983; En: Polaino-Lorente, 1988) que se compone de 27 ítems, cada uno con tres alternativas de respuestas, de las que el niño debe señalar la que mejor describa su situación en las dos últimas semanas. Lo cual permite apreciar el nivel global de depresión en el niño.

La aplicación del instrumento puede ser colectiva o individual. Las instrucciones son leer cuidadosamente cada grupo de oraciones y posteriormente marcar con un tache aquella oración que mejor describa la manera en como se sintieron la semana pasada incluyendo el día de la aplicación del instrumento, asegurándose de leer todas la oraciones. El tiempo de aplicación oscila entre 10 y 20 minutos (Anexo 2).

Por otra parte, la Escala de Sobreprotección (ES) estilo Likert, que consta de 17 ítems con cinco alternativas de respuesta: totalmente de acuerdo, de acuerdo, neutral, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo. Con base en la calificación, el mayor número de ítems indica la mayor o menor tendencia a la sobreprotección. La ES puede ser aplicada de manera

colectiva o individual, teniendo como indicación el tachar la casilla de la respuesta que se haya elegido, lo cual no califica como correcta o incorrecta la respuesta (Anexo 3).

Para el análisis estadístico de los datos se empleó el programa SPSS versión 10.0.

PROCEDIMIENTO:

1). Con base en estudios experimentales (Haquin y cols., 2004 y Buendía, 1996) se eligió el CDI para medir la D.I. , porque demostró contar con características favorables en cuanto a confiabilidad y validez .

2). Se investigaron las posibles pruebas para medir los estilos de crianza paternos, pero ninguna medía directamente la sobreprotección paterna, es por esto que se diseñó la ES (Escala de Sobreprotección), con una prueba piloto para determinar su confiabilidad y posteriormente se empleó para la evaluación del estilo de crianza sobreprotector.

3). Teniendo los instrumentos se solicitó en una escuela primaria la población de niños pertenecientes al 3, 4, 5 y 6 grado de primaria; con edades entre los 8 y 12 años para aplicar el test CDI, ya que cuenta con indicadores representativos de la Depresión Infantil como son: humor negativo, problemas interpersonales, ineficiencia , anhedonia y estima negativa.

4). Se analizaron los datos obtenidos mediante el test aplicado de depresión infantil (CDI). Asimismo, se analizó estadísticamente su confiabilidad mediante la α de Cronbach.

5). De todos los datos obtenidos se hizo una relación de la depresión infantil con el sexo y grado escolar.

6). Se seleccionaron los niños con manifestación de depresión infantil según lo evaluado en el test, de esta manera se estipuló citar a las madres de los niños, a quienes se les

mencionó lo anterior, para que les fuera aplicada la ES; la justificación del porque citar a las madres es principalmente porque son quienes tienen mayor contacto con los menores.

7). Una vez aplicada la Escala de Sobreprotección a las madres antes seleccionadas, se analizaron los puntajes y se determinó su confiabilidad con la α de Cronbach.

8). Por último, se analizaron los datos e información de la relación que se obtuvo para rechazar o aceptar la hipótesis que se planteó.

RESULTADOS

Para obtener los datos que a continuación se presentan, se aplicó el CDI (Children's Depression Inventory de Kovacs (1983; En: Polaino-Lorente, 1988) que se compone de 27 ítems que son afirmaciones escaladas de mayor a menor intensidad o viceversa con tres opciones de respuesta que permiten apreciar el nivel global de la depresión infantil cuantificando síntomas tales como: humor negativo, problemas interpersonales, ineficiencia, anhedonia y estima negativa de sí mismo.

Cada reactivo consta de tres afirmaciones las cuales tienen asignado un puntaje que va de 0-2 (la puntuación total del cuestionario puede oscilar entre 0-54 puntos) la sumatoria se calificó con base en el siguiente criterio:

Puntaje	Criterio
0-17	Ausencia de síntomas
18-36	Síntomas suaves
37-54	Síntomas definidos

Los autores difieren en cuanto al punto de corte del CDI, sin embargo, con base en la validación chilena realizada por Haquin y cols., (2004) se estableció como punto de corte 18.

La confiabilidad de consistencia interna ha demostrado ser buena encontrándose entre 71% y 89% con varias muestras. Sin embargo, es de esperarse que los síntomas de DI cambien en un cierto plazo. En el presente estudio la confiabilidad que se obtuvo fue alta ($\alpha=.81$ Anexo 4).

Por otra parte, debido a la carencia de una escala que permitiera medir la sobreprotección paterna se procedió a la realización de dicho instrumento; la Escala de Sobreprotección (ES) es de tipo Likert que consta de 17 ítems, cada enunciado hace referencia al modo de pensar y actuar, se debe leer cada frase y determinar si se está totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutral, de acuerdo o totalmente de acuerdo con lo que se piensa o actúa acostumbradamente.

El criterio para calificar la escala se basa en los puntajes máximos, neutrales y mínimos:

Puntaje	Criterio
Máximo	85
Neutral	51
Mínimo	17

La confiabilidad del instrumento obtenida con la muestra fue media ($\alpha=.62$ Anexo 5), lo cual significa que es un instrumento confiable para medir el criterio del Estilo de Crianza Sobreprotector.

La aplicación de ambos instrumentos fue autoadministrada; por lo que se entregaron los instrumentos, se dieron las indicaciones y se resolvieron las dudas pertinentes.

De tal manera que los resultados obtenidos de la prueba aplicada a los niños para medir su nivel de DI son los siguientes, se encontraron 201 individuos con ausencia del síntoma (95 niños y 106 niñas), 38 infantes con síntomas leves (23 niños y 15 niñas) y 1 niño con síntomas definidos, teniendo un total de 240 sujetos (Ver fig. 1).

