



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**PRÁCTICAS PARENTALES DE MADRES CON
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA COMO PREDICTORAS DE
SÍNTOMAS INTERNALIZADOS Y EXTERNALIZADOS
INFANTILES**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

JAVIER MORENO JIMÉNEZ

JURADO DE EXAMEN

TUTORA: DRA. ANDRÓMEDA IVETTE VALENCIA ORTIZ

COMITÉ: DRA. MIRNA GARCÍA MÉNDEZ

LIC. CLAUDIA TERESITA RUIZ CÁRDENAS

MTRO. VICENTE CRUZ SILVA

.MTRA. ALEJANDRA LUNA GARCÍA



MÉXICO, D.F.

ABRIL 2012



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

Agradezco enormemente a todas las personas que directa o indirectamente participaron en la realización de este proyecto y que sin su valioso apoyo no hubiese sido posible concretarlo. Especialmente, a la *Dra. Andrómeda I. Valencia Ortiz*, por ser la directora de mi tesis y darme el honor de trabajar con usted en este proyecto, por su todo su tiempo, dedicación y apoyo otorgado a lo largo de este proceso. Por su disponibilidad y humildad que me mostró en todo momento. Por toda la motivación que me brindó en cada visita que le realicé y por sus observaciones siempre puntuales que le hizo a mi trabajo. Mi más grande admiración y respeto.

A la *Dra. Mirna García Méndez* por formar parte de este proyecto, por el apoyo otorgado para la realización del 1er Congreso Estudiantil de Investigación Psicológica de la FES Zaragoza que tuve en honor de presidir, y por el tiempo que le dedicó a la revisión de mi tesis.

A la *Lic. Claudia Teresita Ruiz Cárdenas* por todo el apoyo que me brindó a partir del último año de mi formación hasta la fecha.

A la *Mtra. Alejandra Luna García* y al *Mtro. Vicente Cruz Silva* por su tiempo dedicado a la revisión de mi tesis, así como por las observaciones realizadas para enriquecerla.

A la *Dra. Laura Hernández-Guzmán* y al *Dr. Samuel Jurado Cárdenas* por su confianza para facilitarme los instrumentos que utilicé en mi tesis. Quienes además me han inspirado en el estudio de la psicopatología infanto-juvenil y la depresión.

A la *UNAM* y a *Facultad de Estudios Superiores Zaragoza* por convertirse en mi segundo hogar, y a la *Carrera de Psicología* por forjarme como profesionista.

A los *profesores* que tuve a lo largo de mi formación y que sin duda me inspiraron para ser un profesionista comprometido con la sociedad.

CRIANZA, DEPRESIÓN MATERNA Y PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

A los *directores* de las escuelas visitadas y a las *madres de familia* participantes por los permisos otorgados para llevar a cabo esta investigación.

A la *Psic. Magali de la Cruz Cristóbal*, *Psic. Ana Laura Ortiz Olvera* y a la *Psic. Elizabeth Macín Leyva* por todo el apoyo otorgado para la recolección de datos para la presente investigación.

A todas mis *amigas* y *amigos* que me acompañaron a lo largo de la licenciatura y que se convirtieron en mi segunda familia.

A todos, gracias.

DEDICATORIAS

A mis *padres*, mis superhéroes de carne y hueso:

Sra. Alejandrina Jiménez

Gracias por todos tus esfuerzos para brindarme una educación,
por tu tolerancia en este proceso,
por todas las lecciones que me has brindado.
¡Eres un ejemplo de vida para mí!

Sr. Jorge P. Moreno

Gracias por enseñarme a construir casas
pero sobre todo, sueños.

A mis hermanos: *Juan y José*.
Por todos los años compartidos.

A mis *sobrinos*.

A *Itzel*, mi compañera incondicional.
Por todo tu amor, apoyo, comprensión y respaldo.
Mi amor y respeto, gracias por acompañarme en este camino.

Al *Mtro. Juan Jiménez Flores* quien por diferentes circunstancias
no pudo estar dentro del Comité de tesis, pero a lo largo de mi formación
me brindó muchas enseñanzas y alcanzamos las metas que nos propusimos.
Gracias por enseñarme toda una línea de investigación y el valor de la misma;
por su confianza y amistad.

ÍNDICE

ÍNDICE	5
ÍNDICE DE TABLAS.....	8
ÍNDICE DE FIGURAS.....	9
RESUMEN.....	10
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO 1 Psicopatología infantil.....	13
1.1 Clasificación de la psicopatología infantil.	14
1.2 Sistemas de clasificación de la psicopatología infantil.	17
1.2.1 DSM-IV	18
1.2.2 ASEBA.....	26
1.3 Estado del arte de la psicopatología infantil.....	36
1.3.1 Trastornos de conducta.	39
1.3.2 Trastornos emocionales.	39
1.3.3 Diferencias de género.	40
1.4 Factores etiológicos y protectores para la psicopatología infantil.....	41
Capítulo 2 Prácticas Parentales	48
2.1 Papel de la familia en el desarrollo del niño.....	49
2.2 Relación padres-hijos.	52
2.2.1 Establecimiento del apego.....	53
2.2.2 Crianza de los hijos.....	58
CAPÍTULO 3 Depresión materna	70
3.1 Concepto de depresión.	71
3.2 Sintomatología depresiva.	74
3.3 Epidemiología de la depresión en mujeres.	76
3.4 Factores etiológicos de la depresión materna.	78

CAPÍTULO 4 Depresión materna, prácticas parentales y psicopatología infantil.....	91
4.1 Depresión materna y prácticas parentales.	91
4.2 Depresión materna y psicopatología infantil.	93
4.3 Prácticas parentales y psicopatología infantil.	97
4.4 El rol mediador de las prácticas parentales en la relación entre la depresión materna y la psicopatología infantil.	100
CAPÍTULO 5 Factores protectores para la psicopatología en niños de madres con sintomatología depresiva y prácticas parentales negativas.....	104
5.1. Prevención psicológica.	105
5.2 Factores protectores ambientales.....	109
5.2.1 Familiares.	109
5.2.2 Severidad, cronicidad y curso de la depresión materna.	112
5.3 Factores protectores personales.	113
5.3.1 Edad del niño.	114
5.3.2 Temperamento.	114
5.3.3 Género.	115
5.4. Características positivas en los niños: Aportaciones de la Psicología Positiva.	117
5.4.1 Niños optimistas.	123
5.4.2 Inteligencia y habilidades socio-cognitivas.	127
CAPÍTULO 6 Método.....	129
6.1 Planteamiento del problema.	129
6.2 Preguntas de investigación.	130
6.3 Objetivo general.	130
6.4 Objetivo específico.	130
6.5 Objetivos particulares.	130
6.6 Hipótesis.	131
6.7 Definición de Variables.	131
6.7.1 Variables Independientes.	131
6.7.2 Variables dependientes.	132
6.8 Tipo de estudio.	132
6.9 Diseño.....	133

CRIANZA, DEPRESIÓN MATERNA Y PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

6.10 Muestra.....	133
6.11 Muestreo.....	133
6.12 Criterios de inclusión.....	133
6.13 Criterios de exclusión y eliminación.....	134
6.14 Instrumentos.....	134
6.15 Procedimiento.....	135
6.16 Análisis de datos.....	136
CAPÍTULO 7 Resultados.....	138
7.1 Análisis descriptivos.....	138
7.1.1 Variables sociodemográficas.....	138
7.1.2 Variables independientes y dependientes.....	141
7.2 Análisis de correlación y regresión.....	143
CAPÍTULO 8 Discisión.....	152
CAPITULO 9 Conclusión.....	159
REFERENCIAS.....	161
ANEXOS.....	176

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1.1. Factores de riesgo y protección para la psicopatología infantil.....	43
TABLA 2.1. Evidencia empírica de la crianza como mediadora en la relación entre la depresión materna y la psicopatología infantil.....	103
TABLA 5.1. Clasificación Character Strengths and Virtues (VIA).....	120
TABLA 5.2. Estilos explicativos en niños optimistas y pesimistas.....	124
TABLA 7.1. Zona de residencia de las participantes.....	138
TABLA 7.2. Grado escolar de los hijo(a)s.....	141
TABLA 7.3. Nivel de sintomatología depresiva en las madres.....	142
TABLA 7.4. Prácticas parentales ejercidas por las madres.....	142
TABLA 7.5. Síntomas internalizados en hijos de madres con sintomatología depresiva.....	143
TABLA 7.6. Síntomas externalizados en hijos de madres con sintomatología depresiva.....	143
TABLA 7.7 Relación entre sintomatología depresiva materna y síntomas internalizados y externalizados infantiles.....	144
TABLA 7.8 Modelos de los análisis de regresión lineal para la sintomatología depresiva materna y los factores de la dimensión de síntomas internalizados infantiles.....	145
TABLA 7.9 Modelos de los análisis de regresión lineal para la sintomatología depresiva materna y los factores de la dimensión de síntomas externalizados infantiles.....	146
TABLA 7.10 Relación entre sintomatología depresiva materna y prácticas parentales Maternas.....	147
TABLA 7.11 Relación entre prácticas parentales y síntomas internalizados y externalizados Infantiles.....	148
TABLA 7.12 Regresión lineal para la práctica parental negligencia como predictora del factor ansiedad-depresión infantil.....	149
TABLA 7.13 Regresión lineal del castigo corporal y negligencia como predictoras de la conducta de romper reglas en los niños.....	150
TABLA 7.14 Regresión lineal del castigo corporal y negligencia como predictoras de la agresividad infantil.....	151

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1.1. Enfoque top-down de la psicopatología.....	26
FIGURA 1.2. Enfoque bottom-up de la psicopatología.....	28
FIGURA 1.3. Dimensiones de los trastornos del DSM en jóvenes de Nueva Zelanda.....	33
FIGURA 1.4. Árbol de decisión para la taxonomía de la psicopatología infantil de Achenbach.....	35
FIGURA 1.5. Modelo de los trastornos psicológicos.....	42
FIGURA 1.6. Modelo estresores y psicopatología.....	46
FIGURA 2.1. Apoyo y control: Dimensiones en los estilos de crianza.....	64
FIGURA 2.2. Modelo bidimensional de la conducta parental materna.....	66
FIGURA 3.1. Mecanismos patogénicos de la depresión.....	80
FIGURA 3.2. Modelo de G. W. Brown.....	82
FIGURA 3.3. Modelo de la psicoterapia cognitiva.....	84
FIGURA 3.4. Modelo integral de los trastornos del estado de ánimo.....	90
FIGURA 4.1. Modelo integrador de la transmisión de riesgo para los niños de madres depresivas.....	97
FIGURA 6.1. Modelo teórico propuesto.....	137
FIGURA 7.1. Escolaridad de las madres.....	139
FIGURA 7.2. Número de hijos de las madres.....	139
FIGURA 7.3. Estado civil de las madres.....	140
FIGURA 7.4. Ocupación de las madres.....	140
FIGURA 7.5. Modelo I.....	150
FIGURA 7.6. Modelo II.....	151
FIGURA 7.7. Modelo III.....	151

RESUMEN

Los objetivos del presente trabajo fueron evaluar si las prácticas parentales de madres con sintomatología depresiva explican el desarrollo de síntomas internalizados y externalizados en niños y determinar si las prácticas parentales tienen un rol mediador en la relación entre la sintomatología depresiva materna y los síntomas internalizados y externalizados infantiles. Para alcanzar estos propósitos se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI) validado para población mexicana (Jurado et al., 1998), la Lista de Conductas Infantiles (CBCL/6-18) de Achenbach y Rescorla (2001) validada para población mexicana (Hernández-Guzmán, 2005) y la Escala de Prácticas Parentales (Hernández-Guzmán, Bermúdez-Ornelas & Gil-Bernal, en preparación). Las participantes que cubrieron los criterios de inclusión fueron 152 madres de niños de entre 6 y 12 años de edad que acudían a escuelas primarias públicas, seleccionadas por medio de un muestreo no probabilístico propositivo y por conveniencia. El tipo de estudio que se realizó fue confirmatorio con un diseño transversal. Los datos recabados fueron analizados de acuerdo al procedimiento del Modelo Mediador propuesto por Baron y Kenny (1986) con ayuda del programa SPSS® en su versión 17.0 (2009). Para alcanzar dichos propósitos, se realizaron análisis estadísticos de correlación producto momento de Pearson y de regresión lineal.

A partir de los resultados obtenidos se concluye que tanto la sintomatología depresiva como las prácticas parentales negativas explican a los síntomas internalizados y externalizados infantiles. Sin embargo, las prácticas parentales no representaron un papel mediador en la relación entre la sintomatología depresiva materna y el desarrollo de psicopatología infantil.

Palabras clave: prácticas parentales, depresión materna, síntomas internalizados y externalizados, modelo mediador.

INTRODUCCIÓN

La depresión es uno de los problemas del estado de ánimo que afecta principalmente a las mujeres que se encuentran en la tercera década de vida. Esta condición en las mujeres repercute en sus responsabilidades familiares como la crianza de los hijos, de manera que aumentan las exigencias y órdenes hacia el niño, el tono emocional negativo con el que se le habla, y además algunas madres no son capaces de marcar límites a sus hijos. Aunque estos hallazgos llaman la atención, cabe resaltar que estas afirmaciones son producto de investigaciones realizadas en otros países y las relaciones entre padres e hijos como las prácticas parentales, se manifiestan de manera distinta en cada cultura, es singular y única. Por otro lado, la literatura especializada ha reportado que la presencia de depresión o sintomatología depresiva en la madre tiene efectos directos sobre los hijos, regularmente éstos suelen desarrollar algún problema de salud mental como los síntomas internalizados o externalizados. Sin embargo, a pesar de que existe evidencia de ello, aun se carece de estudios que incluyan estas variables en nuestra cultura.

Conforme a lo anterior, en el capítulo 1 se explica qué es la psicopatología infantil, así como la clasificación de la misma, para ello se describen los enfoques vigentes: categórico (representada por la CIE-10 y el DSM-IV) y dimensional (su principal exponente es el ASEBA). También se describen los datos de la epidemiología de la psicopatología infantil y finalmente, se abordan los factores protectores y de riesgo para los problemas de salud mental en el niño.

A lo largo del capítulo 2, se explica la importancia que tiene la familia, pero principalmente el papel de la madre en el desarrollo afectivo, psicológico y social del niño. Se describen las interacciones que ejerce la madre con su hijo como el establecimiento del apego y la crianza (ya sea por el estilo o las prácticas parentales), cuyas interacciones dependerán en gran medida el desarrollo futuro de su hijo.

En el capítulo 3 se describe el concepto de la depresión, su sintomatología, la frecuencia e incidencia en población mundial y nacional, así como los factores etiológicos que generan una mayor probabilidad de que se presente este problema en la población, pero sobre todo en mujeres que son madres de familia.

El capítulo 4 ofrece una recopilación de investigaciones que están directamente relacionadas con el propósito del presente trabajo y que dan sustento al mismo, cuyos resultados han reportado una relación entre la depresión materna y los problemas internalizados y externalizados infantiles, una estrecha relación entre las prácticas parentales ejercidas por las madres y la psicopatología infantil, así como el papel mediador de las prácticas parentales en la relación entre la depresión materna y la psicopatología infantil.

En el capítulo 5 se describe la importancia y los propósitos de la prevención psicológica como la identificación de factores –tanto personales como ambientales– protectores y de riesgo para prevenir la presencia de variables o comportamientos que pongan en riesgo a la salud psicológica, o bien fomentar y mantener aquellas que la promuevan. Se retoman particularmente los factores protectores personales y ambientales hallados en la investigación psicológica en los niños con síntomas internalizados y/o externalizados, aquellos que cuentan con una madre con síntomas o trastorno depresivo y con madres que ejercen prácticas parentales negativas; con el fin de retomarlos en el diseño de intervenciones para la prevención psicológica en niños con estas características y continuar el desarrollo de investigaciones enfocadas a esta tarea.

En el capítulo 6 se presenta la metodología que se llevó a cabo para la recopilación de datos y los análisis estadísticos para alcanzar los objetivos del presente trabajo. En el capítulo 7 se presentan los resultados encontrados y finalmente, en el capítulo 8 se retoman los hallazgos en el presente estudio, sus limitaciones y las sugerencias para los estudios futuros en el tema.

CAPÍTULO 1

Psicopatología Infantil

En los últimos años, se ha incrementado el estudio de los trastornos o problemas psicológicos infantiles. Lo que ha llevado a la consolidación del modelo teórico conocido como psicopatología evolutiva o psicopatología del desarrollo dentro de la investigación psicológica.

De acuerdo con Stroufe y Rutter (1984), la psicopatología evolutiva infantil es “el estudio de los orígenes y el curso de los patrones individuales de desadaptación conductual, cualquiera que sea el comienzo, las causas o transformaciones de su manifestación en la conducta, y cualquiera que sea el curso del patrón evolutivo” (p. 18). Mientras que para Jiménez (1997) es el estudio científico de la conducta anormal, o alteraciones conductuales del infante. Por otro lado, la Secretaría de Salud (2002b) de nuestro país, la define como “el estudio de los orígenes y del curso de los patrones individuales de la conducta maladaptativa, considerando cualquier edad, causa y manifestación conductual” (p. 16).

La psicopatología puede entenderse también como el desarrollo normal que se ha vuelto inapropiado o desviado, es decir, existen conductas esperables en cierta edad pero si son llamativas, se presentan de manera conjunta y persisten, pueden convertirse en patológicas y es cuando se habla de trastornos o síndromes (Caraveo, 2007).

Algunos autores (Bagby et al., 2005; Winder, 2007; en Hernández-Guzmán, del Palacio, Freyre & Alcázar, 2011) han concluido que más que entidades separadas y claramente discernible entre ellas, la conducta “normal” y “anormal” forman parte de un mismo fenómeno que corre a lo largo de un continuo. Es decir, la psicopatología puede considerarse como una variante extrema, ubicada en el lado opuesto del continuo, de las manifestaciones psicológicas normales y de las

estrategias de afrontamiento ante los desafíos cotidianos y las transiciones de vida (Miller et al., 2001; en Hernández-Guzmán et al., 2011).

Por lo tanto, el objeto de estudio de la psicopatología evolutiva consiste en explicar qué procesos del desarrollo subyacen a todos los ámbitos del funcionamiento y en particular, cómo se produce la compleja integración de los sistemas biológicos, psicológicos y sociales de la persona para explicar tanto la conducta adaptada como la desadaptada (Esquivel, 2010).

La psicopatología infantil representa una preocupación social, debido a que existe una ocurrencia relativamente frecuente; se presentan continuidades de psicopatología a lo largo de la vida en diversas formas, y los recientes cambios y condiciones sociales pueden hacer que los niños padezcan un riesgo cada vez mayor tanto para el desarrollo de trastornos como para la manifestación de problemas más graves en edades tempranas (Caballo & Simón, 2001).

El presente apartado tiene como objetivo describir el estudio de la psicopatología infantil, específicamente de los problemas internalizados y externalizados, su prevalencia, así como los factores etiológicos y los factores protectores que moderan el desarrollo de los problemas psicológicos en la infancia.

1.1 Clasificación de la psicopatología infantil.

El acto de clasificar es una habilidad cognitiva del ser humano que le ha servido para su adaptación, ha sido de utilidad para entender la realidad y para poderse comunicar con los demás. Es así como el ser humano tiende a clasificar por formas, colores, sabores, texturas, etcétera. En el caso de de la ciencia, de la psicología y de la psicopatología no es la excepción.

El argumento que se ha dado para que exista una clasificación de la psicopatología es que es imprescindible para el progreso científico, pues sin criterios diagnósticos y un sistema de clasificación adecuado, es imposible realizar estudios epidemiológicos, evaluación de resultados

de tratamientos farmacológicos y psicológicos e investigación genética de los trastornos mentales infantiles (Doménech & Ezpeleta, 1995).

Sin embargo, también existen críticas acerca de la clasificación de la psicopatología. Los críticos han afirmado que la clasificación de ésta genera problemas como el conducir al desarrollo de estereotipos de las personas que son colocados en ciertas categorías diagnósticas. Además de que las etiquetas surgidas de los sistemas de clasificación se acompañan de estigmas y otras actitudes negativas (Tucker, 1998; en Compas & Gotlib, 2003).

Este debate ha acompañado a las actualizaciones de los sistemas de clasificación de la psicopatología. A pesar de ello, actualmente se utiliza un sistema taxonómico debido a que más que querer perjudicar a las personas con su uso, el psicólogo clínico lo utiliza con el fin de identificar semejanzas y diferencias entre las personas que son atendidas en la práctica clínica.

A pesar del uso generalizado de los sistemas de clasificación, particularmente de los categóricos (DSM y CIE), se debe considerar que al utilizarlos al mismo tiempo se obtienen beneficios y costos o limitaciones. Compas y Gotlib (2003) los resumen de la siguiente manera:

- **Beneficios.**
 - ✓ La información organizada acerca de las características de la gente a la que se intenta ayudar puede ser útil cuando los clínicos toman decisiones de tratamiento. De esta manera, si se encuentra que un método o técnica particular ayuda a una persona, es posible que sea útil para ayudar a otra que exhibe un conjunto similar de problemas.
 - ✓ Un sistema de clasificación permite a los profesionales comunicarse entre sí de manera informada, lo que facilita una comprensión y tratamiento de los problemas que conduce a nuevas introspecciones.

- **Costos o limitaciones.**

- ✓ Existe una tendencia de los profesionales a desarrollar estereotipos basados en suposiciones acerca de la naturaleza de las categorías dentro del sistema de clasificación. Por ejemplo, si se afirma que un niño que presenta un trastorno en particular, el psicólogo clínico puede pasar por alto información acerca del niño que podría haber sido útil en la determinación de un plan de tratamiento.
- ✓ Las personas con frecuencia no encajan en la perfección en las categorías definidas por el sistema de clasificación.
- ✓ Cada trastorno se trata por separado y distinto a pesar de que una persona puede presentar más de uno
- ✓ Existe una preocupación de que al diagnosticar a una persona se le ponga una etiqueta, puede que el psicólogo clínico se concentre más en la etiqueta y del trastorno, que de la persona misma, como si ésta fuese el diagnóstico. Además de que probablemente la etiqueta pueda ser causa de estigmatización de esa persona en su mundo social y personal.
- ✓ Los criterios para el diagnóstico son producto del consenso de los profesionales de la salud mental de un país o de una cultura en específico. Mientras que algunos trastornos que ocurren en culturas (e.g. no occidentales) no corresponden a alguna de las categorías propuestas.

Después de analizar los costos y beneficios que tiene la clasificación de la psicopatología, queda claro que uno de los retos a superar es desarrollar de manera integral y perfeccionar los sistemas taxonómicos de la psicopatología, para que éstos adquieran una adecuada validez de constructo y lleguen a superar las limitaciones con las que cuentan en la actualidad. Los encargados de superar esos retos son los profesionales de la salud mental –entre ellos, los

psicólogos–, quienes poseen habilidades técnicas como la observación, la detección, evaluación y elaboración de diagnóstico, y que son parte de sus competencias (Castañeda-Figueiras, 2004) el desarrollar mejores herramientas para brindar una mejor atención a las personas que asisten a consulta.

La clasificación de la psicopatología infantil es un fenómeno reciente. Su aparición es posterior al desarrollo de las clasificaciones de los problemas mentales en el adulto. Sin embargo, la clasificación de la psicopatología infantil es todavía muy dependiente de la nosología pensada para el adulto, etapa en la que los trastornos suelen estar más delimitados y fijos que en el adolescente o en el niño (Doménech & Ezpeleta, 1995).

A continuación se describirán los sistemas taxonómicos de la psicopatología infantil que se han desarrollado para la comprensión y tratamiento de los problemas psicológicos que se llegan a presentar en la infancia y en la adolescencia.

1.2 Sistemas de clasificación de la psicopatología infantil.

En el estudio de la psicopatología infantil es común que en las investigaciones realizadas en México sobre los problemas mentales en el infante, se utilicen de manera indiscriminada los términos *problemas* o *trastornos* de conducta y emocionales. Sin embargo, es necesario recalcar que estos términos no son equivalentes.

La psicopatología infantil puede estudiarse desde dos perspectivas: la formal y la informal, en la primera se utiliza el término *trastornos*, mientras que en la segunda se usa el término *problemas* (Achenbach, 1993). Estos términos se derivan de acuerdo a su sistema taxonómico. La perspectiva formal es representada por el DSM-IV y la CIE-10, en ambos sistemas los criterios para los trastornos en los niños y adolescentes son derivados de la nosología

del adulto. Mientras que la informal la representa el sistema ASEBA desarrollado a partir de la nosología del propio niño y del adolescente.

En cuanto a la perspectiva formal, los sistemas dominantes para clasificar la psicopatología en todo el mundo son la Clasificación Internacional de Enfermedades con su versión más reciente (CIE-10), desarrollada por la Organización Mundial de la Salud, y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales con su versión más reciente (DSM-IV), desarrollada por la American Psychiatric Association. Ambos con una concepción categórica de la psicopatología, éstos analizan los trastornos infantiles desde el punto de vista del diagnóstico psiquiátrico y agrupa una serie de criterios diagnósticos que conforman los diferentes trastornos.

Mientras, en la perspectiva dimensional, el principal representante de esta concepción para la clasificación de la psicopatología infantil, es el sistema cuantitativo informal de Achenbach (1993) Achembach System of Empirically Based Assessment (ASEBA), el cual ha prevalecido durante los últimos años en la investigación psicológica.

A continuación se describirán los dos sistemas taxonómicos de la psicopatología infantil (DSM-IV y ASEBA) que se utiliza con más frecuencia el psicólogo para el diagnóstico, la investigación e intervención de los trastornos o problemas infantiles.

1.2.1 DSM-IV

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) (APA, 2005) forma parte del modelo médico categórico. Este modelo emplea criterios para establecer la presencia de trastornos que son resultado del consenso entre grupos de expertos, es decir, son criterios subjetivos y cualitativos. Pero además, debe cumplir con una evaluación cualitativa de los trastornos mentales en la que éstos son considerados como entidades discretas cualitativamente

diferentes de lo que es considerado “normal”, permite clasificar los problemas como presentes o ausentes, dando lugar a una clasificación jerárquica y excluyente (Hernández-Guzmán, del Palacio, Freyre & Alcázar, 2011). Cuando se habla de un sistema categórico es porque sus categorías contienen los siguientes elementos:

- *Discretos*. Los síntomas para cada categoría no son compatibles con otra categoría. Es decir, se esperaría que un niño con un trastorno en particular y una niña con un trastorno diferente no compartan síntomas similares.
- *Exclusivos*. El síntoma o trastornos se presentan o por el contrario, están ausentes. O sea, se sugiere que un niño presente un síntoma o un trastorno en particular, o simplemente no lo manifieste.
- *Exhaustivos*. Todos los síntomas que son similares, se agrupan en una misma categoría. Es decir, los niños que presentan un mismo trastorno, comparten síntomas similares.

Otra de las características que tiene el DSM-IV, es que es un sistema de clasificación categórico multiaxial que cuenta con cinco ejes de diagnóstico, en los cuales puede clasificarse la conducta y funcionamiento que la persona presenta en el momento de ser diagnosticada. Estos ejes se refieren a diferentes aspectos de las personas, su conducta y sus situaciones vitales. El uso de los cinco ejes en el DSM-IV refleja el reconocimiento de que una visión amplia de la vida de la persona contribuirá a decisiones más eficaces acerca del tratamiento de lo que resultaría de un solo diagnóstico (Compas & Gotlib, 2003).

Un sistema multiaxial implica una evaluación de varios ejes, cada uno de los cuales concierne un área distinta de información que puede ayudar al clínico en la planeación del tratamiento y en la predicción de resultados. En la clasificación multiaxial se incluyen cinco ejes:

Eje 1: Trastornos clínicos.

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

Eje 2: Trastornos de personalidad.

Retraso mental.

Eje 3: Enfermedades médicas.

Eje 4: Problemas psicosociales y ambientales.

Eje 5: Evaluación de la actividad global.

El uso del sistema multiaxial facilita una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y ambientales, y del nivel de actividad, que podrían pasar desapercibidos si el objeto de la evaluación se centrara en el simple problema objeto de la consulta. Un sistema multiaxial proporciona un formato adecuado para organizar y comunicar información clínica, para captar la complejidad de las situaciones clínicas y para describir la heterogeneidad de los individuos que presentan el mismo diagnóstico. Además el sistema multiaxial promueve la aplicación del modelo biopsicosocial en clínica, enseñanza e investigación (APA, 2005).

Ahora bien, de acuerdo con la APA (2005), dentro de la perspectiva del DSM-IV, un trastorno mental se define como:

Un síndrome o patrón conductual o psicológico clínicamente significativo que ocurre en una persona y que se asocia con malestar presente o discapacidad o con un riesgo significativamente aumentado de sufrir muerte, dolor discapacidad o una pérdida importante de libertad. Además, este síndrome o patrón debe no ser sólo una respuesta esperable y culturalmente sancionada a un suceso particular (p. 21).

Dentro del DSM-IV existe un apartado específico para los trastornos que se presentan en los niños y adolescentes llamado *Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia*. En este apartado aparecen los trastornos que se inician en la infancia y en la adolescencia, y que a veces llegan a diagnosticarse hasta la edad adulta. En el apartado se incluyen:

- **Retraso mental.** Estos trastornos se caracterizan por una capacidad intelectual significativamente debajo del promedio (CI aproximadamente 70 o inferior). Los trastornos específicos son *retraso mental leve, moderado, grave y profundo, y retraso mental sin gravedad no especificada*.
- **Trastornos del aprendizaje.** Estos trastornos se caracterizan por un rendimiento académico sustancialmente por debajo de lo esperado de acuerdo a la edad cronológica del niño, la medición de su inteligencia y una enseñanza apropiada a su edad.
- **Trastornos de habilidades motoras.** Que incluye el *trastorno del desarrollo de coordinación*, caracterizado por una coordinación motora que se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado de acuerdo a su edad y la medición de su inteligencia.
- **Trastornos de la comunicación.** Caracterizados por deficiencias en el habla o el lenguaje, e incluyen *trastorno del lenguaje expresivo, trastorno mixto del lenguaje receptivo expresivo, trastornos fonológico, tartamudeo y trastorno de la comunicación no especificado*.
- **Trastornos generalizados del desarrollo.** Se caracterizan por déficits graves y alteraciones generalizadas en múltiples áreas del desarrollo. Se incluyen alteraciones de la interacción social, anomalías en la comunicación y la presencia de comportamientos, interacciones y actividades estereotipadas. Los trastornos específicos en este apartado son *trastorno autista, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil, trastorno de Asperger y trastorno del desarrollo no especificado*.

- **Trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador.** Este apartado incluye el *trastorno por déficit de atención con hiperactividad*, que se caracteriza por síntomas manifiestos de desatención y/o de impulsividad-hiperactividad. Se presentan subtipos para especificar la presentación del síntoma predominante: *tipo con predominio del déficit de atención, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo y tipo combinado*. También se incluye los trastornos de comportamientos perturbadores: el *trastorno disocial* que se caracteriza por un patrón comportamental que viola los derechos básicos de los demás o las principales normas y reglas sociales propias de la edad de la persona; el *trastorno negativista desafiante* se caracteriza por un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante. Este apartado también incluye dos categorías no especificadas: *trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado y trastorno de comportamiento perturbador no especificado*.
- **Trastorno de la ingestión y de la conducta alimentarias de la infancia o la niñez.** Estos trastornos se caracterizan por alteraciones persistentes de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos. Los trastornos incluidos en este apartado son: *pica, trastorno de rumiación y trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez*.
- **Trastornos de tics.** Estos trastornos se caracterizan por tics motores y/o vocales. En el apartado se incluyen: *trastorno de la Tourette, trastorno de tics motores o vocales crónicos, trastorno de tics transitorios y trastorno de tics no especificados*.
- **Trastornos de la eliminación.** Se incluye la *encopresis*, que es la deposición de heces fecales en lugares inadecuados, y la *enuresis*, la emisión repetida de orina en lugares inadecuados.
- **Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia.** Este apartado se dedica a trastornos no incluidos en la que ya se han mencionado como *el trastorno de ansiedad*

por separación, que se caracteriza por una ansiedad excesiva e inadecuada desde el punto de vista evolutivo concerniente a la separación respecto del hogar o de las personas con las que el niño está vinculado. El *mutismo selectivo*, se caracteriza por una persistente incapacidad para hablar en situaciones sociales específicas a pesar de que el niño hable en otras situaciones. El *trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez* se caracteriza por una relación social manifiestamente alterada e inadecuada evolutivamente, que se produce en la mayor parte de los contextos y se asocia a una crianza claramente patógena. El *trastorno de movimientos estereotipados* se caracteriza por un comportamiento motor repetitivo, aparentemente impulsivo, y no funcional que interfiere marcadamente en las actividades normales y, a veces, puede dar lugar a lesiones corporales. El *trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado* es una categoría residual para codificar trastornos que tienen su inicio durante la infancia, la niñez o la adolescencia y que no cumplen los criterios de ningún trastorno específico en la clasificación propuesta en este sistema.

A pesar de que los sistemas categóricos de clasificación (CIE y DSM) se utilizan ampliamente en los servicios de salud para diagnosticar los problemas mentales en los niños, adolescentes y adultos, en la actualidad existen numerosas críticas e insatisfacciones con estos, debido a que: (1) existe evidencia empírica de que no cumplen con los criterios mínimos indispensables para ser categóricos (discretos, exclusivos y exhaustivos), y (2) que la psicopatología se comporta de una manera dimensional y no tiene un origen tan categórico como se ha trabajado desde hace varios años.

En cuanto a lo primero, tanto en la práctica clínica como los datos de investigación, se observa una fusión entre categorías diagnósticas unas con otras, por lo que sus fronteras se

consideran arbitrarias y subjetivas. Así se puede encontrar una heterogeneidad de síntomas entre personas con el mismo diagnóstico, personas clasificadas con trastornos diferentes con síntomas similares y personas que presenten características de múltiples trastornos (Hernández-Guzmán et al., 2011). Por lo que surgen así serias dudas que cuestionan la validez de constructo de la clasificación de la psicopatología categórica, al observarse amplias áreas de traslapo entre los trastornos (Widiger, 2005; en Hernández-Guzmán et al., 2011). Para resolver este problema de traslapo de síntomas, los sistemas de clasificación categórica desarrollaron el constructo de *comorbilidad*, que lejos de aclarar, oscurece el panorama y compromete aún más el diagnóstico. Debido a que existe una cobertura inadecuada del conjunto de síntomas que presentan algunas personas, los cuales no se encuentran representados en ningún trastorno tipificado y como solución a esto, se ha intentado ampliar la cobertura creando más categorías diagnósticas, o extender los subtipos de las categorías existentes. Lo que a su vez exacerba el problema del traslapo de síntomas entre trastornos y subtipos de trastornos (Hernández-Guzmán et al., 2011), dificultando así el diagnóstico y el tratamiento de los problemas que presentan las personas.

Otra de las críticas acerca de este sistema de clasificación es la expuesta por Achenbach (2001), quien denomina a esta concepción como *top-down*, debido a que esta concepción categórica de la psicopatología se basa en las experiencias de los profesionales que determinan los criterios para la taxonomía; el experto empieza el trabajo de clasificar con los conceptos diagnósticos como base para la categoría del trastorno. Es así que los expertos seleccionan síntomas particulares para definir el trastorno. En la Figura 1.1, se ilustra a modo de ejemplo la concepción *top-down* para el caso del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD), donde algunas de las personas satisfacen los criterios del DSM-IV para ADHD, donde seis o más síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad son persistentes por lo menos 6 meses a tal grado que el comportamiento es desadaptativo. Los criterios para ADHD especifican

también que algunos síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad deben causar alguna alteración en el presente en dos o más escenarios (e.g. en escuela, trabajo y en casa), y en estos debe haber una evidencia de discapacidad clínicamente significativa en su funcionamiento social, académico o ocupacional. Para que un niño de 4 años de edad y una adolescente de 17 años de edad, califiquen para un diagnóstico de ADHD, ambos deben cumplir algunos criterios. La inclusión de discapacidad en lugares de trabajo y en funcionamiento ocupacional permite diagnosticar para ADHD en adultos, pero los mismos criterios de diagnóstico son contrarios para los adultos y los niños. Es decir, los síntomas no se comportan de la misma forma en estas dos poblaciones, sin embargo, tienen los mismos criterios (Achenbach, 2001).

La literatura ha aportado argumentos para demostrar que en realidad los criterios, así como la clasificación de la psicopatología desde la concepción categórica no concuerdan con lo que la población presenta, ya que las personas con alguna psicopatología regularmente presentan síntomas diferentes y se diagnostican con el mismo trastorno o bien, personas que presentan síntomas similares tienen un diagnóstico diferente (Clark, Watson & Reynolds, 1995).

Por otro lado, hay que recalcar que los criterios del sistema DSM son normas muy explícitas. Sin embargo, el DSM no especifica los procesos de evaluación para determinar cuáles síntomas están presentes y si éstos causan discapacidad (Achenbach, 2001).

Por ello, se ha propuesto una visión dimensional de la psicopatología, esta se deriva de conceptos psicométricos, en la que se utilizan procedimientos cuantitativos para determinar empíricamente qué características tienden a co-ocurrir o co-variar en las diferentes formas de síndromes. El objetivo final, es la valoración del comportamiento patológico y la valoración del grado de la intensidad del problema (Lacalle, 2009).

Figura 1.1 Enfoque top-down de la psicopatología.

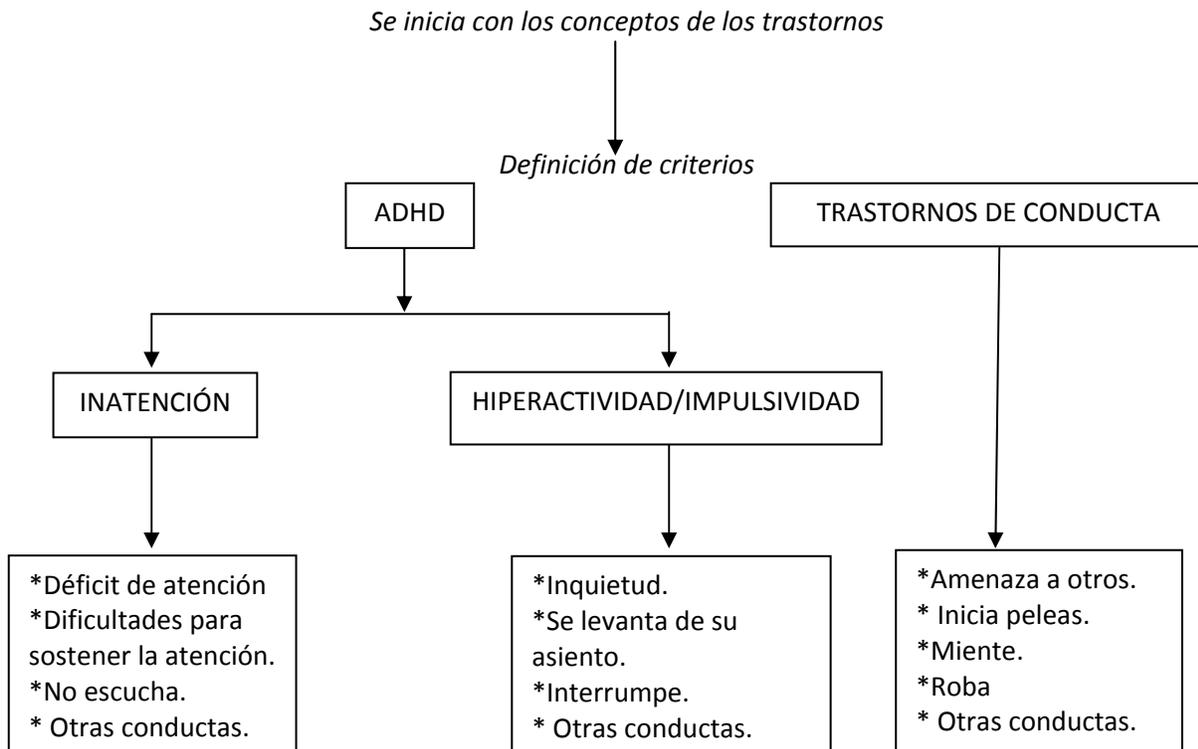


Figura 1.1. El enfoque “top-down” para la evaluación y clasificación de la psicopatología. Adaptado de “Challenges and Benefits of Assessment, Diagnostic, and Taxonomy for Clinical Practice and Research”, por T. M. Achenbach (2001), *Australian and Zealand Journal of psychiatry*, 35, p. 264. Copyright T. M. Achenbach.

1.2.2 ASEBA.

De acuerdo con Hernández-Guzmán et al. (2011), en psicología el término *dimensión* se entiende como el conjunto de magnitudes que sirven para definir un fenómeno psicológico. Es así que para la concepción dimensional de la psicopatología el número de características diagnósticas es un índice de gravedad y toma en cuenta sus efectos en el funcionamiento cotidiano de las personas. El modelo dimensional se considera como un modelo puramente psicológico, debido a que se emplea en la evaluación psicológica para abordar el funcionamiento psicológico y la gravedad de los problemas que se calcula por el grado en el que se encuentran presentes. De tal forma que reconoce las diferencias individuales no sólo en cuanto al número de intensidad de los síntomas,

sino también en cuanto a las dimensiones psicológicas que componen el perfil de funcionamiento de las personas, como son la personalidad, las emociones, la inteligencia, las estrategias de afrontamiento, entre otras.

