



---

---

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA**

**TESIS  
QUE PARA OBTENER EL  
GRADO DE LICENCIADA EN  
PSICOLOGÍA**

**PRESENTAN  
MATA ORTEGA PATRICIA C.  
Y  
ROMERO DORANTES  
ROSALINDA**

**ASESOR DE TESIS  
MAESTRA: MA. DEL ROSARIO  
ESPINOSA SALCIDO**

**SINODALES  
CARMEN SUSANA GONZALEZ  
MONTOYA  
LIC. JOSE ESTEBAN VAQUERO  
CAZARES**



**Tlalnepantla, Edo. De México,  
México, 2006.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

### A DIOS:

*Por haberme permitido terminar, por haberme dado las fuerzas y la fe.*

### A MIS PADRES:

*A ti mamá, que me diste la vida, que me enseñaste a ser mujer y madre, a ti que siempre has sido un ser muy especial, que aunque a veces no estemos desacuerdo, siempre encontramos un punto en donde yo te respeto y tu a mi, te quiero mamá, por tu amor y apoyo en todos los momentos de mi vida, los buenos y los malos, gracias.*

*A ti papa, porque siempre estas cuando te necesito, me das apoyo aun sin pedirlo, eres mi héroe, siempre sabes que hacer, es un orgullo decir ese es mi padre, quiero que tu también te sientas orgulloso de mi, gracias por darme la vida y apoyarme en todo, te admiro y te adoro papá.*

### A MIS HERMANOS:

*A ti Carlos, porque a pesar de todo creo que siempre has sido mi hermanito, contigo jugué, aprendí, lloré, hicimos travesuras y eso es inolvidable, te quiero y me siento orgullosa de lo trabajador que eres, deseo que encuentres lo que buscas y seas feliz.*

*A Sandra, yo se que a veces no hemos sido lo unidas que deberíamos ser, talvez porque nuestros intereses son distintos, pero siempre he contado contigo en momentos difíciles, me ayudaste cuando lo necesite, fuiste mi confidente y una amiga única, te quiero y también deseo que realices tus sueños.*

*A Juan, gracias por ser mi hermano, tienes una forma tan especial de ser que es imposible no quererte, agradezco el apoyo que me has dado en momentos difíciles, siempre me acordare de aquel niño que me pedía que lo acompañara al juego, gracias por confiar en mi y apoyarme.*

*A Karina, gracias hermanita por apoyarme y ayudarme, se que en el momento en que te lo pida tu estarás ahí, estoy muy orgullosa de lo que haces y de quien eres, acuérdate que soy mas que tu hermana, te quiero.*

*A Roberto, quiero agradecerte el apoyo incondicional que me demuestras, aun cuando eres el mas chico, ahora que ya tienes tu familia debes luchar por ellos, supérate y confía en lo que haces, lucha y se feliz.*

#### *A MIS HIJOS:*

*A Geraldín, porque cuando te abrace por primera vez supe lo que es amar incondicionalmente, porque me has dado tantas satisfacciones, porque me escuchas cuando lo necesito y porque me confías todo como si fuera tu amiga y no tu mama, te amo hija.*

*A Elisa, gracias por ser mi hija y por demostrarme día con día, que eres especial, tu me ayudas a querer ser mejor, porque tu cada vez eres mejor, cuando te siento cerca de mi se que debo luchar por ti y tus hermanos, gracias hija estoy muy orgullosa de ti.*

*A Gerson, cuando tu naciste cambiaste mi vida, trajiste una nueva esperanza y ganas de superarme, y ahora cada vez que veo tu carita se que no debo parar y*

*seguir adelante, eres un excelente hijo y estudiante, sigue así y serás lo que te propongas, gracias por darme tu amor y ayuda.*

*A Gerardo, el más pequeño de mis niños, cada vez que me abrazas o me dices alguna de tus palabritas, se que tengo que mejorar y seguir progresando porque soy un pilar importante en tu vida, eres mi hijo y solo por eso eres especial, te adoro.*

#### *A GERARDO MI ESPOSO:*

*Gracias, porque sin tu apoyo no hubiera logrado esto, gracias por alentarme a terminar, por tu amor incondicional, por estar a mi lado, porque juntos hemos logrado formar esta hermosa familia, eres una parte muy importante en mi vida, le has dado sentido a muchas cosas que parecían no ser claras, gracias por tu atención en mi trabajo, te amo como no pensé amar.*

#### *A MIS ASESORES:*

*Gracias, por el tiempo y ayuda en este largo proceso, gracias Esteban porque me enseñaste cosas nuevas y nunca dijiste no tengo tiempo, gracias por prestarme la atención adecuada. A ti Susana por tu tiempo y ayuda. Y a ti Rosario, un agradecimiento especial, por todo el tiempo y cuidado que tuviste con este trabajo, por tus consejos y enseñanzas, me siento muy orgullosa de que hayas sido mi asesora, mi maestra y además eres un aliciente para seguir estudiando y preparándome, mil gracias a los tres.*

#### *A MI AMIGA PATY:*

*Gracias por todo el apoyo incondicional que siempre me has dado, por comprenderme y demostrarme que eres una verdadera amiga, me siento muy*

*afortunada ser tu amiga, te agradezco de todo corazón, la ayuda que me diste en este proceso.*

### *Agradecimientos*

*Primero, a las personas más valiosas de mi vida: mis hijos, por quienes me doy fuerza, valor y me esfuerzo para crecer día a día y a quienes sobre todas las cosas amo y amaré definitivamente.*

*A mis padres por su amor y lo mucho o lo poco que me hayan dado, pero que fue de corazón. Y a mi padre de quien aprendí a ser responsable y a interesarme en la lectura que es ahora uno de los más placeres en mi vida.*

*A mi madre en especial porque además de llevarme en su vientre, cuidarme y apoyarme todos los días de mi vida, me conoce y aguanta todas mis groserías.*

*A mi amor de mi vida, ese ser tan especial que me ha mostrado siempre la grandeza de su corazón, quien me ha dado más que amor y con quien he aprendido las cosas que no se aprenden en los libros pero sobre todo, el que me ha enseñado lo grandioso que puede ser el amor.*

*A mis hermanos con quienes he aprendido que la vida puede lastimarnos pero que la recompensa es saber que cuentas con esa conexión de sangre y de alma, esos seres que me hacen valorar cada momento que paso con ellos y por quien he aprendido también a buscar fuerza en donde pensé que no la había y he reconocido el lazo sagrado de la familia.*

*A Rosario por su paciencia y por su empuje por que "salimos".*

*A Vaquero por su sencillez e incondicionalidad.*

*A mis maestros, todos, absolutamente todos los que me han dejado una enseñanza a lo largo del camino y de quienes he tomado el ejemplo y la seguridad.*

*A Resy porque ha sido una excelente amiga, buena compañera y compañera fiel del camino.*

*A todos los no nombrados pero que de alguna manera contribuyeron a ensalzar mi proceso personal y profesional.*

*Gracias a la vida, por dejarme cumplir un sueño y gracias a Dios por dejarme llegar a este que parece el final pero en realidad es el principio de muchas cosas.*

*Y en este momento especial de duelo; gracias abuela, gracias por enseñarme a ser gran mujer, pilar de hogar, honesta persona y luchadora como tú, gracias por todo lo que en vida me diste y aun en la muerte me estas dando, GRACIAS.*

## INDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCCION.....</b>	<b>6</b>
<b>CAPITULO 1. LA FAMILIA</b>	
1.1. Definiciones.....	8
1.1.1. Composición y diversidad familiar.....	11
1.2. La familia como sistema.....	12
1.2.1. Fundamentos teóricos: historia y antecedentes.....	14
1.2.2 Conceptos y definiciones.....	16
1.3 Modelo estructural: estructura, desarrollo y adaptación.....	19
1.3.1. Tipos y características de las familias desde el modelo estructural.....	23
1.3.2. Ciclo vital.....	25
1.4. Terapia familiar sistémica y sus aplicaciones.....	31
<b>CAPITULO 2. FAMILIA Y ESCUELA</b>	
2.1. Características del funcionamiento familiar en la etapa escolar.....	36
2.2. Relación familia escuela.....	38
2.2.1. La escuela.....	41
2.2.2 Dificultades en las relaciones familiares escolares.....	42
2.2.2.1 Repercusiones en los niños: aparición de síntomas.....	44
<b>CAPITULO 3. DEPRESION</b>	
3.1. Definiciones, síntomas y características.....	49
3.2. Concepto.....	53
3.3. Causas.....	55
3.4. Depresión Infantil.....	60
3.5. Familia, Depresión y dificultades escolares.....	63



## CAPITULO 4. RELACIONES FAMILIARES Y DEPRESION

4.1. Vínculos familiares y ruptura.....	69
4.2. Depresión y familia.....	79
4.3. Estudios sobre dimensiones y análisis en las relaciones familiares...84	
4.3.1. Tipos de sistemas maritales y familiares.....	87
4.3.1. Estudios sobre depresión infantil.....	91

## CAPITULO 5. Investigación

5.1. Desarrollo de la investigación.....	94
Resultados.....	97
Discusión.....	107
Conclusiones.....	111
Plan de prevención.....	118
Anexos.....	122
Referencias.....	128

## **RESUMEN**

El propósito de este trabajo consistió en tratar de establecer los niveles de correspondencia entre la depresión infantil y el clima social familiar, lo cual se hizo a través de un análisis de correlación simple. Para este estudio se tomó una muestra de 65 familias miembros de un colegio particular del Estado de México en Cuautitlán Izcalli y se utilizaron tanto el cuestionario de depresión a niños, como la Escala Social en la Familia (FES) de Moss (1987). El análisis estadístico mostró que aun con lo estructurado teóricamente (en donde se señala dicha relación), no hubo relación significativa entre las variables. Se discuten los factores que generan los altos índices de ansiedad manifiestos en los resultados, así mismo se propone un plan de prevención para detectar niños en situaciones familiares de riesgo el cual está dirigido para los sistemas involucrados en la configuración de la personalidad del menor (familia-escuela). Y como principales conclusiones se observan ciertas fallas o inadecuaciones del instrumento creado para población extranjera y la relación de las investigadoras con la muestra. También se señalan los estilos de vida familiar mismos que no corresponden a lo reportado por los resultados.

### **Descriptores:**

Familia. Estructura familiar. Escuela y familia. Relaciones familiares. Depresión infantil, síntomas depresivos de niños en edad escolar, niveles del clima social familiar

## Introducción

Con los constantes cambios en la estructura familiar, han surgido nuevos problemas que cada vez se ven más alarmantes, debido a que afectan a una población mayor entre otros problemas, especialmente correspondientes a posibles amenazas al bienestar y desarrollo de los niños. Si bien estas preocupaciones sobre la ruptura familiar han sido expuestas en los medios de comunicación, en informes oficiales y en declaraciones de instituciones religiosas, poco se conoce sobre las vivencias de las personas sobre estos cambios. ¿Hasta qué punto las personas perciben los cambios en la organización familiar y si es así, a qué los atribuyen? Evidentemente que el estudio de la organización familiar no es una cuestión sencilla y menos aún lo es el estudio de las relaciones entre los miembros y las familias. Pero el mundo no es un inmenso agregado de fenómenos sencillos y lineales, sino un conjunto de organismos y entidades complejas interrelacionadas. Es una complejidad organizada que demanda una visión sistémica para ser abordada, así como una metodología ordenada para su estudio. Es así que a través de la visión sistémica el presente trabajo propone investigar sobre la depresión infantil y determinar la posible existencia de una relación de ésta con cada una de las dimensiones propuestas en las subescalas del clima social familiar dadas por Moss (1987) a través de su instrumento FASES.

Para abordar el tema se ha dividido la obra en dos partes, una teórica y otra investigativa. La parte teórica consta de cuatro capítulos: El capítulo I define la familia y sus funciones en nuestra sociedad, tanto en sus aspectos fisiológicos como psicológicos, sus causas y sus efectos, concentrándose sobre todo en los tipos y características de las familias vistas desde el modelo estructural, además de plantear algunas de las aplicaciones de la terapia familiar sistémica.

El capítulo II analiza las diferentes relaciones y funciones de la familia y la escuela, al definir escuela como uno de los principales sistemas en los que

un niño de edad escolar se encuentra inmerso y donde tomará parte de este complejo para seguir moldeando su personalidad; es la escuela un gran modelador por todo el tiempo en el que el niño se desenvuelve y donde aprenderá que hay más reglas que las expuestas en su casa y su familia. Plantea además la repercusión que un mal funcionamiento familiar que viene a revelarse en la escuela, genera algunos síntomas entre los cuales puede estar la depresión. La depresión infantil ha aumentado en las últimas décadas y aunque se sabe de su existencia así como de muchos factores que la motivan, aun no ha sido un área lo suficientemente estudiada. Particularmente en el país existen pocas investigaciones que muestren la relación entre la depresión infantil y las relaciones familiares. Aunque se sabe que las segundas tienen una relación directa en la primera, aun no se han aislado del todo los factores que la motivan por ello en el capítulo III se hace referencia a la depresión en cuanto a su definición, síntomas y características, iniciando con el concepto de manera general para ir centrándose en la depresión infantil y sus alcances a nivel familiar. El capítulo IV se centra en los diversos estudios que se han realizado en cuanto a los tópicos de familia y depresión o familia y relaciones.

La segunda parte del trabajo es propiamente la investigación, misma que se presenta como el capítulo V y en donde se señala la metodología y los resultados y el análisis a manera de discusión, planteándose a si mismo un plan de prevención para conductas depresivas en los niños de edad escolar y que se encuentra enfocado a las relaciones familia escuela. La investigación arroja evidencias de que no existe una relación significativa entre las dimensiones del clima social familiar y la depresión infantil, se discuten sin embargo algunas deficiencias de la muestra y la investigación, de particular importancia resulta el hecho de encontrar un alto índice de ansiedad en niños cuyas familias reportan buenos niveles de organización y estructura familiar. También se presentan recomendaciones para futuras investigaciones.

# LA FAMILIA

## 1.1. Definiciones.

La familia es una fuerza personalizante de la cultura, cualquiera que ésta sea, ya que la formación individual se produce precisamente en el seno familiar. La familia transmite valores esté consciente o no de ello, lo que permite a los individuos poder elegir libremente entre una serie de acciones. Se puede decir que una cultura del individuo es precisamente, la de ser uno mismo. Se aprende a ser libre o no en la familia y es sin lugar a dudas en la familia donde aprendemos a *ser* individuos.

“El camino de un hombre destinado a realizarse como persona, debe implicar su realización individual y social en un marco de valores y principios que den forma a su acción y sentido a su vida”. (Díaz, 2001, p. 9)

En este pensamiento se encierra la importancia que tienen los valores y principios que se adquieren en la familia, es a través de ellos que se va ensayando e interiorizando la socialización. Y es en este sentido que autores como Mann de Dayan (2001) plantean que en el contexto de la organización social, la liga entre lo social e individual lo establece la familia.

La familia es parte fundamental de la sociedad pero no se puede hablar de familia sin una definición previa, por ello, remitiéndonos al concepto de familia del diccionario Océano de la lengua española (1997), encontramos que se precisa a la familia como un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas; es un conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje. Conjunto de individuos con una condición común.

Puesto que el concepto de familia es muy amplio, se aborda desde diversos ángulos; por ejemplo desde la concepción biológica, Kist (1996) dice que la familia es una entidad basada en la unión biológica y sexual de una pareja que se consuma en sus descendientes. Por el hecho de descender unos de otros generan entre sí lazos de sangre y mantienen la existencia de dos generaciones: padres e hijos.

Desde el concepto sociológico y cultural Soifer (1980), define a la familia como una estructura social básica que se configura por el interjuego de roles diferenciados (papá, mamá, hijos) el cual constituye el modelo natural de interacción grupal. La familia entonces es un grupo de personas que conviven en una casa habitación durante un lapso prolongado, que se asisten recíprocamente en el cuidado de sus vidas, hallándose relacionadas con la sociedad que le da una cultura e ideología particular, de donde cada estirpe forma la propia. Esta ideología incluye sus aspiraciones, anhelos, ventajas materiales, económicas y sociales, valores morales y de otros tipos. Entonces, la familia es una célula matriz generadora de sociedad de la que al mismo tiempo recibe elementos con los cuales constituye su cultura e ideología.

Zingman de Galperín (1996) argumenta que la interrelación y complementariedad que se da en la familia sirven a la sociedad y a sus propios miembros, porque la familia se convierte en la matriz de experiencias y modelos de interrelación. Esta autora postula tres vertientes: la biológica, la familiar y la social (separación artificial, ya que en realidad están profundamente intrincadas entre sí). Las vertientes coexisten en un principio con cierta predominancia sucesiva y con una disposición concéntrica, una contiene a la otra. La familia permite trascender el orden biológico, constituye lo humano del ser, y a través de diferentes formas sus miembros se van discriminando a la par que se incluyen en lo social, sosteniendo así mismo el sentimiento de pertenencia.