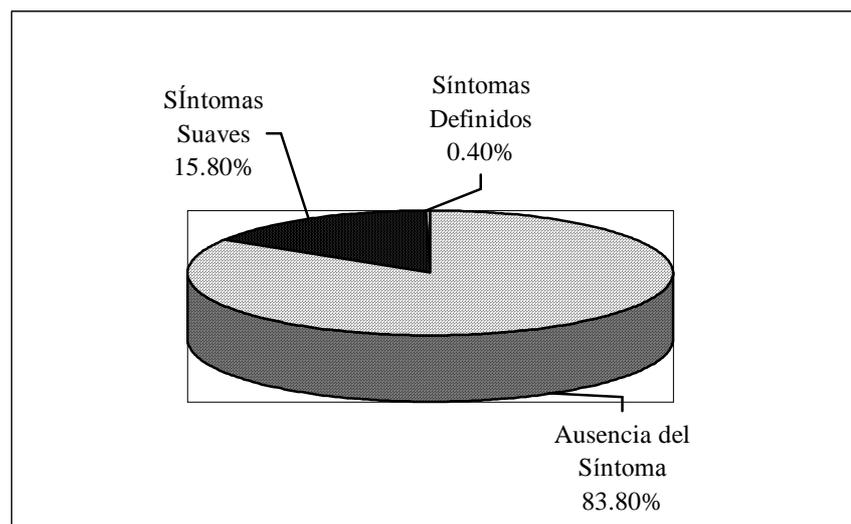


Fig. 1 Porcentaje de los niveles de depresión en los niños en la aplicación del CDI

Los niveles de depresión con respecto a género muestran que 119 de los sujetos son niños, de los cuales un 95 no presentaron síntomas depresivos, 23 presentaron síntomas suaves y 1 puntuó con síntomas definidos de depresión.

Del total de la muestra 121 son niñas, indicando que 106 no presentan síntoma depresivo, mientras que 15 manifiestan síntomas suaves y ninguna de ellas ostenta síntomas definidos (ver figura 2).

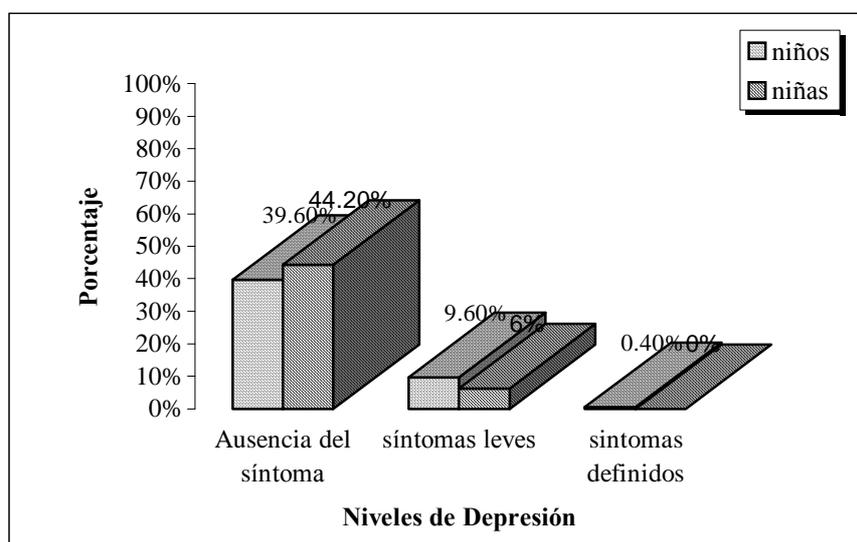


Fig. 2 Porcentajes de los niveles de depresión en los niños respecto a género.

Asimismo, se obtuvo que la media de depresión en los niños es de 12.01, en las niñas de 10.36, siendo en su totalidad la media de 11.18, lo que corresponde al criterio de ausencia del síntomas depresivos (ver. Fig.3).

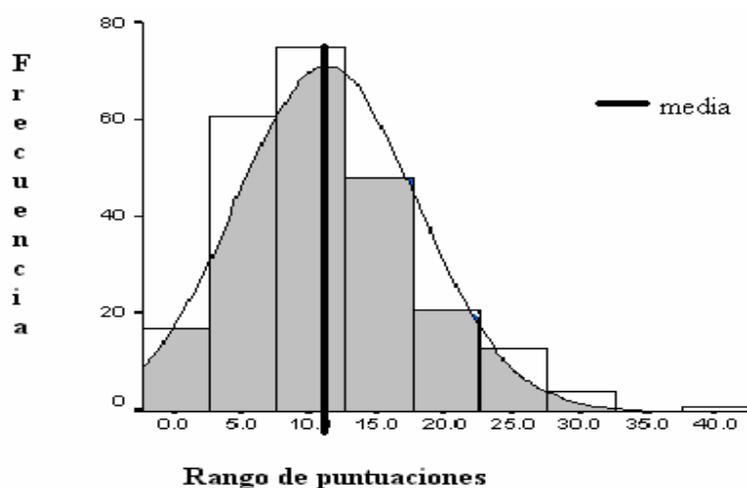


Fig. 3 Distribución de puntajes obtenidos en el CDI

En lo referente a la relación entre el nivel de depresión y el grado escolar, en la tabla 1, resultante de una tabulación cruzada, se puede notar que no existe tal concordancia. El único sujeto con síntomas de depresión definidos se localizó en el tercer grado.

	GRADO								Total	
	Tercero	Cuarto	Quinto	Sexto						
ausencia del síntoma	50	20.80%	52	21.70%	29	12.10%	70	29.20%	201	83.80%
síntomas leves	12	5.00%	9	3.80%	2	0.80%	15	6.30%	38	15.80%
síntomas definidos	1	0.40%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0.40%
Total	63	26.30%	61	25.40%	31	12.90%	85	35.40%	240	100.00%

Tabla 1 Correspondencia entre el nivel de depresión y el grado escolar.

En lo que toca a la segunda fase del procedimiento del estudio, es decir la aplicación de la Escala de Sobreprotección a las madres de los niños que manifestaron depresión, nos revela que la media es de 44.00, lo cual, ubica a la muestra en no sobreprotectores ya que están por debajo del puntaje neutral (51). Ver fig.4.

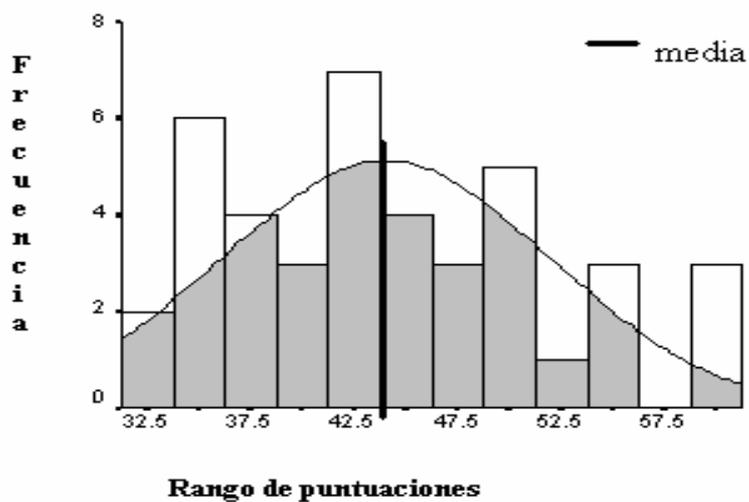


Fig. 4 Distribución de puntajes obtenidos en la ES.