Por otro lado, la concepción de la taxonomía dimensional clasifica los problemas individuales siguiendo una estrategia empírica, ofreciendo como resultado la cuantificación de las conductas. La teoría subyacente a estos modelos concibe la conducta normal y “anormal” como parte de un continuo, no como dos fenómenos distintos. La clasificación de este enfoque permiten valorar el grado de intensidad del problema (Lacalle, 2009; Hernández-Guzmán et al., 2011).

Los sistemas taxonómicos cuantitativos o dimensionales de la psicopatología infantil no se basan en un diagnóstico clínico como los sistemas categoriales. Se derivan de la aplicación de métodos estadísticos matemáticos a las listas de posibles síntomas y signos para medir la tendencia de ítems de conducta específicos a representarse agrupados en forma de lo que se denomina dimensiones de conducta (Doménech & Ezpeleta, 1995). De acuerdo con Compas y Gotlib (2003) esta concepción utiliza técnicas estadísticas para identificar pautas de comportamiento interrelacionadas entre sí. En este sistema no se emiten suposiciones acerca de las causas subyacentes o del curso de cualquier problema que deben ser identificados por medio de la investigación empírica.

Achenbach (2001) denominó a este enfoque como *botton-up*. En la figura 1.2 se muestra cómo se inicia el paradigma basado en evidencia con datos de problemas tales como “no puede concentrarse” y “no puede permanecer sentado”. Muchos de estos problemas tienen su contraparte entre el criterio del DSM. Sin embargo, en lugar de seleccionar de manera predeterminada para definir la categoría diagnóstica, los elementos del problema son

seleccionados para abarcar un amplio espectro de funcionamiento desadaptado, sin limitarse a predeterminar categorías.

Figura 1.2 Enfoque bottom-up de la psicopatología.

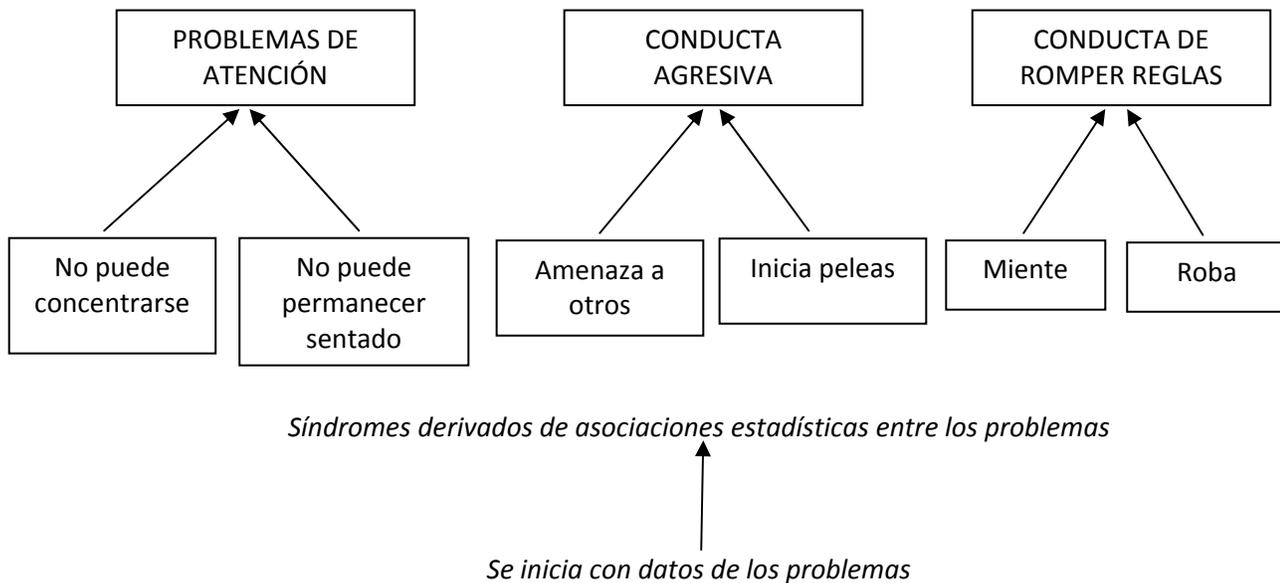


Figura 1.2. El enfoque “bottom-up” para la evaluación y clasificación de la psicopatología. Adaptado de “Challenges and Benefits of Assessment, Diagnostic, and Taxonomy for Clinical Practice and Research”, por T. M. Achenbach (2001), *Australian and Zealand Journal of psychiatry*, 35, p. 266. Copyright T. M. Achenbach.

El sistema taxonómico cuantitativo de la psicopatología infantil más amplio, más elaborado y más utilizado es el que desarrolló Achenbach y Edelbrock (1983). Estos autores elaboraron su taxonomía a partir del análisis factorial de los ítems sobre problemas de conducta del cuestionario *Child Behavior Checklist* (CBCL) que habían contestado los padres de 2,300 niños que acudían a consulta psicológica/psiquiátrica. Los análisis los realizaron de forma separada para cada sexo y para los grupos de edad 6-11 y 13-17 años. Las dimensiones resultantes del primer análisis factorial son las escalas de banda estrecha, y las resultantes de los

análisis del segundo orden son las escalas de banda ancha. Estas últimas representaron tres tipos de síndromes, uno de conductas internalizantes (intrapésicas), otro de conductas externalizantes (proyección hacia los demás), y otros síntomas.

En 1991 Thomas M. Achenbach y sus colaboradores recabaron informes de padres y maestros de una muestra de Estados Unidos representativa de más de 4, 000 niños y adolescentes que habían sido canalizados a servicios psicológicos o psiquiátricos y el reporte de los propios niños. Esos datos se utilizaron para identificar grupos, o síndromes, de conductas y emociones que ocurrían juntas consistentemente. Los resultados obtenidos fueron un total de ocho síndromes a partir de los reportes de los padres, maestros y de los propios niños y adolescentes de edades entre 4 y 18 años (Compas & Gotlib, 2003):

- **Alejamiento** (e.g. prefiere estar solo, se niega hablar, es tímido).
- **Quejas somáticas** (e.g. se siente mareado, tiene dolores y achaques, padece jaquecas, tiene náuseas).
- **Ansioso/deprimido** (e.g. es solitario; es nervioso y tenso; es temeroso y ansioso; desdichado, triste, deprimido).
- **Problemas sociales** (e.g. es demasiado dependiente, recibe burlas, no les agrada a sus compañeros).
- **Problemas de pensamiento** (e.g. no puede dejar de pensar en ciertas cosas, escucha cosas, repite actos).
- **Problemas de atención** (e.g. no puede concentrarse, no puede permanecer sentado, es impulsivo; no presta atención).
- **Conducta delictiva** (e.g. se escapa de casa, inicia incendios, roba en casa o fuera de ella, usa alcohol o drogas).

- **Conducta agresiva** (e.g. es malo con los demás, pelea, es testarudo e irritable, es desobediente en casa o escuela).

Estos ocho síndromes son divididos dentro de dos tipos de problemas amplios de conducta: problemas externalizados (e.g. conducta delictiva y conducta agresiva) y problemas internalizados (e.g. aislamiento, ansioso/deprimido, somatización). Esta clasificación ha sido reconocida en diversas culturas debido a que los hallazgos encontrados en las investigaciones que han utilizado las diversas escalas del sistema de evaluación ASEBA validadas para esas poblaciones, las dimensiones concuerdan en el mismo grupo de edad con las cuales se diseñó el sistema taxonómico (Albores-Gallo, Lara, Esperón, Cárdenas, Pérez & Villanueva, 2007; Crijnen, Achenbach & Verhulst, 1999; Hernández-Guzmán, 2005; Lacalle, 2009; Oliva, Castro & García, 2009; Rescorla, Achenbach, Ivanova, Dumeci, Almqvist, Bilenberg, et al., 2007; Valencia & Andrade-Palos, 2004).

Es así como el sistema de Evaluación ASEBA creado por Thomas Achenbach, es el sistema taxonómico cuantitativo más amplio de la psicopatología del niño y del adolescente, que identifica problemas de conducta desde una perspectiva informal y global mediante un conjunto de escalas como *Child Behavior Checklist (CBCL)*, *Youth Self Report (YSR)*, *Teacher's Report Form (TRF)*, *Directed Observation Form (DOF)* y *Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents (ACICA)* para evaluar la competencia, el funcionamiento adaptativo y los problemas psicológicos en los niños y adolescentes.

Para facilitar la lectura de los resultados, estas escalas ofrecen la posibilidad de ver puntuaciones de los ítems generados a partir del reporte de los padres, niños/adolescentes o profesores en forma de perfiles. Estos instrumentos presentan puntos de corte que permiten diferenciar a las personas “normales” de aquellos que se encuentran en un rango clínico. Es así

que Achenbach propuso que las conductas desviadas, que normalmente son motivo de búsqueda de ayuda profesional, no son más que meras variaciones cuantitativas de las características que pueden ser normales en ciertos periodos de desarrollo, es decir, tanto la conducta normal y anormal se entienden como variaciones dentro de un continuo de rasgos o características y no como fenómenos dicotómicos.

El trabajo de Thomas Achenbach y sus colegas de la Universidad de Vermont tiene una relevancia dentro de la psicología, debido a que en las fases iniciales de su investigación se enfocó a la naturaleza de la psicopatología durante la niñez y la adolescencia, un área que había sido descuidada por parte de los sistemas taxonómicos categóricos. Además, fueron los primeros en desarrollar un intento de una taxonomía completa basada en datos empíricos más que en ideas preexistentes de los expertos acerca de qué tipo de trastornos y síndromes caracterizan realmente al niño y al adolescente (Compas & Gotlib, 2003).

Otra aportación que tuvo el trabajo de Achenbach y sus colaboradores fue poner interés en la información que los padres, los propios niños y los profesores arrojaban, ya que los padres son quienes continuamente observan el desarrollo de sus hijos; los profesores son quienes observan y comparan las conductas de los niños, y los propios niños quienes tienen acceso a pensamientos y emociones internas que no están al alcance de los observadores como son los padres y los profesores.

Por otro lado, en comparación con el sistema de clasificación categórico como el DSM-IV, varias de las categorías derivadas empíricamente tienen contrapartes con el sistema del DSM, lo que sugiere que los dos métodos producen impresiones similares de los tipos de problemas psicológicos experimentados por los niños y adolescentes. Por ejemplo, el síndrome derivado en forma empírica de problemas de atención es muy similar al trastorno por déficit de atención con

hiperactividad del DSM-IV; el síndrome delictivo es similar al trastorno de conducta y el síndrome agresivo es similar al trastorno negativista desafiante (Compas & Gotlib, 2003).

Sin embargo, algunos de los síndromes empíricos (e.g. problemas de pensamiento, quejas somáticas, ansioso/deprimido) no tienen contrapartes en la sección del DSM-IV dedicada a la infancia, la niñez y la adolescencia. Más aun, algunos de los trastornos de la niñez incluidos en el DSM-IV (e.g. trastorno autista, enuresis, mutismo selectivo) no fueron identificados como síndromes únicos en los análisis de los reportes de padres, profesores y niños o adolescentes. De acuerdo con Achenbach y McConaughy (1996; en Compas & Gotlib, 2003) esto se debe a que son muy raros estos síndromes o trastornos en población general o se caracterizan por un solo síntoma que, incluso, es lo suficientemente problemático como para clasificar un trastorno en el DSM.

A partir de la taxonomía empírica de la psicopatología infantil propuesta por Achenbach, ésta se extendió para el desarrollo de una clasificación de la psicopatología en jóvenes adultos de 18 a 25 años de edad. Krueger, Caspi, Morffitt y Silvia (1998; en Compas & Gotlib, 2003) realizaron un análisis factorial sobre los datos obtenidos mediante entrevistas de diagnóstico estructuradas con más de 900 jóvenes de 18 años de edad de Nueva Zelanda. Estas entrevistas proporcionaron información diagnóstica acerca de 10 categorías del DSM que tenían altas tasas de prevalencia dentro de la muestra: episodio depresivo mayor, distimia, trastornos de ansiedad generalizada, agorafobia, fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de conducta, dependencia de la marihuana y dependencia al alcohol. El análisis factorial permitió a estos autores examinar si había alguna estructura particular que subyacía o conectaba a esos 10 diferentes diagnósticos. Los investigadores encontraron una congruencia con la taxonomía de Achenbach, la psicopatología manifestada por estos jóvenes adultos podían ubicarse en

dimensiones amplias: internalizados y externalizados. En la tabla 1.3 se observan los resultados obtenidos por estos autores.

Figura 1.3 Dimensiones de los trastornos del DSM en jóvenes adultos de Nueva Zelanda.

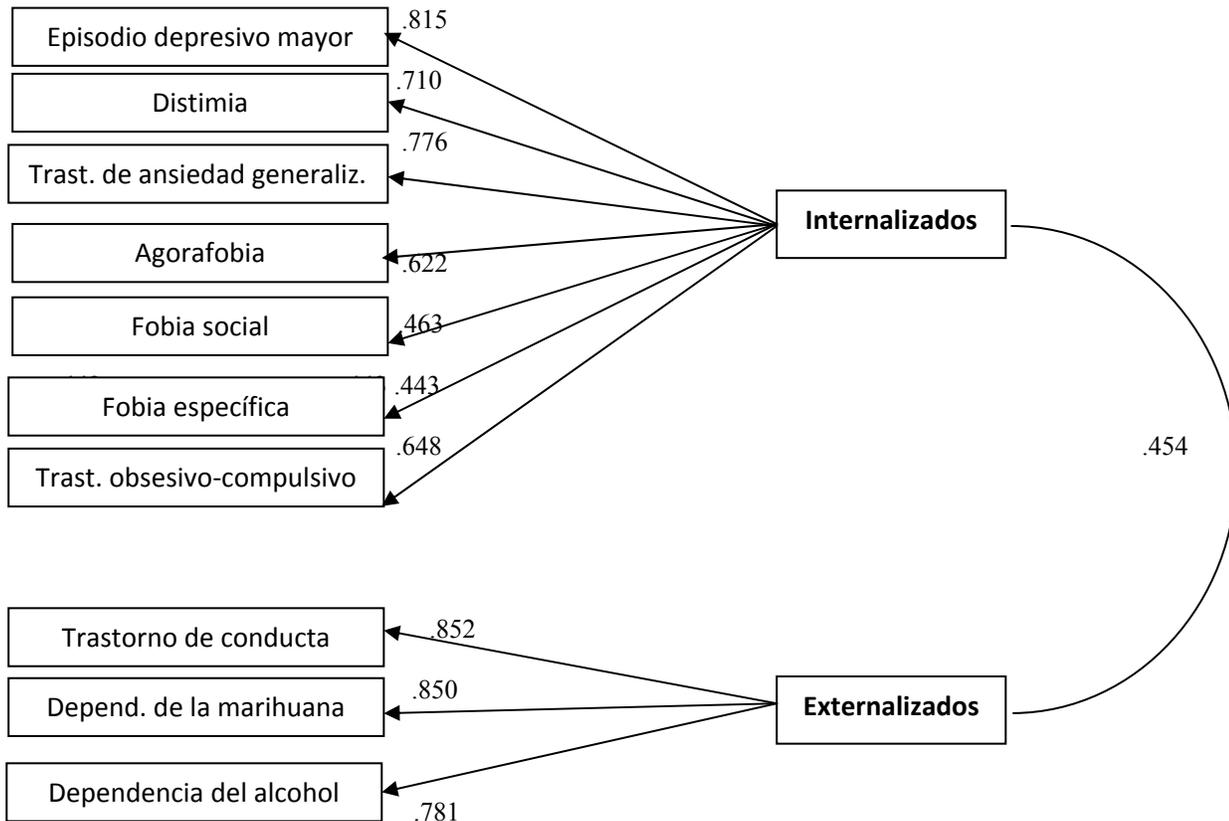


Figura 1.3. El análisis cuantitativo de Krueger et al que demostró que los trastornos del DSM pueden representarse por dos factores amplios de problemas de conducta internalizados y externalizados. Adaptado de “Introducción a la psicología clínica”, por B. Compas y I. Gotlib (2003), p. 134. Copyright por Mac Graw-Hill.

Si bien estos datos son de una muestra de Nueva Zelanda, los resultados son interesantes y abren la oportunidad de preguntarnos si ocurriría lo mismo en otras poblaciones como la mexicana, es decir, si los trastornos tipificados por el DSM conforman estas dos dimensiones. Lo que abre un campo amplio de investigación.

Conforme a la evidencia empírica reportada en los estudios en los últimos años, Achenbach (1993) propuso un algoritmo en forma de árbol, donde el diagnóstico de los problemas de los niños y adolescentes se realiza con base en una serie de decisiones conforme a la evaluación realizada previamente. Este algoritmo se ilustra en la figura 1.4.

A pesar de que el sistema de clasificación de la psicopatología infantil de Achenbach es aceptado a nivel mundial y posee una base empírica sólida, no está libre de críticas o limitaciones. Dentro de estas críticas destacan: que este tipo de clasificación se limita a cuestionarios y que existe una incapacidad de identificar síndromes poco frecuentes como el autismo infantil; y la falta de criterios externos para decidir el número de agrupaciones que debería existir (Cantwell & Rutter, 1994, en Compas & Gotlib, 2003).

Las concepciones de la psicopatología tanto dimensional como categórica, no son mutuamente excluyentes en su uso en el ámbito clínico y de investigación. Cada una de ellas posee ventajas y limitaciones. Parece entonces que la integración de las dos concepciones permitiría una mejor comprensión de la psicopatología para analizarla de una manera más integral. Esta idea llevó a que dentro de las escalas de Achenbach, por medio de la investigación basada en evidencia, se incluyeran ítems y perfiles orientados al DSM para el conjunto síndromes empíricos (Achenbach, 2001).

Si bien existen costos o limitaciones con el uso de sistemas de clasificación de la psicopatología, también se obtienen grandes beneficios, pero es importante reconocer los problemas y preocupaciones que enfrentan los psicólogos cuando utilizan los sistemas taxonómicos para comprender la naturaleza de la psicopatología. Por lo que es necesario poner un especial interés en los restos que los sistemas de clasificación tienen para superarlos y que estos obtengan una mayor validez.

Figura 1.4 Árbol de decisión para la taxonomía de la psicopatología infantil de Achenbach.

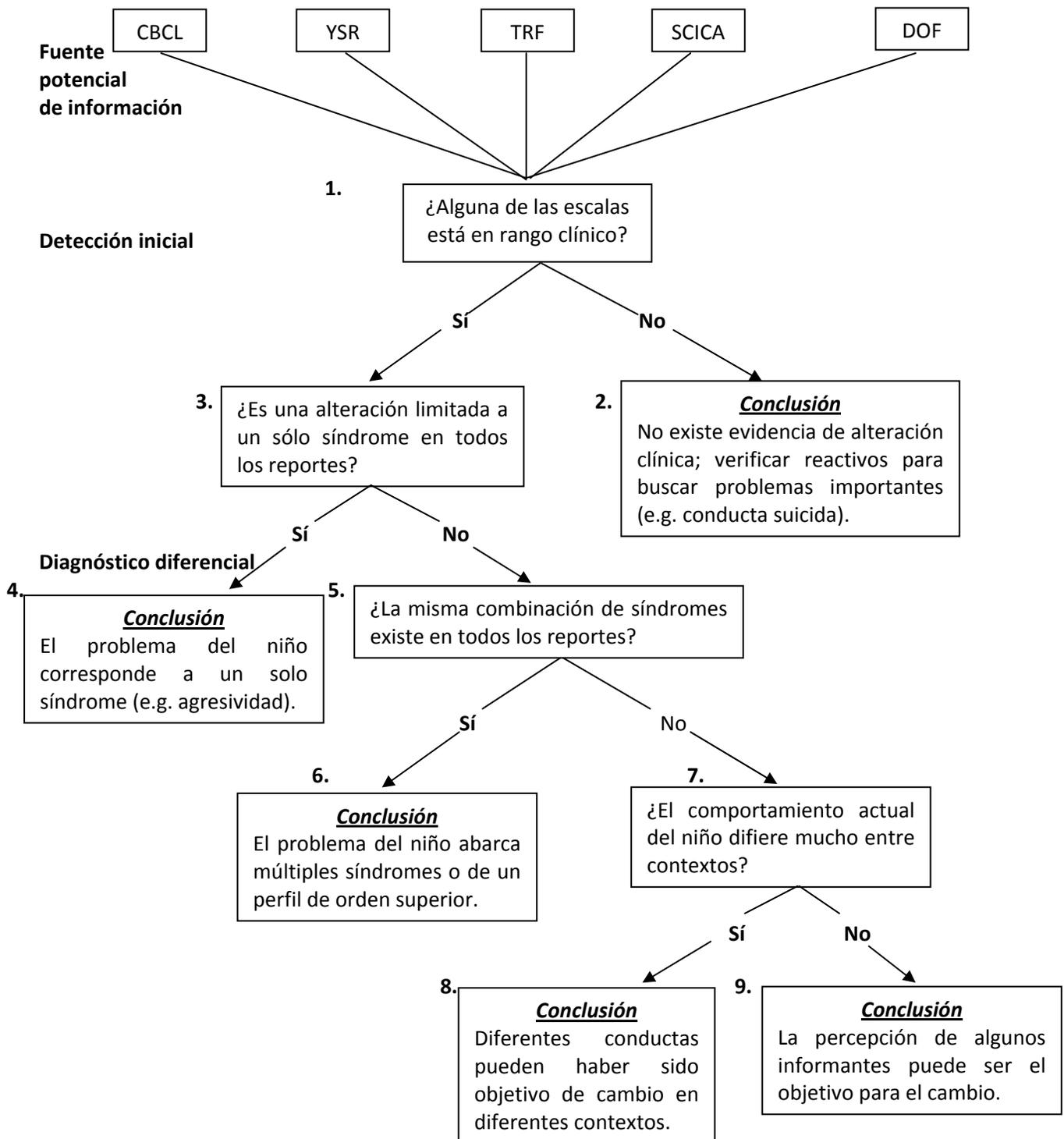


Figura 1.4. Árbol para la decisión de la taxonomía de Achenbach (1993) con base en los resultados de los síndromes obtenidos por múltiples informantes. Adaptado de "Handbook of child psychopathology", por T. Ollendick & M. Hersen, 1993, p. 82. Copyright Plenum Press.

Actualmente, se está elaborando la 5ta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), se sabe que esta versión adoptará una visión dimensional de la psicopatología infantil, adolescente y adulta (Helder, Kraemer, Krueger, Wittchen, Sirovatka & Regier, 2008; Sáiz, 2008; Geoffrey & Ayuso, 2011; Hernández-Guzmán et al., 2011). De ahí la importancia de retomar el sistema taxonómico propuesto por Achenbach (1993), pues ahora se sabe que en el niño, en el adolescente y en el adulto, los trastornos suelen presentarse como dimensiones. Tal es el caso de la ansiedad y depresión (Agudelo, Buela-Casal & Donald, 2007; Barlow, Di Nardo, Vermilyea, Vermilyea & Blanchard, 1986; Watson, Weber, Assenheimer, Clark, Strauss & McCormick, 1995).

El uso de sistemas taxonómicos de la psicopatología basados en evidencia tiene las ventajas de brindar un diagnóstico certero que a su vez, genere la posibilidad de una adecuada intervención tanto farmacológica como psicológica para determinados problemas; generar investigación sobre la eficacia de tales tratamientos; y llevar a cabo estudios epidemiológicos con el objetivo de conocer la distribución y los determinantes de los diferentes trastornos o problemas. A continuación se describe la frecuencia e incidencia de los problemas mentales infantiles de acuerdo a los últimos reportes de investigación.

1.3 Estado del arte de la psicopatología infantil.

La epidemiología se ha definido como el área de conocimiento biomédico que se ocupa de la distribución de la patología en el espacio y en el tiempo dentro de una determinada población, así como de los factores que influyen en esa distribución. Los beneficios que trae consigo la realización de estudios epidemiológicos, se encuentran en la generación de nuevas ideas sobre la etiología, el tratamiento y la prevención; además de ayudar a mejorar la práctica clínica y la

planificación del tratamiento a las personas, en este caso, con problemas psicológicos (Bernardo & Fuente, 2006).

La epidemiología psiquiátrica ha permitido avanzar en los estudios históricos, el diagnóstico comunitario, la evaluación de servicios de salud, la determinación de riesgos, la descripción de cuadros clínicos, la identificación de nuevos síndromes; sus probables causas, y en la realización de encuestas representativas en población general (Ezpeleta, 2005).

En general, el estudio de las características y prevalencias de los problemas emocionales y del comportamiento en la infancia y en la adolescencia es un campo de investigación necesario para desarrollar programas de prevención y realizar una detección temprana de los trastornos mentales, así como de atención para la población afectada para disminuir la probabilidad de continuidad de algún síndrome o trastorno hasta la etapa adulta. En México así como a nivel mundial, se ha encontrado que los trastornos psicológicos desarrollados en la infancia persisten hasta la etapa adulta y suelen asociarse con otros trastornos (Caraveo, Colmenares & Saldívar, 1999b; Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz et al., 2003).

Sin embargo, en México los estudios epidemiológicos de la psicopatología infantil son relativamente recientes, fue hasta la década de los noventa que se empezó a prestar un interés particular en los problemas psicológicos de los niños y adolescentes. A partir de esa década, los estudios epidemiológicos se han incrementado, y de acuerdo con los resultados de los últimos estudios, se ha reportado un aumento en la incidencia de problemas emocionales y conductuales en niños, no sólo en México sino también a nivel mundial.

La epidemiología psiquiátrica tiene un papel importante en la investigación de la psicopatología infantil, pero para cumplir con sus objetivos también se ha enfrentado a obstáculos debido a que existen dificultades en la conceptualización y la medición de los síndromes o trastornos mentales (Jiménez, Bojórquez, Blas, Landa & Caraveo, 2005). En los estudios

epidemiológicos se utilizan diversos instrumentos que entienden la psicopatología de manera distinta (e.g. enfoque categórico y dimensional) y además, miden los síntomas o conductas en diferentes periodos de tiempo (e.g. última semana, últimas tres semanas, regularmente, último mes, etc.).

Debido a ello, y con el fin de facilitar la presentación de los resultados de estudios epidemiológicos de la psicopatología infantil desarrollados en los últimos años, en el presente apartado se mostrarán estos resultados desde una perspectiva dimensional, independientemente de los instrumentos que se hayan utilizado en los estudios, es decir, se hablará sobre problemas internalizados y externalizados o bien, trastornos de conducta y emocionales.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la actualidad, cerca de 17 millones de niños y adolescentes, con edades de entre 5 y 17 años, padecen algún trastorno psicológico grave que requiere de un tratamiento especializado, y se calcula que para el 2010, haya cerca de once millones de personas en Latinoamérica y el Caribe que padezcan algún trastorno emocional (OMS, 2001; en Hernández-Guzmán, Bermúdez-Ornelas, Spence, González, Martínez, Aguilar et al., 2010).

Por otro lado, se sabe que a nivel mundial, las estimaciones generales de trastornos conductuales, emocionales y del desarrollo en niños oscilan del 14% al 22% (Brandenburg, Friedman & Silver, 1990; en Vázquez & Siles, 1999).

En México, Caraveo, Medina-Mora, Villatoro, López y Martínez (1995) utilizaron el Cuestionario de Reporte para niños (RQC) en una muestra constituida por 1, 068 niños de entre 3 y 12 años de edad, donde los padres de familia fueron los informantes y encontraron una prevalencia de 16.4% a 20.7% de síntomas de problemas de salud mental.

A continuación se describen los estudios realizados en diversas culturas con población de niños de 6 a 12 años.

1.3.1 Trastornos de conducta.

Los trastornos externalizados son más visibles en el contexto familiar y escolar al manifestarse mediante conductas disruptivas que interfieren en el funcionamiento de los infantes en esos contextos (López, Alcántara, Fernández, Castro & López, 2010).

En el estudio realizado en diferentes países por Ivanova, Achenbach, Dumenci, Rescorla, Almqvist, Weintraub, et al. (2007), se encontró una alta frecuencia de problemas de conducta, en la India 46%, Uruguay alrededor del 53% y en Chile un 15%. En cuanto a la edad de inicio de los problemas de conducta en México, Medina-Mora et al. (2003) reportaron que éstos inician en promedio a los 8 años de edad.

En cuanto a la prevalencia de los problemas del comportamiento en México, Caraveo, Colmenares y Martínez (2001) encontraron que en general 16% de una muestra de 1932 niños presentaban algún tipo de psicopatología, de este porcentaje, presentaba inquietud (19%), irritabilidad (17%), déficit de atención (14%), desobediencia (13%) y explosividad (11%).

1.3.2 Trastornos emocionales.

Las alteraciones emocionales o síndromes internalizados, están relacionados con inestabilidad del estado de ánimo, obsesiones, problemas somáticos, nerviosismo, inseguridad, miedos, fobias, tristeza, apatía, disforia, inquietud, tensión, preocupación y culpabilidad entre otros síntomas (López, Alcántara, Fernández, Castro & López, 2010).

Las investigaciones realizadas mediante listados amplios de conductas, indican que los trastornos internalizados son los patrones de alteración psicológica más comunes encontrados en la infancia (Achenbach & Edelbrock, 1983). Muestra de ello son los resultados obtenidos de Rico, Magis, Guerrero, Gómez, Ruiz, Vargas et al. (1998), que utilizaron el RQC (*Cuestionario*

de Reporte para Niños) en una muestra constituida por 1, 202 niños mexicanos de entre 5 y 7 años de edad, donde los padre fueron los informantes, encontraron una prevalencia de 13.4% a 52.57% de problemas de salud mental, donde los síntomas más frecuentes fueron miedo y nerviosismo (23%).

Por otro lado, otros estudios epidemiológicos señalan que los trastornos de ansiedad son los de mayor prevalencia durante la infancia y la adolescencia, con prevalencia de 2.6% al 41.2%, siendo la ansiedad por separación más común en los niños y la fobia social en los adolescentes (Costello, Egger & Angold, 2005; en Hernández-Guzmán et al., 2010).

De acuerdo con la Encuesta de Epidemiología Psiquiátrica en México, llevada a cabo por Medina Mora et al. (2003), se reportó que la edad de inicio de la ansiedad por separación es en promedio a los 5 años de edad y las fobias específicas a los 7 años.

En cuanto a la depresión infantil, se estima que la sintomatología se presenta en un rango entre el 1.8% y el 8.9%, aunque la frecuencia es relativamente baja, esta problemática trae consecuencias severas para los niños y sus familias (Angold & Costello, 1994; en López, Alcántara, Fernández, Castro & López, 2010).

1.3.3 Diferencias de género.

Con frecuencia, cuando se estima por separado la prevalencia de alteraciones psicológicas en niños y en niñas, los porcentajes no suelen ser equivalentes.

Por ejemplo, la literatura especializada en edades de 6 a 16 años, indican que las niñas califican más alto que los niños en los problemas internalizados, mientras se da el patrón contrario en el caso de los problemas externalizados, es decir, los niños califican más alto en los problemas del comportamiento (Rescorla et al., 2007).

De acuerdo con estos datos, la psicopatología infantil se ha convertido en un problema de salud pública. Por este motivo, es necesario investigar la etiología de la psicopatología para contar con datos que permitan comprenderla y explicarla por medio de la identificación de factores riesgo para desarrollar acciones de prevención primaria.

1.4 Factores etiológicos y protectores para la psicopatología infantil

De acuerdo con Almonte, Montt y Correa (2003), la psicopatología es el resultado de una interacción recíproca entre los factores protectores y de riesgo a los que está expuesta la persona en su desarrollo. La salud mental ocurre cuando predominan los factores de protección sobre los de riesgo; y por el contrario, cuando predominan los factores de riesgo y se produce un desequilibrio, se manifiesta la psicopatología.

Por ello, es imprescindible resaltar otro de los objetivos que tiene la epidemiología psiquiátrica infantil: la identificación de los factores de riesgo que desarrollan una vulnerabilidad en el infante para que presente algún problema o trastorno; así como la identificación de los factores protectores que evitan que se presente algún tipo de psicopatología.

Un factor de riesgo implica la existencia de una mayor probabilidad de observar una determinada consecuencia de un grupo expuesto a un factor determinado. O bien, es aquel que aumenta la probabilidad de que aparezca un trastorno. Mientras que un factor protector se refiere a aquel que disminuye la probabilidad de generar una consecuencia negativa (Cova, 2004).

Los factores de riesgo pueden ser predisponentes (vulnerabilidad biológica), precipitantes (experiencias de vida), mantenedores y agravantes (representados principalmente por las respuestas de los ambientes: familia, escuela, sociedad, a las manifestaciones clínicas de la persona), o determinantes, que se refiere al protagonismo de la persona al no asumir o no resolver las situaciones perturbadoras (Almonte, Montt & Correa, 2003).

El modelo propuesto por Hammer y Rodolph (1996; en Esquivel, 2010) que explica el desarrollo de la psicopatología (Figura 1.4), integra los factores de riesgo que generan una vulnerabilidad para la persona como las características biológicas, las experiencias de vida, las características y las competencias de la propia persona, así como el estrés cotidiano con la interacción de todos estos factores.

Figura 1.5 Modelo de los trastornos psicológicos.

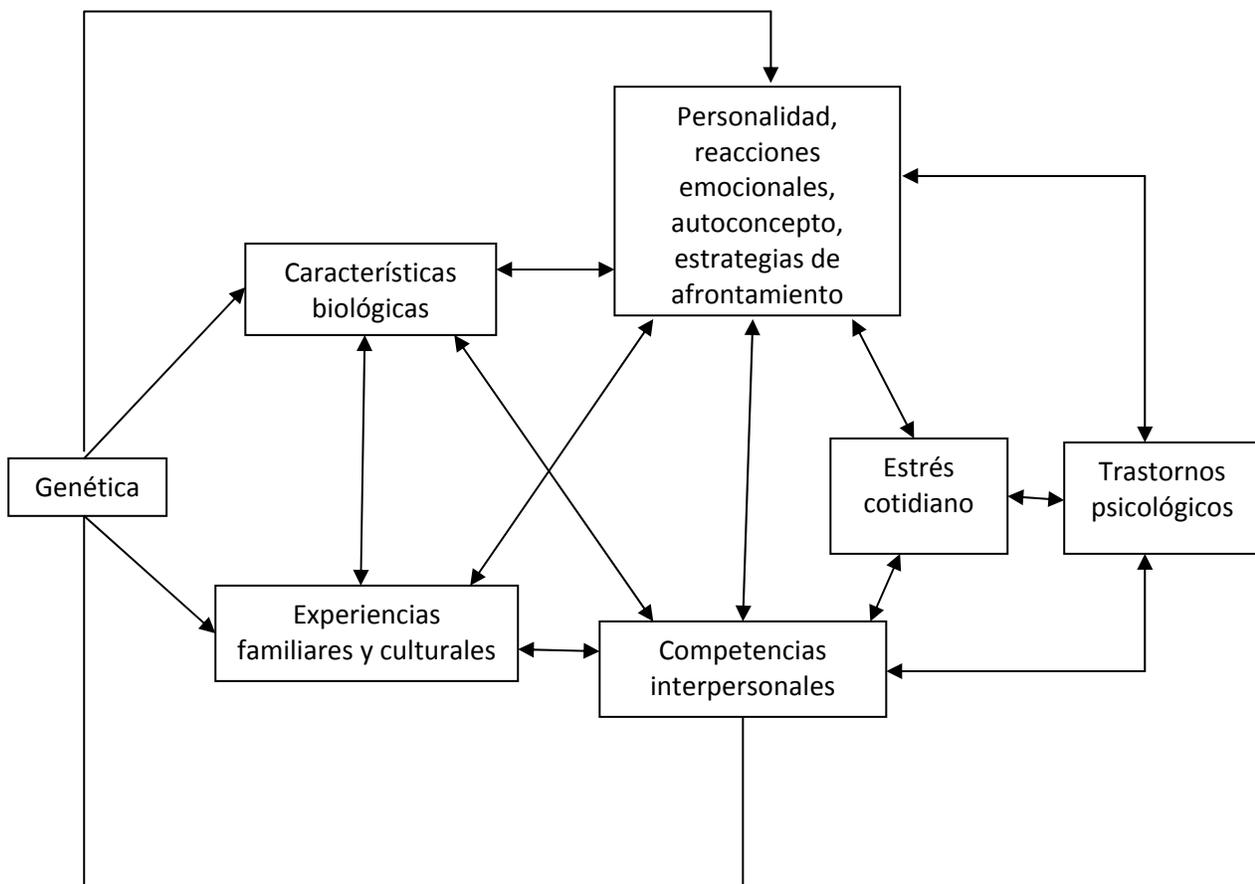


Figura 1.5. Modelo de desarrollo de los trastornos psicológicos de Hammer y Rudolph (1996). Adaptado de “Psicoterapia infantil con juego. Casos clínicos”, por F. Esquivel (2010), p. 47. Copyright por Manual Moderno.

Existen factores de riesgo y de protección genéricos, es decir, pueden ser específicos de un determinado trastorno, compartidos por otros trastornos, o comunes en todos ellos (Ezpeleta,

2005) con base en las diversas investigaciones realizadas, con el objetivo de identificar los factores de riesgo y protectores específicos para el desarrollo de la psicopatología en población infantil, algunos autores como Bragado, Bersabé y Carrasco (1999), Campo-Arias y Cassiani (2008), Carr (1999; en Ezpeleta, 2005) y Sabrià (2008) han identificado tanto factores de riesgo como protectores de la psicopatología infantil ilustrados en la siguiente tabla:

Tabla 1.1 Factores de riesgo y protección para la psicopatología infantil.

Factores de riesgo	Factores protectores
Características propias del niño(a)	
<ul style="list-style-type: none"> • Factores biológicos -Vulnerabilidad genética. -Complicaciones preperinatales. -Enfermedades o lesiones tempranas. -Género. <ul style="list-style-type: none"> • Factores psicológicos -Baja inteligencia. -Temperamento difícil. -Baja autoestima. -Locus de control externo. -Retraídos y tímidos. -Déficits sensoriales. 	<ul style="list-style-type: none"> -Buena salud física. -Temperamento agradable, adaptable, sociable. -Nivel de inteligencia normal (aspecto verbal y abstracto). -Capacidad para percibir y expresar sus propias emociones y sentimientos. -Regulación emocional. -Buen desempeño escolar. -Respeto reglas de juego. -Curioso, con interés en las cosas, disfruta con el juego. -Buenas relaciones con los compañeros, tiene amigos. -Locus de control interno -Buena autoestima. -Alta autoeficacia -Estilo atribucional optimista.
Características del ambiente en el que se desarrolla el niño(a)	
<ul style="list-style-type: none"> • Entorno familiar -Depresión materna posparto. -Ausencia de figuras de apego estables y seguras. -Familias con padre o madre con padecimientos como enfermedad mental grave, en especial depresión mayor, esquizofrenia o trastornos graves de la personalidad. 	<ul style="list-style-type: none"> -Buena adaptación a la paternidad por parte de los padres. -Implicación del padre -Relación afectuosa entre los miembros de la familia. -La familia genera confianza, seguridad y autoestima en los hijos. -Disciplina coherente. -Familia con capacidad de cambio para

- Familias monoparentales sin soporte de la familia extensa.
- Padres muy jóvenes sin soporte de la familia extensa.
- Familia con problemas de drogodependencia.
- Ruptura familiar.
- Conflicto entre los padres.
- Familias inmigrantes sin grupos sociales de apoyo en su entorno.
- Familias con patrones disfuncionales de relación entre sus miembros.
- Relaciones sobreprotectoras.
- Relaciones frías, indiferentes, con ausencia de cariño entre los padres, sin interés en los hijos. Los padres no refuerzan conductas positivas.
- Fracaso escolar.
- Crianza permisiva.
- Cuidado negligente por parte de los padres.
- Disciplina inconsistente.
- adaptarse a los conflictos y a las crisis vitales.
- Comunicación entre los miembros de la familia.
- Límites claros dentro de la familia.
- Los padres escuchan a los hijos, fomentan diálogo.
- Hay buena relación con la familia extensa.
- La familia participa e implica en la cultura de su entorno, con actividades lúdicas, deportivas, culturales.
- Familia tiene acceso a las redes profesionales de soporte: sanitarias, sociales, culturales, deportivas.
- Estrés familiar bajo.
- Apoyo de compañeros.
- Estilo educativo con autoridad por parte de los padres.
- Satisfacción marital.

- **Acontecimientos vitales tempranos.**

- Separación de los padres (divorcio).
- Cambio de escuela.
- Cambio de domicilio.
- Muerte o pérdida de un ser querido (duelo).
- Abuso.
- Cambio de amigos.
- Exposición a violencia

- **Sociodemográficos.**

- Pobreza.
- Edad de 11 años.
- Nivel educativo.

Nota: Factores de riesgo y protectores genéricos para la psicopatología infantil identificados por Bragado, Bersabé & Carrasco (1999); Campo-Arias y Cassiani (2008); Carr (1999; en Ezpeleta, 2005) y Sabrià (2008).

La investigación sobre la vulnerabilidad en niños y adolescentes ha cambiado, pasando de la identificación de procesos únicos de fragilidad a un análisis de la interacción más amplio de

múltiples mecanismos de vulnerabilidad y protección, factores ambientales de riesgo y compensación, y cambios evolutivos (Esquivel, 2010).

Las nuevas investigaciones para identificar los factores de riesgo, deben tomar en cuenta que es frecuente encontrar factores de riesgo encadenados. Se sabe que la exposición a diferentes factores de riesgo tiene un efecto acumulativo. En estas cadenas, las predicciones son más certeras cuando se realizan por factores de riesgo próximo frente a otros que pueden ser más distantes, pero para entender cada uno de los eslabones es necesario tener en cuenta todo el conjunto. Estas cadenas causales están formadas por factores mediadores o variables intermedias (una variable independiente A aumenta el riesgo de un resultado B y, a su vez, este resultado B actúa como una variable independiente para aumentar el riesgo para un resultado C) (Baron & Kenny, 1986).