Por su parte Engels (1979) añade que la familia es un elemento activo, nunca permanece estático sino que pasa de una forma inferior a una superior a medida que la sociedad evoluciona.

Desde el punto de vista psicológico que es el que nos ocupa, tenemos la postura de Ackerman (1988), quien dice que la familia es la unidad básica del desarrollo y experiencia cuya función es satisfacer las necesidades biológicas y sociales del hombre. Lo que coincide con lo planteado por Vargas (1999), quien señala que la familia es el contexto principal y determinante del desarrollo físico, emocional e intelectual de cada uno de sus miembros.

Por su parte Andolfi (1984) y Minuchin (1994) conciben y coinciden en que la familia es un sistema vivo, con las características de nacimiento, desarrollo y muerte. Es un todo orgánico, constituido por unidades ligadas entre sí, por reglas, funciones e interacciones en su interior y hacia su exterior. Para estos autores, la familia está ubicada como intermediaria entre lo que es propio de lo individual, de lo natural, de lo privado, de lo público, social y cultural.

Gimeno (1999), dice que la familia es una unidad de personas en interacción, y el término unidad hace referencia no al contexto físico o fisiológico sino al interactivo en donde el individuo se desarrolla. Maxler y Mishler (citados en Gimeno, 1999), mencionan que la familia constituye el grupo primario, grupo de convivencia intergeneracional, con relaciones de parentesco y con una experiencia de intimidad que se extiende en el tiempo. Y es el tiempo, según Gottman (1982) lo que constituye una dimensión crucial en la realidad familiar, diferenciándola entre otros grupos primarios, otorgándole una identidad y creando el punto de análisis de la familia en el presente.

Coincidiendo con Gimeno (1999), el concepto de familia no es unívoco para toda época o cultura ya que existen diferencias transculturales sustentadas en los miembros pertenecientes a ella, así como de los roles y funciones esperados de dichos miembros. Claro está que existen parámetros universales referidos acerca del cuidado, crecimiento y desarrollo de los hijos que hacen de la familia un concepto complejo.

Ahora bien, en las últimas décadas, han cobrado especial importancia los aspectos emocionales que se remiten a la interrelación en los miembros de la familia y es justo aquí donde debemos hacer una pausa y reflexionar acerca de la complejidad de los conceptos, así como de los puntos que nos permiten entender la unidad familiar desde la perspectiva psicológica, porque más allá de definiciones, mas allá de los lazos sanguíneos, la familia es el conjunto de personas con quienes compartimos vínculos de afecto e intimidad.

Entonces... ¿podremos definir a la familia?, indudablemente habrá debate al respecto, mas retomando a Gimeno, coincidimos en que:

“La diversidad de modelos familiares a través del tiempo y en las diferentes culturas hace difícil que lleguemos a conmensurar una definición única de familia, aún cuando intuitivamente todos tengamos en mente una concepción y hasta una actitud básica respecto a ella” (op. cit. p. 34).

Por todo lo anterior, podemos pensar en la familia como una comunidad de personas creadas sobre el sólido fundamento del amor. El vínculo de la sangre debe dar paso a otros vínculos más espirituales: el respeto, la felicidad, el disfrutar de la vida juntos, el ayudarse. Es en familia donde nos mostramos tal como somos y lo que somos, es la única forma importante de influir en los demás.

#### 1.1.1. COMPOSICIÓN Y DIVERSIDAD FAMILIAR.

No existe una estructura familiar uniforme, debido a las particularidades de los seres humanos; siempre buscamos ser únicos, ser diferentes, lo que se refleja aun en la composición de los núcleos familiares. En el presente, existe gran diversidad de modelos familiares y es justamente en la conformación de los miembros que se encuentra la primera característica para la tipología. Los tres esenciales según Gimeno son:

1.-De manera biológica: la familia nuclear, extensa, de origen, de procreación.

2.- Atendiendo a los vínculos psicosociales: la familia adoptiva, la familia educadora.

3.- Atendiendo a la estructura: familia nuclear intacta, monoparental y reconstruida.

**Familia conyugal nuclear.** Se funda en el matrimonio y comprende al padre, madre e hijos nacidos de esa unión que viven bajo el mismo techo y forman un núcleo familiar.

**Familia uniparental.** Esta constituida por la madre o padre y sus hijos; donde ella o él (madre o padre) es el principal sostén, formando un hogar independiente.



**Familia extensa.** Esta integrada por dos o más adultos del mismo sexo, sus cónyuges e hijos. Todos se hayan sometidos a la autoridad de un solo individuo.

El término nuclear es el que establece los límites más definidos, se incluyen a los padres e hijos, se suele convivir en un hogar sin más parientes. Y es el modelo predominante de la sociedad.

El termino familia extensa incluye al menos tres generaciones, y puede incluso incluir primos hermanos en sentido horizontal.

Debemos diferenciar a la familia de origen que es en la que hemos nacido de la familia de procreación que es aquella que formamos conjuntamente con nuestra pareja y nuestros hijos.

La unidad de convivencia sirve para referir a aquellos grupos no considerados familias, y son aquellos que comparten vivienda, o algún grado de parentesco en segundo orden (op. cit.).

Actualmente en la sociedad occidental moderna predomina la familia monogámica, que puede estar constituida de diferentes formas.

## 1.2.- La familia como sistema.

La teoría sistémica, que constituye el modelo predominante en los estudios de la familia la define como un sistema abierto, propositivo y autorregulado (op. cit. p. 35). La familia como sistema, se puede conceptualizar como un conjunto de seres humanos que se comunican entre sí, con el objeto de definir la naturaleza de su relación (Espinosa, 1998).

En este mismo sentido si bien es cierto que la familia responde a una serie de iniciativas individuales, también es cierto que actúa como un todo; más allá de sus miembros tiende a estabilizarse y perpetuarse, (lo que queda plasmado en la conocida frase popular: “la familia es la base de la sociedad”). Debe entenderse entonces a la familia como unidad, en el sentido de totalidad y no

de uniformidad, ya que sus miembros son parte de un SISTEMA, porque no funcionan como elementos aislados, sino como un conjunto (Gimeno, 1999).

Al sistema se le define como un conjunto de partes en interacción continua que constituyen unidas un conjunto superior a la suma de esas partes. Existe la tendencia en cada una de esas partes de afectar a todas las demás y a ser afectada a su vez por ellas; así la influencia es circular. Además la familia vista como sistema, está inmersa en un sistema mayor: la sociedad y por consecuente interactúa con el ambiente y otros sistemas (González, 2004).

Minuchin (1994), menciona que la familia está en constante transformación y que es un sistema perfectamente adaptable a las demandas y exigencias de los sistemas externos a ella, aunque se debe considerar que esa adaptación o equilibrio no es cosa sencilla, ya que los niveles de exigencia ya sean externas o internas tienen diversas características, poco predecibles para cualquier otro sistema, o subsistema.

Entonces, la visión sistémica de la familia se presenta como esquema integrativo que permite concebirla como unidad de análisis e intervención, ya que se pone énfasis en las interacciones y problemas psicológicos de sus miembros, adquiriendo significación y explicación únicamente al interno de ella. Así el llamado paciente representa al síntoma, no permitiendo que haya víctimas ni victimarios, sino un conjunto de personas inmersas en patrones de relación. Esto es la muestra de que el comportamiento no surge en aislado, sino como influencia general del contexto en el que se desarrolla y una de las maneras de explicarlo será precisamente tomando en cuenta el contexto en el que ocurre porque el entendimiento y manejo del comportamiento humano evidentemente es una de las premisas de la psicología.

Resulta comprensible entonces el interés en la familia, pues como ya se ha mencionado desempeña una función muy importante en el desarrollo psíquico del individuo, porque a través de ella obtiene (o debiera obtenerse, si es que esto no es así en todos los casos) entrenamiento, sostén y oportunidad para lograr intimidad y respuesta emocional. El sistema familiar creado entre todos sus miembros favorece la patología o la rehabilitación, pero no anula la decisión para el cambio de conducta, tampoco hace a sus miembros

totalmente responsables de la situación y de su evolución. Entendiéndose que el sistema modula, mas no anula lo individual (Gimeno, 1999).

En resumen, para entender a la familia desde el punto de vista sistémico debemos atender a tres principios básicos:

1. La familia como sistema en constante transformación, es decir, el sistema que debe adaptarse a las exigencias de la etapa por la que atraviesa, para permitir su continuidad.

2. La familia como sistema activo que se autogobierna por reglas; dichas reglas deben desarrollarse y modificarse con la continuidad del tiempo. Y es en este principio donde aparecen los elementos importantes en el desarrollo personal y social del individuo, determinados por la forma en que interactúa dentro de su grupo familiar.

3. La familia como sistema abierto en interacción con otros sistemas. Lo que significa el intercambio, el conjunto de relaciones.

Conocer entonces las estructuras de la familia así como sus funciones, no solo ayuda a integrar un mejor diagnóstico, sino a plantear un mejor tratamiento, prevención e investigación de los problemas emocionales, en el que se contextualiza a la familia como sistema, y en del que se puede entonces obtener un elemento potencial de salud, a la inversa de considerarlo como origen y causa del problema (Estrada, 1997).

#### 1.2.1. Fundamentos teóricos: historia y antecedentes.

Cuando se contextualiza a la familia como sistema, inevitablemente nos remitimos a la teoría sistémica y cuando se habla de ella es necesario remontarse a sus inicios y entenderla en sus fundamentos porque además de ser una teoría que revoluciona el campo de la ciencia (Ortega, 1977), es una propuesta que ha arrojado grandes frutos en la intervención.

En sus inicios, se ubica a Bertalanffy (1976) quien establece la teoría, la cual presta atención a la organización familiar, rompiendo el esquema explicativo de las diferentes disciplinas de ese tiempo y abriendo nuevas opciones. En psicología, particularmente Bateson (1976) aporta las primeras ideas

determinantes para la posterior evolución de la terapia familiar. A partir de sus enfoques se considera a la familia como un sistema gobernado por un conjunto de reglas, de tal modo que si un miembro del grupo presenta algún conflicto, la intervención terapéutica debe hacerse extensiva a la familia y no limitarse al individuo. Los aportes que Gregory Bateson legó constituyen la base teórica más importante en el desarrollo de la terapia familiar sistémica. Bateson introdujo herramientas hipotéticas de corte antropológico y de la cibernética en el campo de la comprensión del comportamiento. Además Bateson puso especial énfasis en la interacción del hombre con su entorno en sentido amplio, y que se efectúa a través de la comunicación, resaltó los procesos de interacción, el elemento que determina las reacciones y el comportamiento (Vargas, 2004).

En las décadas de los 60 y 70, el foco de estudio se desplazó del estudio individual al estudio familiar. De ahí que por primera vez se empezaran a delinear las estructuras de las familias y se remarcara la organización en forma jerárquica y los consecuentes problemas entre estas por cuestiones de comunicación. Lo anterior puede traducirse de alguna manera a que dentro de la psicología empieza a cobrar realce el estudio del entorno, considerándose a la familia como un sistema en estrecha relación con otros sistemas de organización y así surge según Alvarado, (1988) la terapia familiar sistémica, misma que se orienta a tratar las pautas que conectan la conducta problema de una persona, con la conducta de otras.

La terapia familiar sistémica en un principio se remonta al psicoanálisis, en donde se marcan conceptos básicos de la conducta humana, tanto en su conceptualización teórica como en la comprensión de los fenómenos de la personalidad en el contexto terapéutico. Según Ferrandiz (1999), los psicoanalíticos han llevado gran ventaja como introductores del estudio de pareja y familia. El objetivo de la terapia psicoanalítica es liberar a los miembros de la familia de sus restricciones inconscientes con el fin de que interactúen como un todo; personas sanas que con bases reales interactúan, en lugar de imágenes inconscientes del pasado y si bien comienza a enfocarse en un conjunto (la familia), más tarde se sostiene que los síntomas y problemas implicaban solo al individuo. Entonces tenemos que la terapia familiar

psicoanalítica fue la primera en el tratamiento de las familias (Sánchez, 1996). De este modo sus aportaciones han ayudado a la evolución de un marco conceptual sistémico (González, 2004).

Al hablar de la historia de la terapia sistémica se debe hacer referencia al boom de la ingeniería de las comunicaciones (durante y después de la Segunda Guerra Mundial), como elemento principal en la construcción de la teoría. Se menciona a Wiener como introductor del feedback o retroacción, principio clave de la cibernética, que se basa en la idea de que todo efecto tiene su causa, todo proceso debe ser concebido según un esquema circular (Ferrandiz, 1999)

Paralelamente al trabajo de Wiener, Ludwing Bertalanffy construye la teoría general de los sistemas, partiendo de las observaciones de diferentes disciplinas que piensan en términos de sistemas (el sistema solar, sistema social, y otros) y es este investigador quien se sitúa a la cabeza de otra línea de pensamiento que se forma en el curso del siglo XX, y para quien lo importante es el cambio en los paradigmas del pensamiento, ya no siendo lineales, sino más bien circulares. Bertalanffy define un sistema como un complejo de elementos en interacción y postula que existen dos clases de sistemas: abiertos y cerrados. Los primeros (en los que se incluye la familia) se caracterizan porque intercambian material, energía, información con su medio. Cuando no existe esta característica se habla de sistemas cerrado (un ejemplo sería una reacción química, que tiene lugar en un recipiente aislado y cerrado).

Desde esta perspectiva, la familia se define como un sistema y en la actualidad los terapeutas familiares sistémicos la describen como tal. En este sistema, si bien existen variaciones en cuanto a la personalidad de sus miembros y de los acontecimientos sucedidos dentro de la experiencia vital compartida por dicha familia, se admite que las interacciones y reglas de relación son fundamentales en el entendimiento del sistema general.

### 1.2.2 Conceptos y definiciones

En la teoría general de sistemas se señala que los sistemas pueden ser de dos tipos: cerrados o abiertos. En el caso de los sistemas abiertos la estructura es

permeable a la influencia de otros sistemas; como puede ser la escuela, los medios de comunicación, la cultura..., así como de todos aquellos sistemas con los que la familia interactúa y que vienen a favorecer o a frenar cualquier tipo de cambio que pueda darse dentro de la misma. En cambio en los sistemas que se definen como cerrados, se observa que basan su estabilidad como grupo negando el significado de la relación tanto al interior como al exterior. Estas características cobran importancia para evaluar a la familia ya que si se considera a la familia como un sistema emocional, las tensiones y conflictos internos como externos lo afectaran, produciendo alteración en él y todos sus miembros. Mientras más alto sea el nivel de tensión dentro del sistema emocional, los miembros del sistema tenderán a retraerse de las relaciones externas y aislarse unos de otros. Conocer la estructura del sistema es la base para comprender a la familia y para sentar las bases para cualquier tipo de intervención sobre ella.

En cuanto a las propiedades de los sistemas tenemos que son: Totalidad, Jerarquía, Homeostasis, Retroalimentación, Equifinalidad; mismas que se describen a continuación:

- **Totalidad.** Hace referencia a que cada una de las partes de un sistema esta relacionada de tal modo con las otras que un cambio en una de ellas provoca un cambio en todas las demás. Lo que significa que un sistema se comporta como un todo inseparable y coherente y no como un simple compuesto de elementos independientes. De este concepto se derivan:
  - a) La no sumatividad (concepto gestalt) en donde un sistema no puede entenderse como la suma de sus partes.
  - b) Las no relaciones unilaterales. En contradicción con el principio de totalidad el hecho de "A" puede afectar a "B" pero no a la inversa.

A partir de la propiedad de totalidad y sus implicaciones, la circularidad y la retroalimentación constituyen el modelo adecuado para una teoría general de los sistemas (Ferrandiz, 1999)

La totalidad, es la conducta del sistema, como suma de la conducta de los miembros y así se crea una causalidad circular, que es donde se describen las relaciones recíprocas, pausadas y repetitivas, lo cual conduce a la secuencia de conductas.

Al estudiar el fenómeno de la familia es importante puntualizar respecto a la circularidad de los miembros (unos afectan a otros), tomando elementos de la epistemología sistémica cibernética que parte del trabajo de Gregory Bateson, los objetos de observación son los patrones que conectan los elementos en sí; estudia por lo tanto los procesos y no los objetos. En la familia existen elementos, pero ante todo existen relaciones; por lo tanto el objeto central de estudio de la terapia familiar se localiza en cómo se ordenan los elementos, cómo interactúan en el sistema familiar, es decir, en su red de relaciones, porque son las relaciones las que constituyen y mantienen el sistema. Esto significa que si se desmonta el sistema en sus componentes, destruye el sistema, a partir de esto sabemos que estudiando aisladamente los componentes de la familia no podemos alcanzar a explicar el sistema familiar.