En lo concerniente a la relación entre la DI y el estilo de crianza sobreprotector, se encontró que de los 39 sujetos con DI, sólo se contó con la evaluación mediante el ES de 28 madres de los mismos. Hallándose que sólo 5 de las madres evaluadas puntuaron dentro del estilo de sobreprotección (>51). Por lo tanto, la relación entre las variables es casi nula o poco sensible empíricamente (Ver fig. 5).

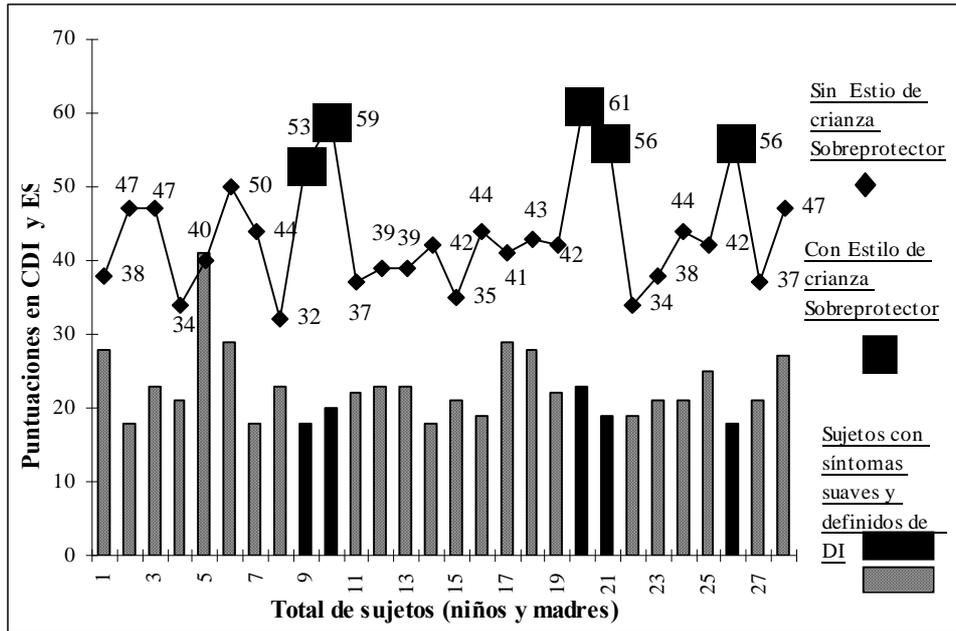


Fig. 5 Correspondencia entre los puntajes de CDI y ES.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

El presente estudio se realizó con el propósito de someter a prueba empírica la hipótesis relacionada con la depresión infantil y el estilo de crianza sobreprotector, para lo cual se establecieron como objetivos: a) identificar en la población elegida la manifestación de la depresión, su relación con el sexo del sujeto y su grado escolar. b) evaluar a los progenitores de los niños que presentaron depresión para identificar las tendencias de sobreprotección. c) analizar la relación existente entre la depresión infantil y la sobreprotección como estilo de crianza.

Para la evaluación del CDI, se tomó en cuenta que los síntomas leves son aquellos que están en desarrollo y se anteponen a la aparición de síntomas definidos, entendidos ambos como: bajo humor, pérdida de placer, bajo comportamiento interpersonal, falta de destreza social, baja pertenencia a un grupo y baja autoestima. Y ya en un síntoma definido llegando a la ideación suicida. Encontrándose que en el 83.8% de los niños estudiados está ausente la sintomatología depresiva, en el 15.8% se presentaron síntomas suaves y en el 0.4% síntomas definidos, lo cual difiere con los datos obtenidos por Haquin y cols., (2004) quienes obtuvieron que el 63% de un total de 1069 sujetos obtuvieron puntajes por debajo del punto de corte del CDI y un 37% de los mismos puntuaron con síntomas leves y definidos de depresión. Ellos encontraron que no hay diferencias significativas entre la sintomatología depresiva y el género, lo cual concuerda con lo obtenido en nuestra investigación puesto que las niñas (media:12.01) y los niños (media:10.36) se ubican en la ausencia de síntomas depresivos, para ser más detallados, de los porcentajes anteriormente mencionados con ausencia o presencia de síntomas depresivos: el 39.6% de los niños y el 44.2% de las niñas tuvo ausencia de síntomas, el 10 % de los niños presento síntomas depresivos y el 6.3% de las niñas también presentó síntomas depresivos ya fueran leves o definidos, en este caso el síntoma definido se localizó sólo en un niño, se puede observar por los datos que no hay diferencias significativas, viéndose desde la media o desde los porcentajes tal cual, por lo que no podemos decir que el sexo sea una característica principal para presentar o no depresión infantil en el rango de edad de 8 a 12 años.

Por otro lado, se encontró que en el tercer grado hay 5.40% de síntomas depresivos, en el cuarto grado el 3.80%, en el quinto grado el .80% y en el sexto grado el 6.30%, podemos decir que no hay relación entre el nivel de sintomatología depresiva y el grado escolar, ya que ningún grado presentó un porcentaje predominante.