Un modelo desarrollado con esta concepción, que explica cómo actúan los factores de riesgo para el desarrollo de la psicopatología infantil, es el que proponen Grant, Compas, Stuhmacher, Thurm, McMahon y Halpert (2003; en Cova, 2004) que se ilustra en la figura 1.6.

Este modelo es resultado de un metaanálisis elaborado por los autores, donde consideraron como estresor a la pobreza; como variable mediadora a las prácticas parentales; como variable moderadora al género; y como psicopatología a los comportamientos desadaptativos como los internalizados y externalizados.

El modelo propone que las variables estresoras contribuyen a la psicopatología; las variables que son moderadoras influyen en la relación entre las estresoras y la psicopatología; las variables mediadoras explican la relación entre estresoras y psicopatología. Las relaciones entre estresoras, moderadoras, mediadoras y psicopatología son recíprocas y dinámicas (Cova, 2004).

Figura 1.6 Modelo Estresores y psicopatología.

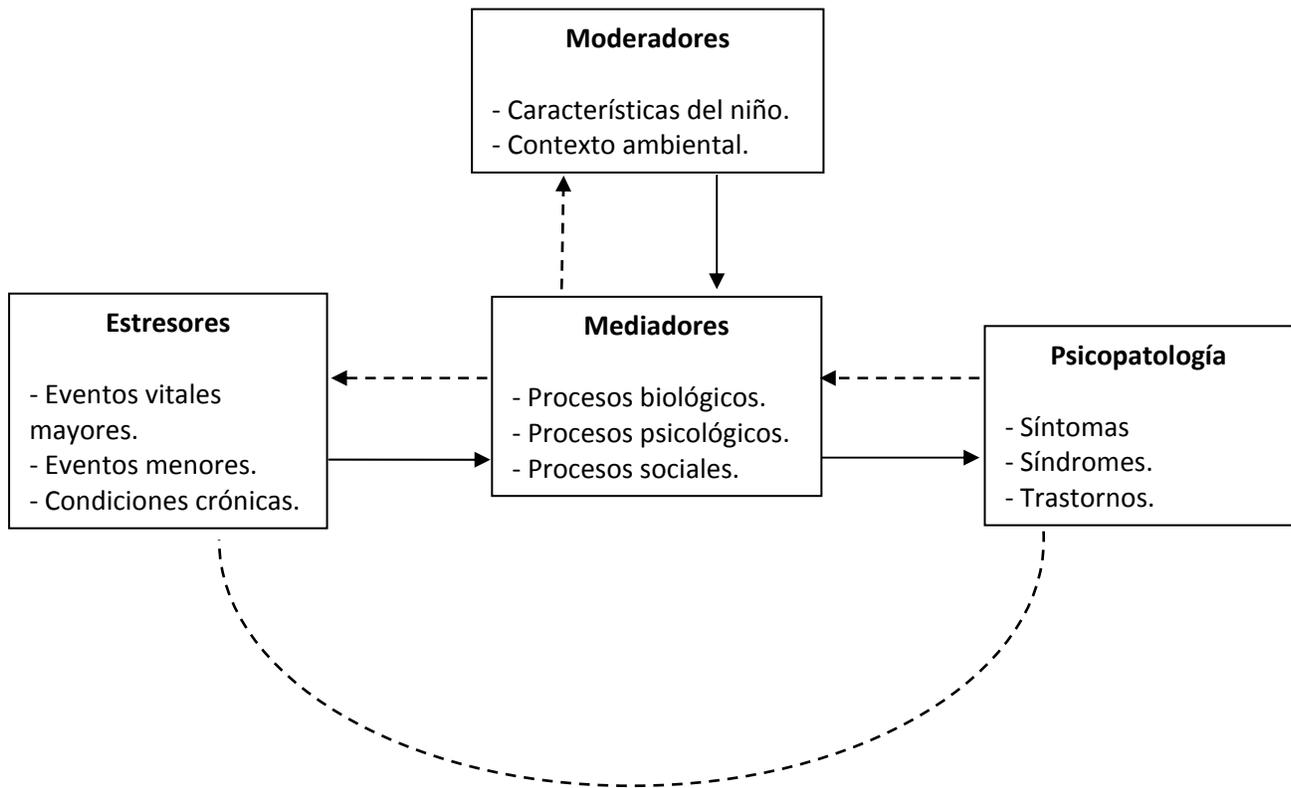


Figura 1.6. Modelo propuesto por Grant, Compas, Stuhmacher, Thurm, McMahon y Halpert (2003). Adaptado de “La psicopatología evolutiva y los factores de riesgo y protección: El desarrollo de una mirada procesual”, por F. Cova, 2004, *Revista de Psicología*, 13, p. 98. Copyright.

A modo de conclusión, es necesario poner un interés en la identificación de factores de riesgo y protección para la psicopatología infantil, además de explicar cómo actúan éstos, con la finalidad de realizar una detección temprana de los grupos de riesgo y elaborar planes de atención primaria que eviten el desarrollo de psicopatologías más severas o bien, su mantenimiento hasta la edad adulta.

Dentro de los factores de riesgo que se reportan con frecuencia en la literatura se encuentra la presencia de psicopatología en los padres –particularmente la presencia de depresión en madres-, y las prácticas de crianza adoptadas por los padres. Sin embargo, en la relación de la psicopatología infantil, la depresión materna y las prácticas de crianza, aún no está muy claro

CRIANZA, DEPRESIÓN MATERNA Y PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

cómo actúa cada variable en esta triada, es decir, qué variable es causante de otra. En los siguientes capítulos se hablará de la depresión materna y de las prácticas de crianza, así como de investigaciones que han tratado de explicar qué relación tienen entre sí.

Capítulo 2

Prácticas parentales

A partir de los trabajos pioneros realizados por John Bowlby, Mary Ainsworth y Diana Baumrind, existe una amplia tradición en la investigación psicológica en el estudio del papel que tiene la familia, los padres, así como la relación que éstos establecen con sus hijos, y que da pauta para el desarrollo óptimo durante la infancia y en la adolescencia o bien para su disfunción.

En cuanto al papel del sistema familiar, éste es el primer agente socializador del niño, en el cual se le enseña las normas culturales y morales que rigen en la misma familia y en la sociedad. En la familia, también existe una interacción del niño con todos los miembros que la integran, pero la interacción que establecen los padres con el infante es fundamental para su desarrollo psicológico y social óptimo en diferentes escenarios como el familiar, escolar y entre pares.

Además, durante el desarrollo del niño, los padres de familia son los encargados de dotar a sus hijos de cariño, apoyo, protección, autonomía, respeto, cuidado, etcétera. Todo ello conforme a su edad, los padres guían a sus hijos desde una dependencia total en los primeros años de vida, hasta las primeras etapas de autonomía. Para garantizar los mejores resultados posibles en el desarrollo de los niños, se requiere que los padres enfrenten el desafío de equilibrar por un lado, la madurez y la disciplina que adoptan con el fin de facilitar la integración de los niños a la familia y al sistema social; y por el otro, mantener una atmósfera de afecto y protección. Esto se logrará, en mayor medida, dependiendo del tipo de apego que establezca principalmente la madre con el hijo en los primeros años de vida y las prácticas parentales que adopte en la crianza del niño a lo largo de su crecimiento.

Los primeros autores de los modelos teóricos generados a través de la investigación de la relación entre padres e hijos –principalmente los referentes a la crianza–, han variado considerablemente con los propuestos por otros autores que han continuado el estudio de este tema, debido a la complejidad de esta relación. Actualmente, en diversas investigaciones, se habla de estilos de crianza o estilos parentales, prácticas parentales o de crianza, y estilos disciplinarios; pero es importante identificar a qué tipo de interacción entre los padres e hijo se refieren estos constructos.

A lo largo del presente capítulo se describirá la importancia que tiene para el niño el sistema familiar como agente socializador, la relación que establecen los padres con el infante de acuerdo a su edad: apego y la crianza. En cuanto a la crianza, se describen las diferencias entre los conceptos utilizados en diferentes estudios para referirse a esta relación.

2.1 Papel de la familia en el desarrollo del niño.

Para entender al ser humano y su comportamiento es preciso explicar el contexto o situación donde se desarrolla, así como la naturaleza de las relaciones afectivas que mantiene con otros seres humanos. De ahí la importancia de investigar el papel que tiene la familia y la relación que mantienen los padres con sus hijos.

A la familia se le ha considerado como la célula básica de la sociedad, es la más antigua de las instituciones sociales humanas. La familia es un grupo de personas relacionadas que ocupan posiciones diferenciadas tales como esposos, madre, padre, hijos, tíos, abuelos, etcétera, que cumplen con ciertas funciones necesarias para asegurar la supervivencia del grupo familiar como la reproducción, la crianza, socialización, entre otras; donde la función principal es cuidar, alimentar y educar a los hijos (Gracia & Musito, 2000).

El sistema familiar durante la primera infancia, así como en las etapas posteriores –como la adolescencia–, ejerce un impacto predominante que a lo largo del desarrollo del niño comparte con otros sistemas como el escolar, el de los compañeros, etcétera. La influencia de la familia es persistente, continua y personal, afectando directamente el comportamiento infantil (Hernández-Guzmán, 1999). De acuerdo con Sánchez-Sosa y Hernández-Guzmán (1992), la familia es la encargada de transmitir conocimientos, valores, actitudes, roles, hábitos, y ayuda a desarrollar la personalidad e influye en modos de pensar y actuar que se vuelven habituales en los niños.

Así pues, la familia es un núcleo indispensable para el desarrollo del ser humano que cumple con ciertas funciones u objetivos básicos. Es responsable de la adquisición de experiencia, realización, fracaso, así como de salud y enfermedad de cada integrante.

La familia, pero principalmente el subsistema de los padres, es el agente socializador responsable de la adquisición de conocimientos y estrategias cognoscitivas, reglas de comportamiento y motivación. Tanto el padre como la madre son agentes socializadores, difiriendo en su naturaleza la contribución de cada uno de las diadas en el desarrollo de su primogénito. Ambos adoptan desde el nacimiento del bebé un estilo de interacción con él, que se considera el precursor del desarrollo psicológico de éste y por lo tanto, de su competencia social a futuro (Hernández-Guzmán, 1999).

Dentro de la función que caracteriza a cada uno de los integrantes de la diada de padres, la función de la madre cobra una especial relevancia debido a que, regularmente, es la primera que establece un contacto con el bebé, y culturalmente es la que pasa más tiempo y tiene más interacción con el niño.

La madre es una figura que tradicionalmente es vista como la responsable de asumir el rol de cuidadora, encargada de la supervisión constante, de poner armonía y comprensión en las relaciones dentro de la familia. Es la encargada de inculcar valores y de brindar su emotividad

femenina al servicio de afecto entre todos los miembros de la familia. En México, a la madre también se le atribuye una imagen y patrones de comportamiento de cuidado, cariño, afecto, acompañados con fuertes sentimientos de amor, comprensión y dedicación (Díaz-Guerrero, 1995).

A la madre se le ha adjudicado la función del cuidado de los hijos, siendo la principal responsable de la crianza, es la persona que cuida, ama e introduce a los hijos al mundo social. Asimismo, otras de las funciones que cumple la madre son las de nutrición (e.g. alimentación, higiene, vestimenta), de sostén emocional (e.g. representa el centro afectivo de la seguridad emocional para todos los miembros de la familia), y cuidados personales (Ríos, 1998).

De mismo modo, la madre tiene un papel importante en la formación de la personalidad del hijo, ésta se logrará en buena parte, a través de la relación que se establezca entre ellos. Una actitud positiva por parte de la madre fortalece el *yo* en desarrollo del hijo, de ahí la importancia de las características que muestre en su papel de paternidad, para poder proporcionar amor y cuidado, debe aceptar y adaptarse a las responsabilidades que conlleva el papel materno. Son determinantes sus actitudes, sus reacciones, la solución de problemas, y es necesario que refleje una imagen de madre psicológicamente madura, cariñosa, tolerante, racional, accesible y con una autoestima alta. El que la madre desempeñe correctamente las funciones del papel materno, garantizaría al hijo recursos de salud mental y también mejores condiciones para generar el vínculo temprano madre-hijo.

La familia es la primera instancia en la que el niño pone en práctica y somete a prueba su comportamiento social y la forma en que afronta las situaciones que se le presentan en el medio ambiente. Estas conductas se determinan y moldean de manera significativa por las características organizacionales que la familia transmite. Por ende, la familia es la responsable del

funcionamiento social de los hijos en su papel de proveedora de oportunidades de interacción social, fungiendo como arquitecta de escenario propios para esa interacción.

2.2 Relación padres-hijos.

Generalmente, el primer contexto con el que interactúa todo bebé humano, al momento de su nacimiento, es el familiar. En su expresión más simple, el infante viene a integrarse a un contexto familiar mínimamente compuesto por su madre y/o padre. Aunque también, la composición de la familia varía ampliamente, y la influencia recíproca entre el infante y cada uno de los miembros, en mayor o menor medida, da forma a su cúmulo de experiencias. Sin embargo, en la mayoría de los casos, los primeros acercamientos son con la madre (Hernández-Guzmán, 1999).

La interacción entre la madre y el hijo se encuentra determinada por las características personales que trae cada uno de ellos en la relación. En el caso del recién nacido, sus características personales incluyen desde disposiciones genéticas, hasta condiciones adquiridas durante el embarazo y al momento del nacimiento. Por su parte, la madre y el padre –si ambos están presentes– traen a la interacción con el recién nacido características aún más complejas, dadas por la historia de cada uno de ellos, interactuando en la historia de la relación de pareja hasta ese momento (Hernández-Guzmán, 1999).

Se lo propongan o no, la influencia de ambos padres sobre el desarrollo de sus hijos será inevitable. La relación padres-hijos va a ocurrir siempre, a menos de que el niño por alguna causa no conviva con ellos. Aún así, establecerá una relación con la o las personas que actúen como cuidadores principales. El vínculo socio-afectivo entre, ya sea el padre y/o la madre, o el cuidador principal y el bebé es el fundamento social de la interacción entre las disposiciones genéticas del

bebé y los recursos de afrontamiento y contingencias del sistema familiar (Hernández-Guzmán, 1999).

De acuerdo con Hernández-Guzmán (1999), cada niño nace con características propias que determinan en gran medida su desarrollo futuro, pero las experiencias que el niño tenga al interactuar con las personas que le rodean van a darle forma a su desarrollo. Es por ello que la familia pero específicamente los padres, tendrán una gran influencia sobre el desarrollo infantil en muchas formas que tendrá repercusiones a lo largo de toda la vida.

El apego y la crianza son dos de las interacciones más importantes entre los padres e hijos, de la forma y la calidad en que se establezcan estas relaciones, dependerá en gran medida el desarrollo que tendrá el niño.

2.2.1 Establecimiento del apego.

Como parte del bagaje genético, cada bebé humano responde a las personas en su ambiente con un estilo propio, el cual comienza a moldearse y organizarse mediante la experiencia de los cuidadores principales. Cada interacción nueva estará mediada por la historia de experiencias previas y la forma en que éstas hayan contribuido a cambios biológicos y conductuales. Es decir, el niño o la niña enfrenta cada nueva interacción trayendo a la relación una historia personal entrelazada de experiencias y disposiciones genéticas ya moldeadas por ésta (Hernández-Guzmán, 1999).

De acuerdo con Hernández-Guzmán (1999), el lazo que se establece entre el recién nacido y sus padres es una de las primeras formas de interacción que van a afectar la manera en que la relación de cada uno de los padres con el bebé evolucione a futuro. Cuando se habla de padres, no sólo se refiere a los padres biológicos, sino a quien o quienes se encarguen de la crianza del

bebé. La relación del bebé con sus padres, o las personas que se hagan cargo de él, podrá ser una relación de calidad afectuosa, o bien, una relación inadecuada. Es por ello que los padres deben prepararse para establecer desde un principio una relación de calidad y crecer junto con sus hijos cultivándola. La relación de calidad tiene un primer ingrediente esencial, que debe estar presente en cualquier interacción con el niño: la demostración del afecto.

Jonh Bowlby trabajó durante años en clínica infantil y fue el autor que planteó la teoría del apego, su tesis central es que los seres humanos, a lo largo de la vida, tienen una tendencia a establecer vínculos sólidos con personas determinadas. El apego es el nombre que ha recibido el lazo, vínculo o relación de amor, atracción y afecto duradera en el tiempo y la distancia entre el bebé y sus padres (Ainsworth, 1996; Bowlby, 1998).

Las experiencias del niño con sus padres tienen un rol fundamental en la capacidad que éste genere en edades posteriores para establecer vínculos afectivos. Además, las funciones principales de los padres serían proporcionar al niño una base segura y, a partir de ahí, animar al niño a explorar. Es importante que el niño pueda depender de sus figuras de apego y que éstas puedan contener y proteger al niño cuando lo necesita. En la interacción que se produzca entre el cuidador y el niño, éste podrá dar cuenta de la calidad del vínculo que se desarrolle (Bowlby, 1998).

Bowlby (1998) denominó modelos operantes internos a las expectativas que el niño posee acerca de sí mismo y de los demás, que hacen posible anticipar, interpretar y responder a las figuras de apego, ya que integra expectativas presentes y pasadas en esquemas cognitivos y emocionales.

Los autores (Ainsworth, 1996; Bowlby, 1998) del estudio de este vínculo, han propuesto que el apego tiene una función biológica que es proteger la vida del infante. Es congruente desde el punto de vista de la sobrevivencia de la especie, ya que el apego permite que el bebé, quien es

totalmente desvalido, reciba la protección que necesita para vivir. Aún en el caso de nuestro mundo civilizado, el infante que no se encuentra bajo el cuidado de una persona responsable está más propenso al peligro.

El apego que la madre tenga con el hijo, la relación con la pareja y el apoyo emocional que proporcione el esposo o compañero a la madre o futura madre, puede ayudarla a relacionarse positivamente con su bebé. Además, la presencia del padre durante el parto fortalece la relación de apego que establece él mismo con su hijo durante los primeros años de vida (Hernández-Guzmán, 1999).

A través del tiempo, la teoría del apego propuesta por Bowlby se ha convertido en una de las más influyentes en la psicología, actualmente es considerada como una teoría sólida y sistemática con importante evidencia empírica.

Por otro lado, Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978; en Ainsworth, 1996) realizó un experimento con procedimiento estandarizado de laboratorio llamado situación extraña (*strange situation*). El experimento realizado en un escenario desconocido (habitación) para el niño, consistía en las siguientes etapas: (1) la interacción de juego de la madre con el hijo, (2) el acercamiento de una persona desconocida durante la interacción madre-hijo, (3) la salida de la madre de la habitación, (4) el niño se queda solo con la persona desconocida o extraña para él, (5) la madre regresa a interactuar con el niño y sale la persona desconocida, (6) sale la madre dejando al niño solo, (7) regresa la persona extraña a interactuar con el niño, y (8) finalmente, retorna la madre por segunda vez.

Con base en las observaciones realizadas durante la situación extraña, Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978, en Ainsworth, 1996) desarrollaron la primera clasificación de apego y describieron tres patrones generales: apego seguro, apego ansioso/ambivalente y apego evitativo.

Cada uno de ellos se explica a continuación con base en las observaciones de las conductas que mostraron los niños en ese estudio y algunas conclusiones de investigaciones realizadas:

- Apego seguro.

En el estudio, los niños con apego seguro presentaron conductas de exploración activa, se disgustaban ante la separación de la madre pero a su regreso tenían una respuesta positiva frente a ella y solían controlarse con facilidad (Ainsworth, 1996).

Se ha encontrado que la responsividad de los padres, es decir, la prontitud y efectividad con la que atiendan a su hijo, ayuda a fortalecer un vínculo padres-hijos. Entre más responsivos sean los padres a la señales de comunicación que su hijo establece con ellos, el vínculo afectivo conduce a relaciones más armoniosas y sanas en el futuro (Ainsworth et al., 1978; en Hernández-Guzmán, 1999).

Las investigaciones han explorado el papel de la conducta de los padres sobre la relación de apego madre-hijo o padre-hijo, éstas han reportado consistentemente que cuando el adulto responde a las señales del niño con prontitud, accesibilidad, afecto y consistencia, aún desde los primeros días de vida, el bebé se desarrollará con un apego seguro. Si, por el contrario, el adulto es inconsistente y no siempre ha respondido a las necesidades del niño, éste establecerá un apego ansioso (Ainsworth et al., 1978; en Hernández-Guzmán, 1999).

Un niño que muestra un apego seguro no se asusta cuando hay extraños presentes y permanece tranquilo aunque vea a sus padres alejarse. Se muestra seguro y tiene confianza en que sus padres van a cumplir lo que le prometan, que regresarán cuando le digan (Hernández-Guzmán, 1999). La responsividad de los padres a las manifestaciones del niño también será

responsable de la imagen que el niño tenga de sí mismo y de su capacidad para comunicarse con otros e influir en las personas que le rodean.

- Apego ansioso o ambivalente.

Los niños que tenían un apego ambivalente reaccionaban fuertemente a la separación, presentaban conductas ansiosas y de reproche como el llanto, rabia, el aferrarse, y no se calmaban con facilidad (Ainsworth, 1996).

El apego ansioso o ambivalente se debe en gran medida a que la madre es poco sensible en responder al llanto del niño. Regularmente las madres intervienen de forma negativa en las actividades que el niño desea, se fuerza el afecto sobre el niño. Ante esta actitud de la madre, los niños suelen mostrar conductas de protesta y enojo, experimentan el amor como preocupante.

El apego seguro y el apego ansioso también dependen de las experiencias que viva el niño en su relación con sus padres, o quienes funjan como cuidadores, no sólo durante los primeros años de vida, sino también en años posteriores. Un niño que desarrolla un apego ansioso es aquel que llora en la presencia de extraños, no se separa fácilmente de sus padres, como si temiera a que le fueran a abandonar. O bien, un niño que llora cuando le dejan en la escuela por primera vez (Hernández-Guzmán, 1999).

- Apego evitativo.

Los niños con apego evitativo en la situación extraña, durante la interacción con la madre muestran una distancia y evitación, Mientras que en las separaciones de la madre presentan una ausencia de enojo, e indiferencia cuando vuelve (Ainsworth, 1996).

Regularmente, las madres con este tipo de apego, rechazan los intentos que el niño realiza para establecer un contacto físico. El niño manifiesta conductas de desapego como evitar el contacto visual y físico, por lo general trata de interactuar poco y no depender de los demás hasta donde sea posible. También presentan conductas de distanciamiento, no lloran al separarse de su madre, suelen concentrarse en los juguetes y evitan el contacto cercano (Hernández-Guzmán, 1999).

El apego entonces, depende en gran medida de variables ambientales para el niño, tales como el contexto familiar y la responsividad parental que asuman los padres. Algunas investigaciones (Magai et al., 2000; en Garrido, 2006) han reportado que el apego está directamente relacionado con el estilo de crianza y las prácticas parentales de los cuidadores principales.

2.2.2 Crianza de los hijos.

El papel de los padres necesita de un repertorio muy complejo de conductas que incorpora conocimientos, actitudes, valores, disposiciones, habilidades específicas y estilos de interacción. Para Hernández-Guzmán (1999), es necesario prepararse para convertirse en padres como en otras tantas actividades del ser humano. La otra opción es ir aprendiendo por ensayo y error, es decir, aprender echando a perder corriendo siempre el peligro de no aprender lo suficiente o lo necesario, o hacer mucho daño en el proceso.

La crianza es una expresión de una forma particular de relación entre padres e hijos, es singular y única entre todas las ligas humanas. Se define como la responsabilidad asumida por los padres respecto al crecimiento físico y desarrollo emocional y social de un hijo (Márquez-Caraveo, Hernández-Guzmán, Aguilar, Pérez & Reyes, 2007).

Como se ha descrito, la familia es la responsable del proceso de socialización, y en este proceso que brinda la familia –principalmente los padres– son relevantes dos aspectos: las metas de los padres y las estrategias de socialización que emplean con sus hijos, es decir, aquello que los padres desean que ocurra con sus hijos y los medios para alcanzar esos estados deseables (Goodnow, 1985; en Flores, Cortés & Góngora, 2009). Para ello, los padres adoptan un estilo y prácticas parentales peculiares en la crianza.

En diversas investigaciones, se utilizan diversos constructos para referirse a esta responsabilidad de los padres. Dentro de los conceptos que se pueden encontrar con frecuencia en la literatura están: estilos de crianza, estilos parentales, prácticas de crianza, prácticas parentales, estilos disciplinarios, etcétera, y pocas veces queda claro a que se refiere cada uno de estos constructos, por lo que es imprescindible hacer una distinción entre éstos.

Mientras los estilos de crianza o parentales, son considerados como un conjunto de actitudes y patrones generales de comportamiento de los padres hacia los hijos; las prácticas parentales o de crianza que están dirigidas a establecer habilidades y comportamiento específico, constituyen las herramientas conceptuales más importantes para comprender el desarrollo psicosocial de los niños (Aguilar, Valencia & Romero, 2004).

Las tipologías de los constructos estilos de crianza y prácticas parentales, han variado con el tiempo de acuerdo con lo reportado en la literatura, debido a la complejidad de la relación entre los padres y los hijos. A continuación se describe cada constructo y se marca la diferencia que existe ambos.

Estilos de crianza

Diana Baumrind (1966) fue una de las pioneras del estudio de la paternidad o crianza, su principal aportación fue identificarla y describirla. Con base en los resultados de un estudio

longitudinal propuso una tipología de la crianza (*parenting*) que adoptaban los padres. Identificó tres estilos de crianza o también llamados estilos paternos (*parental styles*), o estilos disciplinarios estos son: autoritario, autoritativo y permisivo. Sin embargo, otros autores han identificado otros estilos de crianza: negligente y severo. Cada uno de ellos se explica a continuación:

- El estilo autoritario.

Los padres que tienen un estilo autoritario valoran la obediencia incondicional y perciben la relación con los hijos como una relación de poder. Usan técnicas de control directo, los padres son quienes resuelven los problemas e imponen las soluciones a sus hijos. Consideran que sus hijos deben obedecer ciegamente a una serie de reglas absolutas y esperan de ellos obediencia y respeto a la autoridad, permitiendo así poca independencia. Aunque este estilo tiene como propósito principal la responsabilidad de los hijos, no logra alcanzarlo. Al contrario, los padres con este estilo no fomentan la responsabilidad, pues ellos son los que toman la mayor parte de las decisiones (Baumrind, 1966; Hernández-Guzmán, 1999).

En general, este estilo se caracteriza por altos niveles de control y manejo inadecuado de los afectos, se centra en el control, el respeto a la autoridad y a la falta de comunicación entre padres e hijos.

- Estilo permisivo.

Los padres que adoptan este estilo de crianza, son tolerantes y permiten que sus hijos actúen impulsivamente. Castigan poco y no prohíben, por lo que no demandan una conducta madura por parte de sus hijos. No establecen límites o reglas. Los dejan hacer y deshacer, aunque se lastimen,

y destruyan o dañen a otras personas, animales o las cosas a su alrededor. El estilo permisivo tiene como propósito promover la autosuficiencia y autonomía, pero no lo logra (Baumrind, 1966; Hernández-Guzmán, 1999). En general, se caracteriza por reglas poco claras y flexibles, es decir, un control conductual débil y una alta carga afectiva.

- Estilo autoritativo o autorizativo (autoridad racional o democrático)

Este estilo incluye el establecer reglas claras y su cumplimiento firme. Los padres con este estilo utilizan técnicas de control indirecto, invitando al niño a participar activamente en la solución de problemas y dejando ver las consecuencias de sus acciones. Promueven la independencia, la individualidad y la autonomía de los hijos manteniendo siempre la comunicación abierta con ellos. Alientan el reconocimiento de los derechos de cada quien a través de la discusión razonada entre padres e hijos. Los hijos de los padres que usan la autoridad racional son más responsables, maduros, y muestran mayor capacidad intelectual y de comunicación con los demás (Baumrind, 1966; Hernández-Guzmán, 1999).

En resumen, este estilo se caracteriza por niveles altos de control de conducta –no intrusivo–, pero con altos niveles de afecto, comunicación e implicación. Se basa en la comunicación, el apoyo y la participación conjunta.

Los tres estilos de crianza básicos que se han descrito, han sido ampliamente estudiados y comparado entre sí. Los resultados de esas investigaciones señalan consistentemente al estilo de autoridad racional como el más efectivo, además de relacionarse con un mejor ajuste en general, debido a que logra sus propósitos y ejerce una influencia positiva sobre diversos aspectos del desarrollo del niño (Hess & McDevitt, 1984; en Hernández-Guzmán, 1999).

- Estilo negligente.

Los padres con este estilo son aquellos que no controlan, ni apoyan, limitan su tiempo en las tareas parentales, restringiendo así el tiempo de exposición a los inconvenientes que suponen las tareas de ser padres (Baumrind, 1991, en McBride, 2008; Maccoby & Martin, 1983; en Aguilar, Valencia & Romero, 2004).

- Estilo severo.

Este estilo se describe como severo (*harsh*), cuando con frecuencia existen conductas coercitivas, punitivas, controladoras, y autoritarias e incluye también gritos, insultos, amenazas físicas, y agresión (Chang, Lansford, Schwartz & Farver, 2004).

La literatura especializada, ha reportado de manera contundente que del estilo de crianza que adopten los padres dependerá la calidad de relación que mantenga a futuro con su hijo. De alguna forma, los padres y demás miembros de la familia utilizan predominantemente un estilo de interacción con el niño, e influye de manera determinante en la forma en que éste interprete el contexto social dentro y fuera de la familia, y su comportamiento y su ajuste personal dentro del contexto familiar, así como en otros contextos (Hernández-Guzmán, 1999).

A pesar de que la clasificación de los estilos de crianza de Diana Baumrind fue ampliamente apoyada, y que a partir de allí se desarrolló un extenso trabajo de investigación de la relación entre padres e hijos, existe una crítica a su tipología: los estilos propuestos dejan de lado muchas conductas específicas dentro de la crianza. Por ello, en años recientes, se han tratado de identificar esas conductas en la relación padres-hijos, y se ha propuesto el constructo de prácticas parentales.

Prácticas parentales o de crianza.

De acuerdo con Darling y Steinberg (1993), es necesario hacer una distinción entre los estilos de crianza y las prácticas parentales. Los estilos de crianza, parentales o también llamados estilos disciplinarios, se refieren a toda una constelación de actitudes de los padres, al clima emocional en el que los padres forman a sus hijos. Además representan actitudes y metas generales con respecto a la educación de los hijos (e.g. establecer como meta que los niños estudien). Mientras que las prácticas parentales son aquellas estrategias (conductas) específicas que utilizan los padres para educar a sus hijos, principalmente para conseguir dichas metas, por lo que de acuerdo a la cultura en que los padres estén inmersos y de sus propias características, se pueden encontrar una buena diversidad de estas prácticas. A continuación se describen las prácticas parentales específicas que se han identificado por medio de investigaciones en la interacción de los padres con los hijos.

A partir de la identificación de los estilos de crianza, Baumrind continuó refinando el concepto de crianza por medio de sus estudios longitudinales y en 1991 identificó dos factores esenciales en la crianza. El primer factor, la exigencia, se relaciona con las demandas que los padres tienen hacia el niño para ser parte de la familia, sus expectativas para el comportamiento maduro, la disciplina y supervisión que proporcionan, y finalmente su voluntad para afrontar problemas de comportamiento. El segundo factor, la responsabilidad, relacionada con el fomento de la individualidad, autoafirmación, y regulación, así como el ser responsable de las necesidades especiales y exigencias (McBride, 2008).

Asimismo, en sus estudios Baumrind identificó dos dimensiones, que en sus tres estilos de crianza propuestos, presentaban combinaciones de valores extremos de: apoyo (involucramiento) y supervisión (control paterno) (Aguilar et al., 2004). El apoyo se refiere a la sensibilidad parental, la calidez y el grado en el que los padres fomenten intencionalmente la individualidad y

la autoregulación. El control, se relaciona con las exigencias de los padres a sus hijos para integrarlos a la familia, para entender sus demandas de madurez y la supervisión, esfuerzos disciplinarios y de voluntad para enfrentar al niño que desobedece (Darling, 1999).

Por ejemplo, el estilo autoritativo es alto en las dos dimensiones, mientras el permisivo es alto en apoyo pero bajo en control. El autoritario es bajo en apoyo y alto en control; y el negligente es bajo en ambas dimensiones. Estas dimensiones dentro de los estilos de crianza propuestos por Baumrind (Figura 2.1), coinciden con las encontradas en estudios posteriores por diferentes autores (Maccoby & Martin, 1983; en Aguilar et al., 2004; Darling, 1999).

Figura 2.1 Apoyo y control: Dimensiones en los estilos de crianza.

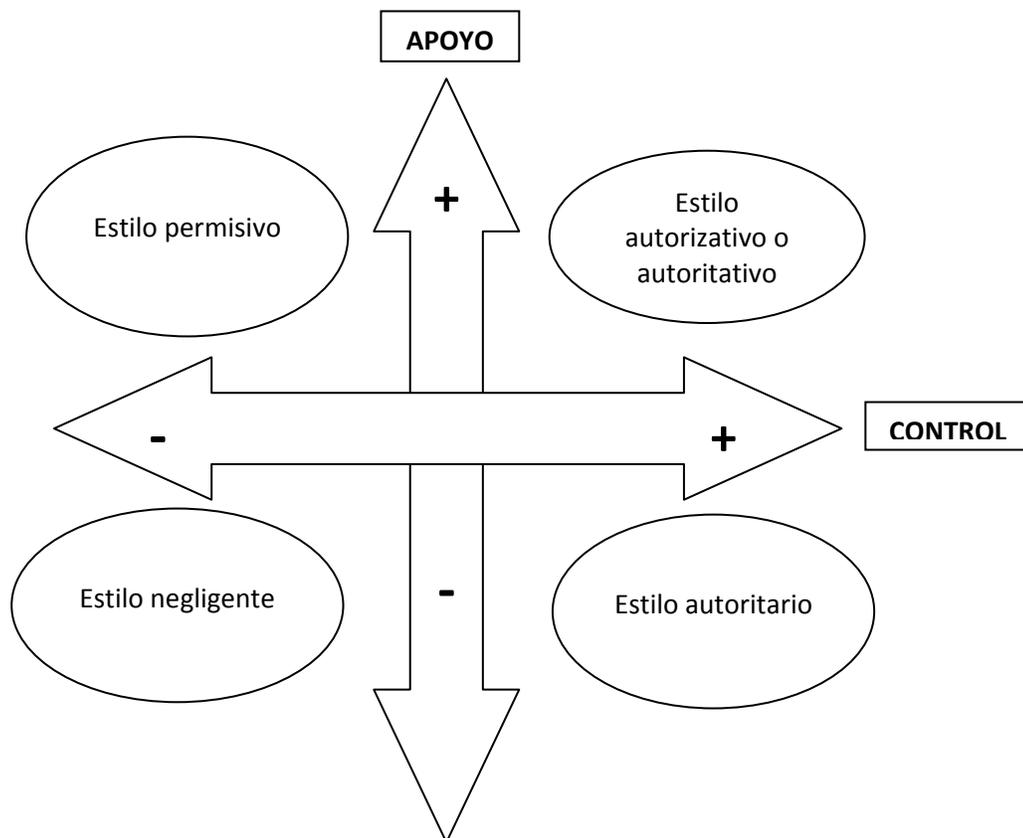


Figura 2.1. Combinación de las dimensiones apoyo y control identificadas en los estilos de crianza propuestos por Diana Baumrind.

A partir de la identificación de los estilos de crianza y las prácticas parentales –en forma de dimensiones– propuestas por Baumrind, se han desarrollado una extensa gama de estudios para la identificación de otras posibles prácticas parentales utilizadas durante la crianza de los hijos. Los autores de estos estudios han definido y propuesto estas prácticas en términos de modelos dimensionales, que se oponen al modelo categórico de los estilos de crianza propuestos por esta autora.

Entre ellos, están los resultados de Symonds (1939, en Darling & Steinberg, 1993), las prácticas parentales que identificó fueron: aceptación vs rechazo y dominancia vs sumisión. Por otro lado, Schaefer (1965; en Carrasco, Del Barrio & Holgado, 2007), también identificó dos dimensiones: amor vs. hostilidad y autonomía vs. control. De estas dos dimensiones propuestas por este autor, se desglosan otras conductas (factores) como la sobre indulgencia, aceptación, protección, cooperación, sobre protección, democracia, posesión, libertad, autoritarismo, desinterés, indiferencia, negligencia y rechazo (Sampre, Cortés, Mestre, Nácher & Tur, 2006; en Carrasco et al., 2007). El modelo de Schafer se resume e ilustran en la figura 2.2.

Por otro lado, Coopersmith (1967; en Ortega, 1994) también propuso algunas dimensiones de la crianza:

- *Aceptación*. Cuando los padres se preocupan por los sentimientos de sus hijos, surgen actitudes de amor y aprobación del niño.
- *Rechazo*. Los padres son hostiles, fríos, no aceptan al niño, expresándose de él como un intruso o como un objeto negativo. Expresan su rechazo mostrándose negligentes hacia sus hijos, indiferentes hacia sus necesidades y aspiraciones. Muestran actitudes de desaprobación, hostilidad y carencia de afecto.

- *Castigo*. Consta de tres categorías: el castigo corporal, el retiro de amor, negación y separación.
- *Control*. Los padres no sólo adoptan una actitud general hacia el tipo de control que emplean, también utilizan una frecuencia y severidad. Emplean técnicas positivas o negativas para influenciar la conducta del niño, las técnicas positivas consisten en recompensas, elogios, y apoyo a las actitudes que desea el niño; mientras que las negativas se reflejan en castigo físico, aislamiento y retiro de amor.
- *Permisividad*. Consiste en el número de demandas que los padres imponen al niño. Bajo una extrema permisividad, el ambiente proporciona gratificaciones al niño cuyas necesidades se expresan libremente.

Figura 2.2 Modelo bidimensional de la conducta parental materna.

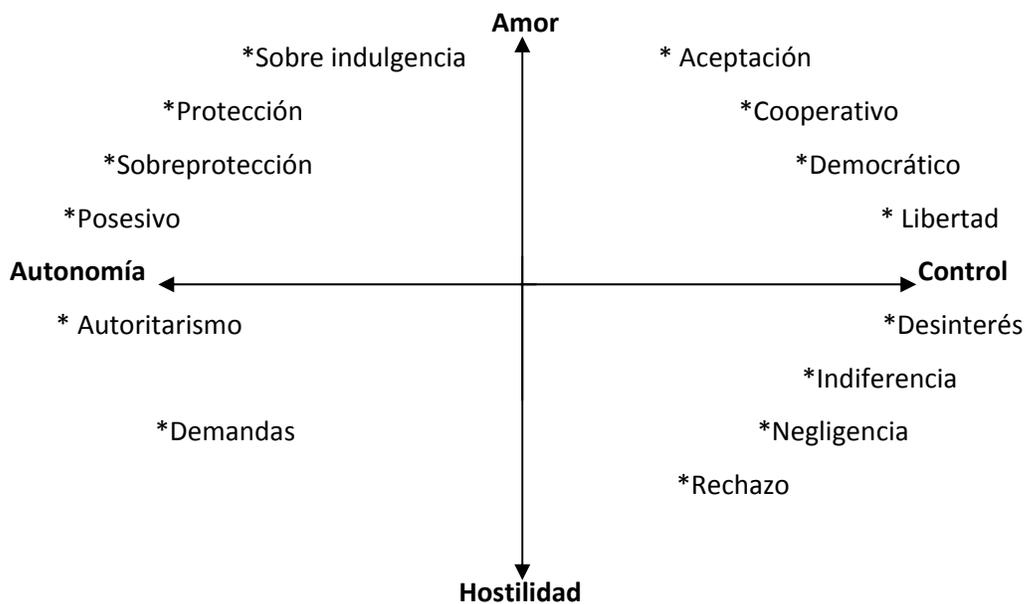


Figura 2.2. Modelo propuesto por Schaefer ampliado por Sampre et al. (2006 en Carrasco et al., 2007) que identifican las prácticas de crianza maternas.

Mientras que Skinner, Johnson y Snyder (2005; en McBride, 2008) propusieron seis prácticas parentales también en forma de dimensiones, estas son: *afecto*, *rechazo*, *organización*, *desorden*, *apoyo a la autonomía* y *restricción*. El afecto se refiere a la expresión de amor, cariño, cuidado, y disfrute; caracterizado por el reconocimiento y disponibilidad emocional. El rechazo se define como una actividad de desagrado, aversiva, y de hostilidad, caracterizada por una actitud violenta, más reactiva, irritable, crítica y de desaprobación. La organización es definida como un suministro de información y vías para alcanzar resultados deseados, caracterizada por expectativas claras y exige la demanda de madurez. El desorden es definido como la interferencia u obstrucción de las metas propuestas, caracterizada por inconsistencia. El apoyo a la autonomía, se refiere a permitir la libertad de expresiones y acciones, alentar al niño a aceptarse y valorar sus preferencias y opiniones. Mientras que la restricción, se refiere a la limitación y al exceso de control.

Asimismo, de acuerdo con Ronher (1975; en Gracia, Lila & Musitu, 2005) existe evidencia de que, en general, en todas las sociedades humanas pueden establecerse dos grandes dimensiones de la conducta parental: la *aceptación* y el *rechazo*. La aceptación es la expresión de afecto, aprobación, entendimiento, el uso frecuente de explicaciones razonadas en la disciplina, respuestas positivas, todas ellas centradas en el niño; mientras que el rechazo se define como una actitud de ausencia de calor, afecto o amor de los padres hacia sus hijos, o privarlos de éstos de modo significativo, actitud que puede adoptar tres formas: (1) hostilidad agresiva, (2) indiferencia y negligencia, y (3) rechazo indiferenciado.