- **Jerarquía.** Tipo de relaciones estructurales que se caracteriza por el ordenamiento y orden jerarquizado de las interacciones entre los niveles en sentido vertical. Tiene la particularidad que a niveles más altos se ejercen funciones de integración y coordinación y recibe una información generalizada y a niveles inferiores se emplea información más detallada y concreta, abarcando solo algunos aspectos del sistema familiar. En los sistemas familiares la estructura jerárquica se combina con autonomía, mayor o menor en los niveles inferiores respecto a los superiores. La familia tiende a establecerse determinadas jerarquías de acuerdo a su estructura y organización.
- **Homeostasis.** Es un tipo de equilibrio dinámico que consiste en mantener dentro de ciertos límites admisibles los parámetros esencialmente importantes para la conservación del sistema. La homeostasis garantiza la estabilidad y equilibrio interno, sin lo cual se correría el riesgo de disgregación, mas con la tendencia homeostática se da la función de transformación y cambio. Estas dos tendencias se equilibran con flexibilidad en un equilibrio dinámico.

- **Retroalimentación.** Propiedad que permite al sistema la autorregulación buscando cambios o ajustes hacia metas propuestas. En el constante entregar y recibir información se consolida la unificación del grupo. La retroalimentación positiva lleva al cambio, esto es, a la pérdida de la estabilidad o equilibrio, permitiendo el crecimiento y aprendizaje familiar. En cambio la retroalimentación negativa se caracteriza por la tendencia estática que evita la información nueva y se mantiene fiel a sus creencias y reglas, manteniendo la unión a costa de sobrellevar y compartir las tensiones internas y externas de modo que el sistema no se sobrecargue de información nueva, difícil de procesar.
- **Equifinalidad.** Idénticos resultados pueden tener distintos orígenes y diferentes resultados pueden ser producidos por las mismas causas, porque lo decisivo en los sistemas abiertos no es su origen sino la naturaleza de su organización; es decir que los sistemas cerrados están determinados por sus condiciones iniciales, los sistemas abiertos pueden alcanzar estatus independientes de las condiciones iniciales y que esté únicamente determinado por los parámetros del sistema.

### 1.3 Modelo estructural: estructura, desarrollo y adaptación.

Existen dentro de la teoría de los sistemas visiones alternativas entre las que se encuentra el modelo estructural, mismo desde el que se abordará el presente trabajo. Este modelo fue expuesto por el terapeuta familiar Salvador Minuchin, quien a mediados del siglo XX adoptó muchas ideas comunicacionales para su labor terapéutica estructural.

Una visión sistémica estructural permite la exploración de interacciones de las personas en relación con los distintos contextos de los que forma parte, permite experimentar la forma en la que los miembros de la familia se sostienen y califican mutuamente. Al considerar a la persona como un miembro de distintos contextos sociales, el problema se ubica entre el sujeto y sus contextos, más que en procesos internos del paciente. La familia constituye un factor significativo en el proceso de adaptación individual y social, determina respuestas de sus miembros a través de estímulos que provienen desde el



interior y el exterior, un miembro de la familia responde a las tensiones que la afectan y a la vez, la familia responde a los cambios de cada uno de sus miembros por medio de procesos de adaptación continuos. Así la terapia estructural se concentra en el proceso de retroalimentación entre las circunstancias y las personas implicadas en terapia familiar (Desatnik, 2001 citada en Eguiluz, 2001)

Por todo lo anterior, la búsqueda de la conexión entre síntoma y sistema lleva forzosamente a observar la estructura familiar, la que es definida como: “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia” (Minuchin, 1989, p. 38)

Desde esta visión, algunos sistemas familiares pueden producir y mantener síntomas en uno o varios miembros en conexión con estructuras familiares específicas, la postura de Minuchin se torna optimista acerca de las posibilidades de cambio ya que señala que si se modifica la estructura de la familia, se posibilita el cambio, ya que se favorecen distintas expectativas subjetivas de sus miembros y de la relación entre ellos.

Los elementos de la estructura familiar se identifican por subsistemas, los cuales se dan atendiendo a la posición que ocupan de manera generacional, de intereses o de función los miembros de la familia. Estos subsistemas son: individual, conyugal, parental y fraternal.

### **Subsistema individual**

Abarca el desarrollo del individuo como tal, incluye el concepto de sí mismo en contexto. Contiene determinantes personales e históricos, en donde él influye en las personas con quienes interactúa, mostrando flexibilidad y cambio.

Aquí toma importancia el ajuste del comportamiento del individuo con el contexto en el que se encuentra en determinado momento, ya que los momentos diferentes reclaman diferentes comportamientos por parte del individuo y él debe ajustarse a los lineamientos de dichos momentos.

### **Subsistema conyugal**

Este sistema se relaciona a la función de la pareja como esposos y comienza en el momento en que hombre y mujer se unen con el propósito de formar una familia, a la que cada uno de ellos aportará cierto conjunto de valores y expectativas, teniendo que conciliar durante el tiempo. Cobrarán singular importancia los acuerdos para determinar los elementos que cada uno deba aportar a la nueva familia, dejando de lado ciertas costumbres que se traían de la familia de origen de cada uno de ellos, porque dependiendo de dichos acuerdos y del respeto que se guarde de ellos, su núcleo se enriquecerá y se hará sólido.

### **Subsistema parental**

Comprende las relaciones padres e hijos. El vínculo que se establezca entre los padres será fundamental para los niños, ya que al existir buena comunicación, el menor podrá obtener seguridad, de manera contraria si el clima conyugal es adverso, seguramente el menor crecerá inseguro.

### **Subsistema fraterno**

Es el espacio donde se aprende entre iguales. Se aprende del apoyo entre sí; se aprende entre otras cosas, los valores, solidaridad, comprensión, empatía, el individualismo, la cooperación, la competencia.

Para Papalia y Endkos (1992), las familias numerosas ofrecen la oportunidad que da este subsistema a organizarse, fomentando la intimidad y el compañerismo, apoyándoles para aprender como sobrellevar la competencia de iguales desde edad muy temprana.

Es así como cada subsistema tendrá una función particular y un rol a cumplir. Pero debe recordarse que el individuo y la familia no son una unidad emocional, ya que necesariamente se deben separar en ciertos aspectos. Para analizar la estructura Minuchin (1994) propone los siguientes parámetros: sentimientos, afectos, emociones, alianzas, coaliciones, roles y jerarquías.

Otro elemento de la estructura son los límites, los que se constituyen por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera. Los límites protegen la

diferenciación de los subsistemas. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado los límites deben ser claros.

Algunas características de los diferentes tipos de límites, son:

1. Límites claros. Entendidos como los cambiantes y adecuados al momento por el cual se este atravesando según las etapas del ciclo vital.
2. Límites difusos. Se invaden espacios, no hay claridad en funciones y se conocen como los de las familias amalgamadas
3. Límites rígidos donde la comunicación es difícil, pudiendo incluso presentarse sobreprotección, donde las reglas inamovibles tienen gran fuerza y no permiten negociación.

En cuanto a la jerarquía, se define en términos de en quién está concentrado el poder y cómo se reparte en el sistema. En cuanto al territorio emocional encontramos de dos tipos: cerrado y abierto y es el que nos indica donde se ubica la centralidad o la periferia.

La centralidad es la persona alrededor de la cual se dan las interacciones. En ocasiones esta misma persona es la que ocupa el puesto más alto en la jerarquía. Mientras que la periferia se refiere a la distancia física o emocional del núcleo familiar. Generalmente son estas personas quienes se revelan o recurren a ataques o demandas (Minuchin, 1997).

También como elementos de la estructura están las alianzas, coaliciones y triangulaciones; las cuales se refieren a la afinidad, oposición, exclusión o relación entre los miembros en la solución de los conflictos.

Con todo lo anterior se evidencia que en el estudio de la familia cobra gran importancia el aspecto del lenguaje y la comunicación para el entendimiento de las interrelaciones, porque en el proceso de comunicación de los individuos (ya sea verbal o no verbal) se establecen interacciones y retroalimentaciones con los demás, así como con y en los contextos prevalecientes. Dichas interacciones pueden ser positivas o negativas al igual que la retroalimentación. Si dichas relaciones son negativas en el contexto familiar se genera un proceso homeostático, mientras que si son positivas se genera cambio y pérdida de

equilibrio; así que, contrario a lo que se esperaría, la retroalimentación negativa es deseable, mientras que la positiva es desorganizante.

Se deduce entonces que será muy importante la forma en la que expresamos las emociones, ya que según la afirmación que hace Esquivel (2000), con las emociones nos vienen ideas y la manera en la que se encuentre el estado emocional determina la forma en que se percibe e interpreta el mundo. Así la emoción será entendida como el impulso que nos motiva a actuar de una manera determinada y que da significado a los hechos, dependiendo del contexto, de las personas vinculadas y de la respuesta ante su aparición.

Sin embargo, de manera inevitable existirán las reglas estructuradas en la familia, bajo las cuales a los miembros se les permitirá expresar o no las emociones; hecho que se puede considerar patológico, ya que al reprimir nuestra condición humana de libre expresión de sentimientos y emociones se puede generar grandes trastornos físicos y psicológicos. Lo que entonces estará favoreciendo que las emociones en lugar de motivar lleguen a paralizar, provocando un estado estático en la familia.

Un ejemplo claro de dicho estado estático se encuentra en la depresión ya que está última puede ser el resultado de un proceso emocional que tiene un impulso activo auténtico (Esquivel, 2000).

Entonces, cada vez que se niega a aceptarse una emoción, se altera el funcionamiento del sistema, produciéndose síntomas como violencia, rebeldía, o tristeza constante; de aquí la importancia de conocer los diferentes modelos familiares productores tal vez de este tipo de síntomas.

### 1.3.1. Tipos y características de las familias desde el modelo estructural.

Las relaciones familiares regulan la corriente afectiva, facilitan o no canales de desahogo emocional, controlando la cantidad y calidad de expresión familiar y su dirección. Pueden alentar algunos impulsos individuales y subordinar otros.

Existen diferentes tipos de familias y según Satir (1992), hay familias conflictivas, o nutricias, las primeras equivalen a las rígidas, donde los sentimientos de culpa son tan grandes que impiden disfrutar de la vida; por su parte las familias nutricias, son las que permiten mayor flexibilidad, atendiendo y conciliando las demandas de todos y cada uno de sus integrantes, por lo que conceden prioridad al disfrute de la vida.

Las familias también se caracterizan por la forma de organización, flexibilidad, estados estáticos o de aglutinamiento, en donde existe cierta confusión entre padres e hijos porque las estructuras jerárquicas son difusas, fomentando poco espacio privado entre los miembros. En este tipo de familias no existe claramente una persona responsable de marcar límites, son las conocidas familias caóticas (Andolfi, 1984)

En el otro extremo estarán las familias rígidas, las cuales tienen límites inflexibles e impermeables, donde la interacción está marcada por una falta de cercanía física, que genera patrones de comunicación particulares (Minuchin, 1979). Las familias perturbadas son resistentes al cambio siendo característica de ellas la retroalimentación negativa.

Según Mendoza (1993) una de las principales características de las familias “adaptativas o funcionales” es el hecho de tener claramente definidos los límites y jerarquías, además de que son capaces de establecer relaciones adecuadas con otros sistemas pertenecientes a su entorno, construyendo con ello redes sociales de soporte emocional. Por el contrario las “inadaptativas o disfuncionales” tienen pobremente definidos sus límites y jerarquías, lo que dificulta el proceso de separación, además de que se repliegan excesivamente sobre sí mismas, o no aciertan a regular sus intercambios con el mundo exterior, mostrándose demasiado abiertas, lo que puede conducir las a la desorganización. Así, las familias presentan estilos transaccionales de aglutinamiento o de desligamiento, lo que influye en la permeabilidad, comunicación y desarrollo de sus miembros. Esto es parte de lo que las caracteriza como aglutinadas o desligadas; las primeras responden con excesiva rapidez e intensidad ante cualquier situación, por lo que presentan dificultad para la exploración y dominio de ciertas situaciones conflictivas, ya

que hacen poca diferenciación entre sus miembros ya que hay abandono de autonomía. En cambio, las familias desligadas tienden a no responder cuando es necesario, presenta pocos sentimientos de lealtad y pertenencia y un alto nivel de estrés individual.

Los nuevos modelos familiares tendrán que enfrentar las dificultades normativas e inherentes a su propia peculiaridad, buscando soluciones nuevas y mientras unos alcancen éxito en la tarea otros quedaran en el camino.

### 1.3.1. Ciclo vital

Como organismo vivo, la familia pasa por fases evolutivas y hasta cierto punto predecibles, las cuales están reguladas por factores internos: biológicos y sociales, así como externos: expectativas culturales y posibilidades sociales. Así en cada sociedad, cultura o etnia, se tienen modelos esperados de conducta, con roles y responsabilidades para cada edad (Vargas, 1999).

La manera en que esos roles son dados, desde la perspectiva sistémica tiene estrecha relación con la etapa evolutiva en la que la familia esté atravesando, ya que las familias, como las personas atraviesan diferentes etapas, recorriendo entonces un ciclo evolutivo (Vidal, 1991).

En general se pueden distinguir tres grandes tiempos en la vida de una familia:

- El tiempo de constitución, que abarca cuestiones tales como elección de la pareja, matrimonio y cohabitación sin hijos.
- El tiempo de expansión, esto es de la llegada de los hijos, que implica la transición a la paternidad y la vida con hijos de edad preescolar y escolar.
- El tiempo de reducción, cuando los hijos se emancipan, la pareja vuelve a quedar sola y sin actividad laboral.

Las etapas que se inscriben dentro de estos tiempos se definen en relación a estos factores: cambios en la composición familiar, cuando miembros se anexan o se pierden, cambios en la composición en relación a las edades y cambios en la situación laboral de los miembros de la familia.

Existen algunas variantes entre los autores para explicar el ciclo vital, pero al analizarse, la referencia de los aspectos de cada etapa es la misma, a grandes rasgos y coincidiendo con Espinosa (1992) se pueden describir así:

- **Constitución de la pareja**, cuando la mujer y el hombre forman una díada donde cada uno tiene una serie de expectativas sobre como debe ser una pareja. Estas expectativas tienen que ver con valores, acerca de la manera en que tienen que ser las cosas dentro de una pareja, y en general no se dicen de forma explícita. Estas formas de concebir las cosas pueden ir desde como se deben relacionar hombre y mujer, hasta la repartición de las tareas domésticas ¿quién cocina?, ¿quién hace los mandados?, ¿quién ayuda a quién? En esta etapa el éxito en la separación con las familias de origen es crucial, y cuanto más aglutinadas sean las familias de origen, mayor dificultad traerá consigo la separación, ya que separarse en ciertos casos puede asimilarse como a aniquilación y/o traición (Blanco, 1998)
- **Nacimiento de los hijos** (primeras etapas de vida preescolar y escolar), supone el tener resuelto el lugar que va a ocupar el hijo que llega, el modo de participación de los padres y de sus familias está vinculado con la relación de los padres entre sí y de cada uno con su familia de origen: aquí se pone en juego cómo se debe educar a un niño o a una niña, y en general lo que se quiere de los hijos, si esto se define por repetición o por oposición a lo que los padres han vivido ellos mismos en tanto hijos; cuanto se asigna externamente a ese hijo que llega, desde la misma manera de esperarlo, del lugar que se le asigna, el nombre que se le pone.

En la edad escolar, los hijos serán más independientes de sus padres y se empezaran a relacionar con otros sistemas, en los cuales el influirá o lo influirán positiva o negativamente, y en donde el niño consolida su identidad.

- **Adolescencia**. En esta etapa los hijos se plantean el por qué, el para qué, el sentido de la vida, qué quieren hacer, cómo quieren vivir. A través de estas preguntas, el adolescente también "mueve" a los padres,

y los lleva a replantearse sus propias elecciones al respecto. Pueden darse conflictos de valores y diversos enfrentamientos, sin embargo las opciones de cambio entre los adolescentes y los padres se hacen palpables ya que el adolescente tiene tiempo por delante para resolver estos temas, mientras que los padres sienten que el tiempo es corto. Esta etapa puede resolverse mediante el control férreo de parte de los padres o por el contrario, por una indiferencia entre padres e hijos.

- **Partida de los hijos del hogar.** Es también una etapa movilizadora para los padres, porque coincide con la disminución de la potencia en el hombre, la pérdida de la capacidad reproductora en la mujer, la transición de una vida laboral activa a la jubilación. De cómo se viva esta etapa va a depender de cuán diferenciados hayan estado los subsistemas parental y conyugal, como para poder permitir al hijo partir sin culpa.
- **"Nido vacío"**, donde la pareja nuevamente se encuentra sola y donde se invierten los roles: los hijos deben cuidar a sus padres, y según del cómo se hayan sentido cuidados, protegidos y atendidos, dependerá de cómo los segundos puedan vivir este periodo.