Asimismo, es importante hacer notar que no hay diferencia por sexo en la depresión, hasta no superada la edad de los 12 años, ya que después de esta edad se incrementan las diferencias, es decir, al entrar a la adolescencia. Esto se ha encontrado en estudios realizados por: Byrne, Baron y Balev ,1996; Carrasco, Del Barrio y Rodríguez, 2000; Del Barrio, Moreno y López, 1999; Frías, Mestre, Del Barrio y García –Ross, 1992; Lemos, Figaldo, Calvo y Menéndez, 1992; Steer, Kulmar, Ranieri y Beck,1998 (En: Servera, 2002). Donde obtuvieron que las adolescentes muestran mayores puntuaciones en sintomatología depresiva que los adolescentes

Con base en los resultados obtenidos en los reactivos particulares del CDI, que al ser cuantificado se pierden, se darán algunas de las características encontradas en los niños con sintomatología suave y definida de depresión; aunque repetitivo en ocasiones, se presentan en grados para que sean apreciables los cambios de las respuestas por grado:

Tercer grado (8-9 años): manifestaron no están seguros de que las cosas les saldrán bien y que de ser así será culpa de ellos mismos; consideran que no se divierten con sus actividades; tienen inseguridad y temor por que les pase algo malo; sentimientos de odio a si mismos; ganas de llorar con frecuencia; preocupación por todo; les es difícil hacer sus deberes; constantemente se sienten cansados; no tienen mucho apetito; poseen sentimientos de soledad; no tienen amigos; consideran que su desempeño en el colegio es malo; sentimientos de no poder ser buenos como otros y que nadie los quiere.

Cuarto grado (9-10 años): no están seguros de que las cosas les saldrán bien y que de ser así será culpa de ellos mismos; no se divierten con sus actividades; tienen inseguridad y temor por que le pase algo malo; piensan en matarse, aunque no lo harían; preocupados por todo; no les agrada estar con la gente; no les agrada su aspecto, se les dificulta tomar decisiones;

tienen problemas para dormir, preocupación por enfermarse; consideran que pelean mucho con la gente y por tanto les cuesta relacionarse; no tienen amigos y sentimientos de no poder ser buenos como otros.

Quinto Grado (10-11) no están seguros de que las cosas les saldrán bien y que de ser así será culpa de ellos mismos; no se divierten con sus actividades; tienen ganas de llorar constantemente; preocupación por todo; no les agrada estar con la gente; no les agrada su aspecto, problemas para dormir, preocupación por enfermarse; no tienen amigos y sentimientos de no poder ser buenos como otros y que nadie los quiere; dificultad para relacionarse con la gente.

Sexto Grado (11-12) no están seguros de que las cosas les saldrán bien y que de ser así será culpa de ellos mismos; no se divierten con sus actividades; inseguridad y temor por que les pase algo malo; sentimientos de odio hacia si mismos; piensan en matarse, aunque no lo harían; preocupación por todo; no les agrada su aspecto, dificultad para realizar sus deberes; problemas para dormir; sentirse cansados constantemente, no tener mucho apetito; preocupación por dolor y enfermedad; sentimientos de soledad por no tener amigos; piensan que su desempeño es malo en el colegio, sentimientos de no poder ser bueno como otros y que nadie los quiere; tratan de ser obedientes la mayor parte de las veces; consideran que pelean mucho con la gente y por tanto, les cuesta relacionarse; no tienen amigos.

En lo referente a la sobreprotección, se obtuvo que las madres estudiadas presentaron una actitud desfavorable a la sobreprotección (media: 44.00), es decir, la mayoría de ellas no tenían relación alguna con las características de ésta.

Por otra parte, al relacionar el CDI con el ES, se encontró que del 100% de niños con DI (28) sólo el 17.8% (5) de sus madres pertenecen al estilo de crianza sobreprotector. Lo cual arroja que no hay una relación entre dichas variables, ya que se hubiese deseado un mínimo del 60% de correspondencia en los resultados.

Las características encontradas en las madres sobreprotectoras con base en la ES y la entrevista; fueron:

- No permiten las salidas de los niños a la “calle” por miedo a que les ocurra algo, mermando sus relaciones con iguales.
- Consideran que su hijo es indefenso.
- No permiten que sus hijos solucionen problemas de manera autónoma.
- Sus hijos presentan un retraso en las habilidades de hablar y caminar.
- Los amamantaron hasta después de los 6 meses de edad, lo cual es considerado como excesivo , ya que es la edad límite para destetarlo.
- La educación recibida por parte de las madres fue muy estricta, presentándose dentro del seno familiar violencia y alcoholismo.

CONCLUSIONES

La depresión en adultos es un hecho aceptado por los estudiosos en el tema, desde tiempos muy remotos; sin embargo, las características de la depresión en los adultos transpoladas a los niños era una cuestión negada e incluso tomada con otro nombre pero no como depresión infantil. No obstante, las características en los niveles: *cognitivo* (valorización negativa de sí mismo, de su entorno, de su futuro; anomalías cognitivas relacionadas con la memoria y la atención, disforia, abatimiento, pesadumbre, infelicidad e irritabilidad, sentimientos de tristeza o manifestación de no tener sentimiento alguno, apatía, indiferencia, disminución de la capacidad para disfrutar); *motor* (fatiga mental y física) y *fisiológico* (dificultades del sueño ya sea por dormir en exceso, tener frecuentes pesadillas o insomnio, pérdida o aumento de peso excesivo, enuresis o encopresis, entre otros) no podían ser negadas como cuestión inherente del trastorno depresivo en los menores.

Cuando por fin la Depresión Infantil fue considerada como tal, lo siguiente fue hallar una forma de identificar o mejor dicho, evaluar el trastorno, lo cual no fue ni es tarea fácil dadas las discrepancias y lo aún ambiguo del término; y agregando la gran diversidad de corrientes teóricas con sus propios procedimientos y la falta de métodos de evaluación precisos, por ejemplo: en el caso de niños pequeños, quienes aun no son capaces de expresar claramente sus cogniciones ya sea de manera escrita o verbal.

Ahora bien, si ya sabemos de la existencia del trastorno depresivo en menores y una línea, endeble aún, de cómo evaluarla; el propósito en la presente tesis fue ahondar en cómo llegar a la identificación de uno de los factores que pueden propiciarlo, teniendo en cuenta todos los elementos que han sido relacionados con el tema y estudiados en dos grandes áreas: personal y ambiental. Siendo ésta última nuestro campo de interés porque es aquí donde se encuentra la familia y su dinámica, es decir, donde se da la crianza (impartida por progenitores, tutores y parientes cercanos, entre otros).