Dentro de las investigaciones realizadas en México, destacan las de Andrade-Palos y Betancourt (2008) quienes se basan en los trabajos de Darling y Steinberg (1993), las prácticas parentales identificadas por estas autoras en madres de niños en edad escolar se manifiestan por la *comunicación/confianza*, *la autonomía* que los padres les dan a los hijos para tomar decisiones,

la imposición, el control psicológico y el control conductual que tienen los padres para responder al comportamiento de sus hijos.

Otras prácticas parentales encontradas en población mexicana de padres de niños con edad escolar son el *castigo corporal, negligencia, castigo razonado y aceptación*, que a su vez pueden identificarse como prácticas parentales *positivas* (castigo razonado y aceptación) y *negativas* (castigo corporal y negligencia) (Hernández-Guzmán, Bermudez-Ornelas & Gil-Bernal, en preparación).

Es así que las prácticas de crianza representan el factor más poderoso por medio del cual la familia modifica y mantiene el ajuste socioemocional de los hijos. Aunado a ello, estas prácticas son las que matizan las relaciones padres-hijos y entre hermanos (Hernández-Guzmán, 1999).

Como se ha descrito, existe una variedad de prácticas parentales. De acuerdo con Gaxiola, Frías, Cuamba, Franco y Olivas (2006) la variabilidad en estas prácticas se debe a la cultura en donde se desarrolla cada estudio, ya que la familia se encuentra dentro de un sistema sociocultural que puede influir en los estilos y prácticas de crianza de los hijos debido a las creencias que prevalecen sobre la afectividad de ciertas estrategias educativas, o a las metas y expectativas con relación a las interacciones entre padres e hijos.

Existe una amplia tradición en el estudio de las relaciones entre padres e hijos. Estos estudios representan al modelo tradicional de socialización familiar, caracterizado por una exclusividad (los padres son los únicos agentes implicados) y unidireccionalidad (son los únicos que influyen en los hijos, pero no al contrario). Los autores que se han encargado de desarrollar este modelo, han identificado y clasificado las conductas de parentalidad en forma de categorías y dimensiones. Por otro lado, recientemente se ha desarrollado un nuevo enfoque para entender con más detalle las relaciones familiares, denominado modelo de construcción conjunta o de

influencias múltiples (Palacios, 1999). Este enfoque destaca dos premisas fundamentales: (1) las relaciones entre padres e hijos son bidireccionales y (2) las prácticas parentales sólo son eficaces si se adecúan con la edad de los hijos y promueven su desarrollo. Algunos trabajos recientes han retomado esta propuesta y han diseñado algunos instrumentos psicométricos que dan cuenta de estas ideas (Betancour & Andrade-Palos, 2007; Jiménez, Hernández-Guzmán & Reidl, 2001). Sin embargo, de acuerdo con los objetivos del presente trabajo, se utilizará el modelo tradicional de socialización.

En general, hasta aquí se ha descrito la importancia de la familia en el proceso de socialización del niño y las relaciones que entablan los padres con sus hijos como son el apego y la crianza, además de la identificación de estilos y prácticas parentales que los padres adoptan durante la crianza en el desarrollo sus hijos. Pero es necesario preguntarse qué variables influyen para que los padres tengan cierto estilo o prácticas parentales. La literatura especializada ha reportado que existen variables como el conflicto marital, el estrés en la crianza y la sintomatología depresiva o depresión en los padres –principalmente en la madre–, creencias en los padres, disfunción familiar, abuso de sustancias por parte de algunos padres, que influyen de manera negativa en la crianza. En el siguiente apartado se describirá una de estas variables que es un problema de salud pública que se presenta comúnmente en las mujeres: la sintomatología depresiva o depresión clínica.

CAPÍTULO 3

Depresión materna

Cuando se utiliza el término depresión pareciera que se está hablando de un problema que el ser humano ha padecido alguna vez en el transcurso de un día, una semana o a lo largo de su desarrollo. Sin embargo, es necesario resaltar que a veces se utiliza este término de manera equivocada.

El término depresión se utiliza principalmente de dos formas: mundano-popular y técnico-clínico (Pérez & García, 2001). En la primera, se usa para referirse a un estado emocional personal, regularmente de tristeza por alguna experiencia subjetiva (e.g. pérdida del empleo, de un ser querido, ruptura sentimental, etc.) que podría ser considerada “normal”. Mientras que en la segunda, los profesionales del área de la salud mental lo utilizan para referirse a un problema de esa área, que afecta a diversas poblaciones, además de contar con síntomas particulares para su identificación, explicación, tratamiento e investigación. Cuando la tristeza que se experimenta tiene una duración prolongada, acompañada de otros síntomas; además de generar una limitación en su vida personal y social es posible que ya se esté hablando de una depresión. En el presente trabajo, se utilizará el término depresión desde una visión técnico-clínica. A lo largo de este capítulo se describirá el concepto de la depresión, su prevalencia en población de mujeres; los factores etiológicos del problema para esta población y las investigaciones directamente relacionadas con las variables de los capítulos anteriores: la psicopatología infantil y las prácticas parentales.

3.1 Concepto de depresión.

Como ya se mencionó, el término de depresión se utiliza muy a menudo en un lenguaje popular para describir vivencias, pero la depresión va más allá de la tristeza que una persona pueda experimentar. Los profesionales ocupan este término para referirse a una compleja respuesta emocional ante la pérdida; pero no una emoción en concreto, sino como un producto de la pena y de una sensación de desesperanza. Sin embargo, es una combinación de varias emociones, como la tristeza, el enojo –normalmente dirigido hacia uno mismo–, ansiedad y culpabilidad (Lazarus & Lazarus, 2000).

De acuerdo con Kazdin (2000), la depresión ha sido conceptualizada como un trastorno del estado de ánimo donde se experimenta una falta de interés y placer en las actividades cotidianas, pérdida o ganancia significativa de peso, insomnio o sueño excesivo, falta de energía, incapacidad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

La depresión es uno de los trastornos que se encuentra dentro de la clasificación del DSM-IV-TR (APA, 2005). Este trastorno forma parte del grupo de los trastornos del estado de ánimo que involucran alteraciones emocionales graves y duraderas que van del júbilo a una depresión severa.

En el grupo de los trastornos del estado de ánimo del DSM-IV-TR (APA, 2005), existen varios tipos de trastornos depresivos. Estos trastornos difieren uno del otro en la frecuencia en que ocurren los síntomas depresivos y la variedad de los síntomas, estos son:

- ***Trastorno depresivo mayor.***

Es la depresión diagnosticada más a menudo y de mayor gravedad. Los criterios del DSM-IV-TR, indican que se trata de un estado de ánimo que dura al menos dos semanas e incluye

síntomas cognoscitivos (como sentimientos de minusvalía y de indecisión) y funciones físicas perturbadas (patrones de sueño alterados, cambios significativos del apetito y de peso o una muy notable pérdida de energía) a tal punto que la más ligera actividad o movimiento exige un esfuerzo abrumador. El episodio se acompaña por lo común de anhedonia, es decir, una marcada pérdida de interés y de la incapacidad de experimentar cualquier placer de la vida, incluidas las interacciones con la familia, los amigos, los logros laborales y escolares (APA, 2005; Durand & Barlow, 2007).

- ***Trastorno distímico.***

Comparte muchos síntomas con el trastorno depresivo mayor (e.g. estado de ánimo depresivo de manera persistente, con baja autoestima, retraimiento, pesimismo, o desesperación) pero difiere en cuanto a su curso. Los síntomas son más leves aunque permanecen más o menos sin cambios por largos periodos, al menos por dos años sin ausencia de síntomas por más de dos meses.

- ***Trastorno depresivo no especificado.***

Se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastornos depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y deprimido (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

Regularmente las personas con depresión presentan frecuentes cuadros clínicos a lo largo de sus vidas. Los presentan por más de dos semanas de manera repetida, con intervalos de

bienestar subjetivo, y re-aparición de síntomas de depresión con duración cada vez más prolongadas (APA, 2005).

En cuanto a la severidad de la depresión, el DSM-IV (APA, 2005) plantea que depende del número de síntomas de los criterios, la gravedad de los síntomas y el grado de incapacidad funcional y malestar. Por lo que se ha sugerido que existen tres tipos de depresión:

- *Depresión leve:* Se caracteriza por la presencia de sólo cinco síntomas depresivos. Además es aquella en que la persona está afligida por los síntomas, pero a pesar de ello los tolera. Mantiene sus actividades sociales y laborales, aunque le resulta difícil sobrellevarlos (e.g. problemas para dormir, cansancio, falta de concentración y apetito, ideas acerca de la muerte, etc.).
- *Depresión moderada:* Los síntomas son más intensos y perturbadores, lo que dificulta aún más la actividad social y/o laboral. Cobra más importancia la sensación de tristeza y/o el desinterés e incapacidad de disfrutar de la vida.
- *Depresión severa:* Indica un alto nivel de angustia. El funcionamiento normal, social y laboral se ve muy limitado. Las personas cercanas (e.g. familiares, amigos, etc.) reconocen un cambio marcado en la forma de ser y de comportarse de la persona (e.g. incapacidad para trabajar o para cuidar de los hijos) con este problema. Hay intento o riesgo de suicidio y puede acompañarse de otros trastornos (e.g. ansiedad, dependencia al alcohol y drogas, etc.).

3.2 Sintomatología depresiva.

Cuando se habla de sintomatología, se está hablando de la manifestación que una enfermedad o un trastorno tiene, tanto si es percibida por la propia persona (síntomas), como por el observador entrenado (signos), o si se obtienen por medio de algún tipo de prueba.

Los trastornos depresivos presentan síntomas clínicos muy diversos que varían ligeramente de un trastorno a otro, pero que se distinguen por el curso o evolución clínica de los síntomas que por los síntomas en sí.

Regularmente, la sintomatología que presenta una persona con un cuadro de depresión es una modificación en las emociones, en la cognición, en la motivación, en las actividades neurovegetativas y físicas. Beck (1967) identificó los síntomas que caracterizan a la depresión:

- ✓ Una alteración específica del estado de ánimo: tristeza, sensación de soledad, apatía.
- ✓ Anhedonia: pérdida del placer e interés en las actividades que regularmente la persona disfrutaba.
- ✓ Insomnio o hipersomnia: imposibilidad de conciliar el sueño o dormir demasiado.
- ✓ Problemas alimenticios: disminución o aumento del peso y apetito.
- ✓ Cambios en el nivel de actividad: pérdida de energía, retardo o agitación.
- ✓ Alteración cognoscitiva: concentración, memoria a corto plazo y en la capacidad para tomar decisiones.
- ✓ Aislamiento social.
- ✓ Disminución de la libido o impulso sexual
- ✓ Un concepto negativo de sí mismo, acompañado de autoreproches y autoinculpación.
- ✓ Deseos regresivos y de autocastigo: deseos de escapar, esconderse o morir.

Los síntomas descritos son concebidos como una situación patológica cuya intensidad puede variar entre leve y severa (Beck, Steer & Brown, 2006).

Pareciera que estos síntomas son únicos en un cuadro clínico depresivo. Sin embargo, actualmente se ha encontrado que entre la depresión y la ansiedad existe un solapamiento de síntomas, lo que dificulta el establecimiento de las características propias de cada cuadro clínico, debido a que los límites de ambos trastornos no son tan claros. Existen síntomas de la ansiedad que también suelen presentarse en un cuadro clínico depresivo (e.g. nerviosismo, miedo, preocupación, aprehensión, irritabilidad, agitación e inquietud) (Agudelo, Buela-Casal & Spielberger, 2007).

Lo que ha llevado a investigar más a fondo estos constructos, y con base en los resultados de las investigaciones realizadas, se han desarrollado modelos como el PANAS (The Positive and Negative Affect Schedule) (Crawford & Henry, 2004; en Agudelo et al., 2007) y el Tripartito (Watson et al., 1995), en los que prevalece el interés por diferenciar la depresión y la ansiedad sobre la base de la existencia de dos factores: Afecto positivo y Afecto negativo.

El Afecto positivo se refiere a los sentimientos placenteros en relación con el ambiente, al nivel de energía, al entusiasmo, la alerta mental, el interés y la capacidad para disfrutar; mientras que el bajo Afecto positivo se relaciona con el letargo, la fatiga, la tristeza y la soledad. Por otro lado, el Afecto negativo se define como un factor general de malestar subjetivo que recoge una amplia variedad de estados de ánimo negativos como el miedo, la ansiedad, la hostilidad, el disgusto la soledad y la tristeza (Watson, Clark, Tellegen, 1988; en Watson, Weber, Assenheimer, Clark, Stratus & McCormick, 1995).

De acuerdo a la definición estos factores, se plantea que la ansiedad correspondería a un estado de alto Afecto negativo y poca correlación con el Afecto positivo, mientras que la depresión sería un estado mixto de alto Afecto negativo y bajo Afecto positivo. Es decir, por

medio de un factor común, ambos constructos dan cuenta de estado de ánimo negativo. A pesar de ello, existen diferencias entre ambos trastornos, en cuanto a lo que se refiere a la afectividad positiva, de tal manera que las medidas que evalúan este aspecto tienden a correlacionarse negativamente y de manera consistente, con el humor y la sintomatología depresiva, pero no así con el humor ansioso, ni con los síntomas asociados a la ansiedad. Es así que la ausencia de experiencias placenteras como la anhedonia, es especialmente importante para la depresión, de tal forma que el bajo Afecto positivo puede ser un factor determinante en la distinción entre la depresión y la ansiedad (Watson et al., 1995; Agudelo et al., 2007).

3.3 Epidemiología de la depresión en mujeres.

La depresión conlleva costos importantes en términos económicos al sector salud. El tratamiento de la depresión en México oscila entre 4, 523 a 12, 256 millones de pesos al año (Lara-Muñoz, Robles-García, Orozco, Real, Chisholm & Medina-Mora, 2010). A nivel individual, la depresión ocupa el cuarto lugar entre las enfermedades más discapacitantes y se estima que para el año 2020 será la segunda causa de morbilidad (Frenk, Lozano y González-Block, 1994; en Caraveo et al., 1999a).

En los últimos años se han realizado amplios estudios epidemiológicos en diferentes poblaciones a nivel mundial y nacional para estimar la prevalencia de la depresión. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (Josué, Torres, Urrutia, Moreno, Font & Cardona, 2006), existen 10 millones de nuevos casos de depresión cada año en el mundo. Con un alta prevalencia en el adulto, con 15% de hombres y 24% de mujeres. Las edades más afectadas son entre los 18 y 45 años, que es un rango de edad donde las personas son productivas.

En lo que se refiere a México, la depresión se ha convertido en un problema de salud pública que afecta principalmente a las mujeres en la edad adulta. Ejemplo de ello, son los resultados reportados por Caraveo, Colmenares y Saldívar (1999a) en una muestra de 1, 932 participantes, donde la tasa de prevalencia de la depresión representó 7.9 por cada 100 habitantes de la Ciudad de México con edades de 18 a 64 años, siendo más frecuente en las mujeres con una tasa de 10 por cada 100 habitantes con respecto a los hombres que fue de 5.2 por cada 100 habitantes, es decir, con una razón de 2.5 mujeres por cada varón (Caraveo, Colmenares & Saldívar, 1999b).

Por otro lado, los resultados obtenidos por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora et al., 2003) con una muestra constituida por 2, 432 participantes de población adulta, arrojó una prevalencia de 9.1% de depresión, donde las mujeres son las más afectadas con el doble de prevalencia con respecto a los hombres. Mientras que la OMS (2005; en Ponce et al., 2010) coincidiendo con estos resultados, reportó que la prevalencia de la depresión en México es de 9.1% en las mujeres y 2.9% en los hombres.

En cuanto al inicio de la depresión, se ha reportado que ésta puede presentarse a cualquier edad, sin embargo se ha encontrado que a los 17 años (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz & Zambrano, 2004) las mujeres son más vulnerables, pero existe un mayor riesgo a los 32 años (Medina-Mora et al., 2003). Regularmente esta es una edad productiva y con responsabilidades familiares. Debido a ello, se supone que en el futuro un número elevado de niños crecerá en hogares donde como mínimo uno de los padres podría ser depresivo (Frenk, Lozano & González-Block, 1994; en Caraveo et al., 1999a).

La depresión es la enfermedad mental más frecuente y es una de las principales causas de discapacidad. El impacto de la depresión sobre el funcionamiento social y ocupacional, la colocan a la par de las enfermedades crónico-degenerativas incapacitantes como la diabetes

mellitus, la hipertensión arterial y la artritis reumatoide (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz & Zambrano, 2004).

Tomando en cuenta lo anterior, la presencia de sintomatología depresiva o de depresión en las madres genera consecuencias directas e indirectas en el desarrollo de sus hijos, puede afectar el desempeño de las prácticas parentales que utilizan para hacerse cargo de sus responsabilidades familiares como madre, y repercutir en la salud psicológica de sus hijos.

Después de una serie de estudios de investigación epidemiológica sobre la depresión, es indiscutible que las mujeres presentan mayor sintomatología depresiva con respecto a los hombres. Por lo que es necesario evaluar las consecuencias que conlleva para las mujeres este problema ya que, si bien la prevalencia de la depresión es baja, las consecuencias que trae consigo son graves a nivel social e individual.

3.4 Factores etiológicos de la depresión materna.

La depresión en mujeres es uno de los problemas de salud mental que más se ha estudiado recientemente a nivel mundial. Hasta el momento, en el presente trabajo se ha descrito qué es la depresión, su sintomatología, así como la prevalencia a nivel mundial y nacional. Cabe preguntarse también cuáles son los factores etiológicos o factores asociados a este problema.

Por medio de la investigación sistemática, se ha tratado de identificar las causas y los factores relacionados con este problema. Actualmente la investigación ha identificado que la etiología de la depresión se observa en tres grandes campos o factores: *biológico*, *psicológico* y *social* (historia y cultura).

- **Factores biológicos.**

La depresión y la ansiedad comparten a menudo una vulnerabilidad biológica determinada en forma genética que pueden describirse como una respuesta neurobiológica sobreactivada a los sucesos de vida estresantes. Esta vulnerabilidad biológica para desarrollar depresión es más fuerte en las mujeres que en los hombres, pero sólo entre 20 y 40% de las causas de la depresión pueden atribuirse a los genes. Para el resto, son las experiencias de vida (Barlow, 2002; en Durand & Barlow, 2007).

Los factores biológicos que influyen en la depresión, se explican por la integración de una cadena de manifestaciones neurobiológicas que afectan a la neuroquímica, la neurofisiología y neuroinmunología, y culmina en impactar sobre la plasticidad y morfología de la población neuronal del hemisferio cerebral izquierdo, con sede en el sector dorso-lateral del lóbulo prefrontal, la porción cingulada anterior, el hipotálamo, la amígdala y el hipocampo (Alonso, 2009).

De acuerdo con Alonso (2009) los mecanismos patogénicos de la depresión se inician a partir del descenso del nivel funcional de las vías neurotransmisoras de la serotonina, de la noradrenalina o dopamina, además de la exaltación glutamatérgica, colinérgica o metalonérgica, fuerzas convergentes en provocar la disfunción hipotalámica, automáticamente extendida al bloque hipotálamo-hipofisiario y al sistema inmune. Una vez que se produce la penuria del suministro de las proteínas tróficas, se deteriora la plasticidad sináptica y el trofismo de las neuronas y su arborización dendrítica. Este mecanismo se ilustra en la siguiente figura:

Figura 3.1 Mecanismos patogénicos de la depresión.

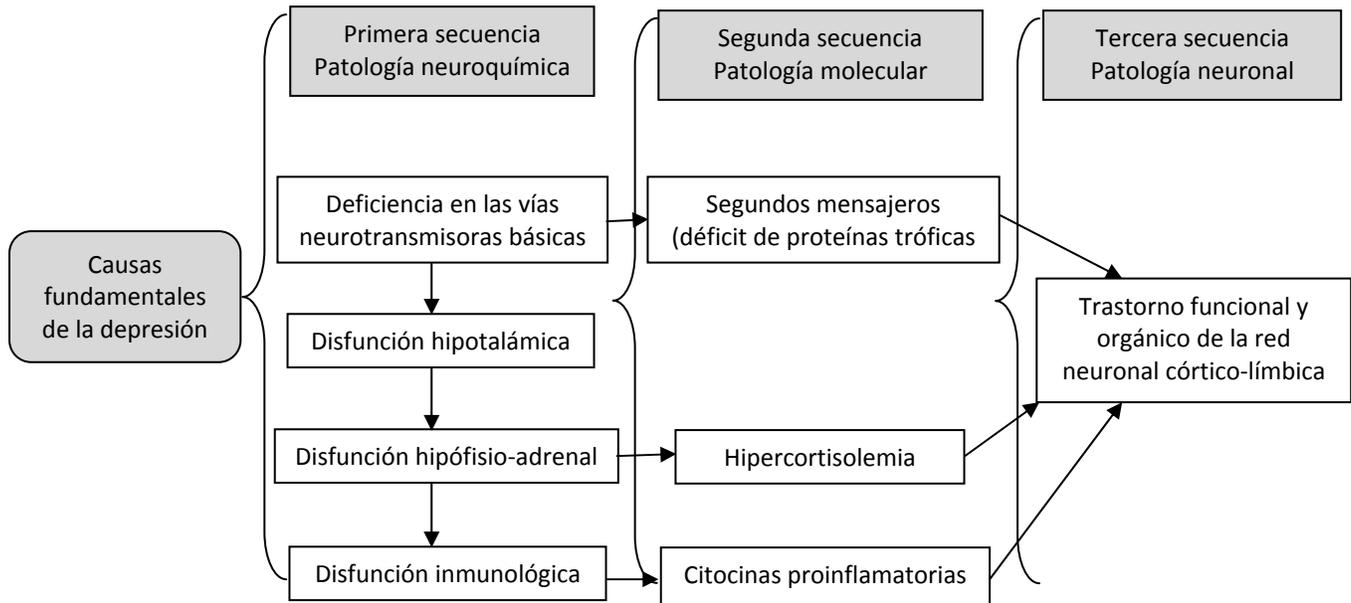


Figura 3.1. Representación de la patogenia de la depresión en tres secuencias, enlazadas entre sí en forma de cascada. Adoptado de “Las cuatro dimensiones del enfermo depresivo”, por F. Alonso, 2009, *Salud Mental*, 32, p. 444. Copyright.

Por otro lado, en estudios realizados por medio de Electroencefalograma (EEG) a pacientes con depresión, se ha encontrado que muestran una asimetría en la actividad de ambos hemisferios cerebrales. Las personas con depresión muestran una menor actividad en el hemisferio izquierdo y una actividad relativamente acelerada en el hemisferio derecho en las zonas prefrontales y frontales. La reducción de actividad en el hemisferio izquierdo se asocia con la disminución de emociones positivas y en las conductas que buscan estímulos gratificantes, mientras que el aumento de la actividad en el hemisferio derecho podría subyacer a los síntomas de ansiedad y de emoción negativa (Compas & Gotlib, 2003).

También se ha reportado que existe un factor genético para el desarrollo de los trastornos del estado de ánimo y particularmente para la depresión. Los resultados reportados de las investigaciones realizadas en familias con madres con depresión a lo largo de su vida, han

encontrado que sus descendientes tienen de dos a tres veces más probabilidades de presentar algún tipo de psicopatología (Caraveo, Colmenares & Saldivar, 1999b; Caraveo Nicollini, Villa & Wagner, 2005). Particularmente, los hijos de madres deprimidas tienen mayor probabilidad de manifestar alguna psicopatología (Bird, Gould, Yager, Staghezza & Canino, 1989; Bragado, Bersabé & Carrasco, 1999; Downey & Coney, 1990).

- **Factores psicológicos.**

Las personas que desarrollan un trastorno del estado de ánimo como la depresión, también poseen una vulnerabilidad psicológica que experimentan a manera de sensaciones de incompetencia para afrontar las dificultades que se les presentan a lo largo de la vida. Quizás esta oscile entre un conjunto que va de la confianza total a una completa incapacidad de afrontamiento (Durand & Barlow, 2007).

A través de los años, los expertos en el ámbito psicológico han tratado de explicar por qué las personas desarrollan sintomatología depresiva o un trastorno depresivo. Para ello, se han desarrollado modelos teóricos que han servido a los psicólogos para explicar, estudiar e intervenir en este problema, y que hasta la fecha siguen vigentes. Dos de las teorías más aceptadas por su respaldo empírico que explican esta vulnerabilidad son la indefensión o desesperanza aprendida de Martin Seligman y la triada cognitiva de Aaron T. Beck que a continuación se describen:

Triada Cognitiva Depresiva.

Para explicar el fenómeno de la depresión, Aaron T. Beck diseñó el modelo cognitivo que plantea la existencia de errores en el procesamiento de la información. No es una situación por sí misma la que determina lo que una persona siente sino la forma en que ella interpreta la situación.

En el caso de la depresión, Beck sugirió que ésta es el resultado de la tendencia a interpretar los sucesos cotidianos de manera negativa. Las personas que la presentan, atribuyen lo peor de todo ante cualquier situación, por más insignificante que sea, para ellas son las peores catástrofes (Durand & Barlow, 2007).

En concordancia con esta idea, en Inglaterra se realizó un estudio de sucesos estresantes de vida (Brown, 1989; en Durand & Barlow, 2007); de acuerdo con los resultados de este estudio, son importantes tanto el suceso estresante, así como contexto del suceso y el significado que le pueden dar las personas al suceso, para que atribuyan el suceso o la situación como una catástrofe o una fortuna. En la siguiente figura se resume esta idea:

Figura 3.2 Modelo de G. W. Brown.

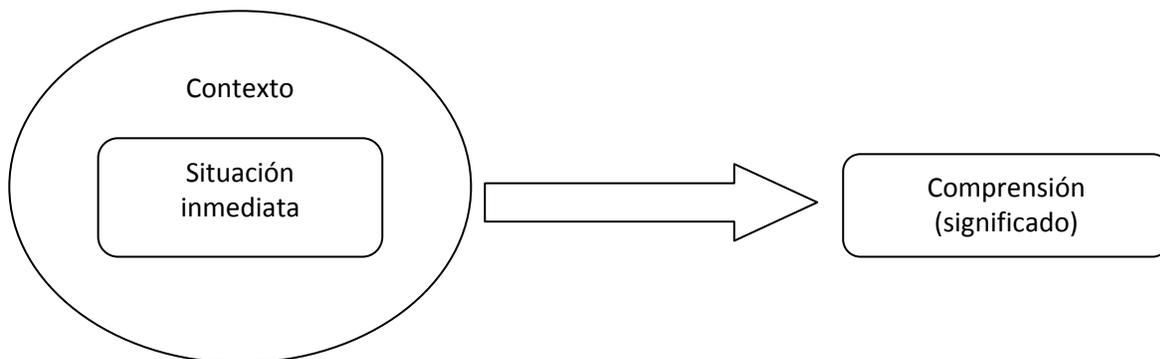


Figura 3.2. Contexto y significado de situaciones de vida estresantes de acuerdo con G. W. Brown. Adaptado de “Psicopatología. Un enfoque integral de la psicología anormal”, por V. M. Durand y D.H. Barlow, 2007, p. 232. Copyright por Thomson.

Sin embargo, aunque el contexto y el significado a menudo son más importantes que la misma naturaleza del suceso, existen algunos eventos que probablemente conduzcan al desarrollo de la depresión (e.g. ruptura de una relación, pérdida de un ser querido).

Por otro lado, Beck observó en su trabajo clínico que todos sus pacientes con un cuadro clínico de depresión pensaban de manera catastrófica y cometían errores al interpretar algún suceso de su vida, por lo que comenzó a clasificar los “errores cognitivos”, éstos se refieren a

percepciones erróneas, errores en la lógica, o atribuciones erróneas, que caracterizan esta interpretación (Beck, 2001). Tales errores los enlistó de la siguiente manera:

- ✓ Inferencia arbitraria. Se refiere a llegar a una determinada conclusión en ausencia de datos que la apoyen y puede que los hechos sean contrarios a la situación.
- ✓ Abstracción selectiva (filtro mental). Es centrarse en un detalle específico extraído de su contexto, ignorando otras características más importantes de la situación.
- ✓ Generalización excesiva. Se refiere a elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones ajenas.
- ✓ Magnificación y minimización. Son errores cometidos al evaluar la magnitud de un acontecimiento.
- ✓ Personalización. Se refiere a la tendencia y facilidad de la persona para atribuirse a sí misma fenómenos externos cuando no existe ninguna base para realizar dicha conexión.
- ✓ Pensamiento absolutista dicotómico (pensamiento de “todo” o “nada”). Es la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas (e.g. bueno-malo).
- ✓ Pensamiento catastrófico. Es predecir el peor resultado posible ignorando las eventualidades más probables.

De acuerdo con Beck (1967; en Beck, 2001), las personas que se deprimen piensan de este modo la mayor parte del tiempo. Cometan errores cognitivos al pensar negativamente acerca de ellos mismos, de su mundo inmediato y de su futuro, tres aspectos que en su conjunto se denominan Triada cognitiva depresiva.

Cuando la respuesta conductual confirma estos errores cognitivos, se perpetúa un círculo vicioso y aumenta aún más las cogniciones distorsionadas (Wright, 1988; en Wright & Beck, 2009). Esta idea se ilustra en la siguiente figura:

Figura 3.3 Modelo de la psicoterapia cognitiva.

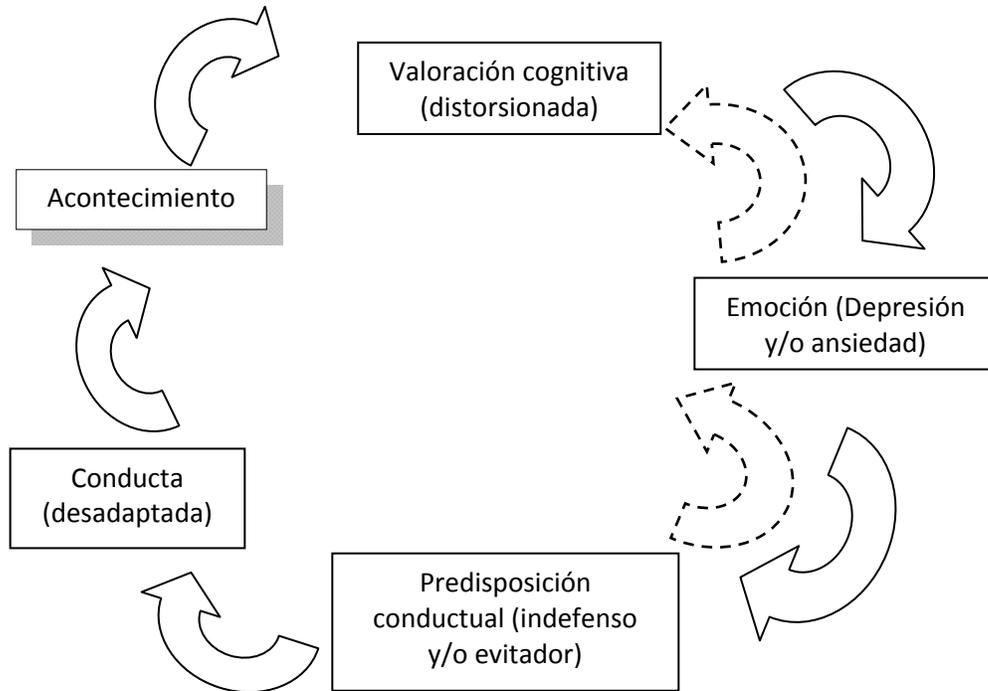


Figura. 3.3. Modelo explicativo para los problemas emocionales como la depresión de Wright (1988). Adaptado de “Terapia cognitiva”, por J. Wright & A. T. Beck, 2009, p. 1135. Copyright por Elsevier.

Es probable que la tristeza aparezca cuando un suceso (o el recuerdo de un suceso) es percibido de un modo negativo (como el caso de una pérdida, una derrota o un rechazo), pero también la tristeza puede intensificar la distorsión cognitiva del suceso (Wright & Beck, 2009).

Desesperanza o indefensión aprendida.

El modelo de la desesperanza o indefensión aprendida de Martin Seligman, se desarrolló a raíz de que en uno de sus experimentos, Seligman (1975; en Seligman, Klien & Miller, 1982) descubrió

que los perros y las ratas tienen una interesante reacción emocional ante los sucesos sobre los que no poseen ningún control. En experimento con ratas, descubrió que si estos animales recibían descargas eléctricas ocasionales, pueden actuar de una manera adecuada para afrontar las descargas haciendo algo para evitarlas (e.g. presionar una palanca). Pero si aprenden que nada de lo que hagan les ayuda a evitarlas, terminan finalmente indefensas, se rinden y manifiestan un equivalente animal de la depresión.

Seligman sugiere que ocurre algo similar en los seres humanos, pero sólo con una condición importante: las personas se vuelven ansiosas y se deprimen cuando deciden o hacen la atribución de que no tienen ningún control sobre el estrés que hay en su vida.

Los hallazgos de Seligman se convirtieron en el paradigma denominado Modelo de la Indefensión o Desesperanza Aprendida. Este modelo se basa en dos conceptos: el desamparo aprendido y el estilo explicativo o atributivo. El desamparo aprendido es la reacción de darse por vencido, a no asumir ninguna responsabilidad y a no responder como consecuencia de las creencias que se adopten. Mientras que el estilo explicativo o atributivo, se refiere a la forma que por lo general elegimos para explicar a nosotros mismos por qué suceden las cosas que experimentamos en nuestra vida diaria. Este estilo es el modulador del desamparo aprendido.

Cabe destacar que, de acuerdo a Duran y Barlow (2007) el estilo atributivo es:

- a) Interno, en cuanto la persona atribuye sucesos negativos a defectos personales (“todo es mi culpa”).
- b) Estable, aún después de transcurrido el suceso negativo en particular, permanece la atribución de que “las cosas malas que pasan siempre serán culpa mía”.
- c) Global, las atribuciones se generalizan a una amplia variedad de aspectos.

Con base en lo anterior, el modelo de la indefensión o desesperanza aprendida sirve como una explicación de la depresión, ya que las personas con depresión (indefensas) tienden a ver las situaciones adversas en su vida diaria como acontecimientos que no pueden controlar. Además de atribuir de manera pesimista esos sucesos.

- **Factores sociales.**

A lo largo de los años, los investigadores expertos en el tema han identificado diversos factores sociales que se asocian con la depresión como lo son las variables sociodemográficas, los eventos relacionados al ciclo vital (p.eg. separaciones y pérdidas de seres queridos), la cultura y las relaciones familiares, entre otros. A continuación se describirán estas variables enfocadas principalmente a las mujeres.

En un estudio realizado por Caraveo, Colmenares y Saldivar (1999a) con población adulta, se encontraron variables sociodemográficas relacionadas con la depresión como la edad, la escolaridad, el estado civil y el nivel socioeconómico. De acuerdo a los resultados reportados, las personas que con mayor frecuencia presentaron depresión fueron de edades de 45-54 años (10%), 35-44 años (9.6%), y 55 años (9.4%); las personas con una baja escolaridad, de 1 a 6 años (11.2%), 10-12 años (9.2%) y las personas sin escolaridad (7.2%); las personas con estado civil viudo (22.9%), separado (12.4%), y divorciado (10.1%). Al igual que las personas con un ingreso mensual de \$1,000-\$1,900 (10.9%), de 13,000 o más (8.8%), y de \$2,000-3,900. Las mujeres fueron las más afectadas independientemente de la edad, la escolaridad, el estado civil y el nivel socioeconómico.

Por otro lado, se sabe que las enfermedades crónicas están relacionadas con el desarrollo de la depresión, alrededor del 30% de las personas que padecen enfermedades como la demencia,

diabetes, afección cardíaca e insuficiencia renal, presentan sintomatología depresiva o una depresión clínica, al igual que las personas que tienen una dependencia al alcohol, al tabaco y a otras sustancias (Secretaría de Salud, 2002a). La misma enfermedad se vuelve un factor estresante, y el modo en cómo afronte tal situación puede desarrollar un trastorno depresivo.

Otras situaciones que son estresantes para las personas y que pueden desarrollar depresión son las relaciones personales infelices, el hecho de ser padres (depresión posparto), un divorcio/separación, fracaso laboral, desempleo, jubilación, el estar en la etapa de la tercera edad, la muerte de un ser querido y el que los hijos se vayan de casa (Priest, 1992).

Algunas mujeres pueden experimentar “melancolía materna” (*baby blues*) inmediatamente después del parto, debido a los cambios hormonales y físicos que lo acompañan o bien a la presencia de una historia de episodios depresivos previos, el ser madre soltera, tener dificultades en las relaciones interpersonales, tener poco apoyo social durante el embarazo, el parto y el periodo inmediato al posparto (Campbell, 2010).

En cuanto a los problemas en las relaciones personales estresantes asociados a la depresión en mujeres, los que se presentan en el contexto familiar representan un papel trascendente. Se ha identificado que si en la dinámica familiar existen problemas como algún trastorno mental en los hijos, algún trastorno en el cónyuge, niveles altos de disfunción y discordia marital y parental, así como eventos de la vida que generan altos niveles de estrés, éstos contribuyen para el curso de la depresión en mujeres casadas y con familia (Hammen, 2004).

Beach y O’leary (1990; en García, 2002); Bruce y Kim (1992; en Durand & Barlow, 2007) plantearon que, si bien los porcentajes de depresión en las mujeres casadas son relativamente bajos, si existe una insatisfacción marital por parte de la esposa, la probabilidad de que presente síntomas depresivos se eleva hasta un 50%. Aunado a ello, si una esposa tiene

problemas maritales tiene un 25% más de probabilidades de deprimirse a comparación con las que no los tienen.

Siguiendo con los problemas de la relación de pareja, es posible que además de la presencia de conflicto marital, el bajo apoyo social también genere depresión en mujeres (Gottlib & Beach, 1995; en Durand & Barlow, 2007). Esta hipótesis surge a partir de estudio realizado por Brown y Harris (1978; en Durand & Barlow, 2007) en un gran número de mujeres que habían experimentado una tensión de vida grave, descubrieron que sólo se deprimió el 10% de las que contaban con alguna persona en la que podían confiar, en comparación con un 37% de las que no tenían una relación de apoyo cercana.

De acuerdo a lo anterior, se ha planteado que la interacción de la relación de pareja es un contexto donde la depresión puede desarrollarse, pero los hombres tienen mayor resistencia a la depresión que las mujeres (Coyne, 1987; en García, 2002). Debido a que las mujeres tienen una mayor vulnerabilidad biológica y psicológica como ya se explicó; pero además de estos dos factores, existe otro que también tiene un peso importante: el cultural.

Los roles asignados en cada sociedad repercuten en los problemas de salud mental. A los hombres se les motiva marcadamente a ser independientes, dominantes y asertivos. En contraste, se espera que las mujeres sean más pasivas, sensibles con los demás y que confíen más en los otros a diferencia de los hombres (Durand & Barlow, 2007).

En México, los estudio clásicos de Díaz-Guerrero (1982, 1984, 1990; en Díaz-Guerrero, 1995) plantearon, de igual forma, que la cultura representa un papel importante para el desarrollo de la psicopatología, ya que en la cultura mexicana se tienen creencias específicas acerca del rol que debe tener tanto la mujer como el hombre, y éstas pueden llegar a desarrollar psicopatologías particulares. En el caso de la mujer, las Premisas-Histórico-Socioculturales (PHSCs), sobre todo

la abnegación y el sacrificio están fuertemente relacionadas con la tristeza y la ansiedad que pueden llegar a ser patológicas.

Hasta el momento, no existe un factor específico que esté asociado al desarrollo de depresión en las mujeres; existen múltiples factores que son biológicos, psicológicos y sociales. Por lo que es necesario integrar los elementos asociados que se han encontrado y aportado a través de las investigaciones de las diversas áreas de conocimiento para entender, explicar y atender la sintomatología depresiva o en dado caso, el trastorno depresivo.

Por ello, es necesario analizar este problema de salud pública desde una visión integral. Durand y Barlow (2007) han propuesto el modelo integral de los trastornos del estado de ánimo. Este modelo se ilustra en la figura 3.4. Este modelo aporta una visión integral de los factores biológicos, psicológicos y sociales que se han descrito para explicar la presencia de depresión. Las personas que experimentan un trastorno del estado de ánimo –específicamente la depresión–, tienen una vulnerabilidad biológica (e.g. hijos de padres con depresión o con algún otro trastorno, etc.) y psicológica (e.g. ideas y pensamientos catastróficos, atribuciones cognitivas erróneas, etc.) que se activan cuando se presentan eventos estresantes (e.g. separación o pérdida de un ser querido, situación económica, etc.), generando una sintomatología particular que se perpetúa con los problemas en las relaciones interpersonales que sostengan (e.g. falta de apoyo social, conflicto marital, etc.), las ideas y atribuciones que se tengan sobre los sucesos que se viven y la descompensación o sobre activación de neurotransmisores.

Figura 3.4 Modelo Integral de los trastornos del estado de ánimo.