Estos tiempos pueden variar: en algunas culturas o en algunas subculturas el ingreso a la vida adulta se hace sin transitar prácticamente por la adolescencia, en otros casos, no se puede hablar de nido vacío, ya que las nuevas unidades familiares se construyen en presencia de por lo menos una de las familias de origen, a tal punto que algunos autores han hablado de "nido repleto" (Vargas, 1999)

Cada uno de estos espacios implica el cumplir con determinadas tareas, reglas, o conflictos básicos a resolver, que de no enfrentarse en su momento, se arrastran a etapas posteriores. Será importante en este momento definir lo que se considera una regla, ya que forma parte importante de las interrelaciones.

Hablamos de reglas, las cuales son generalmente implícitas y provienen de las familias de origen, transmitiéndose de generación en generación. Las reglas



pueden funcionar como vehículos concretos de expresión de los valores. También pueden responder a la tradición, o ser el principal obstáculo para el cambio. Las reglas familiares constituyen indicadores comunicacionales por excelencia. A través de ellas se determina quién habla con quién, quién tiene derecho a qué, cómo se expresan los afectos, qué se penaliza, que se premia, a quién le corresponde hacer qué.

Las reglas pueden ser de dos tipos: las organizacionales (se refieren a los horarios, tareas y rutinas) o las instrumentales (referentes a las relaciones, que hacen referencia a las formas de apoyo y se vinculan al cuándo se pide ayuda, a quién y cómo). Es importante que en ambos casos sean flexibles, y cambiantes a lo largo del ciclo familiar, así como estar al servicio del crecimiento de los miembros del grupo. Gimeno (1999) señala la importancia de detenerse en el análisis de las reglas ya que son límites en estaticidad y eso permitirá un mayor entendimiento de las interrelaciones.

Por último, los secretos familiares que existen justamente porque son violatorios de escalas de valores, son regulados mediante reglas. Cuanto se cuenta, con quién se comparte el secreto, con quién se hacen alianzas, y todo esto depende de la aplicación de ciertas normas.

Las reglas cuando están al servicio de las metas y los valores familiares contribuyen al crecimiento de la familia, pero si se tornan excesivas puede resultar un factor estresante. La consistencia de las reglas (reglas claras que indican a las personas los límites entre lo que se puede y lo que no), colabora para dar seguridad a los hijos.

Así en cada etapa del ciclo vital, las reglas deberán modificarse, para la mejor transición entre los periodos y para un óptimo desarrollo de la familia. Ahora bien, aunque existen etapas muy definidas en el ciclo vital, tenemos que existen también algunos eventos accidentales como son: aborto, separación, divorcio, enfermedad, muerte prematura, migraciones, cambios de status, catástrofes externas; mismos que pueden surgir en diferentes momentos afectando de diferente manera a las familias. Esto es importante porque en el diagnóstico de eventos psicosociales se destaca que los acontecimientos

sociales son más traumáticos si se presentan desfasados de la secuencia, por ejemplo: muerte de los padres en la infancia, matrimonio no deseado, nacimiento muy temprano o muy tarde, entre otros. Además no debe descuidarse la importancia de tener en cuenta las variantes culturales, étnicas y socioeconómicas del ciclo vital familiar. Hay culturas en las cuales la familia tienen mayor continuidad, en las que la adolescencia se prolonga y otras en las que prácticamente no existe; otras, en donde la crianza de los hijos es determinante por la presencia de los abuelos, y en algunas incluso (como por ejemplo el caso de México) donde no existe el nido vacío (Vargas, 1999).

Los individuos crecen, cambian continuamente al igual que sus necesidades, cambian entonces sus funciones y responsabilidades a lo largo de su vida. El ser humano es capaz a adaptarse a situaciones de cambio, en las diferentes épocas. Cada familia debe ser capaz de adaptarse a los cambios naturales en los miembros de ella, pero esto no sucede siempre así, ya que se ha reportado que algunas familias carecen de la capacidad de adaptación, generándose al interno de ellas situaciones estresantes. Así, según Campion (2001), la conducta sintomática de un miembro de la familia se atribuye a dificultades de adaptación (sobre todo en la niñez o en la adolescencia), factores de estrés como el divorcio, separación o muerte.

Pero hay etapas del ciclo vital que no es fácil asumir, ya que en cada familia las reacciones pueden ser diferentes de acuerdo a la constitución de la misma; por ejemplo, en el nacimiento de un hijo puede darse una reagrupación del sistema, con cambios profundos no sencillos de asumir, con nuevos roles, que pueden poner en evidencia y contradicción los sistemas de creencias de cada familia de origen con respecto a la crianza. Esta configuración es adaptativa y necesaria en todas las fases en que se amenaza la integridad de la familia o de algún miembro (Blanco, 1998)

Es evidente que en todo proceso de crecimiento familiar y precisamente en el cambio de una etapa a otra, lo que debe negociarse es ese gran paquete formado por el sistema de creencias compartido y las reglas que lo mantienen, unidos ambos términos en un proceso de retroalimentación continua. La posibilidad de un sistema de acomodarse a la nueva situación evolutiva a

través de la negociación y el establecimiento de reglas nuevas, (satisfactorias para sus miembros en la medida en que son convalidantes de identidades propuestas por ellos mismos) nos habla de una familia cuyas reglas y sistema de creencias son lo suficientemente flexibles como para que su funcionalidad no se vea lesionada en ese pasaje. Y es el momento de transición de una etapa a otra un momento de crisis, en el cual los miembros de la familia tienen la clara percepción de que las reglas con que se venían manejando ya no sirven y que aún no han surgido de ellos, otras nuevas que las reemplacen ( op. cit.)

Las familias no tienen un curso lineal; no empiezan, no terminan, tienen un ciclo espiral, ya que es un ciclo de configuraciones repetitivas que pasan a través de las generaciones familiares. Pero la familia no es el único sistema donde el individuo se desarrolla, ya que la familia guarda con el todo social nexos múltiples donde se establecen otro tipo de bases.

Cada vez se va haciendo más evidente que las familias recorren un proceso de desarrollo, mismo que cuando se ve afectado da pie a que aparezcan perturbaciones de diferentes índoles. Es decir, cuando el ciclo vital en curso de una familia o de otro grupo natural se disloca o interrumpe, los síntomas aparecen; el síntoma, es entonces una señal de que la familia enfrenta dificultades para superar una etapa del ciclo vital.

Por otra parte Shapiro (1991) argumenta que los ciclos por los que pasa la familia corresponden a un desarrollo familiar y por lo tanto a una historia evolutiva de la misma, a saber:

- Siempre hay un movimiento singular de cada individuo.
- Debe considerarse la relación entre ciclos vitales, así como de la familia.
- El entretrejimiento de los ciclos familiares; donde aparecen las diferencias intergeneracionales, tiene una relación recíproca entre el desarrollo individual, familiar e intergeneracional.

Las familias operan según Minuchin (1994) tras pautas transaccionales, que son las que regulan la conducta de los miembros de la familia a través de reglas universales que regulan la organización familiar. Por ejemplo, debe existir una jerarquía de poder entre padres e hijos que les permita poseer niveles diferentes de autoridad. También debe existir complementariedad de funciones para alcanzar interdependencia entre los equipos: díada conyugal. El segundo sistema de coacción es el idiosincrásico, implica expectativas mutuas.

Actualmente las funciones que desempeña la familia se han visto modificadas, debido a la evolución demográfica y las transformaciones que esto conlleva; los procesos de organización y reproducción de la sociedad, el desarrollo de servicios, el desarrollo tecnológico, urbanización y modificación en las relaciones de lo público y lo privado, así como los procesos de institucionalización de una serie de actividades que se desempeñan en el interior de las familias (Gimeno, 1999). Los momentos de transición en la vida familiar producen tensiones que exigen cambios en la organización familiar. Los límites se reflejan o se hacen rígidos, las reglas tal vez no se asuman o se modifican, los roles se confunden, se replantean jerarquías, lo que se traduce en ciertos momentos de estrés y que irán en mayor o menor medida de acuerdo a la cohesión familiar, a la adaptabilidad y las formas de resolución de conflictos que cada familia asuma (Vargas, 1999).

Entonces de acuerdo a la estructura donde este inmerso el individuo determinara la forma de responder ante las diversas situaciones y no el medio como mucho se ha señalado. Así pues la estructura dará el marco de los límites sobre los que se regirá el sistema.

#### 1.4. Terapia familiar sistémica y sus aplicaciones.

La terapia familiar estudia a los individuos como parte de sistemas interpersonales. Los sistemas interpersonales a su vez sirven de contexto explicativo de las conductas, por lo que este enfoque es una aplicación de la

denominada teoría general de los sistemas al campo de la conducta (Ferrandiz, 1999)

En los sistemas sociales la capacidad de cambio de forma relativamente rápida, es necesaria para la supervivencia del sistema. La capacidad para cambiar y transformarse es un atributo para la supervivencia de los sistemas sociales, por esa razón cuando se habla de cierto grado de estabilidad o de homeostasis no se habla de que la familia se mantenga igual a sí misma, sino que se mantenga organizada; lo que debe permanecer constante es la organización, pero la forma especial que toma la organización de la familia debe cambiar necesariamente. Evidentemente no será lo mismo la familia de la niñez que la de la adolescencia. Los mecanismos de retroalimentación pueden ser negativos o positivos, los primeros darán cuenta de la estabilidad, en la medida en que todas las familias que permanecen unidas deben caracterizarse por cierto grado de retroalimentación negativa a fin de soportar las tensiones impuestas por el medio y los miembros individuales (op.cit.).

En la terapia familiar tenemos implicaciones muy importantes, para empezar describiremos los puntos principales del modelo conceptual interaccional en que se basa la terapia familiar, para lo cual se debe citar a Halley (1970), quien habla acerca de las características de este enfoque y lo señala en tres momentos del proceso terapéutico: recogida de información, procesamiento de la información para la elaboración del diagnóstico y las técnicas para la producción de cambios, que a continuación se explican brevemente:

- Recogida de información. La atención principal se enfoca a lo situacional, actual, y organizacional, atendiendo a secuencias y pautas de conducta interactiva. La pregunta clave es el para qué (los efectos) y no el porqué (para no caer en explicaciones de causalidad tipo lineal), ya que lo que pasa en un sistema no depende de cómo se originó, sino de cómo se organizó el sistema. Así lo importante es conocer los parámetros sobre los que se basa y regula. La historia está mediada por la organización y no en la explicación de lo que sucede en el momento.
- Elaboración del diagnóstico. La conducta sintomática o problemática se considera como una respuesta adaptativa a las circunstancias, es decir

como una modalidad utilizada por el sujeto sintomático para insertarse al sistema al cual pertenece.

Primero se debe observar la conducta del paciente y en la medida en que la conducta problemática sea estafalaria e irracional dentro de ciertos contextos es que se debe analizar, entonces según el contexto donde se presente se tomará como sintomática, pero además será considerada como producto de las interrelaciones, así la pregunta clave es: ¿cuál es el contexto en que la conducta no es solamente una adaptación posible sino tal vez la única adaptación posible? , es decir ¿qué situación presenta esta adaptación?

- Técnicas para producción de cambios. Una vez definido el síntoma, las expectativas terapéuticas se centran en este fenómeno, las técnicas tradicionales concebidas al servicio de objetivos intrapersonales son irrelevantes. Al aplicar el enfoque se debe hacer sobre la base de un cambio drástico de muchos de los esquemas referenciales de la psicoterapia tradicional.

Comportamientos no cíclicos no son percibidos por los participantes, cuando el síntoma no varia, las respuestas no varían y la información esta basada siempre en la diferencia. Los comportamientos monótonos no permiten la detección fácil de reglas interpersonales en términos de procesos (Parada, 1995)

Existen muchas técnicas posibles para aplicar el joining, que es una forma de conexión con la familia, se supone al terapeuta como parte del sistema terapéutico, la relación entre terapeuta y familia es un proceso de cambio en sí mismo y puede utilizarse para equilibrar o desequilibrar las relaciones entre subsistemas. El principio de equidistancia donde a largo o medio plazo la posición del terapeuta es posición de equidistancia respecto a todos los miembros de la familia, mas el terapeuta puede decidir como estrategia en un momento dado ponerse de lado de alguno de los miembros, tomando partido. Su lugar será el de líder, mas adelante puede utilizar su peso dentro del sistema para regular posiciones jerárquicas dentro del sistema (op. cit.)

Existe también la reestructuración de patrones o puesta en escena. Se crea un escenario familiar, que se hablen para observar la danza, además de que se da a la familia la oportunidad de volver a experimentar en una situación diferentes los mismos patrones y con ello obtener nuevos datos sobre sí misma. Aunque es parecido al psicodrama, la lógica es diferente, se promueven interacciones, dando indicaciones de que todos son miembros del problema, por lo que también todos son parte de la solución.

Crear intensidad, se hace a través de la repetición de transacciones isomórficas, es decir, dando mensajes y tareas diferentes pero que conduzcan al mismo objetivo, y que sean emocionalmente significativas.

La fluctuación espontánea es una forma de producir un cambio, por ejemplo cuando las cosas se hacen de una manera determinada en un familia y de pronto alguien sugiere algo distinto pero que no tiene suficiente fuerza para imponer su punto de vista, el terapeuta debe estar alerta y escuchar oportunamente, pedir que se desarrolle y preguntar el por qué no se ha realizado, potencializando la fluctuación espontánea se potencializa el camino (op. cit.)

Se puede concluir que ante cualquier situación de crisis o novedad, una familia puede adoptar diferentes conductas:

- Negación.- no se reconoce el evento.
- Destrucción.- el sistema se descompone.
- Conducta stock o residual.- conductas que no tienen relación directa de confrontación.
- Cambio A.- se mantienen los objetivos del grupo pero cambian sus reglas por otras más adaptativas.
- Cambio B.-se modifican los objetivos del sistema, se reestructura de base.

Las situaciones por las que un niño asiste a terapia son muy variadas, pero muy probablemente este síntoma que el niño presente tenga su origen en las interrelaciones familiares, por ello e independiente de la variedad de objetivos que se tenga para su situación la terapia sirve para “ayudarlo a superar dificultades sociales o de conducta” (Campion 2001, pag. 12)

Decir que la terapia tiene como meta ayudar a que las personas superen una crisis, e ingresen en una nueva etapa de la vida familiar, puede llevar a pensar que se trata de "adaptarlos" a sus familias o a la sociedad, sin embargo se debe recordar que el objetivo de la terapia no debe ser la "adaptación" sino la funcionalidad del individuo en su sistema y en todos en los que se encuentre inmerso. Por ello se debe tener muy en cuenta que los métodos de medicación o análisis prolongado donde el individuo debe comprender su desarrollo infantil y sus distorsiones perceptuales, no serán los métodos mas eficaces; porque por un lado la medicación impedirá el surgimiento de dificultades, pero también impedirá el cambio y cronificará la situación, tanto para el joven como para la familia. En el caso de la terapia individual de largo plazo la cual se centra en ayudar a la persona a comprender su historia y percepciones, el mayor obstáculo será el tiempo en el que la persona conceptualiza su situación que además no la ubicara en su realidad presente. Entonces si el objetivo de la terapia es alentar a las personas a emprender acciones que las lleven a una vida más rica y compleja, la terapia psicoanalítica impide ese cambio, al imponerles la idea de que el problema está dentro de sus "psiques" y no en la situación. Si se piensa que la terapia es la introducción de variedad y riqueza en la vida de una persona, entonces su meta es liberar a ésta de las limitaciones y restricciones de una red social en dificultades.

En la aproximación sistémica, la conducta se estudia en términos de interacciones y cuando se observa a una familia bajo este enfoque se le puede detectar como funcional o disfuncional, porque se trabaja con un grupo y no con personas enfermas. Y es funcional cuando dicha familia no produce sintomatología en sus miembros, manteniendo su equilibrio. Sin embargo cuando un individuo presenta dificultades para la adaptación a otros sistemas (por ejemplo la escuela) entonces será necesario evaluar la estructura familiar para poder ayudar al individuo a superar dichas dificultades.

Lo anterior cobra importancia cuando se acuerda que el rol de la familia se asocia a la funcionalidad de los individuos con interacciones de otros sistemas; por ejemplo, en la escuela.



## **FAMILIA Y ESCUELA**

### 2.1. Características del funcionamiento familiar en la etapa escolar

La familia con hijos de edad escolar tiene una serie de características, entre las que no se puede dejar de mencionar la continua influencia de la familia extensa ( los familiares de ambos cónyuges) en cuanto a la educación de los hijos y la reestructuración continua de los roles familiares y conyugales.