El enfocarnos a los estilos de crianza como un factor de riesgo para la DI; responde a que es dentro del ambiente familiar donde se desarrolla el niño y ahí aprenderá las conductas y

cogniciones que manifestará a lo largo de su vida. Por tanto, el planteamiento que se realizó pretendió fundamentar empíricamente lo encontrado en la teoría, respecto a que una crianza sobreprotectora, en lugar de fundamentar un desarrollo integral en el niño, puede provocar conductas distintivas de un trastorno depresivo como lo hace notar Glasser (1994), llegando a propiciar que los menores se adjudiquen cualidades dadas por las personas que los rodean, se muestren dependientes de los adultos, manifiesten agresividad o aislamiento, presenten bajo rendimiento intelectual e incluso expresiones físicas, como dolores, sin supuesta causa.

Al revisar ambos temas se encontró que las características de niños sobreprotegidos, coinciden ampliamente con algunas de aquellas que se encuentran en la Depresión Infantil:

- No desarrolla las cualidades básicas: Confianza, Autonomía e Iniciativa. Tienen poca capacidad para darse reconocimiento a sí mismos y sienten el impulso de dar todo lo que puedan por los demás, esperando la valoración externa para sentirse satisfechos de sí mismos.
- Llegan a pensar que nunca son suficientemente buenos para llenar las expectativas paternas. Les crea debilidad por que no pueden responder a lo que perciben que se espera de ellos.
- Son niños y después personas adultas con mucha autocrítica, perfeccionistas, que les da trabajo tomar iniciativas y también identificar sus propios deseos, no confían en sus sentimientos ni en sus impulsos. Aprenden a manipular y saben cómo quedar bien pero no se abren en las relaciones con los demás. Se sienten desamparados y sin recursos para resolver sus problemas.
- Pueden llegar a sentir que el motivo o la finalidad de su propia existencia es lograr la satisfacción total de mamá o papá y les puede ser muy difícil separar lo que son ellos mismos de lo que son sus padres y en esta confusión renuncian a sus propios intereses.

- Son incapaces de enfrentar la vida en forma eficiente por carecer de las herramientas o habilidades que no pudieron desarrollar por haber sido niños o niñas sobreprotegidas.
- No se conocen a sí mismos, tienen sentimientos de culpa, propensos al nerviosismo y falta de concentración. Son susceptibles a la crítica, suelen ser tímidos.

En consecuencia con lo teórico, esta investigación se enfocó a identificar el estilo de crianza sobreprotector y su relación con la manifestación de la depresión infantil. Donde los resultados obtenidos expresan que no hay evidencia empírica sensible que permita rechazar o aceptar la hipótesis planteada; debido a que la muestra estudiada careció de ser representativa de una población infantil con depresión y por ende al buscar relacionarla con la crianza sobreprotectora. Esto pudo deberse a que la muestra estudiada era minoritaria, además de no haber sido identificada como representativa del trastorno depresivo, en lo concerniente a la sobreprotección, se incurrió en una predisposición al mencionar a las madres estudiadas que sus hijos puntuaban de manera positiva para la presencia de D.I.

Sin embargo, al ir más allá de los resultados estadísticos, se pueden observar cuestiones interesantes al momento de revisar las escalas resueltas por los padres, por ejemplo, se pone en cuestionamiento cuáles son las edades idóneas para que sus hijos caminen solos, dejen la mamila, hablen, sepan vestirse, salgan a la calle solos, se hagan cargo de sus responsabilidades, el saber cuándo son indefensos y en que momentos no los son, entre otras cuestiones. Y al no tener la certeza de cual es la mejor paternidad, y al no buscar orientación sobre sí su conducta es idónea o no, simplemente siguen el patrón que les parece más adecuado y caen en muchos casos en el estilo aquí discutido.

De esta forma, la contribución del presente estudio exploratorio en primer término es la información teórica recabada sobre la existencia de paternidad sobreprotectora y en segundo término una propuesta para llevar a cabo su medición, ya que no se encontró la existencia de pruebas estandarizadas para la medición de dicha variable. No obstante, queda pendiente la búsqueda de muestras que sean empíricamente representativas, para lo cuál planteamos puntos a considerar para próximos estudios en la misma vertiente:

- Elección de poblaciones de niños ya identificados con trastornos depresivos en alguna clínica o escuela, para que la muestra sea representativa. Dicha estrategia de investigación en poblaciones de alto riesgo tiene la posibilidad de ser un medio más eficaz para investigar el problema, que si se toman muestras de la población al azar.

- Evaluación primaria a los padres, con la finalidad de buscar datos relevantes acerca del tipo de crianza que predomina para relacionarlo a su vez con la detección posible de depresión en sus hijos. Es decir, un cambio en el orden de los factores a medir; en un principio determinar el estilo de crianza dominante en los padres (inclusive considerando a ambos progenitores, abuelos, cuidadores o tutores, es decir, identificar la persona encargada de la crianza del menor) detectando aquellos que resulten sobreprotectores y posteriormente identificar la tendencia del niño a presentar depresión en algún nivel. Estas consideraciones pretenderían la identificación de mayor población infantil depresiva y por otro lado, la identificación de un más alto porcentaje de estilo sobreprotector.

- No predisponer a los padres, advirtiéndoles que sus hijos presentan manifestaciones depresivas, ya que esto puede alterar los datos de que obtengan de la ES. Simplemente, se le puede decir, que la aplicación de dicho instrumento fue una cuestión azarosa.

- Un dato relevante para dar pie a otras investigaciones son las características encontradas en las madres que mostraron actitud favorable a la sobreprotección, hallándose:
 - Cuestiones similares en el desarrollo de su embarazo como antecedentes de rechazo al bebé por una inestabilidad económica y emocional al no contar con el apoyo del padre, donde resulta notorio que quien rechazaba opte posteriormente por sobreproteger.
 - Condiciones físicas (embarazos de alto riesgo) y sociales (madres solteras).
 - Los padrastros de los niños tiene rechazo hacia ellos.

- Otros aspectos que resultan necesarios para un mayor apoyo de la investigación en este tema, es la detección de información teórica y experimental con respecto a los estilos de crianza paternos en particular acerca de la sobreprotección, debido a que los existentes no cuentan con sustentos empíricos y regularmente se basan en testimonios de madres. Lo cual hace imposible contrastar nuestros resultados con algún otro estudio relacionado con este tema.