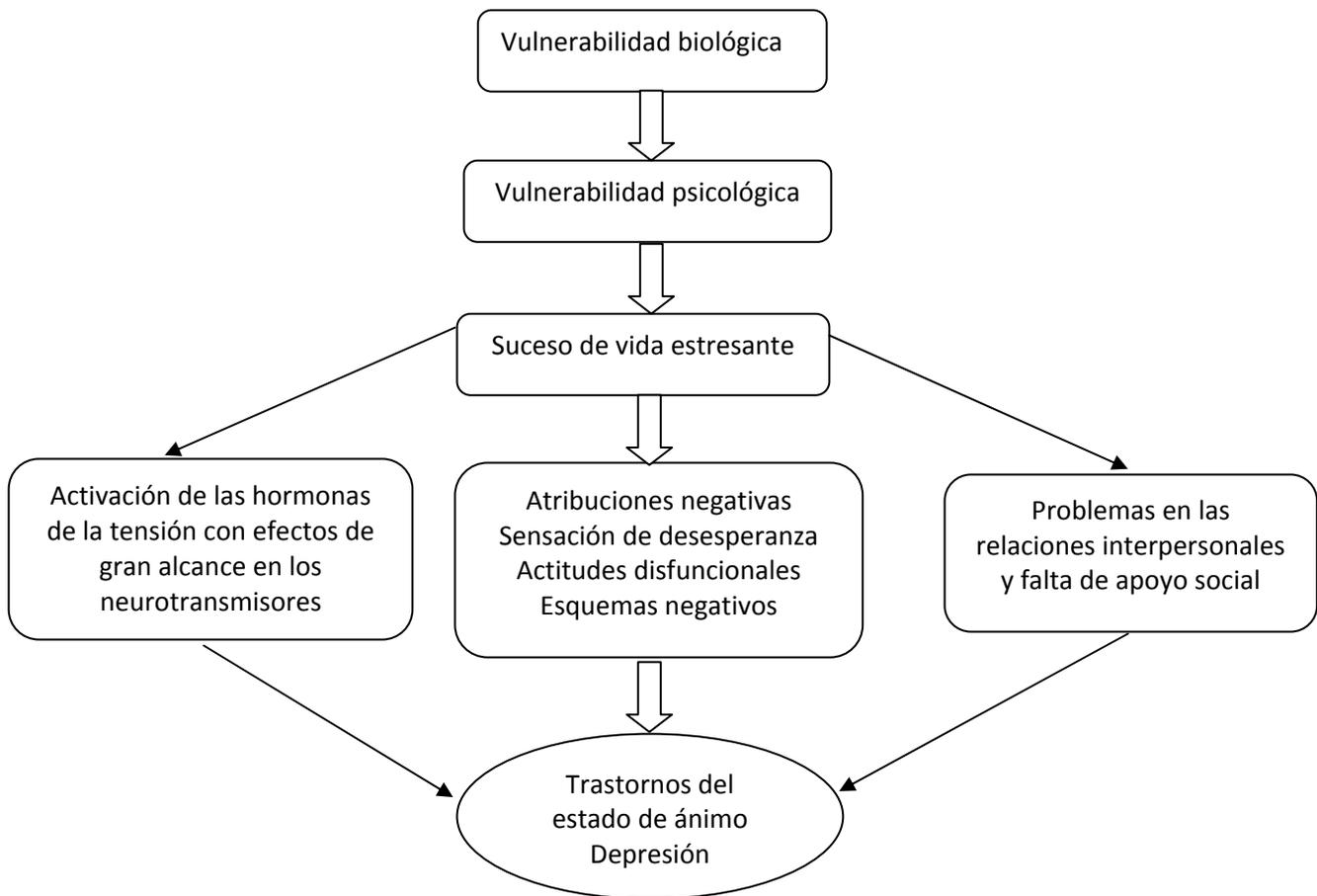


Figura 3.4. Modelo que integra los factores que influyen en el desarrollo de trastornos del estado de ánimo como la depresión. Adaptado de “Psicopatología. Un enfoque integral de la psicología anormal”, por B. Durand & D. Barlow, 2007, p. 239. Copyright por Thomson.

Hasta aquí se ha descrito de manera general el concepto de depresión, su sintomatología, epidemiología y los factores que suelen provocarla en mujeres que cuentan con su propia familia. Pero cabe preguntarse qué efectos tiene la presencia de sintomatología depresiva en madres sobre la salud mental de los hijos que se encuentran en edad escolar y sobre la responsabilidad de la crianza de los mismos.

CAPÍTULO 4

Depresión materna, prácticas parentales y psicopatología infantil

La literatura especializada ha reportado evidencia de que existe una fuerte relación entre la sintomatología depresiva o depresión materna y las prácticas parentales negativas que adoptan las madres para la crianza de sus hijos. Asimismo se ha reportado una relación entre la depresión materna y la psicopatología infantil (problemas internalizados y externalizados). Por otro lado, existe evidencia de que las prácticas parentales negativas se relacionan con la psicopatología infantil.

Dos variables que influyen en la salud mental de los niños son la sintomatología depresiva o depresión materna y las prácticas parentales. Como ya se explicó, la psicopatología infantil puede desarrollarse por diversos factores. Por ello es necesario desarrollar una investigación más integral con el fin de entender mejor las relaciones existentes. Por ejemplo, en la afirmación de la existencia de la relación entre la depresión materna y la psicopatología infantil, deben tomarse en cuenta las relaciones entre la depresión materna y prácticas parentales, así como las prácticas parentales y la psicopatología infantil, que de alguna forma pudiesen explicar de manera más completa su interacción. A continuación se describirán los estudios que plantean estas relaciones y que dan sustento al planteamiento del presente trabajo.

4.1 Depresión materna y prácticas parentales.

Debido a que la depresión es un problema de salud mental por la incapacidad que genera, se ha supuesto que las madres que presentan sintomatología depresiva o depresión clínica –por la misma condición–, reflejan un funcionamiento familiar inadecuado que genera problemas

específicamente en la relación marital y en las responsabilidades familiares como la crianza de los hijos.

En un estudio realizado por Wells y colaboradores (1989; en Vázquez & Siles, 1999) con una muestra de más veinte mil pacientes, encontraron que una persona deprimida funciona peor que personas con otras enfermedades como la diabetes, asma, etcétera. Además, este mal funcionamiento se extiende a la vida laboral, social, familiar y marital.

Se ha reportado que las madres deprimidas, en comparación con madres no deprimidas, tienen más interacciones negativas, menos positivas, menos verbalización, menos acercamiento y más conductas evitativas hacia sus hijos (Fritsch, Montt, Solís, Pilowsky & Rojas, 2007). Asimismo, cuando las madres son depresivas, existe poca probabilidad de que tengan una relación positiva, buena comunicación con sus hijos o emplear estrategias proactivas de disciplina (Lyons & Wolfe, 2000; en Riley, Coiro, Broitman, Colantuoni, Hurley, Bandeen, et al., 2009).

En un estudio longitudinal de 4 años, con una muestra de 199 madres con depresión que tenían hijos de 3 años de edad y que presentaban problemas de conducta, con los propósitos de examinar si la depresión en madres predecía la crianza de los hijos a través de los años preescolares, así como observar los cambios ocurren en la crianza en esos años, se encontró que estas madres también tienen mayor probabilidad de incrementar reacciones exageradas hacia la conducta del niño y una menor disciplina con el tiempo. Las madres con un promedio alto de sintomatología depresiva suelen reaccionar de forma exagerada, con menor disciplina, y menor afecto cuando sus hijos cumplieron los seis años de edad (Errazuriz, 2008).

Otros estudios han encontrado que las madres con depresión emplean menos conductas parentales positivas y más conductas parentales negativas. Específicamente, durante la interacción con su hijo, estas madres exhiben menos afectos positivos, responden con menor consistencia, y participan con un menor número de vocalizaciones en la interacción con su hijo

en comparación con las madres no deprimidas. También muestran más afectos negativos, son más hostiles, irritables, críticas y presentan una mayor crianza coercitiva (Lovejoy et al., 2000; en Gerdes, Hoza, Arnold, Pelham, Swanson, Wigal et al., 2007).

Aunque la relación entre la depresión materna y la crianza es clara, para tratar de explicar esta relación con más detalle, se han evaluado algunas variables que median esta relación. Gerdes et al. (2007) han identificado que el estrés parental, el locus de control en la madre, la baja autoestima y la eficacia en la crianza son posibles mediadores de la relación entre la depresión materna y la crianza de los hijos.

4.2 Depresión materna y psicopatología infantil.

Algunas de las investigaciones clásicas como las de Rutter (1972, 1984, 1995; en Vázquez & Siles, 1999) han arrojado evidencia sobre las relaciones entre la psicopatología infantil y la adulta. Estos estudios evidenciaron que los problemas de salud mental parentales aumentaban la probabilidad de aparición de trastornos emocionales y conductuales en los hijos. Asimismo, Brady y Kendall (1992; en Vázquez & Siles, 1999) encontraron que los niños de padres depresivos, alcohólicos o con un trastorno de ansiedad, tenían un riesgo mayor para desarrollar problemas emocionales y conductuales.

Aunque algunos estudios han propuesto que la depresión tanto en madres como en padres afecta el funcionamiento psicológico de sus hijos, de acuerdo a un meta-análisis de 134 muestras elaborado por Conell y Goodman (2002; en Goodman, 2007), con un total de más de 60,000 diadas padre-hijo, mostró que tanto los problemas internalizados como los externalizados tienen una relación más estrecha con la depresión materna en comparación con la depresión de los padres.

En lo que se refiere a la depresión en madres, estudios clásicos (Downey & Coyne, 1990; en Goodman & Gotlib, 1999) también han evidenciado que los hijos de esas madres tienden a desarrollar una mayor vulnerabilidad a determinadas patologías como la misma depresión infantil, así como a un deterioro en el funcionamiento social y escolar.

Estudios desarrollados recientemente han apoyado esta aseveración. De acuerdo con Goodman y Tully (2006; en Goodman, 2007) la depresión materna está asociada no sólo con los problemas emocionales de sus hijos, sino también con problemas de conducta y una amplia gama de problemas afectivos, cognitivos, interpersonales, neuroendócrinos y del funcionamiento cerebral. Estos niños suelen mostrar mayor afectividad negativa, agresión descontrolada y suelen ser más emocionales (Field, 1992; Zahn-Waxler et al., 1984; en Goodman, 2007).

También se ha reportado que los hijos de madres depresivas muestran signos tempranos de vulnerabilidad cognitiva para la depresión, incluyendo mayor probabilidad de culpa en los resultados negativos, un mayor estilo atribucional negativo, menor probabilidad de recordar adjetivos positivos de autodescripción y presentar un concepto inferior de sí mismo (Anderson & Hamemn, 1993; en Goodman, 2007).

Denhan (1989; en Hernández-Guzmán, 1999) propuso que la tristeza y el enojo maternos representan fuentes de ansiedad para el niño que dañan su funcionamiento socioemocional, por lo que la depresión materna se ha asociado con trastornos de ansiedad (e.g. fobia social, ansiedad por separación) en niños y problemas externalizados (e.g. trastorno por déficit de atención, trastornos de conducta disruptiva, agresividad) que comienzan en la edad preescolar y suelen permanecer hasta la edad escolar y la adolescencia. Algunas investigaciones han encontrado también que el riesgo es mayor para las niñas que para los niños (Biederman et al., 2001, Weissman et al., 1984; en Goodman, 2007).

Por otro lado, estudios realizados en Chile (Cova, Maganto & Melipillán, 2005; Fritsch, Montt, Solís, Pilowsky & Rojas, 2007) con madres que tenían hijos de edad escolar, cuyo propósito fue evaluar la relación entre la depresión materna y la psicopatología infantil, utilizando las escalas de T. Achenbach como el *Child Behavior Checklist (CBCL)*, *Teacher Report Form (TRF)* y *Youth Self Report (YSR)* para evaluar la psicopatología infantil; la *Escala de Adversidad Familiar*, la *Escala de Depresión de Hamilton*, la *Mini International Neuropsychiatric Interview* para evaluar depresión en madres; los resultados encontrados reportaron datos de suma importancia, se destaca que: (1) existen diferencias significativas en el reporte de los problemas del infante, entre el de la madre, el profesor y del propio niño, dato que coincide con otros estudios realizados (Compas, Phares, Banez & Howell, 1991; De los Reyes & Kazdin, 2005); y (2) en los análisis de regresión, la depresión materna es buen predictor de los síntomas internalizados y externalizados infantiles pero sólo con el reporte de la madre y no con el reporte del profesor y del propio niño. Lo que sugiere de acuerdo a los autores, que las madres tienden a sobreestimar ligeramente los síntomas de los problemas internalizados y externalizados de sus hijos. O bien, existen otras variables que representen un rol mediador entre la relación depresión materna y psicopatología infantil. Ante ello, surgen dos preguntas claves en el desarrollo de futuras investigaciones: (1) cómo se transmite el riesgo al hijo de una madre con depresión para que desarrolle algún problema psicológico, y (2) por qué algunos niños que tienen padres con algún trastorno mental, no presentan algún tipo de psicopatología.

La respuesta a la última pregunta se presentará en el capítulo 5. En cuanto a la respuesta a la primer pregunta, el modelo integrador de la transmisión de riesgo para los niños de madres depresivas (Goodman & Gotlib, 1999) ilustrado en la figura 3.5, plantea que existe una organización de los mecanismos (variables mediadoras) individuales y de interacción que podrían explicar e intensificar la asociación entre la depresión materna y el desarrollo de problemas

internalizados y externalizados, así como otros trastornos en los niños. En este modelo se proponen cuatro mecanismos fundamentales: heredabilidad, mecanismos neuroregulatorios disfuncionales innatos, la exposición a cogniciones, conductas y sentimientos desadaptativos o negativos de la madre; y la exposición a situaciones estresantes. La identificación de estos mecanismos es un tema central para la comprensión del proceso por el cual la depresión materna tiene efectos sobre el desarrollo de la psicopatología en sus hijos, así como las limitaciones sociales que suelen presentar.

Los efectos que tiene la depresión materna sobre la salud mental en los niños son evidentes. De acuerdo a los resultados obtenidos por Hammen (1991, 1992; en Vázquez & Siles, 1999), cerca del 40% de las mujeres con depresión habían tenido una elevada tasa de progenitores –en especial la madre– también deprimidos. Por lo que no se puede minimizar la presencia de un padre con depresión en el desarrollo del niño.

De acuerdo con la literatura, es indiscutible que existe una relación entre la depresión materna y la psicopatología infantil, sin embargo esta asociación puede estar mediada por otras variables psicológicas como el conflicto parental, o las prácticas parentales.

Figura 4.1 Modelo Integrador de la Transmisión de Riesgo para los niños de madres depresivas.

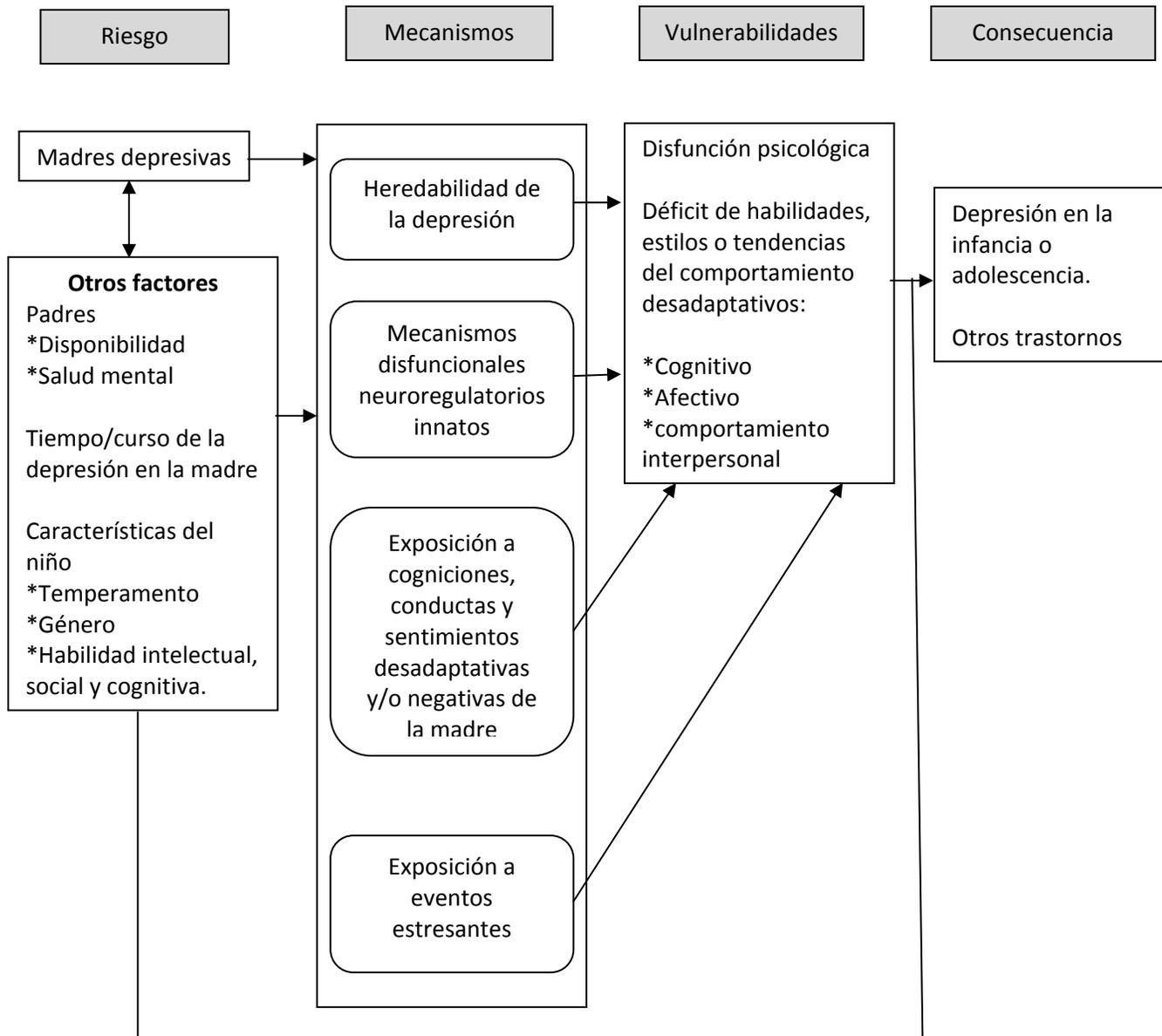


Figura 4.1. Adaptado de “Risk for psychopathology in the Children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmisión”, por S.H. Goodman & I. Gotlib, 1999, *Psychological Review*, 106, p. 46. Copyright por la American Psychological Association.

4.3 Prácticas parentales y psicopatología infantil.

Existen datos sólidos que sugieren que la crianza tiene efectos importantes sobre una variedad de desenlaces en el infante, que incluyen desde variaciones en el contexto del funcionamiento

adaptativo, el desarrollo psicológico saludable y el éxito en la escuela, hasta el desarrollo de psicopatologías como el uso de drogas, el comportamiento agresivo y problemas de ansiedad en niños y adolescentes (Márquez-Caraveo, Hernández-Guzmán, Aguilar, Pérez & Reyes, 2007). A continuación se describirán algunos estudios que han reportado una fuerte asociación entre los estilos de crianza o parentales, y las prácticas parentales o de crianza con la psicopatología infantil.

El estilo autoritario de los padres se ha asociado con una mejor capacidad intelectual en los niños (Zern & Stern, 1983; en Hernández-Guzmán, 1999). Sin embargo, este estilo ofrece escasas oportunidades a que el niño adquiera estrategias de afrontamiento adecuadas, como las habilidades sociales. Además, cuando se mezclan castigos físicos y expresiones emocionales negativas tiende a asociarse con agresividad infantil (Hernández-Guzmán, 1999).

Corroborando esta idea, el estudio longitudinal de tres años por medio de observación directa y llenado de instrumentos realizado por Ayala, Pedroza, Morales, Chaparro y Barragán (2002) con niños en edad escolar que presentaban agresividad, cuyo propósito fue identificar los factores de riesgo que predicen la agresividad en el niño en diferentes escenarios; arrojó como resultado que estos factores fueron, principalmente, conductas que los padres tenían hacia sus hijos como el proporcionarle indicaciones inespecíficas y agredirlo, así como una disciplina irritable-explosiva para controlar al niño, la falta de competencia de los padres y la incapacidad para desempeñar su rol de padres.

También se ha reportado que los niños que experimentan rechazo por parte de sus padres en alguna de sus tres formas (hostilidad y agresividad, indiferencia y negligencia, y rechazo indiferenciado) tienden a reaccionar con manifestaciones hostiles y agresivas, muestran escasa confianza tanto en otras personas como en sus sentimientos de estima, aceptación y competencia como fuente de seguridad, confianza y apoyo. Además, son negativos, poco responsivos

emocionalmente y su percepción del mundo es de un lugar inseguro, amenazantes y hostil (Gracia, Lila & Musitu, 2005).

De acuerdo con Quiroz, Villatoro, Juárez, Gutiérrez, Amador y Medina-Mora (2007), muchas veces los padres que fueron maltratados por sus propios padres, maltratan a sus hijos cayendo así en un círculo vicioso donde se repiten las experiencias desagradables que vivieron como la hostilidad, rechazo, falta de comunicación, inestabilidad, etcétera. Estos autores realizaron un estudio para evaluar la relación de un ambiente familiar hostil y la presencia de conducta antisocial en adolescentes. Los principales predictores familiares de la conducta antisocial fueron: mayor presencia de hostilidad y rechazo, menor comunicación, menor apoyo y mayor presencia de disciplina negativa y negativa severa. Pero si en la infancia se proporciona un ambiente familiar óptimo y se logra mantener con relaciones intrafamiliares de verdadero afecto, el adolescente convierte a los padres en sus guías y orientadores. Mientras que los padres autoritarios que además combinan prácticas de restricción, suelen incrementar la timidez, dependencia, ansiedad, miedo y reserva de sus hijos, también se disminuyen sus habilidades funcionales y emocionales (Hart et al., 1997; en Jiménez, Hernández-Guzmán & Reidl, 2001).

Por otro lado, los hijos de padres permisivos tienden a ser inmaduros, no controlan sus impulsos, ni son socialmente responsables. Esta forma de relacionarse con sus hijos no permite el aprendizaje del autocontrol en los niños, ni el respeto a las señales sociales de las demás personas. No favorece la capacidad para afrontar y resolver problemas interpersonales, ni el desarrollo intelectual (Hernández-Guzmán, 1999).

En general, si la familia muestra aprobación y aceptación, evita el castigo, las expresiones de enojo y afecto negativo, la desaprobación, tendrá a fomentar la competencia social del niño y facilitará que reciba mayor aceptación por parte de otros niños. Si, por el contrario, los padres son

controladores y dominantes, ofrecen menos oportunidades al niño para aprender y poner en práctica de las situaciones afectivas (Hernández-Guzmán, 1999).

De acuerdo a Vostanis, Graves, Meltzer, Goodman, Jenkins y Brugha (2006), la ausencia de psicopatología en el niño se asocia con una combinación de estrategias parentales como gratificaciones y castigos no propiamente físicos.

Es entonces, que si las prácticas parentales o de crianza son positivas, promueven la salud psicológica infantil, entendida ésta como la utilización de recursos de afrontamiento del estrés orientados a la adquisición de habilidades y capacidades de solución de problemas para ajustarse a las demandas sociales y ecológicas (Shek, Chan & Lee, 1997; en Hernández-Guzmán, 1999).

En general, estos hallazgos muestran la importancia que tiene el ambiente familiar sobre el desarrollo socio-emocional y la salud mental infantil, ya que los padres y/u otros cuidadores principales son los agentes que lo facilitan.

4.4 El rol mediador de las prácticas parentales en la relación entre la depresión materna y la psicopatología infantil.

Como se ha descrito, la relación entre la depresión materna y la psicopatología infantil ha sido ampliamente estudiada y bien documentada. Sin embargo, aún quedan muchas preguntas acerca de los mecanismos que subyacen esta asociación. Por ejemplo, por qué algunos hijos de madres con sintomatología depresiva o depresión clínica desarrollan algún tipo de psicopatología, mientras que otros no, y qué otras variables estarían influyendo o intensificando esta relación.

Las preguntas anteriores, han llevado a diseñar nuevos modelos de investigación lo suficientemente sofisticados que guíen el estudio de múltiples procesos que operan conjuntamente y evolucionan a lo largo del tiempo. Así, las respuestas a esas preguntas se darían

con base en la identificación de variables biológicas, variables ambientales y variables psicológicas, que pudieran actuar como mediadoras o moderadoras de dicha relación.

Baron y Kenny (1986) propusieron la existencia de variables mediadoras y moderadoras en la relación de dos o más variables, es decir, variables que intensifican y variables que amortiguan la relación. Investigaciones recientes, han propuesto que las prácticas parentales representan un papel mediador entre la depresión materna y la psicopatología infantil.

Las variables mediadoras se sustentan adecuadamente si, en primer lugar, la variable inicial (depresión materna) se correlaciona significativamente con la variable mediadora (e.g. disfunción en la crianza) y en segundo lugar, si el mediador se correlaciona significativamente con la variable consecuencia (e.g. depresión, ansiedad infantil) (Goodman, 2007). Bajo este supuesto se han realizado diversos estudios para comprobar el papel mediador de las prácticas parentales en la relación depresión materna y psicopatología infantil, y han arrojado resultados y una evidencia sólida de esta afirmación. Sin embargo, estos estudios se han realizado en poblaciones de otros países por lo que surge la interrogante de si estas variables se comportan de la misma manera en nuestra cultura.

En Gran Bretaña (Vostanis, Graves, Meltzer, Goodman, Jenkins & Brugha, 2006) se realizó un estudio a nivel nacional, con el objetivo de evaluar la relación entre la depresión materna y la psicopatología infantil, específicamente con los problemas de conducta. Con una muestra de 10,438 díadas (madre-hijo), con niños de edades entre 5 a 15 años de edad, los resultados mostraron una asociación estadísticamente significativa entre las actitudes y las estrategias de crianza con la depresión materna.

Mientras que los resultados obtenidos en un estudio realizado en Estados Unidos (Riley, Coiro, Broitman, Colantuoni, Hurley, Bandeen et al., 2009) con una población clínica de madres –africano-americanas y latinas– diagnosticadas con trastorno depresivo, se evaluó la conducta

parental y el estrés de la familia como posibles mediadores entre la depresión materna y los problemas emocionales y de conducta de los hijos; mostraron que la conducta parental tenía una relación significativa con los problemas emocionales y de conducta que presentaban los niños al igual que con la depresión en las madres. La competencia en la crianza de las madres fue buen mediador en esta asociación, pero no así el estrés en la familia.

Por otro lado, Campbell, Pierce, Moore y Marakovitz (1996; en Hernández-Guzmán, 1999) concluyeron que el control materno negativo puede ser responsable de los problemas de conducta en el niño como la agresividad, pero estos problemas se exacerban cuando coexiste en el contexto familiar eventos vitales negativos, como insatisfacción marital o síntomas depresivos en la madre. Otros estudios, también han encontrado evidencia del papel mediador de la crianza en la relación mencionada, éstos se resumen en la tabla 2.1.

Aunque los estudios recientes empiezan a identificar las prácticas parentales como variable mediadora en la relación depresión materna y psicopatología infantil, en México aún es escaso el trabajo en esta temática. La identificación de las variables, tanto mediadoras como moderadoras, ayudarían en gran medida, a diseñar e implementar programas de prevención en madres con sintomatología depresiva para prevenir consecuencias severas en las personas que las rodean (e.g. pareja, hijos) y fortalecer las variables que amortigüen las consecuencias tanto en la familia como en la misma persona (e.g. apoyo social).

En este sentido, la investigación psicológica ha tratado de identificar tanto las variables ambientales como las variables intrínsecas de los niños que pudiesen proteger o amortiguar los efectos que conlleva en el desarrollo del infante el contar con una madre con sintomatología depresiva o con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, y el estar expuesto a prácticas de crianza maternas negativas. Los resultados de investigaciones aportan evidencia y rutas para el

camino de la prevención de la psicopatología infantil. Estas variables se explican en el siguiente capítulo.

Tabla 2.1 Evidencia empírica de la crianza como mediadora en la relación entre la depresión materna y la psicopatología infantil.

Autores	Edad del niño	Instrumentos Utilizados	Variable mediadora	Resultados en los niños
Frye & Graber (2005)	11-13	SCID, FMSS, CBCL	Crítica materna	Problemas externalizados
Mcbride (2008)	3-5	PSCQ, BDI, CBCL	Prácticas parentales negativas: rechazo, desorden	Problemas internalizados y externalizados
Chang, Lansford, Schwartz & Farver (2004)	9-12	PA-RQ, CPAI-2, CE	Crianza severa	Problemas externalizados
Callender (2010)	3-5 ½	BSI, MPQ, HD, PDI, CBCL	Castigo físico	Problemas externalizados
Frankel (2008)	7-17	HRSD, SCDI-I, CDI, CPQ, CPQ, CRPBI, CBQ	Control	Síntomas depresivos
Tompson, Pierre, Borger, Mckowen, Chan & Fred (2009)	8-12	SCID, BDI, FMSS, CRIT, k-SADS-PL, CBCL, CDI	Expresión emocional y crítica	Problemas internalizados
Elgar, Mills, McGrath, Waschbuchs & Brownridge (2007)	10-15	CES-D-12, NLSCY, MLSOCHS	Supervisión parental y relación padres-hijos	Problemas internalizados y externalizados

Nota: Resumen de investigaciones recientes que reportan evidencia del papel mediador de las prácticas de crianza en la relación entre la depresión materna y los problemas internalizados y externalizados infantiles.

CAPÍTULO 5

Factores protectores para la psicopatología en niños de madres con sintomatología depresiva y prácticas parentales negativas

En el capítulo anterior se citaron diversas investigaciones que arrojan una clara y contundente evidencia de la relación entre la sintomatología depresiva materna y las prácticas parentales negativas, así como la relación que tienen éstas dos variables con el desarrollo de psicopatología infantil. Sin embargo, también existe evidencia de que no todos los niños que tienen una madre con síntomas de depresión y/o que ejercen prácticas parentales negativas, desarrollan algún tipo de psicopatología; por lo que se surge la interrogante de por qué algunos niños (a pesar de que interactúan con una madre con síntomas depresivos o bien ya presenta un trastorno depresivo y ejercen prácticas parentales negativas sobre sus hijos) no desarrollan algún tipo de psicopatología. La respuesta a esta pregunta se puede encontrar en la literatura especializada donde la investigación psicológica ha identificado variables que amortiguan los posibles efectos negativos que comúnmente se desarrollan en estos niños como resultado de la interacción con una madre con esas características.

Actualmente, se considera que es mejor prevenir los problemas físicos y psicológicos que curarlos. Ahora se buscan prevenir las disfunciones psicológicas que se presentan en la población promoviendo estilos de vida saludables y evitando aquellos que causan riesgo a la salud, por medio de la identificación de factores de riesgo y protectores de la salud psicológica que reporta la investigación, trabajo que es fundamental en la llamada prevención psicológica.

Como se mencionó en el capítulo 1, las variables protectoras para la psicopatología infantil encontradas en la investigación psicológica se pueden dividir en dos tipos: ambientales y personales. En las primeras, la investigación ha aportado una amplia gama de variables que van

desde las familiares hasta las que se presentan en la comunidad en la que se desenvuelve el infante; mientras que las segundas, son aquellas características propias del niño donde, actualmente, la Psicología Positiva ha tenido importantes aportaciones en esta área.

En el presente capítulo se describe la importancia que tiene el trabajo de la prevención psicológica como la identificación de los factores protectores ambientales y personales por medio de la investigación.

5.1. Prevención psicológica.

La OMS ha definido a la salud como un equilibrio en el que se logra el bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad. El campo de la salud pública propuso un modelo para ubicar a la prevención dentro del proceso de ruptura del equilibrio de la salud, definiendo a la prevención como el evitar cualquier problema de salud en la población. Es decir, el objetivo de la prevención no sólo es reducir la incidencia de patología física y psicológica, sino también promover el bienestar, la competencia, la salud y la efectividad personal por medio de la extensión de los beneficios de la salud a una mayor cantidad de población y reducir los costos. En la actualidad se cuestiona el modelo tradicional curativo y se enfatiza en la prevención (Hernández-Guzmán & Sánchez-Sosa, 1995).

De acuerdo con esta postura, el organismo humano se encuentra constantemente luchando para contrarrestar una serie de fuerzas que tienden a romper el equilibrio de la salud. Cuando ese equilibrio se rompe ocurre la enfermedad. Por ello, no se puede decir que la salud es un estado sino un proceso en el que constantemente se están alterando las condiciones que favorecen o evitan que se rompa el equilibrio. Es importante entender que siempre existen fuerzas físicas,

biológicas, psicológicas y sociales que constantemente actuarán en contra del organismo para romper el equilibrio de la salud, pero en la medida en que se conozcan estas fuerzas se podrán contrarrestar o amortiguar (Hernández-Guzmán, 1999).

En la actualidad, la prevención está dentro de cualquier nivel de atención a la salud. En México, la organización de los servicios de salud –como la salud mental– se encuentra dividida en tres niveles de atención (Hernández-Guzmán, 1999; UNAM, 2001):

- *Intervención preventiva selectiva/El primer nivel.* Se dirige principalmente a quienes todavía no están afectados por la combinación de factores asociados con la disfunción psicológica. Su intención es evitar que aquéllos que aún no presentan signos de enfermedad se enfrenten a esos problemas. Busca promover y educar para la salud, favoreciendo la adquisición de conductas saludables y modifica aquellas que son un riesgo para la salud. Los factores son identificables pero aún no impactan en el individuo. La atención en este nivel se brinda en los centros de salud, clínicas de atención primaria a la salud o unidades medicina familiar, en donde la meta consiste en atender la mayoría de los problemas más frecuentes.
- *Intervención preventiva indicada/El segundo nivel.* Esta se aplica cuando el problema aún no es muy severo, busca acortar la evolución y duración de la enfermedad, así como reducir las consecuencias negativas en la persona. Implica la detección de los signos tempranos de la disfunción psicológica e intervención para que el problema no se complique. Esta atención se da en los hospitales generales, denominados así ya que cuentan con las áreas fundamentales de trabajo, en donde se ofrece internamiento y consulta.

- *Intervención terciaria/El tercer nivel.* Su objetivo es intervenir cuando ya se aprecia la disfunción psicológica, se previene que se exacerbe un trastorno identificado y se disminuya la prevalencia de incapacidades crónicas que pueda generar en la vida de la persona. La atención se brinda principalmente en unidades hospitalarias que cuentan con alta tecnología, es altamente costosa y es operada por especialistas.

Así pues, la prevención de la disfunción psicológica va más allá del acto de evitar que una disfunción se presente, ya que se busca la promoción del bienestar general: la competencia, salud y efectividad. En la prevención psicológica se planean programas y se diseñan actividades encaminadas a prevenir desajustes psicológicos examinando los factores psicológicos y sociales observados durante el desarrollo de la persona, permitiendo promover la intervención psicológica orientada en las variables sistemáticas asociadas con la interacción familiar y social (Hernández-Guzmán, 1999).

La psicología preventiva ha puesto un interés especial en garantizar la validez funcional de los cambios que se recomiendan a partir de la investigación sobre factores de riesgo y protectores. La intervención preventiva originada en la investigación sobre los factores de riesgo y de protección posee validez funcional, pues se basa en relaciones fiables entre la disfunción y los factores de riesgo, por un lado, y por otro lado la salud psicológica y los factores protectores. Quienes se dedican a la psicología preventiva deben fomentar estilos de vida saludables. En la medida en que la población goce de salud psicológica, se podrán prevenir muchos problemas sociales. Uno de los retos más importantes para la psicología preventiva es que pueda garantizar que los cambios en el comportamiento que se prescriban, se produzcan realmente en la vida de las personas (Hernández-Guzmán & Sánchez-Sosa, 1995).

El modelo de prevención distingue los factores ambientales y personales que tienden a romper el equilibrio de la salud y busca, del mismo modo, promover aquellos que la fortalecen. Las condiciones e influencias externas que afectan al organismo humano y a su desarrollo, constituyen los factores ambientales. Existen otras condiciones que aporta la persona misma y que contribuyen al proceso, tales son la edad, el sexo, hábitos, estilos de vida y costumbres que son el producto de la interacción de la persona con su ambiente a lo largo de su historia, es decir ocurren bajo la influencia de características genéticas y factores ambientales en constante interacción. A los factores que anuncian problemas de salud se les han señalado como factores de riesgo; mientras que aquellos que predicen el bienestar de la persona se les ha llamado factores protectores.

La búsqueda de factores protectores y de riesgo dentro de las relaciones familiares, se ha asumido como una tarea necesaria para el diseño exitoso de intervenciones preventivas del desajuste infantil. Una vez que se conozcan los factores cuya presencia se ha asociado con problemas psicológicos posteriores, es posible identificarlos y actuar para que no ocurran. Del mismo modo, una vez que se conozcan los factores que predicen el bienestar familiar y personal, se podrá intervenir para promoverlos y mantenerlos (Hernández-Guzmán, 1999).

En el capítulo 1 se habló extensamente sobre los factores de riesgo y protectores asociados a la psicopatología infantil. A continuación se describen los factores protectores ambientales y personales identificados en la investigación psicológica en niños que interactúan con madres con sintomatología depresiva, y que están expuestos a prácticas parentales negativas, así como aquéllos que actualmente se están explorando y que pueden promoverse para amortiguar los efectos negativos en estos niños.

5.2 Factores protectores ambientales.

El ambiente va más allá del entorno físico, abarca las relaciones que se establecen con las demás personas. En el caso de los infantes, son trascendentales las relaciones que se establecen con el ambiente familiar. Como se explicó en el capítulo 2, los padres son los encargados de mantener un ambiente sano para el niño, cuidando siempre que éste se encuentre libre de factores de riesgo, en la medida de lo posible. Entonces, los padres son los responsables y en sus manos está la prevención de la disfunción psicológica de su hijo. Las investigaciones en el ramo han aportado los elementos para que los padres conozcan y eviten conductas de riesgo, y lleven a cabo conductas sanas (e.g. prácticas parentales positivas) para promover la salud mental de su hijo (Hernández-Guzmán, 1999).

En este sentido, las variables ambientales –principalmente familiares– que se han relacionado con la salud psicológica en los hijos de madres con síntomas de depresión son diversas (e.g. prácticas de crianza positivas, apoyo social a la madre con síntomas depresivos, severidad y cronicidad y curso de la depresión en la madre, atención oportuna a la depresión de la madre, rol parental de los padres, menor estrés en la relación marital, etc.) y vale la pena retomarlas al momento de diseñar una intervención con estas madres y/o sus hijos en cualquiera de los tres niveles de atención a la salud psicológica.

5.2.1 Familiares.

La literatura ha reportado que existen variables moderadoras en el propio ambiente familiar que amortiguan la transmisión de psicopatología de la madre con depresión a su hijo y el que ellas ejerzan prácticas parentales negativas durante el desarrollo del infante. Una de esas variables es el apoyo social, es decir, el cuidado, consuelo, estima o ayuda percibida; se sabe que las personas con apoyo social perciben información que las lleva a creer que son amadas, estimadas y que

forman parte de una red social como la familia o alguna organización dentro de la comunidad (Cobb, 1976; en Valencia, 2001) por lo que este apoyo proporciona bienestar, servicios o defensa mutua en tiempos de peligro o ante alguna necesidad (Valencia, 2001). El apoyo social que las madres con síntomas depresivos tengan por parte de sus familias y amigos es importante, pero es todavía más importante y fundamental el apoyo y la buena relación marital (Shanon et al., 2005; en Goodman, 2007). Esta relación es trascendente para que ellas perciban como catástrofes o no las situaciones estresantes que se les presenten. Es así que la ausencia de situaciones estresantes para las madres con síntomas depresivos, tales como el conflicto parental, así como la insatisfacción marital y el escaso apoyo social, dan pauta a que ellas sean capaces de enfocar su atención a sus hijos protegiéndolos así de los efectos que tiene la depresión en la madre (Campbell, 2010).

Asimismo, algunas investigaciones (Tamis-LeMonda & Cabrera, 2002; en Goodman, 2007) han señalado que los padres de niños con madres depresivas representan un papel muy importante –específicamente en la crianza– para exacerbar o atenuar la transmisión de efectos negativos de la madre al hijo. Los padres “sanos” que se involucran en la vida de sus hijos pueden proporcionar un modelo positivo para ellos, así como substituir o “dar un respiro” a las madres que cuidan de los niños; los padres también podrían ofrecer apoyo a la madre deprimida, quienes a su vez podrían proporcionar una mejor calidad crianza de sus hijos (Belsky, 1984; en Goodman & Gotlib, 1999). Se ha encontrado que algunas madres a pesar de presentar síntomas depresivos, si en la crianza prevalece el afecto se modera la relación entre la depresión materna y la psicopatología infantil (McBride, 2008).

Por otro lado, es preciso destacar que en países latinoamericanos como México, la familia extensa –específicamente los abuelos– tiene una relevancia en la crianza de los hijos. Sin

embargo, las propuestas diseñadas e instrumentadas por los psicólogos para la intervención, suelen soslayar su importancia y sólo toman en cuenta a la familia nuclear (padre, madre e hijos). Actualmente se conoce que al igual que la familia nuclear, la familia extensa aporta al niño, por medio de la aprobación o rechazo, oportunidades de someter a prueba sus habilidades de afrontamiento, de imitar a más personas y de refinar las habilidades ya adquiridas. Por estas razones, resulta fundamental tomar en cuenta a la familia extensa para comprender su influencia y su participación (Hernández-Guzmán & López-Morales, 1999).

Se ha corroborado que, generalmente, el componente de la familia extensa que con mayor frecuencia se encuentra ejerciendo actividades de cuidado infantil es el subsistema de los abuelos. Prueba de ello son los resultados obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 1997, donde se reportó que en México el 4.5 millones de personas cohabitaban con, por lo menos, una abuela o abuelo (Hernández-Guzmán & López-Morales, 1999); mientras que para el 2005, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de la Familia, conformada con una muestra representativa de 24 mil personas mayores de 18 años, reportó que hasta en el 59.5% de los hogares encuestados cohabitaban 3 generaciones (SNDIF, 2005).