El reto principal en este ciclo es la adaptación al nuevo rol de padres por la llegada de los hijos a la edad escolar, sin descuidar la vida de pareja. Algunas estrategias que pueden ser útiles para el buen desarrollo de esta etapa son el establecimiento de un plan familiar en el que se establezcan las medidas para fortalecer la relación de pareja, la relación de la familia extensa y la formación del hijo. En esta etapa continuamente se debe reestructurar, porque cuando los hijos ingresen a la escuela, se deberá replantear las relaciones de pareja y darles a los hijos las herramientas sociales necesarias para la buena convivencia escolar, como: el respeto, la asertividad, la autoestima y la colaboración. En esta etapa como en muchas otras, no puede olvidarse que los hijos necesitan que sus padres les brinden amor, cuidados, seguridad y protección ya que se encuentran ante nuevas situaciones (Rodríguez, 2004).

Este es un período donde la pareja tiene que relacionarse con sistemas de gran importancia para los hijos: la escuela o el grupo de amigos, y debe entonces modificar sus reglas para que los nuevos límites permitan el contacto entre progenitores e hijos al tiempo de brindar libertad a éstos últimos para que adquieran sus propias experiencias.

La definición de la edad escolar según algunos autores (Davidson, 1983) es el periodo en que el niño tiene entre 5 y 12 años, tiempo en que estos niños se encuentran en una transición entre la dependencia total de los padres para satisfacer todas sus necesidades y la independencia de ellos en muchos

aspectos. Mientras que para los padres esta etapa resulta un periodo de transición entre ser protectores de tiempo completo, a ser proveedores y a veces guías de personas semiautónomas.

También en esta época es importante que el niño se adecue al sistema escolar, pero no se le debe exigir más allá de sus capacidades. Su lenguaje se ha ido ampliando y ya utiliza más los símbolos. Su pensamiento suele ser egocéntrico, ya que es característico de esta etapa que se sienta el ombligo del mundo y no pueda ponerse en el lugar del otro, ni comprender el punto de vista de otra persona.

Algunos niños rechazan la escuela, ya sea debido a la ansiedad de separación o al miedo de separación que le trasmite su cuidador, problema que suele ampliarse a otras situaciones sociales, por lo cuál es vital que, en vez de ceder al miedo, se le ayude a superarlo.

Otra característica importante de esta edad en los niños es que constantemente están presionando para saber hasta donde pueden llegarse a independizar y suelen querer probar dicha independencia a sí mismos, quieren en realidad estar seguros de qué “pueden hacerlo solos”. Lo cierto es que todavía necesitan una guía, pero no quieren que se les impida avanzar, lo que hace que surjan preguntas difíciles acerca de cómo ser padres, ya que no existe una norma que indique la manera “correcta” de educarlo. Surgen entre los padres muy a menudo conflictos por situaciones como: cuándo dejarle cruzar solo la calle o cuándo no, el si está bien o no que vaya con un amiguito a andar en bicicleta y otros asuntos por el estilo. Así, mientras un padre tiene una idea, el otro puede tener otra y negociar entre las diferencias puede ser frustrante o puede ser enriquecedor. Las responsabilidades como padres toman un aspecto más sutil, ya que ahora también es momento de aconsejar, y ya no solo de establecer reglas, ya que los niños, siguen al pendiente de la guía, mucho de lo que hacen generalmente lo basan en la opinión de los adultos. Precisamente cada vez que el niño avanza un paso, se ensaya algo nuevo, generando duda e incertidumbre, y sentimientos ambivalentes de protección o libertad, mismos que se irán resolviendo con la propia experiencia.

## 2.2. Relación familia escuela

Aunque la familia sigue siendo el agente primordial de la socialización durante la niñez, factores extrafamiliares también ejercen influencias considerables. Los niños forman ahora parte de dos importantes sistemas, la familia y la escuela y son influidos por ambos. Su conducta y rendimiento reflejan experiencias, tanto pretéritas como actuales, habidas dentro de esos dos sistemas. Y de un modo simultáneo, las acciones del pequeño ejercen a su vez, para bien o para mal, una poderosa influencia en uno y otro sistema. Al mismo tiempo, determinados factores y comunicaciones que se dan entre los dos sistemas pueden ejercer a menudo una poderosa influencia en el modo de conducirse del niño.

La transición de la dependencia física y psicológica total de la familia a la autosuficiencia o independencia se da poco a poco y el ingreso a la escuela es el primer paso importante en este proceso, una vez ahí se establecen nuevas relaciones, complementando las influencias familiares.

Los padres son los responsables de la educación de los escolares, el éxito o fracaso no solo se debe atribuir al profesor. El hogar y la escuela no operan como dos mundos separados, ya que los padres deben establecer un vínculo para estar al pendiente del rendimiento académico del menor. Los padres pueden delegar algunas tareas a la escuela pero no desatenderse de ellas, no se trata de sustituir a nadie, sino de complementar la acción desde otro ángulo, con otra función pero con los mismos objetivos (Cervantes, 1989).

Los maestros y los padres forman parte de la misma sociedad y, al menos hasta cierto punto suelen tener las mismas expectativas, ilusiones y comprensión respecto de los niños; esto es, siempre querrán lo mejor para él, de acuerdo con sus necesidades y facultades. Sin embargo, existen áreas de desacuerdo potencial entre ambos sistemas, justificadas algunas, siendo otras el resultado de actitudes confusas o de ansiedad y enojo; ya sea por parte de los padres, de la escuela o de ambos. Según Campion (2001), los desacuerdos entre los padres y la escuela suelen surgir a partir de los siguientes asuntos: ¿están enseñando debidamente al niño?, ¿tiene el un verdadero problema de

aprendizaje o conducta?, ¿está rindiendo por debajo de sus facultades?, ¿Qué hay que entender por conducta realmente inadmisible?, ¿Cómo se debe tratar esa conducta?

La actitud de los padres respecto de la escuela y los maestros depende de su propia experiencia educativa en el pasado y en parte de la creencia de ellos mismos respecto a que si son individuos competentes y aceptables. Pero hay que admitir, sin embargo que la conducta y /o rendimiento del niño en la escuela pone bajo presión tanto a los padres como a los maestros. Como condición propia de los niños su conducta es impredecible lo que puede generar en ocasiones conflictos entre los adultos involucrados en el trato con ellos, por ello en ocasiones los padres suelen presentar actitudes defensivas o de enojo por la forma en la que se resuelven ciertas situaciones de controversia, así los niños propician y los adultos mantienen.

Los padres y maestros aunque coinciden con el querer obtener el bienestar del menor, muchas veces no coinciden en el enfoque de un mismo problema. Los padres no aprecian las presiones asociadas al mantenimiento de la disciplina escolar, ni de las dificultades de un maestro que se enfrenta a una clase en donde hay que atender a más de treinta niños a la vez, con necesidades y aptitudes diferentes. Los maestros por otro lado, suelen ignorar los problemas domésticos o personales a que hacen frente las familias. Existe por ambas partes la tendencia a conducirse como si determinadas cosas “debieran ser así”. Los padres creen que el profesor “debería ser capaz de” instruir o educar al niño, por difícil que éste sea. El maestro por otro lado cree que el niño “debería ser capaz de”, o los padres “deberían de” Y entonces cuando las cosas se ponen mal existe la tendencia por cada una de las partes de culpar a la otra y refugiarse cada vez más en actitudes defensivas y de enojo. Entonces no es raro hallar que el pequeño tiene de algún modo un interés adquirido en no aprender, igualmente es bastante común encontrar que las actitudes de la familia tienden a mantener al niño en el papel de “él es el único que tiene el problema”. Así, la familia se caracteriza por ver en él a un niño diferente de los demás, la familia tiende a considerarlo diferente en una o varias áreas.

Las dificultades de los niños obedecen a muchos motivos: a unos padres puede resultarles más fácil adaptarse a los trances del niño, cuando éste tiene una etiqueta y otros pueden hallar más fácil enfocarse en ese único aspecto del desarrollo personal del niño, que tener que pensar en sus dificultades sociales, o incluso en los problemas matrimoniales de ellos.

Campion (op.cit) dice que con gran frecuencia una ansiedad considerable surge y rodea el rendimiento del niño en lo que atañe a leer y escribir, aunque no es precisamente necesario que los padres lo expresen directamente. Esa ansiedad tiende a crear una atmósfera tensa muy perjudicial para el niño y además con presiones muy fuertes por parte de los padres.

Es en este momento cuando la intervención del psicólogo puede aparecer y aunque los psicólogos están acostumbrados a intervenir en el sistema escolar se puede decir el trabajo del psicólogo en este ámbito se encuadra dentro de la psicología educacional, ahora bien el profesional que aborda al niño en el nivel medio, debe priorizar no únicamente a lo formación teórica, sino que debe tener predisposiciones especiales ser un profesional ético, humanizado y comprometido, sin embargo de acuerdo con Campion (op. cit.) no se ha presentado suficiente atención al estudio de los procesos más sutiles y dinámicos que constituyen cualquier sistema social. Para este autor la escuela tiene muchas características del sistema familiar. Aunque debe existir cierto grado de respeto mutuo entre los miembros del sistema, y fronteras de funcionamiento definidas entre los diferentes subsistemas, otros factores de tipo negativo pueden desordenar y desequilibrar de hecho este sistema, los celos y rivalidades entre los individuos, la mala comunicación entre los adultos, los sentimientos de desesperación y confusión pueden conllevar a actitudes negativas de los profesores hacia el menor y sobre todo sin este tiene problemáticas escolares.

Indudablemente que todo lo expuesto enmarca los momentos tensos de esta etapa, dejándose entre ver que la tensión fluctúa para ambos sentidos; es decir tanto para los padres, como para el menor y si a esto se le agregan otro tipo de circunstancias (como lo podrían ser los problemas de pareja), evidentemente

que la tensión aumentará provocando en el menor actitudes diversas: bajo rendimiento, conducta dispersa, ansiedad y otras.

### 2.2.1. La escuela

De acuerdo con García (1997) en el diccionario Océano de la lengua española, se define a la escuela como: un establecimiento público en donde se da a los niños la instrucción primaria, con un método, estilo y gusto peculiar de cada institución.

El establecimiento de normas claras, la organización regular de los horarios y el sistema de calificación por notas, basado en los resultados obtenidos por los alumnos, favorece, además de la adquisición de conocimientos, un sentido de la responsabilidad y una concienciación del valor del trabajo diario. Los grupos de edades homogéneas favorecen el desarrollo de la competencia social. Así que la función de la escuela es de suma importancia ya que esta continua, integra y amplía la obra educativa de los padres, es la institución que ejerce la mayor influencia en la transmisión de valores, de la cultura de las tradiciones sociales, es una influencia de horas y años para moldear una personalidad. Actualmente en nuestra cultura, el proceso de escolarización comienza en las guarderías o jardines de infancia y prosigue durante aproximadamente 20 años más. Por ello es que indudablemente deja una gran huella en la personalidad de cada individuo.

Hay que recalcar que la escuela es un sistema que difiere profundamente de las condiciones que reinan en la familia, ésta última situada bajo el signo del sentimiento y de las relaciones afectivas personalizadas; mientras que la escuela se ve bajo el signo de la objetividad y uniformidad impersonales, el niño no goza de ningún régimen preferencial, está sometido a reglas y usos idénticos para todos en una disciplina colectiva.

A medida que los niños crecen se hacen cada vez más conscientes de la sociedad que los rodea, empiezan a estar expuestos cada vez en mayor grado a otras ideas. Al entrar a la escuela, entran en un mundo distinto de hacer las

cosas de cómo se hacen en familia. Ahora todos los valores entrarán abiertos a la crítica, cada vez que los examinemos al presentarse una situación dada se pueden reafirmar o empezarlos a cambiar, los niños de esta edad no dan las cosas por sentado, sino que averiguan las razones y cuestionan lo que muchas veces se da por hecho.

### 2.2.2 Dificultades en las relaciones familiares y escolares

Las pautas de comunicación en la familia se han hecho habituales y ciertas estructuras familiares no pueden acostumbrarse a la socialización de los niños fuera de la familia. Por ejemplo, cuando los niños ingresan a la escuela las descripciones son egocéntricas, pero entre ellos mismos hay compañerismos, generosidad y se transmiten conocimientos (cantos, juegos, chistes, bromas, etc.); desde luego también puede haber agresividad. (Kist, 1996) generándose a partir de este momento ciertos roces y dificultades con miembros de otros sistemas, en los cuales probablemente la familia tendrá que intervenir para solucionarlos, poniendo de manifiesto su idiosincrasia y normatividad.

Dentro de las familias con niños en edad escolar, está presente la rivalidad entre hermanos y la situación privilegiada de un hijo único, después de la llegada de un hermano. Si ya hay cierto sentimiento de abandono, la escuela viene a confirmarle su imaginación. Las dificultades a las que se puede enfrentar un niño de esta etapa, pueden ser una consecuencia de los celos por el nuevo hermano y dichas dificultades se mostrarán como el síntoma con el que se busca llamar la atención. La inseguridad puede derivar de la percepción de una insuficiente afectuosidad de la madre, o de relaciones no favorables de los padres en las que el niño siente frustración por su necesidad de protección y seguridad que se ven amenazadas.

Otro hecho es cuando los padres se preocupan por los estudios de sus hijos, únicamente cuando llegan las calificaciones, desentendiéndose de acudir al colegio, y provocando desilusión en el ámbito familiar. No podemos regular la forma en que el mundo externo ve a los hijos; ya que una vez que entran en la escuela empiezan a ser comparados con otros, tanto en lo que respecta al

comportamiento, como en los logros y no es fácil mantenerse fuera del sistema de competencia y calificaciones.

Una dificultad diferente ocurre cuando padres o maestros denigran al escolar y no refuerzan el gusto en obtener conocimiento y supremacía sobre las materias, el chico se ve así mismo como inferior y devaluado para competir con sus compañeros, poco a poco se va incrementando esto como fracaso y no se ve como alumno inteligente respecto a los demás, que son más apreciados y más exitosos. La ausencia de motivación aparece a menudo como resultado de no estar alentado y apreciado por las personas importantes en la vida escolar (DiGeorgi, 1977)

En otro orden de ideas, para algunos la autoridad paterna es un hecho, se da por sentado que por ser el padre, sus reglas se deben seguir sin discutir, mientras que otros progenitores libran constantemente una batalla entre lo correcto y lo incorrecto; es decir, no imponen reglas. La disciplina de los hijos es un área en la que muchas parejas tienen desacuerdos, por lo que se empiezan a suscitar discusiones acerca de quién es demasiado condescendiente o quién es demasiado duro, y dependiendo de la educación que haya recibido cada de uno, se tomaran actitudes acerca de la forma en que se deben comportar los hijos en el ámbito escolar.

Las personas adultas no saben que tanto deben dejar a sus hijos penetrar en su vida privada, pero a esta edad los niños ya son capaces de comprender muchas cosas. Cuando estamos enojados, o sentimos ganas de llorar o tener tiempo para pensar, les pedimos silencio y ellos se sienten afectados; pero si no se satisfacen las necesidades emocionales o psicológicas del grupo familiar la tensión aumenta, por lo tanto es necesario brindar a cada miembro del sistema su espacio, siempre y cuando se le aclare al menor la situación, para descartar que él se sienta responsable de dicha situación.

Muchos niños son más abiertos en sus necesidades y sentimientos que lo que los adultos pudieran ser. Ellos encuentran formas para hacernos saber que tienen sueño, que están enojados, preocupados, felices o tristes. Podemos incluso aprender de ellos el que podemos sentir intensamente algo para expresarlo y después sentirnos mejor. Pero ellos también aprenden de



nosotros las maneras de reaccionar ante ciertas situaciones, nos observan y repiten patrones, por lo que es importante estar lo más concientes posible de cómo los estamos moldeando.

Otra faceta de estos años consiste en aprender a respetar la necesidad de privacidad de nuestros hijos, sin abandonarlos cuando acuden a nosotros en busca de cariño, o en busca de información sólida sobre los cambios que están experimentando. Así la paternidad entre los años intermedios como lo llama Davidson (1983) se caracteriza por su ambigüedad “El mundo de nuestros hijos ha crecido, ya no es un círculo mágico que nosotros les hemos trazado. Aunque seguimos siendo las personas adultas más importantes de su vida, ya no somos las únicas” (pag. 111).

Todo este proceso encierra el alejamiento paulatino de nuestros hijos, no existen reglas preestablecidas a seguir, simplemente tenemos que observarlos para actuar en la forma que se crea correcta, durante este periodo se libran muchas batallas entre el negociar la independencia y dependencia. Poco a poco padres e hijos se están independizando unos de otros, pero los lazos son muy profundos y quizás sean los más profundos que en cualquier otro momento.