Con base en lo encontrado teóricamente, proponemos que los futuros y actuales padres reciban orientación acerca de cómo evitar la sobreprotección; donde los principales objetivos a cumplir sean:

- 1). Disminuir la preocupación que tienen de que su hijo no vaya a ser capaz de realizar determinadas situaciones o hacer ciertas cosas.
- 2). Asistir a terapia para analizar sus sentimientos, ya que la sobreprotección es como un disfraz, es decir, se cuida al otro para no quedarse solos. También es como querer tapar sentimientos y ponen las cosas como si los hijos o hijas fueran los que necesitan de toda la atención, pero en realidad los necesitados de afecto son la personas sobreprotectoras.
- 3). Tener confianza en sus hijos e hijas, en lo que hacen y respetar sus decisiones.
- 4). No depender de sus hijos e hijas, es decir, no abandonar las actividades propias de un individuo independiente. Saber dedicar tiempo a todas las facetas en que se puede desarrollar (madre o padre, esposa (o) , amigo (a), hija (o), entre otras).
- 5). Hacer pareja con su pareja, es decir, que continúe dicho vínculo a pesar de los hijos (comunicación, ayuda mutua, acuerdo, colaboración), lo cuál ayuda a mantener las imágenes parentales y prevenir que no se vuelque toda la atención al menor. En caso de divorcio se debe mantener la unión de paternidad.

6). No sentir culpa, muchas veces los padres sobreprotegen porque no están mucho tiempo con los hijos, y sienten que no han dedicado el tiempo suficiente a sus cuidados.

7). Convivir con sus hijos pero de una manera independiente.

8). No ver a los hijos ni hijas como indefensos, cuando ya no lo son tratarlos de acuerdo a su edad.

Por lo tanto, tanta diversidad en la forma de criar a los hijos hace cada día más necesaria una unificación de criterios que permita a los ya padres y futuros, un aprendizaje que en la medida de lo posible garantice un mejor desarrollo de los menores.

Las propuestas que se dan en este estudio son el tomar en cuenta que no sólo un estilo de crianza autoritario puede considerarse como un factor desencadenante de una depresión infantil, sino que existen otros estilos que pueden dar pie a ello según las características del mismo, por tanto, queda a libre decisión, según cada historia de vida el tomar alguno de los estilos de crianza a desarrollar en su familia. Tomando en consideración las características que pueden desarrollar cada uno de ellos.

Concluyendo, que tanto el exceso como la falta de afecto dañan a los hijos, por ello, aunque es difícil, la función de los padres es buscar el punto medio en el proceso de crianza, dicho equilibrio a nuestro parecer se ve representado en las características de un padre asertivo, es decir, aquella crianza que esta basada en el respeto a la autonomía de decisión y opinión de los hijos; sin dejar de lado, el ser amorosos, firmes e incluso exigentes a fin del establecimiento de límites marcados, en una atmósfera de apoyo y motivación. Teniendo como propósito la formación de niños que demuestren seguridad en todos los aspectos de su vida.

ANEXOS

CUADRO DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	OPCION DE RESPUESTA
DEPRESIÓN	<p>Es cuando el niño tiene una visión distorsionada de sí mismo, del mundo y del futuro. Las cogniciones que se formule determinaran la forma en que actuará y se sentirá. La depresión se mantendrá a través de una serie de errores cognitivos como la sobre generalización, el pensamiento de “todo o nada” y la minimización de los hechos positivos, esto se puede identificar en niños mayores de 7 años, que, por el proceso de maduración neurológica tienden a expresar un poco más características de la depresión infantil más que los niños menores de esta edad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Humor negativo: 5,6,25. - Problemas interpersonales: 8, 12, 20, 21, 22, 26, 27. - Ineficiencia: 3,11,13,15,23, 24. - Anhedonia: 1,4,10,16,17,18. - Estima negativa a uno mismo: 2,7,9,14,19. 	Inventario de la Depresión en Niños (CDI)	<p>Afirmaciones escaladas de mayor a menor intensidad en los reactivos: 1,3,4,6,9,12,14,17,19,20,22,23,26,27.</p> <p>A= 0 B= 1 C= 2</p> <p>De manera inversa en: 2,5,7,8,10,11,13,15,16,18,21,24,25.</p>
SOBREPROTECCIÓN	<p>Estilo de crianza en el cual los padres manejan exageradamente la conducta de sus hijos e intervienen en sus decisiones, siendo un cuidado desmedido sin llegar a ser estricto, más que caer en lo permisivo, se trata de evitar por todos los medios penalidades al menor. Surge de una constante preocupación, miedo y culpa por los hijos, que los domina y agota, puesto que viven pendientes de éstos. Contemplan a los hijos como seres indefensos y en todo momento necesitados de cuidados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Miedo: 1, 6. - Ayuda: 3,5,7,10,14,15. - Cuidado controlador: 2,4,8,9,11,12,13,16, 17. 	Escala de Sobreprotección (ES)	<p>1. Totalmente en desacuerdo 2. Desacuerdo 3. Neutral 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo</p> <p>Inversas es los ítems: 4, 14.</p>

ANEXO 1

**CHILDREN'S
DEPRESSION
INVENTORY (CDI)**

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Fecha: _____

Grado escolar: _____

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lee cada una cuidadosamente. Posteriormente escoge una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que tú te SENTISTE LA SEMANA PASADA INCLUSIVE EL DÍA DE HOY. Rellena el círculo de la oración que escojas. Asegúrate de leer todas las oraciones en cada uno de los grupos antes de hacer tú elección.

1.

Estoy triste de vez en cuando.

Estoy triste muchas veces.

Estoy triste siempre.

2.

Nunca me saldrá nada bien.

No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.

Las cosas me saldrán bien.

ANEXO 2

3.

Hago bien la mayoría de las cosas.

Hago mal muchas cosas.

Todo lo hago mal.

4.

Me divierten muchas cosas.

Me divierten algunas cosas.

Nada me divierte.

5.

Soy malo siempre.

Soy malo muchas veces.

Soy malo algunas veces.

6.

A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.

Me preocupa que me ocurran cosas malas.

Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles.

7.

Me odio.

No me gusta como soy.

Me gusta como soy.

8.

Todas las cosas malas son culpa mía.

Muchas cosas malas son culpa mía.

Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.

9.

No pienso en matarme.

Pienso en matarme pero no lo haría.

Quiero matarme.

10.

Tengo ganas de llorar todos los días.

Tengo ganas de llorar muchos días.

Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.

11.

Las cosas me preocupan siempre.

Las cosas me preocupan muchas veces.

Las cosas me preocupan de cuando en cuando.