La interacción que los niños tengan con sus abuelos puede convertirse también en un factor de riesgo o en un factor protector. Sin embargo, se sabe que en México la convivencia con los abuelos tiende a representar una influencia potencial en el desarrollo infantil, ya que su presencia conforma un eje alrededor del cual la familia se configura siguiendo líneas de autoridad que emanan principalmente de los abuelos paternos. Se ha encontrado que los nietos jóvenes perciben a sus abuelos más involucrados como fuente de enseñanza de valores (Linares, 1999; en Hernández-Guzmán & López-Morales, 1999). Mientras que en otros países algunas investigaciones han comprobado que el apoyo de la abuela contribuye a reducir el estrés en la

madre (Brody et al., 1998; en Hernández-Guzmán & López-Morales, 1999) y mitiga los riesgos que para el desarrollo infantil conlleva la ausencia del padre (Colletta, 1979; en Hernández-Guzmán & López-Morales, 1999).

Las relaciones del niño con el sistema familiar son centrales para la evaluación y tratamiento de la psicopatología infantil. La evaluación de la involucramiento de la familia nuclear y extensa debe ampliarse a los procedimientos de valoración que contribuyen al diagnóstico, la intervención y la determinación del progreso a futuro. La necesidad de evaluar e intervenir tomando en cuenta el contexto de las relaciones del niño con otros cuidadores principales tendrá que modificar la práctica psicológica actual para alcanzar resultados satisfactorios (Hernández-Guzmán & López-Morales, 1999).

De acuerdo a lo anterior, uno de los retos más grandes para los profesionales que se dedican a la prevención psicológica, es el fomentar prácticas parentales o de crianza saludables en la mayor población posible. En la medida en que exista más salud mental en la población se podrán prevenir también muchos problemas sociales que actualmente aquejan a la sociedad (e.g. violencia intrafamiliar, delincuencia, uso y abuso de sustancias) (Hernández-Guzmán, 1999). Por ello, es de gran importancia que se brinde una atención oportuna a las madres que presentan sintomatología depresiva significativa para poder prevenir las consecuencias negativas que conlleva en su vida personal, familiar y social.

5.2.2 Severidad, cronicidad y curso de la depresión materna.

La literatura ha reportado que la severidad, cronicidad y curso de los síntomas o del trastorno de depresión que presenta la madre de familia así como la atención temprana a los mismos, puede amortiguar la aparición de las consecuencias negativas que esta condición de la madre de familia trae al desarrollo óptimo del niño. Sameroff y colaboradores (1982; en Goodman, 2007) fueron

los primeros en sugerir que estos elementos, así como el diagnóstico temprano del trastorno, pueden ser muy importantes en la prevención de transmisión de algún tipo de psicopatología de madre a hijo. La cronicidad y curso de los síntomas son particularmente sobresalientes dada la naturaleza episódica y recurrente de la depresión. A pesar de que muchos estudios transversales no toman en cuenta la situación actual de la depresión materna, algunos estudios longitudinales han encontrado evidencia consistente con la hipótesis de que a mayor severidad y recurrencia de los síntomas depresivos es más estrecha la relación con la psicopatología en sus hijos (Hammen & Brennan, 2007; en Goodman, 2007). Con base en ello, se ha propuesto que a menor severidad y recurrencia de los mismos, es menor el efecto que tendrían sobre el desarrollo de algún tipo de psicopatología de los hijos (Goodman & Gotlib, 1999), pero esta hipótesis todavía carece de evidencia empírica sólida por lo que comprobarlas será el trabajo de futuras investigaciones.

5.3 Factores protectores personales.

Los factores protectores personales o individuales son aquellas condiciones que aporta la persona o el individuo que amortiguan los efectos de los factores de riesgo en la salud, entre los que destacan la edad, el sexo, ciertas disposiciones biológicas, costumbres, hábitos y estilos de vida. Los tres últimos resultan de la interacción de la persona con su ambiente a lo largo de su desarrollo personal (Hernández-Guzmán & Sánchez-Sosa, 1991).

El Modelo Integrador para la Transmisión de Riesgo (Goodman & Gotlib, 1999) propone las características del niño como variables moderadoras. El modelo sugiere que el temperamento del niño, el género, la edad, las habilidades intelectuales y socio-cognitivas podrían ser moderadoras de la asociación entre la depresión materna y prácticas parentales sobre el desarrollo de psicopatología en el niño.

5.3.1 Edad del niño.

Se ha propuesto que la edad que el niño tenga cuando ocurran los síntomas depresivos o el trastorno como tal en la madre, es trascendente para la transmisión de riesgo (Goodman, 2007). El impacto negativo de la depresión materna sería menor en los niños mayores que en los menores es decir, a mayor edad es menor el impacto, mientras que a menor edad del niño es mayor el impacto, debido a que los niños menores son más dependientes de los cuidados que los padres tienen hacia ellos. Esta hipótesis surge a partir de que algunas investigaciones (Turkewitz & Devenny, 1993; en Goodman & Gotlib, 1999) indican que el desarrollo psicológico, afectivo y cognitivo se desarrollan rápidamente en los primeros años de vida y las perturbaciones que se den en una etapa temprana tendrían serias consecuencias en el futuro desarrollo general del infante, por ello es importante evitar que en la madre se presente la depresión posparto (Campbell, 2010). A pesar de la evidencia con la que se cuenta, todavía hay serios cuestionamientos acerca de que exista un periodo crítico de inicio para la transmisión de riesgo (Goodman & Gotlib, 1999).

5.3.2 Temperamento.

El temperamento es un constructo que tiene una larga historia, ha sido conceptualizado de distintas formas, y se ha hablado de él desde la edad antigua que sigue vigente hasta nuestros días en la investigación psicológica (Albores-Gallo, Márquez-Caraveo & Estañol, 2003). Para Goldsmith et al. (1987; en Betancourt & Andrade-Palos, 2008) el temperamento es la disposición básica inherente del individuo que limita y modula la expresión de la actividad, reactividad, emocionalidad y sociabilidad, y para otros (Rotchbart & Bates, 2006; en Haninton, Ramchandani & Stein, 2010) también de la atención.

Se ha reportado que existe una correlación entre el temperamento del infante y los problemas internalizados y externalizados. Por ejemplo, los niños que son más propensos a

experimentar emociones intensas, especialmente negativas, presentan altos puntajes en los problemas externalizados, mientras que los problemas internalizados se asocian con un temperamento impulsivo en el infante (Betancourt & Andrade-Palos, 2008). Consistentemente con el modelo propuesto por Goodman y Gotlib (1991), Rubin y Mills (1991; en Goodman, 2007) sugieren que el temperamento del niño y la depresión materna así como el apego, interactúan para predecir consecuencias en la salud psicológica de los niños. Algunas investigaciones han relacionado tanto a la depresión materna (Rosenbaum et al., 2000; en Goodman, 2007) como a la depresión parental (Haninton, Ramchandani & Stein, 2010) con problemas futuros en el temperamento de los hijos.

Aún son escasas las investigaciones desarrolladas en cuanto al rol que tiene el temperamento del niño como factor protector de la salud psicológica y como un moderador en la relación entre la depresión materna y la psicopatología infantil; pero en un reciente estudio de la trayectoria del desarrollo de problemas internalizados y externalizados desde 5 a los 17 años de edad, la interacción del temperamento con la depresión materna no fue significativa para las niñas, pero en el caso de los niños la depresión materna predijo un incremento en los problemas externalizados sólo cuando el temperamento impulsivo es bajo (Leve et al. 2005; en Goodman, 2007). A pesar del apoyo teórico sólido y empírico las investigaciones que corroboran esta afirmación, es necesario realizar más investigaciones que apoyen la hipótesis de que el temperamento del niño tiene un rol moderador en la relación entre la depresión materna y la psicopatología infantil (Goodman, 2007).

5.3.3 Género.

El género es otra característica que se ha propuesto como variable moderadora en la relación entre la depresión materna y la psicopatología infantil. Algunas investigaciones han concluido

que las niñas son más vulnerables que los niños para los efectos de la depresión materna (Hops, 1996; en Goodman & Gotlib, 1999). Sin embargo, otros estudios han reportado que las niñas son más vulnerables para el desarrollo de problemas internalizados (Eley & Stevenson, 1999; en Goodman, 2007), mientras que los niños son más vulnerables para los problemas externalizados (Maughan et al., 2004; en Callender, 2010).

En lo que se refiere a la crianza, se sabe que la disciplina que ejercen los padres es distinta de acuerdo al género del hijo. Se ha encontrado que los padres utilizan más el castigo físico como disciplina cuando su primogénito es niño que cuando es niña (Webster-Stratton, 1996; en Callender, 2010). Asimismo las prácticas parentales negativas como la hostilidad y el castigo físico se han asociado más con los problemas externalizados en los niños a diferencia de las niñas, lo que podría indicar que a los niños les afectan más las disciplinas inadecuadas, dando pauta al desarrollo de problemas externalizados, pero estas mismas prácticas afectan más a las niñas que a los niños para el desarrollo de síntomas internalizados (Gordis, Margolin & John, 2004; en Callender, 2010). Entonces, de acuerdo a la literatura, es importante tomar en cuenta el género del hijo de la madre que presenta los síntomas de depresión, ya que con base al género, los riesgos y los factores protectores para la transmisión de riesgo propuesta por Goodman y Gotlib (1999), son distintos y habrá que tomarlos en cuenta para la prevención psicológica en las madres y en los niños, así como monitorear los problemas internalizados y externalizados en los hijos de estas madres.

Por otro lado, se ha demostrado que además de variables ambientales y personales ya mencionadas, existen virtudes y fortalezas humanas, y parece existir suficiente evidencia empírica para afirmar que determinadas características personales positivas como el optimismo,

la esperanza, la perseverancia, la experiencia óptima (*flow*) o la creatividad, entre otras, actúan como barreras contra los trastornos mentales en las personas.

Por ejemplo, un joven que genéticamente corre el riesgo de padecer depresión puede evitarla desarrollando sus capacidades de optimismo y esperanza. Del mismo modo, en un entorno familiar, no se trata sólo de educar a los hijos y evitar que vaya por “el mal camino” sino también es reconocer y desarrollar sus virtudes y ayudarlos a encontrar el espacio para que puedan expresar de forma plena esos rasgos positivos. El Dr. Martin Seligman –precursor de Psicología Positiva– junto con otros autores, proponen una psicología que considera la motivación, la amabilidad afectuosa, la capacidad, la libertad de elección y el respeto por la vida; que se interesa por sentimientos positivos como la felicidad, satisfacción y esperanza; pero sobre todo, plantea cuáles son las instituciones positivas como las familias unidas, la democracia, entre otras, que fomentan tales fortalezas y virtudes para el desarrollo óptimo de cualquier ser humano. Esta visión podría ser un camino fructífero en el ámbito de la prevención psicológica, como la evidencia empírica lo ha demostrado, pero ¿qué es la Psicología Positiva?, ¿cómo nace?, ¿qué características positivas en los niños se han encontrado?, ¿y cuáles podrían amortiguar los efectos negativos de la interacción de una madre con depresión y/o con prácticas parentales negativas?

5.4. Características positivas en los niños: Aportaciones de la Psicología Positiva.

La Psicología Positiva (PP) o Psicología de la felicidad como la han llamado algunos autores (Csikszentmihalyi, 2004; Carr, 2007) es una rama de la psicología relativamente reciente que propone ampliar el ámbito de estudio investigando no sólo las condiciones patológicas, sino también aquellas emociones positivas, fortalezas, competencias, capacidades y virtudes que contribuyen a aumentar la satisfacción personal y a llevar una vida más plena. Asimismo,

pretende fomentar estas cualidades para que actúen como factores protectores de los trastornos psicológicos y de la salud en general mejorando la eficacia de las técnicas psicológicas utilizadas tradicionalmente en la práctica clínica (Sánchez & Méndez, 2009).

Se pueden encontrar claras tendencias de la PP en la corriente humanista de la psicología floreciente en los años 60 y representada por autores como Carl Rogers, Abraham Maslow o Erich Fromm. Desgraciadamente, la psicología humanista no se ha visto acompañada de una base empírica sólida y ha dado lugar a una inmensa cantidad de movimientos de autoayuda dudosos y poco fiables (Seligman, 1998).

El concepto de PP no es muy nuevo en la psicología. Antes de la Segunda Guerra Mundial los objetivos principales de la psicología eran tres: (1) curar los trastornos mentales, (2) hacer las vidas de las personas más productivas y plenas, y (3) identificar y desarrollar el talento y la inteligencia de las personas. Sin embargo, tras la guerra, diferentes eventos y circunstancias llevaron a la psicología a olvidar dos de esos objetivos y a centrarse exclusivamente en el trastorno mental y el sufrimiento humano (Csikszentmihalyi, 1998). La mayor parte de los trabajos de psicología sobre las emociones se han centrado en la ansiedad, la depresión y otros estados negativos. Ahora se sabe que hacer felices a las personas y conseguir que dejen de sentirse desgraciadas son operaciones muy distintas (Argyle, 1987).

La focalización en cuanto a lo negativo, que dominó en la psicología, llevó a asumir un modelo de la existencia humana que olvidó, e incluso negó, las características positivas del ser humano (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; en Vera, 2006) y contribuyó a adoptar una visión pesimista de la naturaleza humana (Gilham & Seligman, 1999; en Vera, 2006). De esta manera, características como la alegría, el optimismo, la creatividad, el humor, la ilusión, entre otras, han sido ignoradas o explicadas superficialmente.

Lo anterior empezó a cambiar luego del discurso inaugural de Martin Seligman en su toma de protesta para su periodo de presidencia de la American Psychological Association (APA), donde inicia formalmente la Psicología Positiva (Seligman, 1999; en Contreras & Esguerra, 2006). A partir de este evento, ocurre un cambio en la investigación psicológica: la relación de variables como el optimismo, el humor o las emociones positivas en los estados físicos de salud, y el desarrollo de las fortalezas en las personas se alzaron como puntos clave para el trabajo en esta disciplina.

En 1999, inspirados por la visión de la incipiente Psicología Positiva, Martin Seligman, Christopher Peterson y George Vaillant, se embarcaron en un ambicioso proyecto para tratar de descubrir en primer lugar, si existían virtudes humanas reconocidas en todas o casi todas las culturas, y en segundo lugar, identificarlas. Los criterios que emplearon para seleccionar esta lista de rasgos positivos fueron: (1) que se valoraran en prácticamente todas las culturas, (2) que se valoraran por derecho propio, no como medio para alcanzar otros fines, y (3) que fueran maleables. El resultado de este proyecto fue la clasificación de seis virtudes principales y 24 rutas o fortalezas para practicarlas a partir de lo cual se elaboró un manual: el Inventario de Fortalezas (Valores en Acción-VIA) (Seligman, 2005) ilustrado en la tabla 5.1.

Las fortalezas y virtudes son rasgos de la personalidad duraderos y, concretamente, son características positivas que aportan sensaciones placenteras y de gratificación. Se debe tener en cuenta que los sentimientos son estados, acontecimientos momentáneos que no tienen por qué repetirse en el tiempo, van y vienen según las experiencias y la manera de interpretarlas. Los rasgos, a diferencia de los estados, son características positivas o negativas que hacen que sentimientos momentáneos (del mismo signo) sean más probables. Por ejemplo, el rasgo negativo de la paranoia incrementa la probabilidad de que aparezca el estado momentáneo del miedo; del

mismo modo que el rasgo positivo de la apreciación de la belleza hace que sea más probable experimentar momentos de placer estético. El humor es un rasgo positivo porque hace que la persona que lo tiene pueda experimentar la risa y el placer subjetivo, así como los diversos beneficios psicofísicos que puedan derivarse de ella (Carr, 2007).

Tabla 5.1. Clasificación Character Strengths and Virtues (VIA).

Virtudes	Fortalezas
Sabiduría y conocimiento	1. Curiosidad. 2. Amor por el conocimiento. 3. Pensamiento crítico. 4. Creatividad. 5. Perspectiva.
Coraje	6. Valentía. 7. Perseverancia. 8. Integridad. 9. Vitalidad.
Humanidad	10. Capacidad de amar y ser amado. 11. Generosidad. 12. Inteligencia Emocional.
Justicia	13. Civismo. 14. Sentido de la justicia. 15. Liderazgo.
Moderación	16. Capacidad de perdonar. 17. Humildad. 18. Prudencia. 19. Autocontrol.
Trascendencia	20. Apreciación de la belleza. 21. Gratitud. 22. Esperanza. 23. Sentido del humor. 24. Espiritualidad.

Nota: Las Virtudes y Fortalezas de la condición humana propuestas por M. Seligman, C. Peterson y G. Vaillant.

En ese sentido, se ha propuesto que las personas pueden fortalecer intencionalmente su capacidad para experimentar y/o maximizar emociones positivas, lo que ha demostrado una mejora en su salud física, emocional y en sus relaciones sociales (Lykken, 2000; en Contreras & Esguerra, 2006). El experimentar emociones positivas lleva a estados mentales y modos de comportamiento que, de forma indirecta, preparan al individuo para enfrentar con éxito dificultades y adversidades venideras (Fredrickson, 2001; en Vera, 2006). Para Seligman (2005) las emociones positivas pueden centrarse en el presente, pasado y futuro. Las emociones positivas relacionadas con el presente son la alegría, la tranquilidad, el entusiasmo, la euforia, el placer y la más importante, la experiencia óptima (*flow*) (Csikszentmihalyi, 2004) que incluye felicidad, competencia percibida e interés intrínseco por la actividad realizada en un momento determinado. Las emociones positivas relacionadas con el pasado son la satisfacción, la complacencia, la realización personal, el orgullo y la serenidad; finalmente respecto al futuro, se encuentran el optimismo, la esperanza, la fe y la confianza.

El optimismo se relaciona con las expectativas que la persona tiene acerca del futuro, mueve a la persona a adoptar una forma de pensar creativa, tolerante, constructiva, generosa y relajada, es una de las fortalezas que proporciona mayor bienestar. Las personas optimistas cuentan con una fortaleza que les permite interpretar sus contratiempos como algo superable, propio de un problema en concreto y provocado por circunstancias temporales o por otros individuos. Mientras que las personas pesimistas por el contrario, son las que tienen una forma de interpretar los contratiempos y las frustraciones de manera perjudicial, piensan, de forma automática que la causa es permanente, dominante y personal (Seligman, 2005).

La Teoría de Ampliación y Construcción de Fredrickson (2001; en Vázquez, Hervás & Ho, 2006) plantea que mientras la finalidad de las emociones negativas es básicamente disminuir

repertorios de conducta y permitir así la huida o una lucha eficaz ante un estresor; las emociones positivas justamente existen para ampliar y construir repertorios de pensamientos y acción. La evolución positiva tiene como objetivo ampliar los recursos intelectuales, físicos, sociales y los hace más perdurables, se aumentan las reservas a las cuales la persona puede recurrir cuando se presenta una amenaza o una oportunidad. Cuando las personas están con un estado de ánimo positivo mejoran la amistad, las relaciones amorosas, su actitud mental es expansiva, tolerante y creativa, abiertas a nuevas ideas y experiencias (Fredrickson, 2001; en Valencia 2007).

Son muchos los estudios que demuestran que el optimismo tiene valor predictivo sobre la salud y el bienestar. Actúa como modulador sobre los eventos estresantes, disminuyendo el malestar de aquellos que sufren y experimentan estrés o enfermedades graves en sus vidas. El optimismo también puede actuar como potenciador del bienestar y la salud en aquellas personas que sin presentar algún trastorno, quieren mejorar su calidad de vida (Peterson, Seligman & Vaillant, 1988; en Vera, 2006). El optimismo se relaciona de manera positiva con las estrategias de afrontamiento favorables (planificación, reinterpretación positiva y crecimiento personal, afrontamiento focalizado en el problema y afrontamiento adaptativo) y, de manera negativa con estilos de afrontamiento considerados negativos (centrado en las emociones, negación, distanciamiento conductual, consumo de drogas) (Chico, 2002; en Contreras & Esguerra, 2006); lo que indica que las personas optimistas suelen presentar mejores habilidades para la solución de sus problemas.

Por ello, las emociones positivas pueden ser canalizadas hacia la prevención, el tratamiento y el afrontamiento de situaciones estresantes, de manera que se transformen en verdaderas armas para enfrentar problemas de salud mental y los contextos adversos. Las distintas investigaciones han demostrado que promover el optimismo en los niños como

complemento de técnicas Cognitivo-Conductuales como el Entrenamiento Cognitivo y la Terapia en Solución de Problemas, puede ser efectivo para prevenir en ellos síntomas depresivos, (Seligman et al., 1995; en Contreras & Esguerra, 2006), así como la mejora del afrontamiento ante las enfermedades crónico degenerativas como el cáncer (Valencia, 2007; Valencia, Flores & Sánchez-Sosa, 2006). Sin embargo, es necesario cuestionarse por qué algunos niños pueden ser optimistas o pesimistas ante ciertas circunstancias y qué aportaciones ha tenido el optimismo en la prevención de la psicopatología infantil.

5.4.1 Niños optimistas.

El optimismo consiste en repetirse uno mismo frases alentadoras pero va más allá de eso, su base no reside en las frases positivas de victoria sino en la manera de interpretar la causa de alguna situación; además es un rasgo personal al que se le ha denominado estilo explicativo, éste se desarrolla en la infancia y si no se da una intervención explícita dura toda la vida (Seligman, 2005).

De acuerdo con Seligman (2005) existen tres dimensiones que los niños utilizan para explicarse el por qué les ocurre una determinada situación ya sea buena o mala. Estas dimensiones son: duración, alcance y personalización (Tabla 5.2). Los estilos explicativos son un continuo en el cual el pensamiento de los niños puede caer de un extremo al otro. Debido a las tres dimensiones de los estilos explicativos se presentan diferentes combinaciones de cada dimensión, lo que lleva a los niños a tener cogniciones optimistas o pesimistas. Estos estilos explicativos surgen desde la infancia y son moldeados por el estilo explicativo de la madre, por las críticas de los adultos significativos para el niño (e.g. padres, maestros), y por la forma en que se manejan las situaciones de crisis que se presentan en la infancia (Seligman, 1991; en Valencia, 2007).

Tabla 5.2. Estilos explicativos en niños optimistas y pesimistas.

Niños Optimistas		Niños Pesimistas	
DURACIÓN			
A veces	<i>frente a</i>	Siempre	
<p>Soportan bien los contratiempos y resisten a la depresión creen que las causas de los malos acontecimientos son transitorias.</p> <p>Para ellos los cambios de humor o estados de ánimo son transitorios y, por lo tanto modificables.</p> <p>Califican los malos acontecimientos con palabras como “a veces” y “últimamente”.</p> <p>Creen que su éxito obedece a causas permanentes y que logran sus objetivos. Se esfuerzan más para alcanzarlos.</p>		<p>Presentan mayor riesgo de depresión, creen que las causas de los malos acontecimientos que les ocurren son permanentes.</p> <p>Los malos acontecimientos provienen de defectos duraderos.</p> <p>Piensan sus fracasos, rechazos y obstáculos en términos de “siempre” y “nunca”.</p> <p>Ven el éxito en razones transitorias, a veces se dan por vencidos creyendo que su logro fue casualidad.</p>	
ALCANCE			
Específico	<i>frente a</i>	Global	
<p>Son capaces de delimitar nítidamente sus problemas y seguir su vida, aun cuando una parte importante de ella se desmorone.</p> <p>Los niños que creen en las explicaciones específicas pueden sentirse incapaces en ese ámbito, pero avanzar con decisión en los demás.</p>		<p>Lo convierten en una catástrofe: Cuando se suelta un hilo de la vida, todo se deshace.</p> <p>Tienden a tener explicaciones globales de sus fracasos. Se rinden cada vez que fracasan en un solo ámbito.</p>	
PERSONALIZACIÓN			
Interno	<i>frente a</i>	Externo	
<p>Los niños que toman la responsabilidad cuando tienen la culpa de lo que hacen, pero tratan de rectificar la situación y salir adelante.</p> <p>Son seguros de sí mismos y por ende adquieren buena autoestima.</p>		<p>Tienen la mentalidad de que todo lo que hacen es su culpa, sea verdad o no.</p> <p>Tienden a deprimirse mucho y suelen tener baja autoestima.</p>	

Nota: Estilos explicativos propuestos por M. Seligman en los niños optimistas y pesimistas.

Los estilos explicativos de los eventos pueden ser atribuidos a: 1) causas internas o externas, las cuales relacionan las características del evento con factores personales o de otros; 2) explicaciones estables o inestables (a veces-siempre) que refieren a la permanencia a través del tiempo, y 3) explicaciones globales o específicas, que implica la cantidad de dominios que afectan en la vida (Seligman, 1998; en Ortíz, Ramos & Vera, 2003).

Las personas que se enfrentan a situaciones estresantes pueden llegar a interpretar la situación adversa como incontrolable (según las dimensiones interno/externo, a veces/siempre, específico/global) y que no cuentan con los recursos necesarios para hacer frente a tal situación, por lo que pueden percibir que no tiene control de la misma, quedando así en un estado de indefensión y tienden a deprimirse (Seligman, Peterson & Vaillant, 1988; en Hernangóme, 2002).

Hasta aquí se ha descrito lo que es la Psicología Positiva, sus orígenes y propuestas a desarrollar para la prevención psicológica sin embargo es necesario cuestionar cuáles han sido las aportaciones de esta disciplina en la intervención de la psicopatología infantil. Si bien la Psicología Positiva es un paradigma general orientado a reforzar la perspectiva de la investigación, la prevención y la práctica clínica en los recursos y fortalezas, existen una serie de modelos terapéuticos que apuntan al reforzamiento de los recursos y experiencias orientadas al bienestar y a la promoción de emociones positivas (Carrea & Mandil, 2011). Las intervenciones basadas en la Psicología Positiva (psicoterapia positiva) están empezando a mostrar sustento empírico en la mejoría de algunos trastornos (Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005; en Carrea & Mandil, 2011). Desde hace algunos años se ha propuesto que el optimismo aplicado en la psicoterapia puede favorecer la disminución de la sintomatología en la psicopatología tanto en el adulto como en el infante.

Por ejemplo, en un estudio experimental con adultos que recibían psicoterapia cognitiva clásica, donde el grupo experimental recibía además un programa para incrementar el optimismo, desarrollado por Seligman (2003; en López, Kasanzew & López, 2007) llamado ACCRR (A=Adversidad, C=Creencias o ideas previas, C=Consecuencias habituales de dichas ideas, R=Rebatimiento de la creencias originaria, y R=Revitalización cuando la creencia es refutada con éxito), los resultados reportaron que las personas del grupo experimental mostraban una disminución significativa de problemas de somatización, ansiedad fóbica y hostilidad en comparación con el grupo control (López, Kasanzew & López, 2007). En el caso de los niños, la implementación del Programa para la Prevención de la Depresión Infantil de Pensilvania (Seligman, 1995; en Carrea & Mandil, 2011) que brinda la posibilidad de “inmunizarlos” respecto al pesimismo, y cuyo objetivo es detectar e intervenir de manera temprana sobre el estilo explicativo del niño, ha mostrado su efectividad para la prevención de la depresión infantil por medio de técnicas Cognitivo-Conductuales lúdicas. Con base en lo anterior, la práctica clínica no sólo tendrá que favorecer la mejoría sintomática de las personas que requieran atención, sino que se aspira a sentar las bases para la manutención y generalización de las mejorías, la continuación del desarrollo personal y la promoción de experiencias de bienestar (Carrea & Mandil, 2011).

Estas intervenciones en psicoterapia desde la perspectiva positiva, es decir, aquellas que inciden sobre el bienestar de las personas y la promoción de sus fortalezas, llevaría a experimentar emociones positivas que, sostenidas en el tiempo favorecerían el desarrollo de la resiliencia y los recursos personales de las personas (Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005; en Carrea & Mandil, 2011), por ello es imprescindible que se trabaje en el desarrollo de las virtudes y fortalezas para prevenir el afrontamiento inadecuado de aquellas situaciones adversas que se presenten en la vida.

En el caso de los niños se ha demostrado que el optimismo podría ser un factor protector de la psicopatología infantil debido a que se ha encontrado, en niños en edad escolar, una relación negativa entre el estilo explicativo optimista y la sintomatología depresiva ($r = -0,37$; $p = 0,000$) lo que indica que a mayor optimismo en el niño menor depresión y viceversa (Sánchez & Méndez, 2009).

A pesar de que recientemente se empiezan a tomar en cuenta cada vez más en la investigación psicológica los aspectos positivos intrínsecos en los niños como posibles factores protectores de algún tipo de psicopatología para impulsarlos y que sean socialmente competentes; aún es escaso el trabajo, particularmente en lo que respecta a los niños que interactúan con madres con sintomatología depresiva y que ejercen prácticas parentales negativas. Sin embargo, se han planteado algunas líneas de investigación para la prevención de las posibles consecuencias en los hijos de estas madres como se ha descrito a lo largo del presente trabajo.

5.4.2 Inteligencia y habilidades socio-cognitivas.

Continuando con la visión de la Psicología Positiva, de aquellos aspectos positivos intrínsecos de los niños, y de los que se han explorado en los hijos de las madres con síntomas de depresión, el Modelo para la Transmisión de Riesgo (Goodman & Gotlib, 1999) propone considerar –además del género, la edad, y el temperamento– la inteligencia y las habilidades socio-cognitivas como variables moderadoras en la relación entre la depresión materna y la psicopatología infantil. Por ejemplo, en una investigación con los hijos (de entre 5 y 6 años de edad) de madres deprimidas que contaban con tres factores protectores (tener una inteligencia superior a la media, ser socialmente competente, y tener un “lugar positivo y especial en su familia”) ninguno cumplió con los criterios para un diagnóstico psiquiátrico. Mientras que en los niños de entre 8 y 11 años de edad en las mismas familias que tenían ese conjunto de factores protectores también fueron

menos propensos a tener un trastorno psiquiátrico (Radke-Yarrow & Sherman, 1990; en Godman & Gotlib, 1999).

Es claro que los resultados y las recomendaciones derivadas directamente de la investigación representan un camino viable a seguir para el diseño de futuras intervenciones preventivas de los psicólogos en cualquier nivel de atención. Estas mismas recomendaciones representan las pautas básicas que darán forma a las conductas saludables.

Por otro lado, para que también la prevención de la psicopatología en los niños que interactúan con madres con síntomas depresivos y con práctica parental negativa pueda llevarse a cabo tendrá que reorientarse la forma en que la familia organiza y administra el ambiente que rodea al niño desde su nacimiento. Además de ello, es evidente que el camino de la prevención psicológica no debe enfocarse sólo en los aspectos negativos, es decir en tratar de evitar o eliminar las emociones o comportamientos nocivos para la salud psicológica sino también, en enfocarse a los aspectos positivos de las personas. De hecho, los mayores progresos en el trabajo de prevención se desarrollan a partir de perspectivas centradas en la construcción sistemática de competencias. La aplicación generalizada de programas eficaces de prevención para niños, jóvenes y adultos es una inversión segura para el futuro de una sociedad (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; en Vera, 2006).

CAPÍTULO 6

Método

6.1 Planteamiento del problema.

Algunos estudios señalan que existe una base familiar para el desarrollo de la psicopatología infantil. La depresión es uno de los trastornos que se presentan comúnmente en las mujeres que tienen responsabilidades familiares –como la crianza de los hijos–. A lo largo de los años, algunos autores han planteado que existe una relación directa entre la presencia de depresión materna y los problemas internalizados y externalizados infantiles. Actualmente, se conoce que la depresión materna también afecta la relación que la madre establece con sus hijos, se afirma que las madres que presentan síntomas de depresión suelen adoptar prácticas parentales negativas en la crianza de sus hijos. También se sabe que las prácticas parentales de las madres pueden afectar la salud mental de los niños. Por ello, tanto la presencia de sintomatología, como las prácticas parentales maternas, son un factor de riesgo para la psicopatología infantil. Pero existe la interrogante de cómo afectan juntas estas variables a la psicopatología infantil, debido a que la mayoría de los estudios proponen relaciones directas y suelen dejar de lado alguna de estas dos variables.

A pesar de que existen investigaciones que toman en cuenta la presencia de depresión o sintomatología depresiva en la madre, las prácticas parentales y los problemas internalizados y/o externalizados infantiles. Además existen otros estudios que proponen a las prácticas parentales como mediadoras en la relación depresión materna y psicopatología infantil, la mayoría de éstos son investigaciones realizadas en otros países. Por lo que en México no se cuenta con literatura suficiente que ayude a identificar los riesgos que trae consigo la depresión materna sobre las

prácticas parentales y el desarrollo de psicopatología infantil. Debido a ello, surgen las siguientes preguntas de investigación:

6.2 Preguntas de investigación.

1. ¿Las prácticas parentales de madres que presentan sintomatología depresiva predicen los síntomas internalizados y externalizados en niños que asisten a escuelas primarias en la zona conurbada de la Ciudad de México?
2. ¿Las prácticas parentales tienen un papel mediador en la relación de la sintomatología depresiva materna y los síntomas internalizados y externalizados infantiles?

6.3 Objetivo general.

Evaluar si las prácticas parentales de madres con sintomatología depresiva predicen los síntomas internalizados y externalizados infantiles.

6.4 Objetivo específico.

Determinar si las prácticas parentales tienen un rol mediador en la relación entre la sintomatología depresiva y los síntomas internalizados y/o externalizados infantiles.

6.5 Objetivos particulares.

1. Evaluar la relación entre la sintomatología depresiva materna y las prácticas parentales.
2. Evaluar la relación entre las prácticas parentales de madres con sintomatología depresiva y los síntomas internalizados y externalizados infantiles.
3. Evaluar la relación entre la sintomatología depresiva en las madres y los síntomas internalizados y externalizados infantiles.

6.6 Hipótesis.

Ho: Las prácticas parentales en madres con sintomatología depresiva no predicen los síntomas internalizados y/o externalizados infantiles.

Ha1: Las prácticas parentales de madres con sintomatología depresiva predicen los síntomas internalizados y/o externalizados infantiles.

Ho: Las prácticas parentales no tienen un papel mediador en la relación entre la sintomatología depresiva y los síntomas internalizados y/o externalizados infantiles.

Ha2: Las prácticas parentales tienen un papel mediador en la relación entre la sintomatología depresiva y los síntomas internalizados y/o externalizados infantiles.

6.7 Definición de Variables.

6.7.1 Variables Independientes.

Variable 1: ***Prácticas parentales***

Definición conceptual: Es la responsabilidad asumida por los padres respecto al crecimiento físico, desarrollo emocional y social de un hijo. Es una expresión de una forma particular de relación entre padres e hijos que es singular y única entre todas las ligas humanas (Márquez-Caraveo, Hernández-Guzmán, Aguilar, Pérez-Barrón & Reyes-Sandoval, 2007).

Definición operacional: castigo corporal, negligencia, castigo razonado y aceptación (Hernández-Guzmán, Bermúdez-Ornelas & Gil-Bernal, en preparación).

Variable 2: ***Depresión***

Definición conceptual: Es un trastorno del estado de ánimo donde se experimenta una falta de interés y placer en las actividades cotidianas, pérdida o ganancia significativa de peso, insomnio

o sueño excesivo, falta de energía, incapacidad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio (Kazdin, 2000).

Definición operacional: Activación de patrones cognitivos negativos de sí mismo, del futuro y del mundo en general (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1983).

6.7.2 Variables dependientes.

Variable 1: *Síntomas internalizados.*

Definición conceptual: Es la agrupación de síndromes o alteraciones psicológicas encubiertos o reflejados al interior de la persona y se refieren a aquéllos en los cuales las reacciones emocionales y cognitivas se presentan hacia el mismo individuo (Achenbach, 2001; Achenbach & Rescorla, 2001).

Definición operacional: En el niño se presentan como alejamiento o retraimiento social, quejas somáticas sin causa médica aparente, ansiedad y depresión (Achenbach, 1993).

Variable 2: *Síntomas externalizados.*

Definición conceptual: Es la agrupación de síndromes o alteraciones psicológicas manifiestas que reflejan conflicto y violan las reglas de convivencia, causan daño o molestia a otras personas. Son conductas tanto legales como ilegales (Achenbach, 2001; Achenbach & Rescorla, 2001).

Definición operacional: Se pueden observar fácilmente, son conductas como el de romper reglas en casa y escuela, agresividad hacia objetos, animales o hacia ellos mismos (Achenbach, 1993).

6.8 Tipo de estudio.

Confirmatorio (correlacional y explicativo) (Dorantes, 2010) y de campo (Kerlinger & Lee, 2002), debido a que se realizaron análisis estadísticos de correlación y regresión, y porque el

estudio se llevó a cabo en un medio natural en el que las madres de familia están acostumbradas a asistir como lo es el salón de clase de sus hijos.

6.9 Diseño.

No experimental, de tipo transversal (Kerlinger & Lee, 2002). No experimental porque hizo un control directo de las variables independientes ya que sus manifestaciones ya han ocurrido. Transversal porque se llevó a cabo en una medición y en un solo momento.

6.10 Muestra.

Participaron 152 madres biológicas de niños (cuyas edades oscilaron entre los 6 y 12 años) que acudían a escuelas primarias públicas de la zona conurbada del oriente de la Ciudad de México.

6.11 Muestreo.

No probabilístico por conveniencia y propositivo (Kerlinger & Lee, 2002). Por conveniencia porque se seleccionaron a todas las madres que acudieron a una plática informativa acerca de los problemas psicológicos que suelen ocurrir en los niños en edad escolar y que decidieron participar de manera voluntaria en el presente estudio. Propositivo porque del total de la muestra obtenida, se seleccionaron sólo a las madres que presentaban sintomatología depresiva leve, moderada y severa.

6.12 Criterios de inclusión.

Madres biológicas de niños de 6 a 12 años de edad que asistían a escuelas primarias públicas ubicadas en la zona conurbada del oriente de la Ciudad de México que presentaban sintomatología depresiva (10 o más síntomas en el Inventario de Depresión de Beck).

6.13 Criterios de exclusión y eliminación.

No se incluyeron a las madres adoptivas (no biológicas) o a aquellas que presentaron sintomatología depresiva mínima (0-9 síntomas).

6.14 Instrumentos.

Hoja de datos generales de la madre y del hijo(a). Consta de una pequeña presentación acerca del estudio, datos que proporciona la madre de familia acerca de cuándo y en dónde se levantaron los datos (e.g. fecha, escuela, turno, etc.); preguntas sociodemográficas relacionadas a la madre (e.g. edad, ocupación, número de hijos, estado civil, etc.) y al hijo(a) (e.g. edad, sexo, grado escolar, si es hijo biológico, etc.).

Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, 1967) estandarizado para población mexicana (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela, 1998). El inventario tiene 21 reactivos divididos en tres factores altamente correlacionados entre sí: *actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro del rendimiento y alteración somática*. Los puntos de corte de esta versión son de 0-9 síntomas para depresión mínima, 10-16 síntomas depresión leve, 17-29 síntomas depresión moderada y 30-63 síntomas depresión severa. La prueba presenta una consistencia interna de 0.87, lo cual sugiere que la versión mexicana del BDI cumple con los requisitos psicométricos mínimos necesarios para ser empleado como instrumento de evaluación de depresión, debido a que reporta cifras estadísticas que demuestran la validez de contenido, criterio y constructo.

Escala de Prácticas Parentales (EPP) (Hernández-Guzmán, Bermúdez-Ornelas & Gil-Bernal, en preparación). Es un instrumento de autoinforme que contesta el padre, la madre o los cuidadores

principales del infante. Se dirige a padres de familia con hijos de entre 6 y 18 años. Evalúa las conductas de los padres en la interacción con sus hijos. Es una escala de tipo Likert con tres opciones de respuesta (0=nunca o casi nunca, 1=a veces y 2=siempre o casi siempre). Consta de 13 reactivos divididos en 4 factores: *castigo corporal*, *negligencia*, *castigo razonado* y *aceptación*. Está formada por dos dimensiones relacionadas que caracterizan las prácticas parentales que ejercen los padres sobre sus hijos: positivas y negativas. La primera con un alfa de Cronbach de .86 y la segunda con un alfa de Cronbach de .81 (Gil-Bernal, 2009).

Lista de Conductas Infantiles (Children Behavior Check List, CBCL/6-18: Achenbach & Rescorla, 2001) validada para población mexicana (Hernández-Guzmán, 2005). Es una escala de banda ancha de tipo Likert que contestan los padres, madres, o bien, los cuidadores principales de los niños y niñas. Está compuesta por 118 ítems que pregunta a los padres sobre los síntomas internalizados y externalizados del niño. Su fiabilidad de consistencia interna es de 0,96. Sus reactivos calificados desde 0 (*nunca*) hasta 2 (*siempre*) se agrupan en 9 factores: *ansioso/deprimido*, *aislado/deprimido*, *quejas somáticas*, *problemas sociales*, *problemas de pensamiento*, *problemas de atención*, *conducta de romper reglas*, *conducta agresiva* y *otros problemas*. El instrumento se divide en 5 tipos de problemas: internalizados (*ansioso/deprimido*, *aislado/deprimido* y *quejas somáticas*), externalizados (*conducta de romper reglas* y *conducta agresiva*), problemas de pensamiento, problemas de atención y otros problemas.

6.15 Procedimiento.

Se visitaron 4 escuelas primarias públicas de la zona conurbada del oriente de la Ciudad de México, en los municipios del Estado de México como Ozumba (1), Valle de Chalco (1), Los Reyes La Paz (1); y de la delegación Iztapalapa (1) en el Distrito Federal, para informar el

objetivo del estudio que se realizaría. Se solicitó la colaboración y los permisos correspondientes por parte de los directores, profesores y madres de familia para la aplicación de los instrumentos. La aplicación se realizó previo a una plática dirigida hacia a las madres acerca de los problemas psicológicos que comúnmente presentan los niños de edad escolar. Para la participación de las personas en el estudio se adhirió a las normas éticas de participación voluntaria, confidencialidad y anonimato (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).