Respecto a los lazos establecidos en esta etapa, Kist (1996) menciona que si influyen de manera determinante, pero que las experiencias familiares y las bases en las que se cimentaron las primeras responsabilidades de acuerdo a las actividades dentro del núcleo familiar serán aún más predominantes.

A lo largo de la historia, según Anderson (1980), la familia ha sido y sigue siendo la base de la estructura social. La pareja asume la responsabilidad principal del número de hijos, así como su sostenimiento y sus relaciones con los demás. Sus integrantes constituyen entre sí la fuente principal de las relaciones afectivas y sociales.

#### 2.2.2.1 Repercusiones en los niños: aparición de síntomas.

El entorno familiar y escolar determina la estabilidad emocional del pequeño; familias cada vez más reducidas, con ambos padres trabajando fuera de casa,

y colegios más competitivos y exigentes, condicionan la salud mental de los niños y un mayor o menor grado de satisfacción en su actitud. Cualquier fleco suelto que quede en este contexto, ya de por sí frágil, puede perjudicar una personalidad aún en formación porque son muchos los padres que no ven a sus hijos hasta la noche. Se les quita tiempo a los niños y se dedica al trabajo, lo que evidentemente está en relación directa con la economía del país y no tanto por decisión propia. Además, en el colegio deben estar a la altura de las exigencias académicas y de los compañeros más aventajados. Demasiada soledad y una exagerada presión, son hechos que están cada vez más presentes en nuestra niñez.

Los niños se ven devorados repentinamente por una situación ajena a su inocencia –percibida a veces como hostil– y a los mayores les cuesta entender que cada etapa tiene sus normas y las de los más pequeños están aún por escribirse. Lo dice el sentido común y lo respalda Victoria del Barrio, profesora titular de la Facultad de Psicología de la UNED y miembro de la Sociedad Española de Psicología: «Los datos son preocupantes, sobre todo porque se trata de un problema emocional que se le presenta al niño en la etapa en que más afecto necesita».

También en esta etapa es común que los escolares fallen en la escuela, porque constantemente ven a sus padres pelear (en el caso de que la relación de pareja no ande bien), su atención se centra en los conflictos familiares y no en la clase, por lo que habrá baja en el rendimiento académico. Los padres quizá creen que los resultados bajos de sus hijos se deban a que es distraído o perezoso o bien, que tiene problemas para aprender, sin percatarse que la cuestión real estriba en los conflictos entre ellos, en el descuido de la revisión de tareas, en los trabajos y en el poco tiempo que dedica el chico a estudiar, (debido a que no hay nadie que lo supervise), situación a la que se le puede añadir la creencia de los progenitores de que los escolares deben hacer sus tareas sin que les deban ordenar; la responsabilidad no es virtud de la infancia, por lo tanto es difícil que por sí solos lo hagan. Cuando los niños parecen desordenados o flojos, los padres se enfrascan en batallas por hacerles entender acerca de su compromiso con la escuela, sin reconocer la parte de su propia responsabilidad.

Pueden empezar a generarse problemas de comunicación, generándose círculos viciosos donde el padre regaña y el niño no aprende, por eso es importante señalar que la comunicación en la familia marcará en mucho la aparición de “síntomas”, debido a que el síntoma es un mensaje no verbal (Onnis,1996) lo que se traduce en enfermedades, ansiedad, alcoholismo, depresiones.

Para referirnos a la ubicación del síntoma dentro de la estructura familiar pongamos el ejemplo del niño que sufre de terrores nocturnos. Este síntoma puede aumentar la cohesión familiar (la familia estará al pendiente del niño) y con ello el niño estará cubriendo su necesidad de atención.

Se ha podido observar que cuando las relaciones en el núcleo familiar son conflictivas, y poco satisfactorias, se hace notar en cada uno de los miembros, que no se está satisfaciendo o está siendo insatisfecho de las necesidades afectivas que la familia debe proporcionar (Bleichmar, 1991).

Los niños que han pasado por situaciones conflictivas en el hogar pueden seguir sufriendo un estrés mucho después de que los padres se hayan adaptado al cambio de dichas situaciones. Aunque muchos niños dan la impresión de adaptarse notablemente bien al cambio de situaciones conflictivas, otros presentan señales de depresión, falta de concentración en clase y perturbación de la conducta mucho después del acontecimiento. Es importante hacer notar que la causa de las dificultades del niño no esta necesariamente en el acontecimiento mismo, sino tal vez en la confusión del pequeño y su incapacidad para entender la situación.

El niño que rehúsa ir a la escuela puede percibir acaso la depresión de la madre y sentir la necesidad de quedarse en casa para apoyarla. Un niño deprimido podría haber evitado sus propias necesidades durante un periodo de tiempo a fin de adaptarse a complicados arreglos matrimoniales que resultan más satisfactorios para los adultos que para él. Y aunque finalmente sigue siendo un menor, sus emociones quedan ahí sin dárseles la atención debida, pudiendo aparecer en algún momento cualquier tipo de “síntoma”.

Los síntomas de un niño: incapacidad de leer, problemas de lenguaje, o no asistencia a la escuela, son con frecuencia una fuente de considerable ansiedad para los padres, y a veces un motivo de desavenencia entre ellos, esto es que la ansiedad de los padres se traduce en actitudes muy poco positivas para el niño: a veces ejercen demasiada presión sobre él; o bien suelen dar una discusión continua argumentando que ese es el mejor modo de tratar o educar al niño. Así, los síntomas del niño, sea cual sea su naturaleza, tienden a aumentar con actitudes ansiosas de los padres y ésta a su vez aumenta los síntomas, que incrementaran la ansiedad parental.

Cuando los padres se sienten un poco más relajados y confiados, se puede demostrar frecuentemente que la conducta y rendimiento del menor empieza a mejorar. Sin embargo, reconocer que la ansiedad parental puede no verse expresada abiertamente, por ejemplo, echar la culpa a los demás o cambiar constantemente de profesional a profesional.

La imagen idílica de los niños es la de la alegría y el bullicio constante. O, al menos, ésta es la que a todos los padres les gustaría que fuera siempre. Pero la realidad demuestra que, tras ese telón, los menores, como los adultos, sufren a menudo y se angustian. Tanto es así que el 8% de la población infantil padece depresión y más de un 15% de los adolescentes se enfrenta a una pesadilla diaria (López, 2001).

Dentro del ámbito escolar es importante señalar que el fracaso escolar es un síntoma muy recurrente, el niño considera que las metas y expectativas que le impone la institución, en ocasiones son distantes e inalcanzables, por lo tanto si esta situación persiste, estructura el fracaso como una forma de vida, no solo para él, sino para la misma familia.

Aquí es importante señalar que la institución escolar forma una parte muy importante para la detección de un niño con depresión, ya que a veces la familia esta inmersa en sus propios conflictos y por tal motivo no se percata de la situación por la cual atraviesa el niño, entonces como el segundo sistema de mayor importancia en la vida del niño, la escuela debe estar pendiente de las actitudes del pequeño y debe de hacer un análisis de los alcances de dichas

actitudes para informar a la familia si es que apareciera cualquier síntoma que se sospeche sea derivado de algún conflicto familiar, y que la propia familia no haya identificado.

## DEPRESION

### 3.1. Definiciones, síntomas y características

Como ya se menciona en los capítulos anteriores, el individuo como parte de un sistema vivo, posee expresiones, signos, un tipo específico de comunicación que en ocasiones se manifiesta como un síntoma particular. Pero para llevar a cabo un análisis en cuanto a síntomas, debemos contemplar al propio ser; conformado por su biología, emociones, afectos, pensamientos, relaciones con los demás y con el ambiente, de su propio ser. Lo que nos interesa en este capítulo es caracterizar a la depresión como un síntoma que afecta en el clima social de una familia y en el ámbito escolar.

En la actualidad vivimos bajo un ritmo de vida muy agitado que a veces no nos permite darnos cuenta de lo que sucede a nuestro alrededor, en nuestra misma persona y obviamente no nos percatamos de lo que puede llegar a aquejar en nuestra familia o en el círculo que nos rodea, es muy común escuchar que la gente dice estar deprimida o estar en una etapa de depresión.

Existe una gran dificultad por parte de la gente especializada para interpretar el término depresión. Desde el punto de vista médico, la palabra depresión corresponde a algo absolutamente distinto del término depresión que utilizamos en el lenguaje coloquial. Depresión, en el lenguaje común, es sinónimo de tristeza, y esto lleva a una enorme confusión que se explica, quizá, porque es la única entidad clínica que se llama igual que un estado de ánimo. Para evitar esta confusión, la enfermedad, en términos médicos, se menciona como depresión clínica. (Lagmolía, 2001)

López (2001), menciona que la depresión es un síntoma psicossomático (relación entre psique = cuerpo). Enmarcando el síntoma psicossomático en un contexto relacional, además de identificar patrones de comunicación y comportamiento. Por lo tanto la depresión al igual que otros síntomas, puede caracterizarse por aquietar el conflicto prevaleciente al interno de la familia. Dicho conflicto puede ser implícito o manifiesto. Una segunda función de dicho

síntoma, es bloquear el sistema dentro de una “dolorosa estaticidad” (Onnis, 1996).

Debe recordarse que en dichas funciones del síntoma toda la familia tiene un cierto nivel de participación, el cual se relaciona con los roles, jerarquías, periferia, centralidad y normas establecidas en el sistema.

Es importante establecer un amplio panorama de las distintas definiciones sobre depresión desde varias corrientes:

En psicoanálisis la depresión es un estado generalizado de inactividad física o motora, acompañada de estados maníacos a depresivos, o maníaco – depresivos. La clasifican como polar o bipolar. La primera hace referencia a comportamientos estáticos o con excesivo movimiento y la bipolar se refiere a ir y venir entre un estado estático o uno maníaco (López, 2001)

Para Bleichmar (1991), la depresión tiene como base los estados afectivos tristeza e inhibición corporal y bloqueo del pensamiento. Por lo tanto dice que la tristeza es un abanico de estados en que el dolor psíquico se desencadena por la significación que una situación determinante para el sujeto. Y si la significación está de por medio es porque en la tristeza, el afecto está enlazado a un cierto tipo de ideas, constituyéndose así una estructura cognitiva-afectiva. Entonces, cuando las personas sufren de depresión sienten que algo se ha perdido y es irrecuperable y por lo tanto existe un frecuente autorreproche.

Biológicamente hablando Del Barrio (1997), dice que todo individuo tiene una estructura biológica, que está en la base de la conducta, por lo que hay teorías que sostienen el origen de la depresión es físico-orgánico, y que vendría acompañada de ciertos signos, los cuales se conocen como síntomas. Entonces los síntomas en este caso tendrán que ver con la estructura metabólica. Lagmolia (1996), habla de cambios en el metabolismo de la noradrenalina y de la serotonina, que son dos neuronas indispensables en la adecuada transmisión del impulso nervioso. Además una gran cantidad de alteraciones que incluso llegan a bajar la respuesta inmunológica y volver extremadamente vulnerable al organismo, así es que hay una incapacidad para

responder a la aparición de infecciones o enfermedades, llegando a los dramáticos cánceres mortales.

El conductismo habla de la depresión como una respuesta a una determinada estimulación. La conducta aumenta o disminuye en función de las consecuencias benéficas o adversas que atacan al sujeto. Por lo tanto el control de la conducta, se puede lograr con la supresión del estímulo negativo. Aunque también se sugiere que la depresión aparece cuando hay una insuficiente tasa de refuerzos positivos. (López, 2001)

En el cognitivismo se dice que la información que recibe el individuo de su medio, se elabora y configura en forma de experiencia vivida, para él lo que lo rodea es como el lo piensa, por tal motivo genera perturbaciones depresivas, acompañadas de otras alteraciones cognitivas como son: ideas, juicios, atribuciones y pensamientos negativos.

De acuerdo con Beck (1983), los síntomas de la depresión se clasifican de la siguiente manera:

***Síntomas afectivos:***

Tristeza  
Cólera  
Distracción  
Periodos de llanto incontrolable  
Sentimiento de culpa  
Vergüenza  
Ansiedad

***Síntomas cognitivos:***

Indecisión  
Percibir los problemas como abrumadores  
Autocrítica severa  
Pensamiento absolutista (todo o nada)  
Problemas de memoria y concentración  
Síntomas fisiológicos:  
Alteraciones del sueño  
Alteraciones sexuales y del apetito

***Síntomas motivacionales:***

Dependencia  
Pérdida de la motivación positiva e incremento de la tendencia a la evitación.



En la terapia cognitivista suele darse una gran importancia a los síntomas del paciente y la manera de interpretar sus experiencias, que están relacionados con un determinado ambiente social.

Lammoglia (1996), dice que la depresión en realidad es una enfermedad, llamada episodio depresivo mayor, un trastorno mental muy severo que afecta a muchas personas con consecuencias en muchos casos fatales. Los síntomas esenciales de un episodio depresivo mayor están conformados por un estado de total desánimo o tristeza constante y pérdida de interés o placer en casi todas las actividades y pasatiempos habituales. Estos síntomas básicos se presentan de manera persistente en la persona enferma y suelen acompañarse de otros síntomas depresivos: alteración en el apetito (disminución o aumento), cambio en el peso, alteraciones en el sueño, agitación o disminución de la capacidad del movimiento, baja de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultad para concentrarse o pensar, ideas de muerte o pensamientos e intentos de suicidio.

En los episodios depresivos mayores suele haber, en cierto grado, una pérdida de interés por sentir placer y posiblemente ni la misma persona que lo padece, a pesar de la evidencia, lo note. Con frecuencia, los familiares son los primeros en advertir ese estado en la persona afectada, que para entonces ya se ha alejado de familiares y amigos, y ha decidido dejar las actividades que antes le daban cierto placer o distracción.

En un episodio de depresión es difícil la concentración, los pensamientos se vuelven lentos, hay bastante indecisión frente a situaciones comunes. Hay pensamientos sobre que sería mejor no existir o estar muerto. También es común la presencia de descuido físico, llanto, sensación de angustia, irritabilidad, miedo, tristeza excesiva, preocupación por la salud física y fobias distintas. Existen diferentes momentos depresivos, algunos suelen durar un periodo limitado, otros son más graves y llegan a durar hasta dos años o más.

Lammoglia (2001) introduce que una persona deprimida difícilmente puede funcionar, porque no sólo no puede disfrutar de las cosas sino que ni siquiera

tiene el interés de buscar placeres. Su situación es peor a que simplemente fuera infeliz; no hay modo de levantarle el ánimo y vive con una sensación desagradable que no desaparece

### 3.2. Concepto

Hasta el momento la depresión ha sido definida por diversos autores en distintas corrientes, pero resulta necesario dar un concepto significativo que nos ayude a comprender con mayor facilidad la depresión.

La mayoría de los autores coinciden en relacionarla directamente con la vida afectiva del sujeto y con sensaciones desagradables en las cuales esta inmerso.

Valdés (1983), menciona que como ocurre con otros fenómenos psicopatológicos, el término depresión se utiliza en tres sentidos: síntoma, síndrome y enfermedad.

a) Síntoma: se puede acompañar de otros trastornos psicopatológicos primarios, como neurosis de angustia.

b) Síndrome: agrupa unos procesos caracterizados por tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital.

c) Enfermedad: desde un punto de vista médico, se ve un trastorno de origen biológico en el que puede darse una etiología, una clínica, un curso, un pronóstico y un tratamiento específico.

Estos aspectos enmarcan la depresión como un todo complejo típico o atípico, ya que su sintomatología puede adquirir diversas dimensiones sin estar necesariamente dentro de un cuadro característico de síntomas estandarizados.

Para Robbins (1993), la depresión es un afectivo desorden del humor, es una enfermedad que sumerge a sus víctimas en un mundo constante de autorreproche, confusión y desesperación. Es un padecimiento tanto del cuerpo como de la mente.

La depresión es una mezcla de actitudes, sentimientos e ideas, y depende de la visión que se tenga de la vida, de nuestro auto concepto, nuestros deseos y

expectativas del futuro se vuelven pesimistas y pensamos “no valgo nada”, “no tengo a nadie a quien recurrir”, “nadie me puede ayudar o entender” o “no tengo nada porque vivir” (Camerón, 1982)

La palabra depresión significa “hundimiento” o “abatimiento”, según Parada (1995), ya que en un cuadro de depresión se ve claramente la identidad del proceso funcional hundido o abatido, y éste se extiende al conjunto de procesos funcionales, psíquicos y corporales que integran la vitalidad del individuo. Por lo tanto, hablar de depresión es hablar de un fenómeno de múltiples dimensiones, sobre todo al pensar en las maneras en que se puede expresar, no es sólo el sentirse triste. La manera en que una persona se deprime varía mucho; dependiendo de la personalidad, del momento que está viviendo, de su edad, y de muchos factores más. Los síntomas pueden ir desde la subestimación de sí mismo, el desaliento y la búsqueda del apoyo, hasta el sentimiento de culpa que puede dominar el pensamiento, exageraciones y distorsiones de fracasos ó pérdidas.