12.

Me gusta estar con la gente.

Muy a menudo no me gusta estar con la gente.

No quiero en absoluto estar con la gente.

13.

No puedo decidirme.

Me cuesta decidirme.

No decido fácilmente.

14.

Tengo buen aspecto.

Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.

Soy feo/a.

15.

Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes.

Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes.

No me cuesta ponerme a hacer los deberes.

16.

Todas las noches me cuesta dormir.

Muchas noches me cuesta dormir.

Duermo muy bien.

17.

Estoy cansado de cuando en cuando.

Estoy cansado muchos días.

Estoy cansado siempre.

18.

La mayoría de los días no tengo ganas de comer.

Muchos días no tengo ganas de comer.

Como muy bien.

19.

No me preocupa el dolor ni la enfermedad.

Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad.

Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.

20.

Nunca me siento solo.

Me siento solo muchas veces.

Me siento solo siempre.

21.

Nunca me divierto en el colegio.

Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.

Me divierto en el colegio muchas veces.

22.

Tengo muchos amigos.

Tengo algunos amigos pero me gustaría tener más.

No tengo amigos.

23.

Mi trabajo en el colegio es bueno.

Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.

Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.

24.

Nunca podré ser tan bueno como otros niños.

Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.

Soy tan bueno como otros niños.

25.

Nadie me quiere.

No estoy seguro de que alguien me quiera.

Estoy seguro de que alguien me quiere.

26.

Generalmente hago lo que me dicen.

Muchas veces no hago lo que me dicen.

Nunca hago lo que me dicen.

27.

Me llevo bien con la gente.

Me peleo muchas veces.

Me peleo siempre.

ANEXO 3

ESCALA DE SOBREPOTECCIÓN

A continuación se encuentran una serie de afirmaciones a las cuales usted debe **tachar o rellenar** uno de los cuadros, según su punto de vista y con base en la siguiente escala:

TA= Totalmente de Acuerdo D= En Desacuerdo.
A= De Acuerdo TD= Totalmente en Desacuerdo.
N= Neutral

Recuerde que no hay respuestas correctas e incorrectas

Nombre: _____

1. **Por miedo a que se lastime, no dejo que mi hijo salga a jugar a la calle.** TD D N A TA
2. Es bueno que aunque haga calor mi hijo siempre lleve una chamarra consigo. TD D N A TA
3. **Se debe ayudar al hijo a hacer la tarea.** TD D N A TA
4. Deje que mi hijo anduviera por toda la casa libremente desde pequeño. TD D N A TA
5. **Me desespero cuando mi hijo (a) no puede realizar algo y termino por realizar yo esa tarea o actividad.** TD D N A TA
6. Le ocurrirá algo a mi hijo si no estoy para protegerlo. TD D N A TA
7. **Mi hijo (a) aprendió a vestirse solo después de los 8 años.** TD D N A TA
8. Considero que mi hijo (a) es un ser indefenso. TD D N A TA
9. **Mi hijo (a) apenas lloraba y lo cargaba porque me daba pena verlo llorar.** TD D N A TA

10. Creo que mi hijo (a) carece de recursos propios para salir adelante por sí mismo (a). TD D N A TA
- 11. Mi hijo (a) dejó la mamila después de los 2 años.** TD D N A TA
12. Pienso que a mayor cantidad de cuidados, mayor es el afecto que entrego a mi hijo (a). TD D N A TA
- 13. Mi hijo (a) camino hasta los 3 años.** TD D N A TA
14. Los padres no deben de preocuparse por sus hijos. TD D N A TA
- 15. No acepto que mi hijo se equivoque con sus responsabilidades por eso mejor le ayudo.** TD D N A TA
16. Mi hijo (a) comenzó a hablar hasta los 3 años. TD D N A TA
- 17. Los padres saben que es lo mejor para los hijos, por lo cual estos deben de obedecer.** TD D N A TA

ANEXO 4

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	N of			
Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	Variables
SCALE	11.1833	45.1545	6.7197	27

Item-total Statistics

	Scale	Scale	Corrected	
	Mean	Variance	Item-	Alpha
	if Item	if Item	Total	if Item
	Deleted	Deleted	Correlation	Deleted
B1	11.0125	42.5647	.3730	.8091
B2	10.5917	42.7447	.2790	.8123
B3	10.9667	41.9821	.4649	.8060
B4	10.6375	42.6505	.3261	.8105
B5	11.0875	43.6032	.2891	.8123
B6	10.5708	42.3297	.2767	.8129
B7	11.0042	42.0962	.4627	.8063
B8	10.8125	42.5379	.3024	.8114
B9	10.7875	41.5906	.4632	.8053
B10	11.0042	43.0167	.2955	.8117
B11	10.6250	40.9132	.3858	.8080
B12	10.9083	42.0920	.3818	.8084
B13	10.7042	43.6401	.1354	.8186
B14	10.6458	42.2883	.3373	.8100
B15	10.5875	41.9170	.2764	.8136
B16	10.6583	40.1840	.4254	.8060
B17	10.9458	42.1017	.3754	.8086
B18	10.6833	40.7361	.3887	.8079
B19	10.2792	44.4531	.0119	.8270
B20	10.7625	41.3283	.4244	.8062
B21	10.6958	40.9071	.4932	.8034
B22	10.7042	41.5983	.3913	.8077
B23	10.8625	42.1526	.3845	.8083
B24	10.4917	41.3137	.3895	.8077
B25	10.9333	41.7278	.4301	.8065
B26	10.7750	43.2546	.2350	.8138
B27	11.0292	42.8234	.4341	.8084

Reliability Coefficients

N of Cases = 240.0 N of Items = 27

Alpha = .8157

ANEXO 5

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	N of			
Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	Variables
Scale	44.0000	63.1000	7.9436	17