Se solicitaron y obtuvieron los instrumentos así como los permisos para el uso de los mismos a los autores correspondientes. Los instrumentos se integraron en un solo cuadernillo (véase anexo) cuidando que los reactivos fueran claros. Para la aplicación se contó con el apoyo de tres psicólogas pasantes de la Licenciatura en Psicología de la UNAM a quienes se les entrenó previamente, la aplicación se llevó a cabo en grupos de madres que accedieron de manera voluntaria a participar en el estudio. Se les brindaron las instrucciones de llenado de cada instrumento, la duración aproximada para contestar cada uno fue de 5 a 10 minutos. Al finalizar la aplicación, por cuestiones éticas, se realizó una plática informativa de los problemas que a esa edad suelen presentar los niños y el modo de prevenirlos.

6.16 Análisis de datos.

Todos los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS® en su versión 17.0 (2009). Para comprobar las hipótesis del presente estudio, los análisis se realizaron de acuerdo al procedimiento del Modelo Mediacional (Baron & Kenny, 1986) utilizado en diversas investigaciones (Casey, 2006; Chang, Lansford, Schwartz & Farver, 2004; Gerdes, Hoza, Arnold, Pelham, Swanson, Wigal & Jensen, 2007; Kane & Garber, 2009) con las variables que se utilizaron en el presente estudio.

El modelo de Baron y Kenny (1986) propone que una variable mediadora (prácticas parentales) representa el mecanismo generativo mediante el cual una variable independiente (síntomatología depresiva) es capaz de influir en una variable dependiente (síntomas internalizados y externalizados infantiles). Para que un modelo mediacional sea válido, deben cumplirse los siguientes criterios: (1) la variable independiente o predictiva (síntomatología depresiva materna) debe tener una influencia directa significativa sobre la variable dependiente o criterio (síntomas internalizados y externalizados infantiles) (ruta *c*); (2) debe existir una relación significativa entre la variable predictiva (síntomatología depresiva materna) y la variable mediadora (prácticas parentales) (ruta *a*); (3) la influencia del mediador (prácticas parentales) sobre la variable dependiente (síntomas internalizados y externalizados infantiles) debe ser significativa (ruta *b*). El modelo propuesto en el presente estudio se muestra en la siguiente figura:

Figura 6.1 Modelo teórico propuesto.

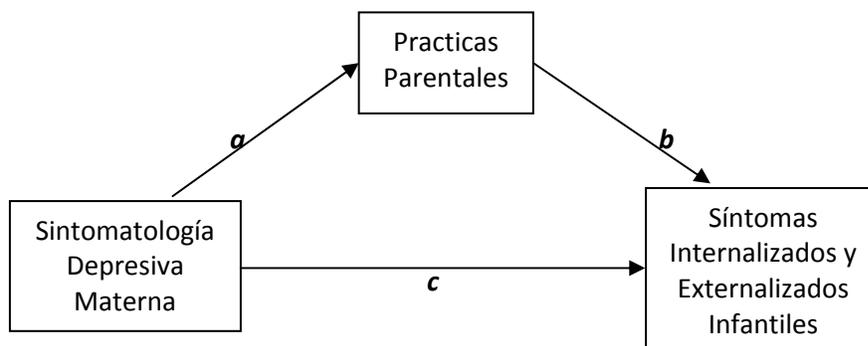


Figura 6.1. Análisis que se realizó de acuerdo a la hipótesis del estudio propuesto con base en el Modelo Mediador de Baron y Kenny (1986).

CAPÍTULO 7

Resultados

Los resultados encontrados en el presente estudio se dividen en dos secciones. En la primera, se presentan los análisis descriptivos de la muestra y las variables incluidas, en la segunda los análisis de correlación y regresión realizados donde se muestran las variables que se relacionan y predicen a los síntomas internalizados y externalizados infantiles. Finalmente, de acuerdo a los resultados, se ilustran los modelos que fueron estadísticamente significativos.

7.1 Análisis descriptivos.

En primera instancia se calcularon los estadísticos básicos de las variables sociodemográficas y las involucradas en el estudio con el propósito de explorar las características generales que describen a la muestra obtenida.

7.1.1 Variables sociodemográficas.

Madres de familia.

Fueron 152 madres que cubrieron los criterios de inclusión, de las cuales tenían un rango de edad de 23 a 53 años, con una $M= 32.5$ y una $Mo= 31$ años. En cuanto a la zona en que residían las madres participantes, como se observa en la tabla 7.1 principalmente con un 41% ($n=62$) residían en el municipio de Valle de Chalco ubicado en el Estado de México.

Tabla 7.1 Zona de residencia de las participantes.

Zona (Municipio o Delegación)	Frecuencia (<i>n</i>)	Porcentaje %
Ozumba <i>a</i>	23	15
Los Reyes La Paz <i>a</i>	36	24
Valle de Chalco <i>a</i>	62	41
Iztapalapa <i>b</i>	31	20
Total	152	100

Nota: *a.* Municipio del Estado de México, *b.* Delegación del Distrito Federal.

En lo que se refiere a la escolaridad de las participantes (figura7.1), la mayoría de las madres contaban con un nivel de escolaridad básico-medio: 43% ($n=65$) tenía estudios de secundaria, 37% ($n=56$) de primaria, y licenciatura apenas con un 1% ($n=2$):

Figura 7.1 Escolaridad de las madres.

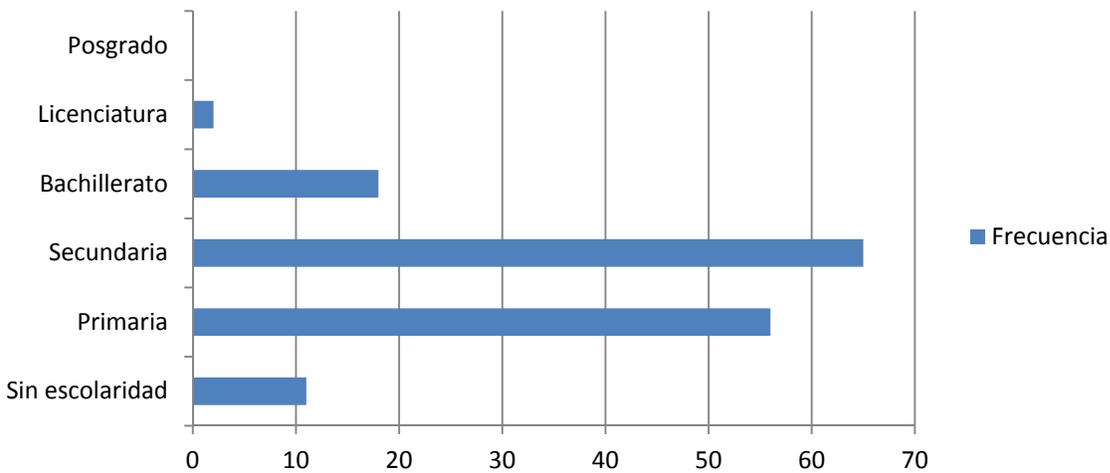


Figura7.1. Escolaridad en ciclos terminados de las madres participantes en el estudio.

El número de hijo(a)s que tenían las participantes osciló en un rango de 1 a 6, el 41% ($n=63$) reportó tener 3 hijo(a)s y el 30% ($n=46$) 2 hijo(a)s como se observa en la siguiente figura:

Figura 7.2 Número de hijos de las madres.

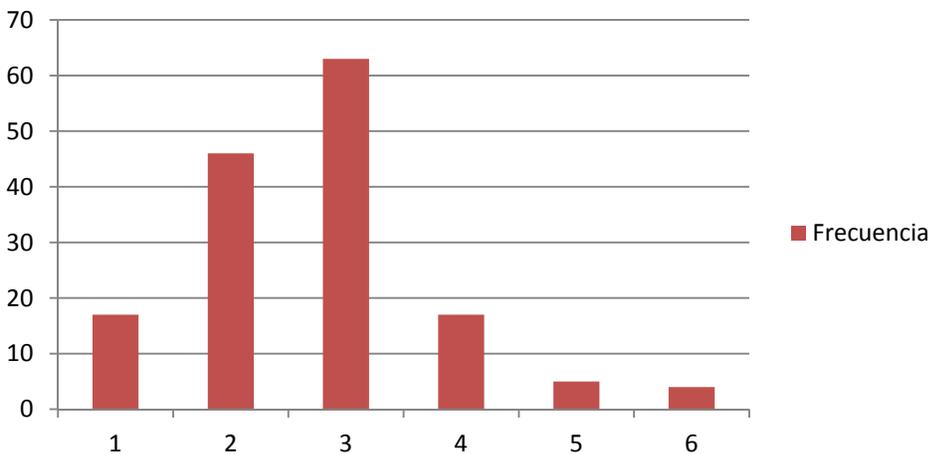


Figura 7.2. Frecuencias del número de hijos que las madres participantes reportaron.

En la figura 7.3 se ilustra el estado civil de las madres participantes, el 76% ($n=115$) reportó tener pareja, es decir, eran casadas o vivían en unión libre, 20% ($n=30$) eran solteras, 3% ($n=5$) separadas, y el 1% ($n=2$) eran viudas.

Figura 7.3 Estado civil de las madres.

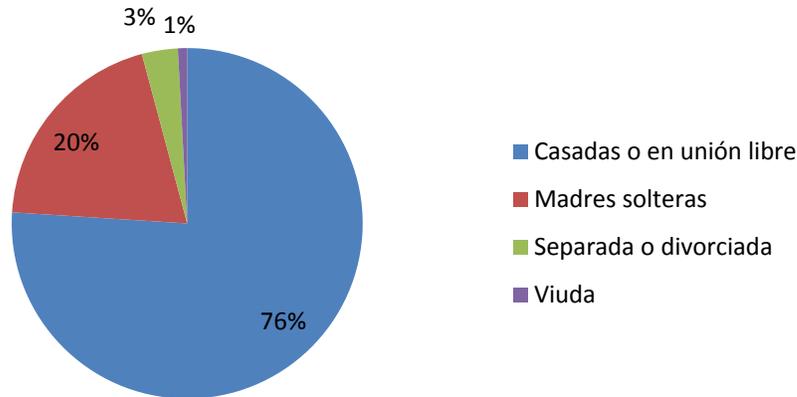


Figura 7.3. Estado civil de las madres participantes donde la mayoría reportó vivir con su pareja.

En cuanto a su ocupación (Figura 7.4), 85% ($n=130$) reportaron ser amas de casa, empleadas 11% ($n=16$), y comerciantes 4% ($n=6$).

Figura 7.4 Ocupación de las madres.

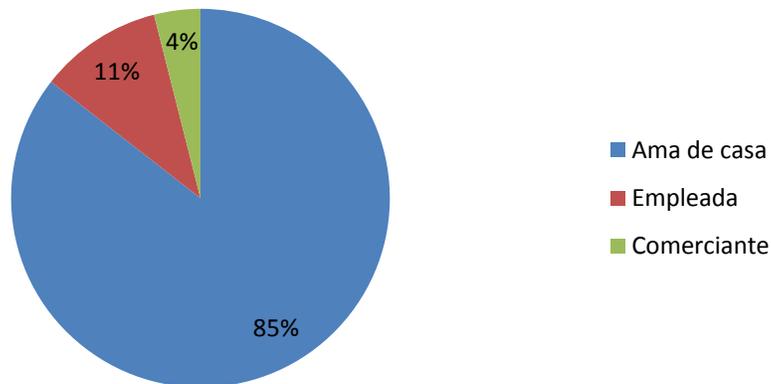


Figura 7.4. Ocupación que desempeñaban las madres participantes de acuerdo a lo reportado.

Hijo(a)s de madres con sintomatología depresiva.

En relación a los datos generales de los hijo(a)s de estas madres, el 62.5% ($n=95$) fueron niños y el 37.5% ($n=57$) fueron niñas con un rango de edad de 6 a 12 años y un promedio de 8.8 años y una moda de 10 años de edad con el 20% ($n=30$). La mayoría se encontraba cursando el 5to grado de primaria como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 7.2 Grado escolar de lo(a)s hijo(a)s.

Grado escolar	Frecuencia (<i>n</i>)	Porcentaje %
Primero	17	11
Segundo	29	19
Tercero	23	15
Cuarto	21	14
Quinto	41	27
Sexto	21	14
Total	152	100

Nota: Grado escolar que cursaban los hijos de las madres participantes.

7.1.2 Variables independientes y dependientes.

Se calcularon los estadísticos básicos de las variables involucradas en el estudio con el propósito de explorar sus características, mismas que se muestran por separado a continuación:

Sintomatología depresiva.

Con el propósito de corroborar si el Inventario de Depresión de Beck (BDI *por sus siglas en inglés*) validado para población mexicana por Jurado et al. (1998) es confiable para la muestra seleccionada y así elaborar análisis estadísticos de acuerdo a las hipótesis. Se realizó un análisis de confiabilidad que arrojó un alpha de Cronbach ($\alpha=.83$), lo cual indica que es un instrumento confiable para la evaluación de depresión en la muestra seleccionada.

En cuanto al comportamiento de la variable depresión, el rango de puntaje osciló de 10 como puntuación mínima a 56 como puntuación máxima. Se obtuvo una $M= 21.3$ y una $SD= 9.8$. El nivel de sintomatología depresiva presentado en las madres de familia participantes se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 7.3 Nivel de sintomatología depresiva en las madres.

Nivel de depresión	Puntos de corte α	Frecuencia (n)	Porcentaje %
Leve	10 a 16	58	38
Moderada	17 a 29	65	43
Severa	30 a 63	29	19

Nota: α . Puntos de corte del BDI para población mexicana.

Prácticas parentales.

En la tabla 7.4 se observan los estadísticos básicos de la variable prácticas parentales evaluadas por la EPP (Hernández-Guzmán, Bermúdez-Ornelas, & Gil-Bernal, en preparación; en Gil-Bernal, 2009) que obtuvo una confiabilidad de $\alpha=.45$ para la muestra seleccionada.

Tabla 7.4 Prácticas parentales ejercidas por las madres.

Prácticas parentales positivas			
Castigo razonado	$M=3.47$	$SD=1.59$	$\alpha=.68^*$
Aceptación	$M=4.04$	$SD=1.75$	
Prácticas parentales negativas			
Castigo corporal	$M=2.4$	$SD=1.54$	$\alpha=.52^*$
Negligencia	$M=2.07$	$SD=1.56$	

Nota: $*p \leq .05$

Síntomas internalizados.

En la tabla 7.5 se observa los estadísticos básicos referentes a los síntomas internalizados (*ansiedad-depresión, aislado-depresión y quejas somáticas*) evaluados por Lista de Conductas

Infantiles (Children Behavior Check List, CBCL/6-18 de Achenbach & Rescorla, 2001) validada para población mexicana por Hernández-Guzmán (2005).

Tabla 7.5 Síntomas internalizados en hijos de madre con sintomatología depresiva.

Factor	M	SD	Alpha de Cronbach
Ansiedad-depresión	7.28	4.42	$\alpha=.774^*$
Aislado-depresión	4.36	3.09	
Quejas somáticas	2.69	2.90	

Nota: * $p \leq .05$

Síntomas externalizados.

En la tabla 7.6 se observan los estadísticos básicos referentes a los síntomas externalizados (*conducta de romper reglas y agresividad*) evaluados al igual que los síntomas internalizados, por la Lista de Conductas Infantiles (CBCL).

Tabla 7.6 Síntomas externalizados en hijos de madres con sintomatología depresiva.

Factor	M	SD	Alpha de Cronbach
Conducta de romper reglas	4.11	3.70	$\alpha=.825^*$
Agresividad	9.80	6.36	

Nota: * $p \leq .05$

7.2 Análisis de correlación y regresión.

Con el propósito de determinar si las prácticas parentales de madres que presentan sintomatología depresiva predicen los síntomas internalizados y externalizados infantiles, y si las prácticas parentales tienen un papel mediador en la relación entre la sintomatología depresiva materna y los síntomas internalizados y externalizados infantiles; los análisis estadísticos se realizaron con base al modelo mediador de Baron y Kenny (1986). De acuerdo a los criterios de

estos autores, el primer paso es determinar si la variable independiente o predictiva (síntomatología depresiva materna) tiene una influencia directa significativa sobre la variable dependiente o criterio (síntomas internalizados y externalizados infantiles), por lo que se llevó a cabo una correlación producto-momento de Pearson para evaluar la correlación entre estas variables y, con base en ello, realizar un análisis de regresión lineal para determinar la influencia de la variable independiente sobre la dependiente. Los resultados de estos análisis se presentan a continuación:

Tabla 7.7 Relación entre sintomatología depresiva materna y síntomas internalizados y externalizados infantiles.

Variables	Sintomatología depresiva
Ansiedad-Depresión	
<i>Correlación de Pearson</i>	.290**
<i>Sig. (bilateral)</i>	.000
Aislado-Depresión	
<i>Correlación de Pearson</i>	.260**
<i>Sig. (bilateral)</i>	.001
Quejas somáticas	
<i>Correlación de Pearson</i>	.172*
<i>Sig. (bilateral)</i>	.034
Dimensión síntomas internalizados	
<i>Correlación de Pearson</i>	.294**
<i>Sig. (bilateral)</i>	.000
Conducta de romper reglas	
<i>Correlación de Pearson</i>	.259**
<i>Sig. (bilateral)</i>	.001
Agresividad	
<i>Correlación de Pearson</i>	.355**
<i>Sig. (bilateral)</i>	.000
Dimensión síntomas externalizados	
<i>Correlación de Pearson</i>	.335**
<i>Sig. (bilateral)</i>	.000

Nota: Coeficientes de correlación encontrados en la relación entre la sintomatología depresiva materna y los síntomas internalizados y externalizados infantiles. $N=152$.

** $p < .01$

* $p < .05$

De acuerdo a los resultados anteriores, la prueba de producto-momento de Pearson mostró una asociación débil pero significativa entre la sintomatología depresiva en la madre y el factor ansiedad-depresión ($r=.290$), así como en el aislado-deprimido ($r=.260$) y aumenta la relación si se evalúa con la dimensión de los síntomas internalizados ($r=.294$). Mientras que, en lo referente a la relación entre la sintomatología depresiva materna y los síntomas externalizados, se encontró también una asociación débil pero significativa con los factores de conducta de romper reglas ($r=.259$), agresividad ($r=.355$), y también con la dimensión ($r=.335$). El factor quejas somáticas no resultó asociado con la sintomatología depresiva materna.

Con base en los resultados anteriores, se realizó una serie de pruebas de regresión lineal para determinar la influencia de la sintomatología depresiva materna sobre los factores y las dimensiones de los síntomas internalizados y externalizados infantiles que resultaron asociados significativamente en el análisis de correlación anterior. Los resultados de estos análisis se muestran en las tablas 7.8 y 7.9.

Tabla 7.8 Modelos de los análisis de regresión lineal para la sintomatología depresiva materna y los factores de la dimensión de síntomas internalizados infantiles.

Variables dependientes	R²	B	β	T	Sig.
Ansiedad-depresión	.084	.131	.290	3.715	.000
Aislado-depresión	.068	.082	.260	3.298	.001
Dimensión de síntomas internalizados	.086	.264	.294	3.763	.000

Nota: N=152

En la tabla 7.8 se ilustran los resultados arrojados de los análisis de regresión lineal que muestran que la sintomatología depresiva materna contribuye en la predicción de los factores del CBCL ansiedad-depresión ($\beta=.290$; $p=.000$) con una varianza explicada del 8.4%; aislado-

deprimido ($\beta=.260$; $p=.001$) con una varianza explicada del 6.8%; y con la dimensión de síntomas internalizados infantiles ($\beta=.294$; $p=.000$) con una varianza explicada del 8.6%.

Tabla 7.9 Modelos de los análisis de regresión lineal para la sintomatología depresiva materna y los factores de la dimensión de síntomas externalizados infantiles.

Variables dependientes	R2	B	β	T	Sig.
Conducta de romper reglas	.067	.098	.259	3.285	.001
Agresividad	.126	.230	.355	4.655	.000
Dimensión de síntomas externalizados	.112	.328	.335	4.359	.000

Nota: N=152

En la tabla anterior se muestra que la sintomatología depresiva materna predice los factores de la dimensión de los síntomas externalizados infantiles de la conducta de romper reglas ($\beta=.259$; $p=.001$) con el 6.7% de la varianza explicada; la agresividad ($\beta=.355$; $p=.000$) con el 12.6% de la varianza explicada; a la dimensión ($\beta=.335$; $p=.000$) con el 11.2% de la varianza explicada. Con base a los resultados obtenidos, sí existe un efecto directo de la sintomatología depresiva materna sobre el desarrollo de síntomas internalizados (ansiedad=depresión, aislado deprimido) y externalizados (conducta de romper reglas y agresividad) infantiles.

Continuando con los objetivos del presente estudio y de acuerdo con las normas del modelo mediador (Baron & Kenny, 1986). En segundo lugar, debe existir una relación significativa entre la variable predictiva (sintomatología depresiva materna) y la variable mediadora (prácticas parentales), por lo cual se realizó una serie de correlaciones de producto-momento de Pearson, para evaluar dicha asociación entre las variables. Los resultados ilustran en la siguiente tabla:

Tabla 7.10 Relación entre sintomatología depresiva materna y prácticas parentales maternas.

Variables	Sintomatología depresiva
Castigo corporal	
<i>Correlación de Pearson</i>	.017
<i>Sig. (bilateral)</i>	.839
Negligencia	
<i>Correlación de Pearson</i>	.063
<i>Sig. (bilateral)</i>	.444
Dimensión prácticas parentales negativas	
<i>Correlación de Pearson</i>	.052
<i>Sig. (bilateral)</i>	.525
Castigo razonado	
<i>Correlación de Pearson</i>	-.018
<i>Sig. (bilateral)</i>	.000
Aceptación	
<i>Correlación de Pearson</i>	.035
<i>Sig. (bilateral)</i>	.665
Dimensión prácticas parentales positivas	
<i>Correlación de Pearson</i>	.012
<i>Sig. (bilateral)</i>	.882

Nota: Coeficientes de correlación entre la variable sintomatología depresiva y prácticas parentales. $N=152$.

De acuerdo con los resultados encontrados e ilustrados en la tabla anterior de la relación entre la sintomatología depresiva materna y las prácticas parentales, ninguna de estas relaciones fue estadísticamente significativa. Por lo cual, en este estudio no puede considerarse a la variable prácticas parentales como mediadora entre la sintomatología depresiva materna y los síntomas internalizados y externalizados infantiles.

Finalmente, para comprobar las hipótesis del presente estudio, como tercer paso y de acuerdo con Baron y Kenny (1986), la influencia de la variable mediadora (prácticas parentales) sobre la variable dependiente (síntomas internalizados y externalizados infantiles) debe ser significativa, por lo que inicialmente se realizaron una serie de correlaciones de producto-momento de Pearson con el objetivo de evaluar si existía una asociación estadísticamente

significativa entre éstas (tabla 7.11), para después evaluar si los valores de la variable prácticas parentales pueden predecir el valor de las variables dependientes (síntomas internalizados y/o externalizados infantiles).

Tabla 7.11 Relación entre prácticas parentales y síntomas internalizados y externalizados infantiles.

Variables	1	2	3	4	5	6	7
Castigo corporal							
<i>Correlación de Pearson</i>	.071	.065	-.048	.043	.236**	.187*	.215**
<i>Sig. (bilateral)</i>	.386	.430	.561	.603	.003	.021	.008
Negligencia							
<i>Correlación de Pearson</i>	.183*	.150	.093	.175*	.169*	.171*	.179*
<i>Sig. (bilateral)</i>	.024	.066	.256	.031	.037	.035	.028
Dimensión prácticas parentales negativas							
<i>Correlación de Pearson</i>	.167*	.141	.029	.143	.266**	.236**	.259**
<i>Sig. (bilateral)</i>	.040	.084	.721	.080	.001	.003	.001
Castigo razonado							
<i>Correlación de Pearson</i>	.113	.050	.018	.080	-.028	.085	.046
<i>Sig. (bilateral)</i>	.167	.541	.821	.326	.733	.296	.576
Aceptación							
<i>Correlación de Pearson</i>	-.009	-.050	-.085	-.050	-.077	-.129	-.115
<i>Sig. (bilateral)</i>	.911	.538	.300	.540	.345	.114	.158
Dimensión prácticas parentales positivas							
<i>Correlación de Pearson</i>	.060	-.003	-.044	.015	-.066	-.033	-.047
<i>Sig. (bilateral)</i>	.462	.970	.594	.857	.420	.689	.564

Nota: 1= Ansiedad-depresión, 2= Aislado-deprimido, 3= Quejas somáticas, 4= Dimensión de síntomas internalizados; 5= Conducta de romper reglas, 6= Agresividad, 7= Dimensión de síntomas externalizados. N=152.

** $p < .01$; * $p < .05$

Los coeficientes de correlación de la tabla anterior muestran que sólo existe una asociación estadísticamente significativa entre los factores y la dimensión de prácticas parentales negativas y los factores de la dimensión de síntomas externalizados. El castigo corporal ejercido

por las madres se relaciona con la conducta de romper reglas ($r=.236$) y la conducta agresiva ($r=.187$) en los niños. Mientras que el factor negligencia de las prácticas parentales de las madres se asocia con el factor ansiedad-depresión ($r=.183$), la conducta de romper reglas ($r=.169$) y la conducta agresiva infantil ($r=.171$). A partir de estos resultados, se realizaron los análisis de regresión lineal pertinentes y los resultados se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 7.12 Regresión lineal para la práctica parental negligencia como predictora del factor ansiedad-depresión infantil.

Variables dependientes	R2	B	β	T	Sig.
Negligencia	.033	.525	.183	2.280	.024

Nota: N=152.

De acuerdo a la tabla anterior, de las prácticas parentales ejercidas por las madres con sintomatología depresiva el valor del factor negligencia predice al valor del factor ansiedad-depresión infantil ($\beta=.183$; $p=.024$) explicando el 3.3% de la varianza. Cabe destacar que del modelo propuesto, en el caso de los síntomas internalizados, sólo el factor ansiedad-depresión pudo predecirse a partir de las prácticas parentales negativas (negligencia) y la sintomatología depresiva materna, pero las prácticas parentales no representaron un papel mediador entre la ansiedad-depresión y la sintomatología depresiva en la madre. En la figura 7.5 se ilustra el modelo resultante en este estudio referente a los síntomas internalizados infantiles.

Por otro lado, en lo que se refiere a los síntomas externalizados infantiles, los análisis de regresión lineal (tabla 7.13) mostraron que los valores de las prácticas parentales negativas de negligencia ($\beta=.169$; $p=.037$) y castigo corporal ($\beta=.236$; $p=.003$) predicen al valor de la conducta de romper reglas en los niños, estos factores explican el 2.9% y 5.5% de la varianza

respectivamente. En la figura 7.6 se ilustra el modelo encontrado en el presente estudio para la conducta de romper reglas.

Figura 7.5 Modelo I.

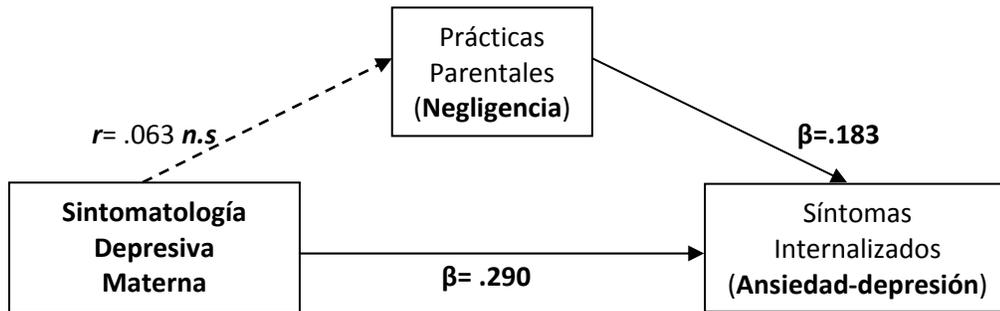


Figura 7.5. Modelo I: Predicción de ansiedad-depresión infantil a partir de la sintomatología depresiva materna, y las prácticas parentales como potenciales mediadoras. *n.s*= no significativa.

Tabla 7.13 Regresión lineal del castigo corporal y negligencia como predictoras de la conducta de romper reglas en los niños.

Variabes dependientes	R2	B	β	t	Sig.
Negligencia	.029	.405	.169	2.101	.037
Castigo corporal	.055	.559	.236	2.968	.003

Nota: N=152.

Finalmente se realizaron dos análisis de regresión lineal con dos factores de las prácticas parentales que previamente resultaron asociados significativamente con la agresividad infantil: negligencia y castigo corporal. Los resultados de estos análisis mostrados en la tabla 7.14, confirman que la agresividad infantil puede predecirse a partir del valor de la práctica parental negligencia ($\beta=.171$; $p=.035$) y castigo corporal ($\beta=.187$; $p=.021$) explicando el 2.9% y el 3.5% de la agresividad infantil respectivamente. El modelo encontrado en el presente estudio para la explicación de la agresividad a partir de la sintomatología depresiva y las prácticas parentales se ilustra en la figura 7.7.

Figura 7.6 Modelo II.

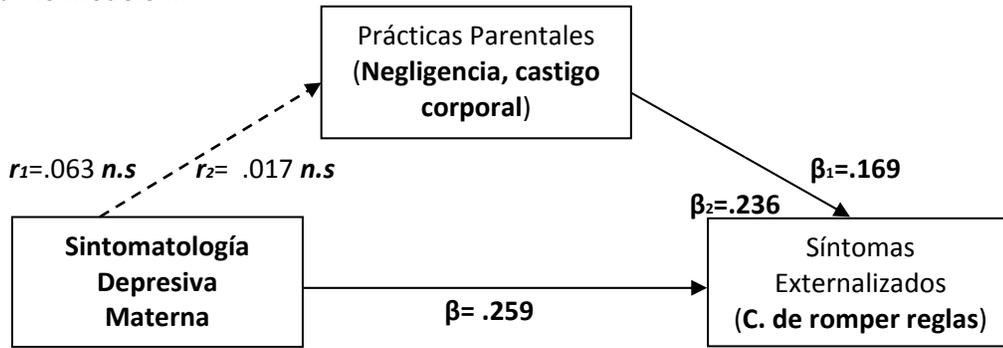


Figura 7.6. Modelo II: Predicción de la conducta de romper reglas en los niños a partir de la sintomatología depresiva materna, y las prácticas parentales como potenciales mediadoras. r_1 =coeficiente de correlación entre la sintomatología depresiva materna y negligencia; r_2 =coeficiente de correlación entre la sintomatología depresiva y el castigo corporal; β_1 = coeficiente de regresión estandarizado de la relación entre negligencia y conducta de romper reglas; β_2 = coeficiente de regresión estandarizado de la relación entre castigo corporal y conducta de romper reglas; *n.s.*= no significativa.

Tabla 7.14 Regresión lineal del castigo corporal y negligencia como predictoras de la agresividad infantil.

Variables dependientes	R2	B	β	t	Sig.
Negligencia	.029	.705	.171	2.127	.035
Castigo corporal	.035	.764	.187	2.336	.021

Nota: N=152.

Figura 7.7 Modelo III.

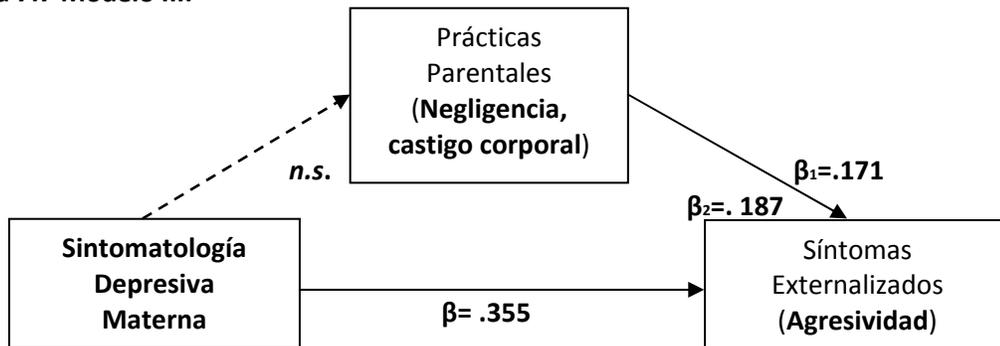


Figura 7.7. Modelo III: Predicción de la agresividad infantil a partir de la sintomatología depresiva materna, y las prácticas parentales como potenciales mediadoras. β_1 = coeficiente de regresión estandarizado de la relación entre negligencia y agresividad; β_2 = coeficiente de regresión estandarizado de la relación entre castigo corporal y agresividad; *n.s.*= no significativa.

CAPÍTULO 8

Discusión

Recientemente los estudios epidemiológicos han reportado un incremento considerable de la psicopatología en la población general, por lo cual una de las tareas más importantes que tienen los profesionales de la psicología es prevenir el desarrollo de problemas mentales. Actualmente se considera que es mejor prevenir que intervenir cuando éstos ya están presentes por los altos costos económicos que representan los tratamientos o bien, en el mejor de los casos, disminuir los efectos que conllevan en la vida de las personas (Hernández-Guzmán & Sánchez-Sosa, 1995). La prevención psicológica es la encargada de planear, diseñar y ejecutar actividades encaminadas a prevenir los desajustes psicológicos con base en los hallazgos en la investigación psicológica, donde se realiza otra tarea de suma importancia para la prevención psicológica: la identificación de factores de riesgo y protectores para la salud mental. En la medida en que se conozcan aquellas variables que aumentan o disminuyen la vulnerabilidad para el desarrollo de la psicopatología en las personas, se podrá contar con un panorama más claro y se evitarán las variables que ponen en riesgo a la salud psicológica o bien, mantener y promover aquellas que predicen el bienestar en la vida de las personas (Hernández-Guzmán, 1999).

Tanto la identificación temprana de la psicopatología infantil como su intervención es actualmente un reto para el psicólogo clínico. La literatura especializada en el tema ha demostrado que si no se tratan oportunamente aquellas conductas desadaptativas y que representan un obstáculo para la competencia social del niño, en el futuro pueden evolucionar en distintos problemas y usualmente más graves. Por lo cual, la identificación de los factores protectores y de riesgo asociados a la psicopatología infantil se convierte en una actividad primordial para el desarrollo de estrategias de prevención a nivel primario, secundario o terciario. Los factores de riesgo o protectores de la psicopatología infantil pueden estar en el niño o en el

ambiente en el que se desarrolla. Se han reportado con frecuencia dos variables ambientales asociadas al desarrollo de problemas emocionales (internalizados) o de comportamiento (externalizados) en los niños: la psicopatología parental, específicamente la depresión materna y las prácticas parentales ejercidas por los padres.

La depresión es un problema de salud pública en todo el mundo debido a su incidencia en la población, a los costos económicos que conlleva al sector salud su tratamiento y a la discapacidad que genera (Josué, Torres, Urrutia, Moreno, Font & Cardona, 2006; Lara-Muñoz, Robles-García, Orozco, Real, Chisholm & Medina-Mora, 2010). El sector más afectado de la población en esta problemática es el de las mujeres que cuentan con edades entre los 18 y 45 años. A los 45 años por lo regular, las mujeres suelen tener ya una familia constituida (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz & Zambrano, 2004; Caraveo, Colmenares & Saldívar, 1999b; Medina-Mora et al. 2003; Ponce et al., 2010). Con base en ello, se estima que un número elevado de niños crecerá en hogares donde, como mínimo, uno de los padres podría ser depresivo. De ahí que esta problemática no sólo pueda afectar la vida de la persona sino que también genera efectos sobre el papel que desempeñe la madre en el entorno familiar y a su vez afecte de manera considerable a toda la familia.

Como se ha señalado en el presente trabajo, la crianza y particularmente las prácticas parentales que ejerzan las madres serán fundamentales para el desarrollo óptimo del niño o, en su defecto, contribuirán para el desarrollo de algún tipo de comportamiento desadaptativo que más tarde evolucione en algún tipo de psicopatología en el infante. De este modo las prácticas parentales pueden representar un factor protector o un factor de riesgo para la psicopatología infantil. En muchos casos las prácticas parentales o de crianza estarán relacionadas entre otras variables con la salud mental de los padres. Se ha reportado que la depresión en las madres suele afectar en las prácticas parentales ejercidas durante la crianza del niño.

Los objetivos del presente estudio fueron evaluar si las prácticas parentales de madres con sintomatología depresiva predicen a los síntomas internalizados y externalizados infantiles, y determinar si las prácticas parentales tienen un rol mediador en la relación entre la sintomatología depresiva y los síntomas internalizados y/o externalizados infantiles. En lo que se refiere al primer objetivo, los resultados encontrados evidenciaron que la práctica parental negativa negligencia ejercida por las madres predice sólo al factor ansiedad-depresión de los síntomas internalizados y, tanto la negligencia como el castigo corporal, predicen a los factores conducta de romper reglas y agresividad de la dimensión de síntomas externalizados en los hijos de estas madres. Es decir, a mayor negligencia y castigo corporal por parte de la madre hacia su hijo(a) existe una mayor probabilidad de desarrollar problemas de ansiedad-depresión, conducta de romper reglas y agresividad infantil.

Estos hallazgos concuerdan con lo reportado en estudios previos donde se señala que el ambiente familiar adverso en el que se desarrolla el niño (prácticas parentales negativas) por ejemplo, la agresión, disciplina irritable-explosiva para controlar al hijo, la hostilidad, indiferencia, negligencia, el rechazo por parte de los padres hacia sus hijos, tienden a reaccionar con manifestaciones hostiles y agresivas, además de desarrollar miedos y ansiedad (Ayala, Pedroza, Morales, Chaparro & Barragán, 2002; Gracia, Lila & Musitu, 2005; Hernández-Guzmán, 199; Márquez-Caraveo, Hernández-Guzmán, Aguilar, Pérez & Reyes, 2007; Kazdin & Buela-Casal, 1994; Patterson, 1982; en Caballo & Simón, 2001; Villatoro, Juárez, Gutiérrez, Amador & Medina-Mora, 2007). Con base en estos resultados se rechazó la primera hipótesis nula del estudio y se contesta la primera pregunta de investigación; para determinar que las prácticas parentales de las madres con sintomatología depresiva sí predicen al factor ansiedad-depresión de los síntomas internalizados y a los factores conducta de romper reglas y agresividad de los síntomas externalizados infantiles; que también concuerdan con los estudios que afirman

que aunque existe evidencia de que este tipo de prácticas parentales se asocian con los problemas internalizados infantiles, es aún más clara su relación con los problemas externalizados (Sturge-Apple, Davies & Cummings, 2006; en Vázquez, 2010).

En cuanto al segundo objetivo, los resultados obtenidos en el presente estudio demuestran que las prácticas parentales no representaron un papel mediador en la relación entre la sintomatología depresiva de la madre y los síntomas internalizados y externalizados infantiles, ya que ninguna práctica parental (variable mediadora) resultó asociada significativamente con la variable independiente o predictora, es decir, con la sintomatología depresiva materna como lo propone el modelo mediador de Baron y Kenny (1986). Por lo cual, se acepta la hipótesis nula que indica que las prácticas parentales no tiene un papel mediador entre los síntomas depresivos maternos y el desarrollo de síntomas internalizados y externalizados infantiles. Cabe resaltar que estos resultados no concuerdan con los estudios previos realizados en otros contextos que afirman que la sintomatología depresiva en la madre está estrechamente relacionada con las prácticas parentales negativas como las conductas evitativas y menos acercamiento hacia sus hijos, falta de comunicación, disciplina irritable-explosiva o exagerada, menos afectos positivos, inconsistencia en la crianza, mayor hostilidad y crítica, y conductas coercitivas hacia los hijos (Errazuriz, 2008; Fritsch, Montt, Solís, Pilowsky & Rojas, 2007; Lyons & Wolfe, 2000; en Riley, Coiro, Broitman, Colantuoni, Hurley, Bandeen et al., 2009; Lovejoy et al. 2000; en Gerdes, Hoza, Arnold, Pelham, Swanson, Wigal et al. 2007). Tampoco con los estudios que reportan a las prácticas parentales negativas (e.g. crítica materna, rechazo, castigo físico severo, menor expresión emocional, mayor supervisión y control) como variables mediadoras en la relación entre la sintomatología depresiva materna y el desarrollo de síntomas internalizados y externalizados infantiles (Callender, 2010; Chang, Lansford, Schwartz & Farver, 2004; Frye & Graber, 2005; Goodman, 2007; Elgar, Mills, McGrath, Waschbuchs & Brownridge, 2007; McBride, 2006; Tompson, Pierre, Borger,

Mckowen, Chan & Fred, 2009). Una posible explicación a los resultados obtenidos de este objetivo es que la fiabilidad de la escala encargada de medir las prácticas parentales, no fue satisfactoria de acuerdo a las normas para considerar que una escala es confiable (0.70) (Prieto & Delgado, 2010) por lo cual, las propiedades psicométricas de la Escala de Prácticas Parentales (EPP) (Hernández-Guzmán, Bermúdez-Ornelas & Gil-Bernal, en preparación) son susceptibles de mejoría, es posible que otras versiones aún bajo estudio, muestren mejores propiedades y resultados en investigaciones posteriores.