Al hablar de depresión como enfermedad se dice que no afecta solo al cerebro sino el cuerpo entero, siendo la causa inicial del alcoholismo o el abuso de drogas u otras adicciones (Deren,1996)

Por otra parte Greist (1993), sostiene que el humor deprimido y la pérdida de interés o insatisfacción son los síntomas clave de la depresión. Para el paciente el humor deprimido a menudo posee una cualidad característica que le diferencia de otro estado normal de tristeza o duelo. Comentan que se sienten desesperanzados, sumidos en la melancolía e inútiles, además de la común tristeza y describen el síntoma de la depresión como un dolor emocional que es una agonía.

Conjugando todo lo anterior, podemos dar un concepto general de la depresión: Es un estado de profundos malestares para el individuo que lo padece, y por lo tanto la visión que tiene de su contexto se torna distinta. Todo se ve negativo o aversivo, y pareciera que se está solo en un mundo que no le ofrece ayuda.

La duración en tiempo de este malestar o síntoma, puede ser el indicador significativo de que algo anda mal, en caso de que dicha duración se prolongue. La constancia de los síntomas puede dar pauta a buscar ayuda inmediata.

### 3.3. Causas

Generalmente la depresión es el resultado de un tipo de evento infeliz por el cual se ha atravesado; una separación, la muerte de alguien cercano o querido, un accidente, u otras situaciones desagradables. Cuando la fuente de la depresión es clara y la persona está conciente de ello, es más fácil pedir ayuda; así los familiares o gente cercana a ella pueden brindar el apoyo necesario. Pero, cuando los síntomas de la depresión aparecen sin causa alguna o justificada, la persona misma se siente incapaz de entender porque se siente de tal manera, o peor aún, no se da cuenta de lo que le está sucediendo. En este sentido, como ya se mencionó, estos malestares pueden llevar a sucesos inesperados, tales como caer en estados mayores de depresión, que llevan consigo otros eventos: el alcoholismo, drogas, enfermedades, y en caso fatal la muerte (suicidio).

Ahora bien, para identificar una depresión debemos hablar de los síntomas, por lo que debemos decir que al síntoma característico de la depresión se le ha nombrado como “disfórmia”. Este síntoma puede formar parte de un síndrome depresivo o un trastorno depresivo, como también de otro tipo de trastorno, y se cataloga así debido a que engloba una serie de subsíntomas tales como los nombrados en el párrafo anterior.

Cuando la causa de la depresión es un evento desagradable, puede o no traer consecuencias fatales, dependiendo de la capacidad de asimilación según la personalidad o del momento en que ocurra el evento.

Cameron (1982), comenta que los antecedentes infantiles en las personas neurótico-depresivas son de suma importancia, ya que decir que se aprecia o se ama a un niño al que se cuida, conforta y abriga es lo más obvio, pero tal vez no sea tan obvio que tales experiencias son la base de lo que se llama confianza básica en la infancia y de lo que se ha llamado autoestima. Esto es,

para poder amar normalmente, para tener estima de si mismo es necesario el haber tenido la experiencia infantil de verse amado. Entonces la autoestima evidentemente será influyente de manera relevante, ya que ésta podría ser la diferencia del porque algunas personas son más vulnerables a la depresión que otras.

La depresión es una enfermedad sistemática que como tal afecta a todo el organismo y a sus partes, por lo que puede estar ligada con un defecto bioquímico y puede afectar áreas vitales del comportamiento, como: enfermedades de la piel, el aparato digestivo, en las uñas, en el pelo, en los ojos o en las vías urinarias. (Lammoglia, 1996)

Si se trata de herencia genética, se le da el nombre de depresión endógena. Al respecto Sabanes (1993), plantea que ha sido demostrado que la frecuencia de trastornos depresivos endógenos entre familiares de primer grado (padres, hermanos, hijos) va del 15 al 20%. Las manifestaciones hereditarias de la depresión no tienen que ser necesariamente depresiones que minimicen o se parezcan a las que han sufrido otros familiares, sino más bien lo que se hereda es cierta predisposición a sufrir trastornos depresivos que pueden o no ser motivados por las causas ambientales. Como resultado de esto tenemos que los hijos de familias en las que ambos padres padecen de algún síntoma relacionado con la depresión, va a tener al posibilidad del 30 al 40% de desarrollarla también, y si un gemelo idéntico tiene una depresión importante, hay una probabilidad del 70% de que el otro la desarrolle.

Hablar de las causas orgánicas es volver a mencionar un desequilibrio biológico a nivel cerebral producido por los niveles de serotonina, noradrenalina, catecolaminas y endolina, neurotransmisores neuronales responsables del estado anímico del organismo, cualquier alteración de estas sustancias produce deficiencias fisiológicas. Como por ejemplo cuando el desequilibrio es causado por la serotonina puede causar problemas de sueño, irritabilidad y ansiedad; si fuese la noradrenalina, entonces se produce un estado de alerta, ocasionando fatiga y un estado de ánimo bajo (Larson, 1996). Deren (1996), menciona que otra causa fisiológica es en el funcionamiento de la cortisona, hormona aislada de la corteza cerebral y que cuando ésta falla se

produce un desbalance bioquímico; esto es, el cuerpo responde a señales extremas de frío o enfado extremos.

También el funcionamiento del sodio y el potasio (electrolitos principales del sistema nervioso) pueden llegar a desequilibrar en buen funcionamiento del organismo, ya que se ha encontrado que en pacientes deprimidos existen perturbaciones de la distribución del sodio y potasio, ya sea por su mayor o menor concentración de lo normal (Davison, 1989).

Cabe mencionar que las enfermedades crónicas, cualquiera que éstas sean, son proveedoras de la depresión, por la sencilla razón de que los diferentes rasgos de la personalidad dependen directamente del funcionamiento glandular y la personalidad cambia complementemente si las glándulas son hiper o hipoestimuladas (Wolf, 1986). Por ejemplo; la insuficiencia del funcionamiento de la tiroides puede llegar a confundirse con depresión, ya que su cuadro psicossomático es casi igual. En este caso, el individuo pierde vivacidad tanto física como a nivel cerebral; los músculos parecen inertes apareciendo como consecuencia lentitud y pérdida de la capacidad de concentración. La hiperactividad de la tiroides hace al individuo nervioso, inestable e inquieto.

Otro ejemplo es cuando se padece anemia, ya que en la medida en que no se detecta, los síntomas se suelen confundir: el bajo rendimiento físico, el excesivo sueño, el poco apetito, la baja de peso y otros síntomas que llegan a ser focos de alarma y confundir la enfermedad, en donde los pacientes incluso pueden llegar a un tratamiento para contrarrestar la depresión y no la anemia. Entonces conviene destacar que antes de todo tratamiento psiquiátrico o psicológico de la depresión, lo ideal es someter al individuo a un chequeo o tratamiento general médico (esto como parte de un diagnóstico integral no solo en la depresión, sino en todos los problemas psicológicos), que permita descartar cualquier enfermedad de esta índole y poder abordar los síntomas de la depresión como tal.

Greist, Jefferson y Spitzer (1993), ofrecen una visión general de aquellas enfermedades relacionadas y mencionan también que existen ciertos

trastornos más identificados como son:, Epilepsia, Narcolepsia e Hidrocefalia. Algunos son:

- **Trastornos Neurológicos:** Enfermedades extrapiramidales, enfermedad de Parkinson, Parálisis supranuclear progresiva. Enfermedades cardiovasculares, Neoplasias cerebrales, Traumatismos cerebrales, Infecciones del SNC, Esclerosis múltiple, Epilepsia, Narcolepsia e Hidrocefalia.
- **Trastornos Sistémicos:** Infecciones víricas y bacterianas.
- **Trastornos endocrinos:** Síndrome de Cushing (exceso de esteroides), Enfermedad de Addison (insuficiencia de esteroides), Depresión premenstrual.
- **Trastornos Inflamatorios:** Lupus Eritematoso, Artritis reumatoidea, Arteritis Temporal. Deficiencias Vitamínicas: Folato, Vitamina B12, Niacina y Vitamina C.
- **Otros Trastornos Sistemáticos:** Enfermedad Cardiopulmonar. Enfermedad Renal y Uremia, SIDA, Trastornos del Estado de Ánimo Postparto y Trastornos Posoperatorios.

También señalan que no se conoce cuál es la epidemiología de los síntomas depresivos debidos a una enfermedad médica. No obstante el trastorno es probablemente más común de lo que parece y está infradiagnosticado.

Por su parte Buela y Casal (1997), consideran que otra causa de suma importancia que provocaría una depresión particularmente en esta época, es aquello que llamamos estrés, y lo dividen en tres fases:

- Fase de alarma
- Fase de resistencia
- Fase de agotamiento

Cada una de estas fases se caracteriza por la aparición de distintas alteraciones psicosomáticas ante la incapacidad de realizar cambios positivos y/o mantenerlos por un tiempo prolongado. Por lo tanto, el estrés se considera como un fenómeno relativo, definido como cualquier suceso en el que las demandas del contexto y las internas sobrecargan o exceden las posibilidades del individuo, éstas posibilidades se pueden observar y analizar dentro del contexto familiar, pues serán marcadas por los límites y jerarquías establecidas.

Otros aspectos importantes que abren las posibilidades de una depresión según Toledo y Fernández (1995), podrían ser: un trabajo o escuela con alto nivel de estrés, que funcionarían como factores precipitantes de la depresión, además de la posible pérdida de padre o madre antes de los 17 años, o la presencia en el árbol familiar de pacientes depresivos. De estos factores se ha observado que el estrés ocasionado por las situaciones escolares o de trabajo, es uno de los principales aspectos correlacionados de altos niveles ansiolíticos depresivos.

En esta parte del trabajo se ha hablado de las diversas causas que originan una depresión, pero sólo algunas de ellas son capaces de producir impactos emocionales fuertes en el actuar de un individuo, estas causas pudieron durante mucho tiempo estar dormidas y despertar por un evento determinado.

Según Calderón (1998), la depresión como entidad patológica tiene una sintomatología precisa aunque no así una causa definida. Una depresión llamada severa puede ser fácilmente distinguida de una ocasional, ya que en la primera se presentan trastornos de consideración como el insomnio permanente y la inutilización psicomotora de la persona, mientras que la segunda sólo entristece al estado anímico de manera muy breve.

Debemos recordar que todos estamos propensos a sufrir depresiones leves o temporales, sin embargo no en todos se presentan los mismos efectos. Las personas deprimidas tienden a ser negativos ante la vida, y no perciben los eventos positivos, por tal motivo el estado de malestar persiste. En algunos casos, las personas deprimidas se han desarrollado en hogares cuyos padres u



otros familiares han sufrido depresiones, de tal manera, se plantea un modelo de depresión aprendida.

También es importante hacer notar que las propuestas fisiológicas de la depresión y los efectos que las emociones producen en nuestro sistema nervioso pueden provocar que actuemos de formas específicas, y por tal motivo el tratamiento de la depresión sea diferente en cuanto a los aspectos y elementos que se toman en cuenta. Es evidente que cuando se presentan posibles síntomas depresivos las relaciones personales cambian de manera significativa y por tal motivo las situaciones en las que esta inmerso se le dan diferentes, complicadas o ilógicas.

En este punto es importante resaltar que a veces los niños que llegan a presentar cambios en sus relaciones personales (amigos, padres y hermanos), podrían estar atravesando por un episodio depresivo, es aquí donde debemos estar más alertas para poder contrarrestar este padecimiento, o bien detectar las posibles causas de este cambio de relaciones y no confundirla como se ha mencionado con la depresión.

### 3.4. Depresión Infantil

Ya hemos hecho una revisión general de las diferentes causas que pueden llegar a desencadenar una depresión, y resalta aquí un punto crucial: la autoestima y la firme personalidad que se elabora desde la niñez; puntos estratégicos para que de adultos no desarrollen una depresión.

Pozanaski y Zrull (1970, citados en Boney-Mc.,1996), fueron autores destacados en el impulso del estudio de la depresión en niños. Dichos autores publicaron un artículo demostrando la existencia de dicho trastorno. Examinaron una muestra de 1788 niños de tres a doce años, y encontraron evidencia significativa de depresión. Los síntomas encontrados eran: tristeza, infelicidad, apariencia depresiva, expresión de sentimientos de ser rechazado y no amado, conductas autoeróticas y pobre imagen de sí mismo y auto valía.

Es importante mencionar que en psicoanálisis el estado de depresión se debe a la pérdida de la autoestima (pérdida del yo), pero como el yo no está totalmente constituido en la niñez, no se podía en un principio aceptar la existencia de la depresión infantil. Más tarde se ha puesto la pérdida (del objeto bueno) como explicación teórica de la existencia de niños deprimidos (Del Barrio, 1997)

Será importante entonces definir la depresión infantil, y al respecto algunos autores en el campo clínico sostienen que ésta sucede con las primeras pérdidas del objeto del amor (madre principalmente) y la forma cómo se vivencie ésta vinculación o desvinculación. (Papalia y Wendoks, 1998)

Ackerman (1988), dice que la familia funciona como la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso, pero también es la unidad básica de enfermedad y salud. Mientras Minuchin (1994), habla de los precedentes que da el contexto familiar y que son de vital importancia para las perturbaciones psicosomáticas en los niños, esto es, “que los niños responden a las tensiones que obran sobre la familia”.

También se asocia a la culpabilidad que pueda sentir un niño, cuando no cumple con los mandatos maternos y/o paternos se transforma en culpabilidad en un primer momento y si continúa la frecuencia de ésta forma de interacción, pudiera suceder la depresión. Esta se complementa con el manejo de los dobles mensajes en la triada (madre – padre – hijo); es decir, en un contexto en donde predominan las paradojas (Selvinni, 1994)

Continuando con la sintomatización de la depresión, Badillo (1997) hace la diferenciación en cada etapa del ciclo vital de la familia ya que señala que desde el concepto, la depresión no es una situación homogénea, sino que esta vivenciado con cada suceso del hombre. Esto da la idea de que la depresión se vivencia a través de la propia cultura y de ella toma el lenguaje sintomático. Por lo tanto el síntoma depresivo se estructura con base a la comunicación al interno de la familia; formándose una red de significaciones en donde los patrones de comportamiento del menor no se ajustan a las demandas e ideales que se establecen dentro de la estructura familiar, ya sea de manera implícita

y/o explícita. Por tales razones la culpa y el temor al castigo abren la puerta a estados depresivos, ya sea en la primera infancia o en la edad escolar.

Según Aguirre (1998), las significaciones que el niño vive al interno de la familia, son principalmente vivencias e ideas culturales que imponen los adultos, reguladas por el pensamiento del niño (mágico – animista), característico de la primera infancia. Se considera de vital importancia el modo de cómo toma el niño los significados de ciertos acontecimientos y cómo los conceptualiza. Entonces la depresión infantil puede llegar a estar enmarcada en una realidad socio – cultural, en donde predominan reglas, costumbres y vínculos afectivos, donde la imagen paterna y/o materna funciona como medio facilitador para los efectos de tal padecimiento. Estas situaciones pueden ser: el clima familiar, enfermedades crónicas de algún miembro de la familia, número de hermanos y lugar ocupado, divorcio, separación o muerte de alguno de los padres. Además del ya mencionado estrés ocasionado por el ritmo de vida tan agitado que se tiene, factor importante a considerar en este momento y que puede surgir por desórdenes afectivos maternos y/o paternos, estructura familiar, nivel socioeconómico, convivencia familiar, desequilibrio materno después de una separación.

Otro factor que puede estructurar el síntoma depresivo es el maltrato infantil. Al hablar de maltrato debemos recordar que no solo se trata de golpes físicos, sino también de ignorar su presencia, descalificando su palabra cuando se trata de opinar en cuestiones familiares, las críticas persistentes, las ridiculizaciones, cuando se le culpa implícita o explícitamente de algo que anda mal en la familia, la escasa proximidad física entre los integrantes, con los vínculos son muy cerrados o totalmente flexibles, o cuando las reglas no están claras y cualquiera puede ejercer el poder. Todos estos, puntos que podrían ser la base para construir una depresión infantil.