Item-total Statistics					
	Mean	Scale	Scale	Corrected	Alpha
	if Item	if Item	Item-	Squared	if Item
	Deleted	Deleted	Total	Multiple	Deleted
			Correlation	Correlation	
E1	42.0488	52.0476	.5295	.6360	.5641
E2	41.6585	53.5305	.4763	.3444	.5747
E3	40.1951	62.4610	-.0208	.5968	.6378
E4	41.7317	63.5512	-.1017	.4356	.6559
E5	41.1951	53.5110	.3723	.4703	.5860
E6	41.9756	51.9244	.5801	.6801	.5593
E7	41.2927	48.6122	.5269	.4508	.5519
E8	41.9268	58.4695	.2020	.5359	.6133
E9	41.8537	53.8780	.4054	.5226	.5827
E10	42.2927	55.6122	.4053	.5919	.5879
E11	41.6098	52.5439	.3963	.4621	.5809
E12	41.2927	58.9622	.1125	.5695	.6278
E13	41.7561	58.5890	.1465	.5735	.6218
E14	39.4634	70.2549	-.5431	.7308	.6823
E15	41.5366	59.9549	.0993	.6302	.6269
E16	41.3902	51.8439	.5102	.6057	.5651
E17	40.7805	66.8256	-.2708	.5002	.6709

Reliability Coefficients

N of Cases = 41.0 N of Items = 17

Alpha = .6235

BIBLIOGRAFÍA

- Ψ Alonso-Fernández, F. (1989). Depresión. Madrid: Tea
- Ψ Arietti, S. (1981). Psicoterapia y depresión. Buenos Aires: Paidós
- Ψ Arietti, S. (1993). Psicoterapia de la depresión. México: Paidós
- Ψ Armstrong, J. (2002). Desarrollo del niño. México: Trillas
- Ψ Basile, H. (1997). “El concepto de la depresión”. Depresión infantil y suicidio en el adolescente, su prevención psicosocial. Universidad del Museo Social Argentino, 72 (5)
- Ψ Beck, A. (1983). Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclee de Brower
- Ψ Bernardo, M. (1984). “Epidemiología de la depresión”. En: Calderón, G. (1984). Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento. México: Trillas
- Ψ Bleichmar, H. (1986). La depresión: un estudio psicoanalítico. Buenos Aires: Nueva Visión
- Ψ Buendía, J. (1996). Sicopatología en niños y adolescentes. Madrid: Pirámide
- Ψ Caballo, V. y Simón, M. (2001). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Madrid: Pirámide
- Ψ Carnwath y Miller, (1990). Psicoterapia conductual en asistencia primaria. Buenos Aires: Martínez Roca.
- Ψ Chavarro, C., Rios, N., Tovar, A. y Von Rosen, J. (2000). Influencia de la depresión en el rendimiento académico de niños entre los 8 y 10 años y adolescentes entre los 16 y los

18 años. En: Aceros, J., Angarita, S. y Campos, O. (2003). Correlación entre la depresión infantil y rendimiento académico en los estudiantes de quinto grado de primaria del Colegio de la Santísima Trinidad. Colombia: UAB

Ψ Cherro, M. (2000). “El fantasma omnipotente de la depresión”. En: Maneghello, G. (2000). Psiquiatría y Psicología de la infancia y la adolescencia. Argentina: Panamericana

Ψ Craig, G. (2001). Desarrollo psicológico. México: Prentice-Hall

Ψ Del Barrio, V. (1997). Depresión infantil, causas, consecuencias, evaluación y tratamiento. Barcelona: Ariel

Ψ Díaz, A., Prados, C. y López, S. (2002). Relación entre rendimiento académico, síntomas depresivos, edad y género en una población de adolescentes. En: Aceros, J., Angarita, S. y Campos, O. (2003). Correlación entre la depresión infantil y rendimiento académico en los estudiantes de quinto grado de primaria del Colegio de la Santísima Trinidad. Colombia: UAB

Ψ Duran, A. (2000). ¿Qué tipo de padres son? (16 párrafos). Disponible en: <http://t7msn.obsidiana.com.mx>

Ψ Fredden, L. (1986). Aspectos psicosociales de la depresión. México: Fondo de Cultura Económica

Ψ Gadea, L. (2002). Escuela para padres y maestros. 1ª. Edición. México.

Ψ Garber, E. (2001). Boletín de la comunidad educativa. Barcelona (97)

Ψ Glasser, D. (1994). Abuso emocional en Victimología. Advaocatus (11)

Ψ González, P., Núñez, C., González-Pumaniega y García, M. (1997). Autoconcepto, autoestima y aprendizaje escolar. En: Aceros, J., Angarita, S. y Campos, O. (2003). Correlación entre la depresión infantil y rendimiento académico en los estudiantes de quinto grado de primaria del Colegio de la Santísima Trinidad. Colombia: UAB

Ψ González, B. (2000). Psicopatología del niño y el adolescente. Madrid: Pirámide

Ψ Haquin y cols. (2004). “Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama” Revista Chilena de Pediatría 75 (5) 425-433

Ψ Hernández, E. (2003). La depresión Infantil. Disponible en:
www.psicologoinfantil.com/articulodepresion.

Ψ Kamphaus, L. (1996). Evaluación clínica de la personalidad y la conducta. México: Manual Moderno.

Ψ Kaplan, H. y Sadock, B. (1995). Tratado de Psiquiatría Tomo IV. Buenos Aires: Panamericana

Ψ Lescure, M. (1991). Psicología de la primera infancia. México: Trillas

Ψ Maneghello, G. (2000). Psiquiatría y Psicología de la infancia y la adolescencia. Argentina: Panamericana

Ψ Palaino-Lorente, A. (1988). Depresión Infantil. Madrid: Morata

Ψ Papalia, S. (2001). Psicología del Desarrollo. Colombia: Mc-Graw Hill.

Ψ Rojtemberg, S. (2001). Depresiones y antidepresivos. Argentina: Médica Panamericana

Ψ Sabánes, F. (1993). La depresión. México: Diana

Ψ Seligman, M. (1983). Modelos experimentales en Psicopatología. Madrid: Alhambra

Ψ Servera, B. (2002). Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Madrid: Pirámide

Ψ Shaffer, D. (2001). Psicología del desarrollo. México: Thompson Editores

Ψ Toro, J. (1993). “Depresión y ansiedad en la infancia y la adolescencia”. En: Mackinnon y Michels. (1993). Psiquiatría clínica aplicada. España: Interamérica

Ψ Vallejo, M. (1998). Manual de terapia de la conducta. Madrid: Dykinson.

Ψ Wick-Nelson, R. (1997). Psicopatología del niño y del adolescente. Madrid: Prentice-Hall.

Ψ Yepes, R. (1998). Trastornos Depresivos. En: Vélez A. (1998). Fundamentos de Medicina: Psiquiatría. Colombia : Investigaciones Biológicas