Por otro lado, cabe destacar que la sintomatología depresiva en la madre sí predijo a los valores de los factores ansiedad-depresión, conducta de romper reglas y agresividad en sus hijos. En este sentido, los resultados encontrados concuerdan con la literatura especializada que afirma que la psicopatología parental, específicamente la depresión en las madres de familia representan un riesgo para el desarrollo de problemas internalizados o emocionales y externalizados o de comportamiento en sus hijos, suelen presentar agresividad, afectividad negativa, culpa, estilos explicativo negativo, trastornos de ansiedad (e.g. fobias, ansiedad por separación), conducta disruptiva, déficit de atención (Cova, Maganto & Melipillán, 2005; Downey & Coyne, 1990; Fritsch, Montt, Solís, Pilowsky & Rojas, 2007; Goodman & Gotlib, 1999; Goodman, 2007; Greco & Morris, 2002; en Gómez, 2008; Vázquez & Siles, 1999).

De acuerdo a los resultados, tanto la sintomatología depresiva materna como las prácticas parentales negativas explicaron cada una de manera independiente, a los factores ansiedad-depresión, conducta de romper reglas y la agresividad en los hijos de las madres participantes. Es decir, que a mayores síntomas de depresión en las madres y prácticas parentales negativas; mayores puntajes de ansiedad-depresión, conducta de romper reglas y agresividad en sus hijo(a)s.

En cuanto a las limitaciones del presente estudio, debido al diseño transversal del mismo, al tamaño de la muestra y al muestreo realizado para la participación de las madres, no se pueden

generalizar los resultados obtenidos al resto de la población. Asimismo, los porcentajes que explican las prácticas parentales y la sintomatología depresiva materna a los síntomas internalizados y externalizados infantiles fueron bajos por lo cual, posiblemente existan otras variables que estén explicando la presencia de éstos síntomas en los niños.

Por otro lado, la muestra obtenida presentó un nivel escolar bajo, lo que pudo haber afectado la comprensión de lectura de los instrumentos utilizados y por lo tanto, las respuestas emitidas por las madres en cada reactivo. Cabe destacar también que el número de la muestra final fue relativamente bajo, es decir, aquellas madres que mostraron una sintomatología depresiva de relevancia clínica (moderada y severa).

A partir de estos resultados surgen algunas recomendaciones para desarrollar estudios con el fin de reducir los sesgos aún existentes en la investigación psicológica a dicha temática, por lo que se propone que los futuros estudios habrán de investigar en población clínica el papel mediador y/o moderador de las prácticas parentales en la relación entre el trastorno depresivo en la madre y la psicopatología infantil para comprobar si la sintomatología o el trastorno influyen para la validación del modelo propuesto.

Además se recomienda realizar estudios observacionales como el longitudinal con estas variables, ya que permitirán obtener indicadores más precisos sobre los cambios que se presentan a lo largo del tiempo, es decir, de los efectos que tiene la depresión materna a las prácticas parentales y éstas a su vez al desarrollo o a la prevención de algún tipo de psicopatología infantil.

Es importante resaltar la inserción de más variables que pudiesen explicar a la prácticas parentales ejercidas por las madres de familia y el desarrollo de los síntomas internalizados y externalizados infantiles, ya que de acuerdo a Mercado, Landázuri y Terán (2001) a medida de que se logren enfoques más integrados, el acercamiento a los problemas no sólo será más

complejo, sino que se estará pensando de una forma más adecuada, más acorde con la realidad tanto social como natural, en donde ningún proceso se da de manera aislada.

Es importante destacar que así como la prevención psicológica se encarga de identificar factores de riesgo también debe prestarle mayor interés a la identificación de factores protectores, es crucial investigar tanto la operación e impacto de las variables que pudieran amortiguar el riesgo del desarrollo de la psicopatología infantil. Los factores distales –como la depresión materna– no deben ser considerados como “maldiciones fatalistas” en los hijos, no deben ir más allá. Aunque los correlatos distales son importantes, lo que debe interesar también es el estudio de los procesos proximales que regulan cotidianamente las interacciones (e.g. prácticas parentales) entre los padres con esas características y sus hijos, así como sus efectos de las mismas a corto y largo plazo (Santoyo, 2001). Por ello, se recomienda elaborar investigaciones con el fin de explorar aquellas variables que representen un papel moderador en las relaciones propuestas en el presente estudio.

CAPITULO 9

Conclusión

De acuerdo a los resultados del presente trabajo de investigación, los objetivos se cumplieron aunque no se obtuvieron los resultados esperados. Se encontró que las prácticas parentales de madres con sintomatología depresiva materna explicaron el desarrollo de síntomas internalizados (somatización, ansiedad-depresión, aislamiento) y externalizados (agresividad, conducta de romper reglas) infantiles. Sin embargo no se encontró que las prácticas parentales representaran un papel mediador en la relación entre la sintomatología depresiva materna y la psicopatología infantil. Tanto la sintomatología depresiva materna y las prácticas parentales negativas (castigo corporal y negligencia) explicaron la ansiedad-depresión, conducta de romper reglas y la agresividad infantil por lo cual, ambas variables representan un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología infantil.

Cabe resaltar que las contribuciones que tiene el presente estudio son:

- Ofrece una revisión y una recopilación extensa de literatura clásica y actual especializada en el tema que en México aún es escasa.
- Muestra el riesgo que tienen los hijos de madres con sintomatología depresiva y de aquellas que ejercen prácticas parentales negativas como la negligencia y el castigo corporal para desarrollar algunos de los síntomas internalizados (somatización, ansiedad-depresión, aislamiento) y/o externalizados (agresividad, conducta de romper reglas).
- Aporta a la literatura psicológica evidencia empírica para tomarla en cuenta para el desarrollo de programas de prevención de la psicopatología infantil.

- Aporta evidencia para monitorear la salud mental de los hijos de madres con sintomatología depresiva y de las que ejercen prácticas parentales negativas.

Sin embargo, aún existen brechas en el conocimiento por lo cual se sugiere:

- Realizar estudios longitudinales con las variables aquí propuestas con el fin de observar cómo afectan la sintomatología depresivamaterna en la crianza y en el desarrollo de psicopatología infantil.
- Utilizar población clínica de madres con un diagnóstico de depresión, así como tomar en cuenta el curso y gravedad de la misma con el propósito de explorar si estas características son las que determinan la relación entre la depresión materna y las prácticas parentales.
- Tomar en cuenta en los estudios futuros a las madres que no son biológicas para evaluar el impacto que tiene ésta para el desarrollo de psicopatología en los niños de los cuales se encarga.
- Explorar otras variables que posiblemente estén mediando la relación entre la depresión materna y la psicopatología infantil como el conflicto marital, estrés en la crianza, etcétera.
- Realizar algunas modificaciones en la Escala de Prácticas Parentales (Hernández-Guzmán, Bermúdez-Ornelas & Gil-Bernal, en preparación) con el fin de que obtenga mayor validez para la muestra estudiada, así como utilizar otros instrumentos que evalúen las diversas prácticas parentales que se han encontrado en nuestra cultura.
- Identificar e investigar aquellas variables que amortigüen el desarrollo de psicopatología infantil para promoverlas.

REFERENCIAS

- Achenbach, T. (1993). Diagnostic, Assessment, taxonomy and case formulations. En T., Ollendick & M. Hersen. *Handbook of child psychopathology*. EU: Springer- Science, pp. 63-87.
- Achenbach, T. (2001). Challenges and benefits of assessment, diagnostic, and taxonomy for clinical practice and research. *Australian and Zealand Journal of psychiatry*, 35, 263-271.
- Achenbach, T. & Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and revised child behavior profile*. Burlington: University of Vermont.
- Achenbach, T. & Rescorla, L. (2001). *Manual for the child behavior checklist*. EU: ASEBA.
- Agudelo, D., Buela-Casal, G. & Donald, C. (2007). Ansiedad y depresión: El problema de la diferencia a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30 (2), 33-41.
- Aguilar, J., Valencia, A. & Romero, P. (2004). Estilos parentales y desarrollo psicosocial en estudiantes de bachillerato. *Revista Mexicana de Psicología*, 21, (2), 119-129.
- Ainsworth, M. (1996). Efectos de la privación maternal: Estudio de los hallazgos y controversia de los métodos de Investigación. En OMS. *Privación de los cuidados maternos. Revisión de sus consecuencias*. Ginebra: OMS, pp. 98-171.
- Albores-Gallo, L., Lara, C., Esperón, C., Cárdenas, J., Pérez, A. & Villanueva, G. (2007). Validez y fiabilidad del CBCL/6-18. Incluye las escalas del DSM. *Actas Esp Psiquiatr*, 35 (6), 393-399.
- Albores-Gallo, L., Márquez-Caraveo, M. & Estañol, B. (2003). ¿Qué es el temperamento? El retorno de un concepto ancestral. *Salud Mental*, 26 (3), 16-26.
- Almonte, T., Montt, M. & Correa, F. (2003). *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Chile: Mediterráneo.
- Alonso, F. (2009). Las cuatro dimensiones del enfermo depresivo. *Salud Mental*, 32 (6), 443-445.

- American Psychological Association (2005). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV TR*. España: Masson.
- Andrade-Palos, P. & Betancour D. (2008). Prácticas parentales. Una medición integral. En S. Rivera-Aragón, R. Díaz-Loving, R. Sánchez-Aragón & I. Reyes-Lagunes. *La psicología social en México*. Volumen XII. México: AMEPSO, pp. 561-565.
- Argyle, M. (1987). *La psicología de la Felicidad*. Madrid: Alianza.
- Ayala, H., Pedroza, F., Morales, S., Chaparro, A. & Barragán, N. (2002). Factores de riesgo, factores protectores y generalización del comportamiento agresivo en una muestra de niños en edad escolar. *Salud Mental*, 25 (3), 27-40.
- Barlow, D., Di Nardo, R., Vermilyea, B., Vermilyea, J. & Blanchard, E. (1986). Comorbidity and depression among the anxiety disorders. Issues in diagnosis and classification. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 63-72.
- Baron, R. & Kenny, D. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51 (6), 1173-1182.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37 (4), 887-907.
- Beck, A. (1967). *Depression: causes and treatments*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Emery, C. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A., Steer, R. & Brown, G. (2006). *BDI-II Inventario de depresión de Beck*. Buenos Aires: Paidós.
- Beck, J. (2001). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. México: Gedisa.

- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Fleiz, C. & Zambrano, J. (2004). La depresión de inicio temprano: Prevalancia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46 (5), 417-424.
- Bernardo, M. & Fuente, E. (2006). Epidemiología psiquiátrica. En Vallejo (Ed.), *Introducción a la Psicopatología y psiquiatría*. Barcelona: Masson, pp.47-56.
- Betancourt, D. & Andrade-Palos, P. (2007). Escala de percepción del control parental de niños. *Investigación Universitaria Multidisciplinaria*, 6 (6), 26-34.
- Betancourt, D. & Andrade-Palos, P. (2008). La influencia del temperamento en problemas internalizados y externalizados en niños. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10 (1), 29-48.
- Bird, H., Gould, M., Yager, T., Staghezza, B., & Canino, G. (1989). Risk factors for maladjustment in Puerto Rican Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 847-850.
- Bowlby, J. (1998). *El apego (El apego y la pérdida I)*. Barcelona: Paidós.
- Bragado, C., Bersabé, R., & Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11 (4), 939-956.
- Caballo, V. & Simón, M. (2001). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales*. Madrid: Pirámide.
- Callender, K. (2010). *The effects of parental depression, cognitions, and discipline on later child externalizing behavior*. Thesis of bachelord of Arts in Psychology. Michigan: University of Michigan.
- Campbell, S. (2010). Maternal depression and children's adjustment in early childhood. In Tremblay RE., Peters RDeV., Boivin M. (Eds.) *Encyclopedia on Early Childhood*

- Devolpment* [online]. Montreal: Center of Excellence for Early Childhood Devolpment, pp. 1-5.
- Campo-Arias, A. & Cassiani, C. (2008). Trastornos mentales más frecuentes: Prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37 (4), 598-613.
- Caraveo, J. (2007). Validez del cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico (CBTD) para niños y adolescentes en escenarios clínicos. *Salud Mental*, 30 (2), 42-49.
- Caraveo, J., Colmenares, E. & Martínez, A. (2001). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44 (6), 492-498.
- Caraveo, J., Colmenares, E. & Saldívar, G. (1999a). Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud Mental*, 22 (2), 7-17.
- Caraveo, J., Colmenares, E. & Saldívar, G. (1999b). Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: Prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Mental*, 22 (número especial), 62-67.
- Caraveo, J., Medina-Mora, M.E., Villatoro, J., López, E. & Martínez, A. (1995). Detección de problemas de salud mental en la infancia. *Salud Pública de México*, 37 (5), 446-451.
- Caraveo, J., Nicolini, H., Villa, A., & Wagner, F. (2005). Psicopatología en familiares de tres generaciones: Un estudio epidemiológico en la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 47 (1), 23-29.
- Carr, A. (2007). *Psicología positiva. La ciencia de la felicidad*. Barcelona: Paidós.
- Carrasco, M., Del Barrio, M. & Holgado, F. (2007). Análisis de la estructura del cuestionario del comportamiento parental para niños (CRPBI) en población española. *RIDEP*, 24 (2), 95-120.

- Carrea, G. & Mandil, J. (2011). Aportes a de la psicología positiva a la terapia cognitiva infanto juvenil. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 3 (1), 40-56.
- Castañeda-Figueiras, S. (2004). Competencias del recién egresado de la licenciatura en psicología. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*, 14, 27-52.
- Chang, L., Lansford, J., Schwartz D., & Farver, J. (2004). Marital quality, maternal depressed affect, harsh parenting, and child externalising in Hong Kong chinese families. *International Journal of Behavioral Development*, 28 (4), 311-318.
- Clark, L., Watson, D. & Reynolds, S. (1995). Diagnosis and classification of psychopathology: Callenges to the current system and future directions. *Annual Review of Psychopatlogy*, 46, 121-153.
- Compas. B. & Gotlib, I. (2003). *Introducción a la Psicología Clínica*. México: Mc Graw-Hill.
- Compas, B., Phares, V., Banez, G. & Howell, D. (1991). Correlates of internalizing and externalizing behavior problems: Perceived competence, causal attributions, and parental symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19 (2), 197-218.
- Contreras, F. & Esguerra, G. (2006). Psicología positiva: Una nueva perspective en psicología. *Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología*, 2 (2), 311-319.
- Cova, F. (2004). La psicopatología evolutiva y los factores de riesgo y protección: El desarrollo de una mirada procesual. *Revista de Psicología*, 13 (1), 93-101.
- Cova, F., Maganto, C. & Melipillán, R. (2005). Adversidad familiar y desarrollo de trastornos internalizados y externalizados en preadolescentes. *Rev Chil Neur-Psiquiat*, 43 (4), 287-296.
- Crijnen, A., Achenbach, T. & Verhulst, F. (1999). Problems reported by parents of children in multiple cultures: The Child Behavior Checklist syndrome constructs. *Am J Psychiatry*, 156 (4), 569-574.

Csikszentmihalyi, M. (1998). *Aprender a fluir*. Barcelona: Kairós.

Csikszentmihalyi, M. (2004). *Fluir (Flow). Una psicología de la felicidad*. Barcelona: Kairós.

Darling, N. (1999). Parenting styles and its correlates. *ERIC DIGEST*, EDO-PS-99-3.

Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin* 113, 487-496.

De los Reyes, A. & Kazdin, A. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, teorical framework, and recommendations for futher study. *Psychological Bulletin*, 131 (4), 483-509.

Díaz-Guerrero, R. (1995). Una aproximación científica a la etnopsicología. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27 (3), 359-389.

Doménech, E. & Ezpeleta, L. (1995). Las clasificaciones en psicopatología infantil. En Rodríguez, J. (Ed.). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Manuales Universitarios.

Dorantes, C. (2010). *El proyecto de investigación en Psicología. De su genesis a la publicación*. México: Universidad Iberoamericana.

Downey, G. & Coney, J. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 108, 50-76.

Durand, V. & Barlow, D. (2007). *Psicopatología. Un enfoque integral de la psicología anormal*. México: Thomson.

Elgar, F., Mills, R., McGrath, P., Waschbuchs, D. & Brownridge, D. (2007). Maternal and paternal depressive symptoms and child maladjustment: The mediating role of parental behavior. *J Abnorm Child Psychol*, 35, 943-955.

Errazuris, P. (2008). A longitudinal study of the relation between depression and parenting. Thesis master of science. Massachusetts: University of Massachusetts Amherst.

CRIANZA, DEPRESIÓN MATERNA Y PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

- Esquivel, F. (2010). *Psicoterapia infantil con juego. Casos clínicos*. México: Manual Moderno.
- Ezpeleta, L. (2005). *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. Barcelona: Masson.
- Flores, M., Cortés, M. & Góngora, E. (2009). Desarrollo y validación de la escala de percepción de prácticas parentales de crianza para niños en una muestra mexicana. *RIDEP*, 28 (2), 45-66.
- Frankel, S. (2008). *Relations among family context, depression, and gender in offspring of depressed and nondepressed parents*. Thesis Master of Science. Tennessee: Vanderbilt University.
- Fritsch, R., Montt, M., Solís, J., Pilowsky, D. & Rojas, M. (2007). ¿Cómo es la salud mental de los hijos de madres deprimidas consultantes a servicios de atención primaria? *Rev Méd Chile*, 135, 602-612.
- Frye, A. & Garber, J. (2005). The relations among maternal depression, maternal criticism, and adolescents' externalizing and internalizing symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33 (1), 1-11.
- García, M. (2002). *Asociación de la satisfacción marital, la evitación del conflicto y la depresión*. Tesis de Maestría en Psicología. México: UNAM.
- Garrido, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (3), 493-507.
- Gaxiola, J., Frías M., Cuamba, N., Franco, D. & Olivas, L. (2006). Validación del cuestionario de prácticas parentales en una población mexicana. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11 (1), 115-128.
- Geoffrey, R. & Ayuso, J. (2011). Hacia una clasificación internacional de los trastornos mentales de la OMS de mayor utilidad clínica. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4 (3), 113-116.

- Gerdes, A., Hoza, B., Arnold, I., Pelham, W., Swanson, J., Wigal, T., & Jensen, P. (2007). Maternal depressive symptomatology and parenting behavior: Exploration of possible mediators. *J Abnorm Child Psychol*, 35, 705-714.
- Gil-Bernal, F. (2009). *Evaluación de un modelo terapéutico para el manejo de la fobia social de niños en edad escolar*. Tesis de Doctorado en Psicología. México: UNAM.
- Gómez, Y. (2008). *Estilos de crianza, hábitos de estudio y niveles de ansiedad en exámenes de alumnos universitarios*. Tesis de Licenciatura en Psicología. México: UNAM.
- Goodman, S.H. (2007). Depression in mothers. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 107-135.
- Goodman, S. H. & Gotlib, I.H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106 (3), 458-490.
- Gracia, E., Lila, M. & Musitu, G. (2005). Rechazo parental y ajuste psicológico y social de los niños. *Salud Mental*, 28 (2), 73-81.
- Gracia, E. & Musitu, G. (2000). *Psicología social de la familia*. España: Paidós.
- Hammen, C. (2004). Depression in women: The family context and risk for recurrence. *The Economics of Neuroscience*, 6 (1), 41-56.
- Hanington, L., Ramchandani, P. & Stein, A. (2010). Parental depression and child temperament: Assessing child to parent effects in a longitudinal population study. *Infant Behavior Development*, 33, 88-95.
- Helder, J., Kraemer, H., Krueger, R., Wittchen, H., Sirovatka, P. & Regier, D. (2008). *Dimensional approaches in diagnostic classification. Refining the research agenda for DSM-V*. Arlington, Virginia: APA.

Hernández-Guzmán, L. (1999). *Hacia la salud psicológica. Niños socialmente competentes*. México: UNAM.

Hernández-Guzmán, L. (2005). *Lista de conductas infantiles de Achenbach: Validez y confiabilidad. Proyecto de investigación DGAPA IN-302002 Prevención y tratamiento de la disfunción psicológica infantil*. México: UNAM.

Hernández-Guzmán, L., Bermúdez-Ornelas, G., Spence, S., González, M., Martínez, J., Aguilar, J., et al. (2010). Versión en español de la escala de ansiedad para niños de Spence (SCAS). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42 (1), 13-24.

Hernández-Guzmán, L. & López-Morales, E. (1999). Los abuelos: Un recurso ignorado en la valoración, diagnóstico e intervención psicológicos. *Revista Mexicana de Psicología*, 16 (2), 281-290.

Hernández-Guzmán, L., del Palacio, A., Freyre, M. & Alcázar, R. (2011). La perspectiva dimensional de la psicopatología. *Revista Mexicana de Psicología*, 28 (2), 111-120.

Hernández-Guzmán, L. & Sánchez-Sosa, J. (1991). Prevención primaria del deterioro psicológico: Factores de riesgo y análisis etiológico a través de un modelo interactivo. *Revista Mexicana de Psicología*, 8 (1 y 2), 83-89.

Hernández-Guzmán, L. & Sánchez-Sosa, J. (1995). La psicología preventiva: Su validez y eficacia en el contexto de la psicología conductual. *Psicología Conductual*, 3 (2), 173-182.

Hernangóme, L. (2002). Variables de influencia temprana en la génesis del optimismo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7 (3), 227-242.

Ivanova, M., Achenbach, T., Dumenci, L., Rescorla, L., Almqvist, F., Weintraub, S., et al. (2007). Testing the 8 syndrome structure of the Child Behavior Checklist in 30 societies. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37 (3), 405-417.

- Jiménez, M. (1997). *Psicopatología infantil*. España: Aljibe.
- Jiménez, J. Bojórquez, L., Blas, C., Landa, V. & Caraveo, J. (2005). Panorama del trabajo de investigación en epidemiología psiquiátrica en México: Últimos 30 años. *Salud Mental*, 28 (3), 69-78.
- Jiménez, A.M., Hernández-Guzmán, L. & Reidl, L. (2001). Prácticas de crianza materna percibidas por niños pequeños. *Revista Mexicana de Psicología*, 18 (2), 257-264
- Josué, L., Torres, V., Urrutia, E., Moreno, R., Font, I., & Cardona, M. (2006). Factores psicosociales de la depresión. *Rev Cubana Med Milit*, 35 (3), 1-7.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 26-31.
- Kane, P. & Garber, J. (2009). Parental depression and child externalizing and internalizing symptoms: Unique effects of fathers' symptoms and perceived conflict as a mediator. *J Child Fam Stud*, 18, 465-472.
- Kazdin, A. (2000). *Encyclopedia of psychology: 8 Volume set*. E. U.: APA- Oxford University Press.
- Kazdin A. & Buela-Casal G. (1994). *Conducta antisocial: Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia*. Madrid. Pirámide
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: Mc Graw-Hill.
- Lacalle, M. (2009). *Escalas DSM del CBCL y YSR en niños y adolescentes que acuden a consulta en servicio de salud mental*. Tesis Doctoral. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.

- Lara-Muñoz, M., Robles-García, R., Orozco, R., Real, T., Chisholm, D. & Medina-Mora, M.E. (2010). Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México. *Salud Mental, 33*, 301-308.
- Lazarus R. & Lazarus, B. (2000). *Pasión y razón: La comprensión de nuestras emociones*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- López, C., Alcántara, M., Fernández, V., Castro, M. & López, J. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). *Anales de Psicología, 26* (2), 325-334.
- López, A., Kasanzew, A. & López, M. (2007). Efectos terapéuticos positivos a través del aumento del optimismo. *Ciencias Psicológicas, 1* (2), 179-188.
- Márquez-Caraveo, M.E., Hernández-Guzmán, L., Aguilar, J., Pérez-Barrón, V. & Reyes-Sandoval, M. (2007). Datos psicométricos del EMBU-I “Mis memorias de crianza” como indicador de la percepción de crianza en una muestra de adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental, 30* (2), 58-66.
- Medina-Mora, M., Borges, B., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., et al. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental, 26* (4), 1-16.
- Mercado, S., Landázuri, M. & Terán, A. (2001). La psicología ambiental: Una visión en perspectiva. En L. Flores y M. Bustos. *Concepciones en la interacción social del niño*. México: UNAM, pp. 23-77.
- Mcbride, M. (2008). *Maternal depression and child maladjustment: The role of style parental*. Professional paper of Master of Arts in Clinical Psychology. Missoula: University of Montana.

CRIANZA, DEPRESIÓN MATERNA Y PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

- Oliva, L.; Castro, C. & García, G. (2009). Adaptación del cuestionario sobre el comportamiento en niños de 1 ½ a 5 años de Achenbach para niños de 4 a 5 años. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14 (1), 179-191.
- Ortega, S. (1994). *Influencia de los estilos de crianza materno en el autoconcepto del niño*. Tesis de Maestría en Psicología Educativa. México: UNAM.
- Ortíz, J., Ramos, N. & Vera, P. (2003). Optimismo y salud: Estado actual e implicaciones para la psicología clínica y de la salud. *Suma Psicológica*, 10 (1), 119-134.
- Palacios, J. (1999). La familia y su papel en el desarrollo afectivo y social. En F. López, I. Etxebarria, M. Fuentes & M. Ortiz (Coords.), *Desarrollo afectivo y social*. Madrid: Pirámide, pp. 267-284.
- Pérez, M. & García, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13 (3), 493-510.
- Ponce, M., Flores, Y., Mudgal, J., Huitrón, G., Halley, E., Gallegos-Carrillo, K., et al. (2010). The association between type of confidant and depressive symptomology in a sample of Mexican youth. *Salud Mental*, 33 (3), 249-256.
- Priest, R. (1992). *Ansiedad y depresión: Causas, efectos y cómo superarlos*. Barcelona: Plural.
- Prieto, G. & Delgado, A. (2010). Fiabilidad y validez. *Papeles del Psicólogo*, 31 (1), 67-74.
- Quiroz, N., Villatoro, J., Juárez, F., Gutiérrez, M., Amador, N. & Medina-Mora, M. (2007). La familia y el maltrato como factores de riesgo de conducta antisocial. *Salud Mental*, 30 (4), 47-54.
- Rico, H., Magis, C., Guerrero, M., Gómez, M., Ruiz, C., Vargas, O., et al. (1998). Frecuencia de los trastornos mentales en los niños escolares de primer grado de primaria. *Salud Mental*, 21 (4), 12-18.

CRIANZA, DEPRESIÓN MATERNA Y PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

- Riley, A., Coiro, M., Broitman, M., Colantuoni, E., Hurley, K., Bandeen, K., et al. (2009). Mental health of children of low-income depressed mothers: Influences of parenting, family environment, and raters. *Psychiatric Services, 60* (3), 329-336.
- Ríos, J. (1998). *Familia: Realidad y mito. Paternidad desprestigiada y maternidad abandonada*. España: Editorial Universitaria Ramon Aceves.
- Rescorla, L., Achenbach, T., Ivanova, M., Dumeci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N. et al. (2007). Behavioral and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 15* (3), 130-142.
- Sabrià, J. (2008). Historia clínica y detección precoz de los problemas emocionales y de conducta en la infancia. *Pediatr Integral, 12* (9), 847-854.
- Sáiz, J. (2008). El DSM-V y sus “espectros”. *Actas Esp Psiquiatr, 36* (5), 247-250.
- Sánchez-Sosa, J. & Hernández-Guzmán, L. (1992). La relación con el padre como factor de riesgo psicológico en México. *Revista Mexicana de Psicología, 9* (1), 27-34.
- Sánchez, O. & Méndez, F. (2009). El optimismo como factor protector de la depresión infantil y adolescente. *Clínica y Salud, 20* (3), 273-280.
- Santoyo, C. (2001). Reflexiones sobre el enfoque de la interacción social y sus implicaciones para el estudio del desarrollo. En L. Flores y M. Bustos. *Concepciones en la interacción social del niño*. México: UNAM, pp. 79-102.
- Secretaría de Salud (2002a). *Programa específico de la depresión*. México: SS.
- Secretaría de Salud (2002b). *Programa específico de psicopatología infantil y de la adolescencia*. México: SS.
- Seligman, M. (1998). *Análisis de optimismo*. Nueva York: Libros de bolsillo.
- Seligman, M. (2005). *Niños optimistas*. Barcelona: Libros de bolsillo.

CRIANZA, DEPRESIÓN MATERNA Y PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

Seligman, M., Klein, D. & Miller, W. (1982). La depresión. En H. Leintenberg (Comp.).

Modificación y terapia de la conducta. Madrid: Morata, pp. 235-290.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. (2005). *Encuesta Nacional sobre la*

Dinámica de la Familia. México: SNDIF.

Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.

Statistical Package for Social Sciences (SPSS®). (2009). *Manual del usuario de SPS® Statistical*

Base 17.0. Chicago: SPSS®.

Stroufe, A. & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child*

Development, 55, 17-29.

Thompson, M., Pierre, C., Borger, K., Mckowen, J., Chan, P. & Freed, R. (2010). Maternal

depression, maternal expressed emotion, and youth psychopathology. *Journal Abnormal*

Child Psychology, 38, 105-117.

Universidad Nacional Autónoma de México (2001). *Programa de residencia en medicina*

conductual. México: Facultad de Psicología-UNAM.

Valencia, A. (2001). *Estudio de indicadores protectores psicosociales de la salud en la*

comunidad de la Ciudad de México. Tesis de Licenciatura en Psicología. México:

UNAM.

Valencia, A. (2007). *Programa de apoyo psicosocial para niños con cancer y sus familias*. Tesis

de Doctorado en Psicología. México: UNAM.

Valencia, A., Flores, A. & Sánchez-Sosa, J. (2006). Efectos de un programa conductual para el

cuidado de pacientes oncológicos pediátricos. *Revista Mexicana del Análisis de la*

Conducta, 32 (2), 179-198.

- Valencia, M. & Andrade-Palos, P. (2004). Validez del Youth Self Report para problemas de conducta en niños mexicanos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (3), 499-520.
- Vázquez, C., Hervás, G. & Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: Fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 14 (3), 401-432.
- Vázquez, C. & Siles, M (1999) Depresión parental y filial: Factores de riesgo, efectos mutuos y una propuesta explicativa. En Buendía (Ed.), *Familia y Psicología de la Salud*. México: Pirámide, pp. 203-236.
- Vázquez, P. (2011). *Influencia del estrés parental en la conducta agresiva infantil*. Tesis de Licenciatura en Psicología. México: UNAM.
- Vera, B. (2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27 (1), 3-8.
- Vostanis, P., Graves, A., Meltzer, H. Goodman, R., Jenkins, R. & Brugha, T. (2006). Relationship between parental psychopathology, parenting strategies and child mental health: Findings from the GB national study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41 (7), 509-514.
- Watson, D., Weber, K., Assenheimer, J., Clark, L., Strauss, M. & McCormick, R. (1995). Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 (1), 3-14.
- Wright, J. & Beck, A. (2009). Terapia cognitiva. En R. Hales, S., Yudofsky & G. Gabbard (Eds.), *Tratado de psiquiatría clínica*. Barcelona: Elsevier, pp.1113-1116.

ANEXO

BATERIA PARA EL ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO INFANTIL

Fecha: _____

Folio: _____

Escuela: _____ Turno: Matutino () Vespertino ()

Zona: _____

¡Hola! esta es una investigación realizada por la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza y la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Recuerde que no existen respuestas correctas o incorrectas. Sus respuestas son anónimas y confidenciales, serán utilizadas con fines de investigación por lo cual, le agradeceremos que conteste lo más honestamente posible.

Datos Generales de la Madre

¿Cuántos años tiene usted? _____. Ocupación: _____.

Escolaridad:

Sin escolaridad(), Primaria(), Secundaria(), Preparatoria(), Licenciatura(), Posgrado()

¿Cuántos hijo(a)s tiene? _____. ¿De qué edades?: _____, _____, _____, _____, _____, _____.

Casada o en unión libre () Madre soltera () Viuda () Separada o divorciada ()

¿Actualmente está tomando algún medicamento? Sí () No (). ¿Cuál? _____.

Usted padece alguno de estos problemas:

Diabetes (), Hipertensión (), Sobrepeso u Obesidad (), Cáncer () No aplica ()

Datos Generales de su hijo(a)

Sexo del hijo(a): Niño () Niña () Cuántos años tiene su hijo(a): _____.

Grado escolar: _____. Ha repetido algún grado escolar: Sí () No ()

¿Es usted madre biológica del hijo(a) que está proporcionando estos datos?: Sí () No ()

¿El embarazo de este hijo(a) fue planeado?: Sí () No ()

¿Usted considera que su hijo(a) requiere ayuda de algún servicio de salud mental?: Sí () No ()

¿Su hijo(a) ha sido llevado a consulta psiquiátrica o psicológica?: Sí () No ()

¿A dónde? (Refiera la Institución o tipo de servicio): _____.

Si ya contestó los datos que se le piden arriba y recibió todas las instrucciones, puede empezar a contestar las siguientes secciones.

¡Muchas Gracias por su Cooperación!

INVENTARIO DE BECK BDI II (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela, 1998)

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIÓ LA SEMANA PASADA INCLUSIVE EL DIA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

- 1.** 0. Yo no me siento triste.
1. Me siento triste.
2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo.
3. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

- 2.** 0. En general no me siento descorazonada por el futuro.
1. Me siento descorazonada por mi futuro.
2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro.
3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

- 3.** 0. Yo no me siento como una fracasada.
1. Siento que he fracasado más que las personas en general.
2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos.
3. Siento que soy un completo fracaso como persona.

- 4.** 0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo.
1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo.
2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada.
3. Estoy insatisfecha o aburrida con todo.

- 5.** 0. En realidad yo no me siento culpable.
1. Me siento culpable una gran parte del tiempo.
2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo.
3. Me siento culpable todo el tiempo.

- 6.** 0. Yo no me siento que esté siendo castigada.
1. Siento que podría ser castigada.
2. Espero ser castigada.
3. Siento que he sido castigada.

- 7.** 0. Yo no me siento desilusionada de mí misma.
1. Estoy desilusionada de mí misma.
2. Estoy disgustada conmigo misma.
3. Me odio.

- 8.** 0. Yo no me siento que sea peor que otras personas.
1. Me critico a mí misma por mis debilidades o errores.
2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

- 9.** 0. Yo no tengo pensamientos suicidas.
1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo.
2. Me gustaría suicidarme.
3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad.

- 10.** 0. Yo no lloro más de lo usual.
1. Llora más ahora de lo que solía hacerlo.
2. Actualmente lloro todo el tiempo.
3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo.

- 11.** 0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar.
1. Me enojo o irrito más fácilmente que

antes.

2. Me siento irritado todo el tiempo.
3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo.

12. 0. Yo no he perdido el interés en la gente.

1. Estoy menos interesada en la gente de lo que solía estar.
2. He perdido en gran medida el interés en la gente.
3. He perdido todo el interés en la gente.

13. 0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho.

1. Pospongo tomar decisiones más que antes.
2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes.
3. Ya no puedo tomar decisiones.

14. 0. Yo no siento que me vea peor de como me veía.

1. Estoy preocupada de verme vieja o poco atractiva.
2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractiva.
3. Creo que me veo fea.

15. 0. Puedo trabajar tan bien como antes.

1. Requiero de más esfuerzo para iniciar algo.
2. Tengo que obligarme para hacer algo.
3. Yo no puedo hacer ningún trabajo.

16. 0. Puedo dormir tan bien como antes.

1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo.
2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir.
3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo

volver a dormir.

17. 0. Yo no me canso más de lo habitual.

1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo.
2. Con cualquier cosa que haga me canso.
3. Estoy muy cansada para hacer cualquier cosa.

18. 0. Mi apetito no es peor de lo habitual.

1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo.
2. Mi apetito está muy mal ahora.
3. No tengo apetito de nada.

19. 0. Yo no he perdido mucho peso últimamente.

1. He perdido más de dos kilogramos.
2. He perdido más de cinco kilogramos.
3. He perdido más de ocho kilogramos.

A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos Sí_____ No_____

20. 0. Yo no estoy más preocupada de mi salud que antes.

1. Estoy preocupada acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación.
2. Estoy muy preocupada por problemas físicos y es difícil pensar en algo más.
3. Estoy tan preocupada por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

21. 0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1. Estoy menos interesada en el sexo de lo que estaba.
2. Estoy mucho menos interesada en el sexo ahora.
3. He perdido completamente el interés por el sexo.

ESCALA DE PRÁCTICAS PARENTALES (EPP) (Hernández-Guzmán, Bermúdez-Ornelas & Gil-Bernal)

¿CÓMO ME SIENTO YO?

A continuación encontrará una lista de situaciones. Marque con una **X** una de las opciones de la derecha que describa mejor su situación actual. Marque solamente una columna para cada situación y no deje vacío ningún renglón.

Para la siguiente lista de acciones marque si en **los últimos 6 meses**:

FALSO, si no se aplica al caso de su hijo(a).

A VECES CIERTO, si ha sido cierto en parte o a veces cierto.

CIERTO, si ha sido muy cierto o frecuentemente cierto.

Cuando mi hijo(a) se porta mal:

	Falso	A veces cierto	Cierto
1. Lo(a) ignoro.			
2. Le digo que estuvo mal y le explico por qué.			
3. Le grito.			
4. Le pego con la mano.			
5. Le pego con algún objeto (cinturón, palo, etc.).			
6. Lo(a) zarandeo.			
7. Lo(a) pellizco.			
8. Lo(a) mando a su cuarto.			
9. Le quito algún privilegio (como no dejarle ver la tele, quitarle algún juguete, etc.).			

Cuando mi hijo(a) se porta bien:

	Falso	A veces cierto	Cierto
10. Le ignoro (me quedo callada).			
11. Le digo que estoy orgullosa de su comportamiento.			
12. Le abrazo o beso.			
13. Le premio.			

**LISTA DE CONDUCTAS INFATILES DE ACHENBACH (CBCL)
(Hernández-Guzmán, 2005)**

¿CÓMO SE COMPORTA MI HIJO(A)?

El presente cuestionario tiene como finalidad conocer cómo es la relación con su hijo(a). Por favor trate de contestar en la opción que mejor describa la conducta de su hijo(a). Marque con una **X** en la opción que mejor describa la conducta de hijo(a) en los **últimos 6 meses**.

Para la siguiente lista de problemas marque si en los últimos 6 meses:

C, si ha sido muy cierto o frecuentemente cierto.

B, si ha sido cierto en parte o a veces cierto.

A, si no se aplica al caso de su hijo(a).

A = Falso

B = A veces cierto

C = Cierto

Situación	Falso A	A veces cierto B	Cierto C
1. Toma alcohol sin la aprobación de sus padres.			
2. Discute por todo.			
3. Son muy pocas cosas las que disfruta.			
4. Llora mucho.			
5. Es cruel, molesta a otros, es malo(a) con los demás.			
6. Demanda mucha atención.			
7. Destruye sus propias cosas.			
8. Destruye las cosas de su familia o de otros niños.			
9. Es desobediente en casa.			
10. Es desobediente en la escuela.			
11. No parece sentir culpa después de comportarse mal.			
12. Rompe reglas en la casa, en la escuela o en otros lugares.			
13. Tiene miedo a ciertos animales, situaciones o lugares (que no sean la escuela).			
14. Le da miedo ir a la escuela.			
15. Teme pensar o hacer algo malo.			
16. Siente que tiene que ser perfecto(a).			

Situación	Falso A	A veces cierto B	Cierto C
17. Siente o se queja que nadie lo(a) quiere.			
18. Siente que no vale o que es inferior.			
19. Se pelea a menudo.			
20. Se junta con niños que se meten en problemas.			
21. Prefiere estar solo(a) que con otros.			
22. Miente o hace trampa.			
23. Es nervioso(a) o tenso(a).			
24. Tiene pesadillas.			
25. Es temeroso(a) o ansioso(a).			
26. Se siente mareado.			
27. Se siente demasiado culpable.			
28. Se cansa demasiado sin una buena razón.			
29. Tiene dolores (no de cabeza ni de estómago) sin una causa médica conocida.			
30. Tiene dolores de cabeza.			
31. Tiene náusea, se siente mal.			
32. Tiene problemas en los ojos (no si ya se corrigió con lentes).			
33. Tiene erupciones u otros problemas de piel.			
34. Tiene dolor estomacal o calambres sin una causa médica conocida.			
35. Tiene vómitos sin una causa médica conocida.			
36. Ataca físicamente a otros.			
37. Prefiere jugar con niños mayores.			
38. Se rehúsa a hablar.			
39. Escapa de casa.			

Situación	Falso A	A veces cierto B	Cierto C
40. Grita demasiado.			
41. Guarda secretos no comunica sus cosas.			
42. Se preocupa de cómo se le perciba. Se avergüenza.			
43. Prende fuego a las cosas.			
44. Tiene problemas sexuales.			
45. Es demasiado tímido(a).			
46. Roba en casa.			
47. Roba fuera de casa.			
48. Es testarudo(a), sombrío(a) o irritable.			
49. Presenta cambios repentinos en su estado de ánimo o sentimientos.			
50. Lloriquea en forma de queja muy seguido.			
51. Sospecha de otros.			
52. Dice groserías u obscenidades.			
53. Habla de matarse.			
54. A menudo se burla de otros.			
55. Hace berrinches.			
56. Piensa demasiado en el sexo.			
57. Amenaza a las personas.			
58. Fuma, mastica o huele tabaco.			
59. Delinque, falta a la escuela.			
60. Es poco activo(a), se mueve lentamente, le falta energía.			
61. Está triste o deprimido(a), es infeliz.			
62. Es ruidoso(a) fuera de lo usual.			

Situación	Falso A	A veces cierto B	Cierto C
63. Usa drogas sin prescripción médica (no incluya alcohol ni tabaco).			
64. Comete actos vandálicos.			
65. Se aísla, no se lleva con otros niños.			
66. Se preocupa.			

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACIÓN Y PACIENCIA!



Revisor: _____