Parada (1995), dice que desde los dos primeros años de vida, el ser humano comparte casi todas sus experiencias con los miembros de la familia; la que le va a proveer la satisfacción de sus necesidades básicas, sobre todo de su vida temprana, pues los hijos por su capacidad dependiente deben encontrar plena respuesta a sus carencias como requisito para lograr un óptimo resultado en su

proceso de crecimiento y desarrollo. Por tal situación la familia debe encargarse de guiar, querer, educar y formar un niño capaz de solventar aquellas dificultades que pudiera tener en su desarrollo, y así, prever al futuro adolescente y adulto de las herramientas necesarias para no caer en una depresión o cualquier otra problemática, de la que aún con todas las precauciones todos estamos expuestos.

¿Pero cómo identificar a un niño deprimido?, Badillo (1997), describe los síntomas de la depresión infantil, enumerándolos de la siguiente manera:

- Falta de apetito o disminución de peso
- Insomnio
- Hipersomnia
- Fatiga
- Agitación
- Retraso motor
- Falta de interés
- Culpabilidad
- Pobre concentración
- Pensamientos suicidas
- Retraimiento social
- Llantos inmotivados
- Irritabilidad
- Cambio en el rendimiento escolar
- Quejas somáticas
- Fobia escolar

Señalando además que la duración media de éstos síntomas va de entre dos semanas a un mes.

### 3.5. Familia, Depresión y dificultades escolares.

Como ya se menciona, el fracaso académico está sumamente ligado a la situación familiar; sobre todo con los conflictos entre los padres, que en muchas ocasiones puede incluso orillar a una serie de situaciones en donde ciertos conflictos no se resuelven de manera clara y aparecen entonces muchos de los síntomas depresivos en el niño.

Según Roche (1998), expresar sentimientos no es tarea sencilla. Los padres deben contribuir a que sus hijos aprendan a expresar sentimientos y

emociones, asegurándose de proporcionarles los modelos más adecuados de aprendizaje emocional y de expresión de sentimientos.

Este tipo de aprendizaje se realiza fundamentalmente en la familia porque los padres aman a los hijos y los hijos a los padres y esto es suficiente para iniciar el arte de comprender y sentir emociones. Este aprendizaje emocional se manifiesta en lo que los padres dicen y hacen, además del modelo que les ofrecen para manejar sus propios sentimientos en pareja.

El primer paso para conseguir salir triunfantes en esta difícil tarea es ser capaces de escuchar con toda atención a los hijos, en cualquier situación y edad. Los padres deben transmitirles que sus sentimientos son tan importantes para ellos como para los padres.

Como segundo paso está el no intervenir con palabras antes de que ellos hayan expresado totalmente sus inquietudes. Alguna expresión como “vaya”, sin emitir más palabras les dará espacio para comunicarse sin sentirse juzgados. Expresiones de este tipo manifiestan interés por lo que los hijos dicen; expresan que los padres les escuchan e intentan comprender; se trata, en definitiva de emitir respuestas abiertas. En tercer lugar, hay que ayudarles a nombrar lo que sienten. Cuando los niños saben que son escuchados y comprendidos aprenden a fiarse de sus sentimientos, a manejar emociones como la tristeza, antipatía, vergüenza, ira o rechazo. Para tener éxito en las relaciones sociales es fundamental mantener el control de las emociones, por encima del carácter personal y ello se consigue si la familia se lo facilita.

Si se observa el desarrollo emocional de los niños se pueden descubrir estadios iniciales de problemas que pueden llegar a ser serios. Hablamos de algunos síntomas como tristeza persistente y berrinches (llorar continuamente). Esto puede ser una señal de alarma ante una depresión infantil, que diagnosticada tempranamente se podrá tratar con eficacia.

Aquí surge una pregunta importante ¿y la escuela que papel juega? En ella se puede localizar precozmente cualquier atisbo de depresión. También el rendimiento escolar puede determinar algún problema, pudiendo ser causa o

efecto de la depresión. De ahí la importancia de una buena evaluación y seguimiento del maestro para detectar cambios.

Los estudios que se presentan acerca de la depresión infantil respecto al fracaso académico mencionan que dicha depresión es el resultado de una carencia de relaciones afectivas o deterioradas, casi siempre dadas por los padres.

Para entender los aspectos involucrados en la depresión se han hecho variados estudios que permiten conocer sus incidencias, causas, mantenimiento y repercusiones; por lo que es importante señalar algunas de esas exposiciones.

Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo por Herrera y Maldonado (2001), se analizaron las relaciones entre el fracaso académico previo y el desarrollo posterior de depresión, así como las relaciones entre la depresión y el estilo cognitivo de los individuos, los resultados mostraron que la visión de sí mismo, del mundo y del futuro de los individuos está relacionada con su nivel de depresión, siendo además un factor estable en el tiempo. En este estudio se analizaron a estudiantes universitarios del primer año de carrera de psicología y de historia del arte en una población española. La justificación del uso de este tipo de muestra es la observación del número de estudiantes que llevan a cabo intentos de suicidio o que presentan una elevada ideación suicida.

Las autoras citan a Rosenbaum (1988) quien indica que el ser joven y tener un nivel crónico de estado afectivo negativo son dos factores que aumentan la probabilidad de experimentar depresión, además de los conflictos que conlleva la individualización y separación de los padres en cualquier momento de la vida.

Los resultados encontrados en el estudio muestran que estos sujetos se enfrentan a tareas tan demandantes, como son un ambiente nuevo o el cambio en la relación con sus familias y sus compañeros. Concluyendo que aunque la edad de los participantes es de entre los 18 y 44 años, se debe recordar que los trastornos depresivos pudieron aparecer de repente, pero que

probablemente como ya es bien sabido llevan un largo proceso y tal vez este dio inicio en la infancia o en la adolescencia y solo hasta esta edad salen a relucir.

De la Cuesta (1999), menciona que los niños y los adolescentes pueden sufrir de depresión al igual que los adultos. Se habla en estos casos de depresión infantil. Esta alteración se presenta de muchas formas con grados y duración variados. Se define como una enfermedad cuando la condición depresiva persiste e interfiere con las capacidades y acción de la persona. Normalmente todo ser humano tiende a la depresión en situaciones de maltrato específicas, siendo importante considerarlo tanto en el tratamiento como en la prevención.

Aquí nos referiremos específicamente a las depresiones en los niños y adolescentes. Estudios hechos en Estados Unidos indican que alrededor del 5% de los niños y adolescentes de la población general padece de depresión en algún momento y eso determina problemas escolares. Evidentemente, habrá que prestar atención cuando la sintomatología depresiva persiste e interfiere con su desenvolvimiento normal tanto es sus relaciones personales como en las escolares, tomando como pauta su nivel escolar (bajo o alto rendimiento).

Carmona (1999), ha estudiado los factores sociales, familiares y escolares que intervienen en el bajo rendimiento escolar, encontrando que evidentemente en la estructura familiar (independientemente del auto concepto, autoestima y adaptación psicológica), existen elementos que crean repercusiones en el individuo potencializando o minimizando su desarrollo. En dicho estudio los resultados muestran que dependiendo de las relaciones afectivas de los padres hacia los hijos estos van a tener un alto o bajo rendimiento.

La historia familiar ya sea implícita o explícitamente juega un papel determinante en el rendimiento académico y los determinantes que influyen en el rendimiento son principalmente la comunicación y resolución de problemas.

Es importante recordar que el valor de la familia va más allá de los encuentros habituales e ineludibles, momentos de alegría y de solución de conflictos, es

una responsabilidad de asumir y jugar un rol que tiene determinadas funciones para que se ejecute debidamente, porque como se ha mencionado antes, la familia es el medio de desarrollar y procurar el bienestar de los niños y sus miembros.

Las idealizaciones que los padres crean de los hijos fue otro aspecto que resalto en el estudio, ya que a pesar de varias circunstancias que indicaban al padre o familia, que el funcionamiento no va bien, estos siguen en la idea de querer que el niño responda adecuadamente a diferentes situaciones personales o escolares, sin que el mismo padre evalúe su propia conducta.

El estudio concluye con una serie de alternativas para mejorar las relaciones y hábitos tanto de los menores, como de los padres, y siendo algunas utilizadas en terapia, como es el correcto establecimiento de límites y jerarquías.

Los niños que viven con mucha tensión, que han experimentado una pérdida importante o que tienen desórdenes de la atención, del aprendizaje o de la conducta corren mayor riesgo de sufrir depresión. Dos son los factores de riesgo más destacados en esta patología. En primer término está el que ella tiende a presentarse en determinadas familias. Y en segundo, la existencia de situaciones de maltrato, que fundamentalmente afectan la seguridad por respaldo social.

Diversos estudios señalan que el sexo femenino se ha asociado sistemáticamente al incremento de la probabilidad de desarrollar depresión y problemas escolares, efectivamente la sintomatología es más alta en las niñas que en los niños, sobre todo en los rangos que sobrepasan los 12 años, antes de esta edad es raro encontrar diferencias entre los dos sexos (Del Barrio, 1997)

Desafortunadamente cada vez son más los casos que se asocian a la depresión, por lo tanto consideramos de suma importancia el papel que juega la escuela en este grave problema, sin dejar de lado que la familia es la base para sustentar un óptimo desarrollo de habilidades para superar todas aquellas situaciones en las que el niño se ve inmerso, y en conjunto con la escuela



identificar cuando se trata de un problema que va mas allá de no aprender. Por ejemplo, muchas veces al niño se le rotula con el nombre de “burro o tonto “, sin saber la verdadera situación por la que atraviesa: problemas familiares, abandono, agresión o una grave depresión dada por estas u otras circunstancias.

Consideramos importante hacer una revisión de estudios relacionados con el tema enfocado al clima familiar y sus dimensiones, y en el siguiente capítulo lo abordaremos.

## Relaciones familiares

### 4.1. Vínculos familiares y ruptura.

La desintegración familiar ha aumentado significativamente en los últimos años, no solo en nuestro país sino también en gran parte del mundo; esta situación ha motivado a los investigadores a determinar de qué manera la experiencia familiar a fijado la aparición de problemáticas asociadas a dicha desintegración.

La desintegración familiar es un punto que con frecuencia ha causado preocupación, debido a que con la decadencia del matrimonio, el incremento de nacimientos fuera del mismo, los altos índices de divorcio y en un número creciente de hogares con madres solteras o mujeres como jefas de hogar, se vislumbra una relación a posibles amenazas al bienestar y desarrollo de los niños.

Si bien estas preocupaciones sobre la ruptura familiar han sido expuestas en los medios de comunicación, en informes oficiales y en declaraciones de instituciones religiosas, poco se conoce sobre las vivencias de las personas sobre estos cambios, o bien, las percepciones de los niños, acerca de estas situaciones, o lo que se conoce no ha sido lo suficientemente analizado para poder brindarle una solución pertinente. Entonces es necesario conocer los procesos por los que las familias y sus miembros se someten a través de la convivencia cotidiana y con la cual se van generando las relaciones que permiten la estructuración de la organización familiar. Y es precisamente acerca de los cambios en la organización que surgen cuestionamientos referentes de hasta qué punto las personas perciben dichos cambios en la organización familiar y si los perciben claramente ¿a qué los atribuyen? ¿Se podría pensar que los cambios identificados están llevando al colapso familiar? ¿De que manera las tendencias que se han percibido como indicadores de una “desintegración familiar” han generado nuevas problemáticas (como la ansiedad o la depresión) especialmente en relación a los efectos sobre los niños?

Es por esto que Muchos investigadores de diferentes corrientes han tratado de establecer la relación existente entre las diversas dimensiones de la configuración familiar con la aparición de esas problemáticas. Así por ejemplo, los psicólogos evolutivos investigan más acerca de las dimensiones que inciden en el desarrollo psicológico (normal y anormal) no sólo del niño sino también del adolescente, el adulto y el anciano para de esta manera incurrir en la intervención de áreas afines.

Por su parte, los psicólogos cognoscitivistas estudian acerca de las atribuciones que se toman los niños en cuanto a cómo es llevada su situación familiar. Lo que representa un área importante a evaluar en terapia familiar. La presencia de niños en terapia puede causar tantas oportunidades como desafíos, ya que con la franqueza natural de los niños se puede tener la oportunidad para que el terapeuta adquiera información importante y que no siempre proporcionan los adultos, información que se reservan por prejuicios o que es tocante a las peleas familiares y les cuesta trabajo intimar. La oportunidad de manejar esa información, permite establecer una alianza terapéutica más favorable para abordar y proponer soluciones más eficaces en la familia. Pero este no es el único punto que hace importantes Las atribuciones que los niños se toman sobre las causas de las peleas familiares; también resultan importantes por el hecho mismo de existir, ya que éstas en ocasiones llegan a afectar el ajuste y significado de sí mismos en los niños, por lo que es muy importante conocerlas y abordarlas terapéuticamente. Y aunque los niños son una parte importante para el conocimiento objetivo de la familia (porque ellos reportan la realidad sin matizarla tanto) no obstante, los cognoscitivistas señalan una gran falta de atención a esos niños, tanto en la teoría como en la práctica y sugieren que no se les debe descuidar, porque independientemente de que puedan dar información veraz, también son seres que están viendo afectando sus sentimientos, lo que seguramente se reflejará en su conducta. Se debe recordar en todo momento que los niños representan a una persona única e importante en la familia y por lo mismo tiene que ser considerado cuidadosamente (Diller ,1991), por ello es preciso enfocar nuestra atención en ellos, ya que aún esta en proceso de desarrollo y debemos evaluar

todo aquello que ponga en riesgo su bienestar. Porque los niños son el futuro de cualquier cultura.

Por su lado los conductistas también estudian las diversas formas en las que las relaciones familiares influyen en la aparición de problemáticas individuales. Dentro de éste marco, se ha encontrado que la aparición de ciertas problemáticas psicológicas, como la depresión, parece tener mayor relación con niveles altos de rechazo por parte de los padres, atribuciones negativas, estrategias de enfrentamiento pasivas y bajos niveles de autoeficacia. En este sentido, los conductistas proponen un modelo que considera a las conductas parentales negativas y los estilos de atribución negativa como fuentes primarias del trastorno depresivo, mientras que los estilos de enfrentamiento y la autoeficacia juegan un papel de mediadores en la formación de los síntomas depresivos (Muris, Schmidt, Lambrichs & Meesters ,2001)

Desde la perspectiva sistémica también se han estudiado las diversas dimensiones de la configuración familiar: cohesión, adaptabilidad, conflicto, comunicación. Como se verá más adelante es importante evaluar dicha configuración porque a partir de ella podremos incidir en las relaciones entre los miembros de la familia y la manera en que estas se ven reflejadas o no en el proceso individual y personal.

Pero hablar de configuración familiar es hablar de un terreno extenso y la manera de abordar las dimensiones familiares ha sido diversa. Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo por Fernández (1994), se investigaron las relaciones de familias con hijos con trastornos del habla y del lenguaje, con la intención de detectar posibles disfunciones que pudieran ser orientadas a intervenciones terapéuticas. Para ello se ha realizado un diseño de comparación intergrupos en los que había un grupo de familias con un hijo con trastornos del habla (n=30), otro con trastornos del lenguaje (n=34) y un grupo control con niños sin patología (n=41). En todos los grupos se evaluó la percepción por parte del hijo de las pautas de crianza de los padres y la actitud de rechazo de la madre hacia el hijo. Entre las conclusiones extraídas de los resultados destacan el que en las familias de hijos con trastornos del lenguaje, el clima familiar se diferencia de los otros dos grupos en que existe menos autonomía y baja

expresión emocional. Los niños con trastornos del lenguaje perciben a sus padres como sobreprotectores y rechazantes o indiferentes, con lo cual caracteriza un vínculo de control sin afecto, en mayor proporción que los niños de los otros dos grupos, este tipo de vínculo ha sido encontrado en estudios con adultos con patologías graves. El rechazo materno también es mayor en el grupo de trastornos del lenguaje. Estos datos hacen recomendar las intervenciones familiares en estos trastornos.

McCurdy & Sherman (1996), también estudiaron el efecto de la conformación familiar en el proceso de individuación de acuerdo a tres tipos: familias intactas; padres divorciados, con la custodia materna y sin volver a contraer nupcias; y familias divorciadas, con la custodia materna y con un nuevo matrimonio. Los componentes del proceso de individuación analizados fueron el apego a los padres, conflictos para lograr la independencia, timidez, identidad, y autoestima. Los resultados sugerían que los adolescentes miembros de familias intactas se percibían a sí mismos con más conflictos de independencia pero con más relaciones emocionales positivas con sus padres, que aquellos pertenecientes a familias divorciadas o reconstruidas. Como veremos más adelante, el apego, la identidad y los conflictos para lograr la independencia de los padres, estuvo asociada con la autoestima.

Evidentemente que existen investigaciones que estudian las relaciones familiares desde diversos ángulos. Por ejemplo, en un estudio se analizó la situación de infertilidad, la cual constituye un evento vital que repercute en el sistema familiar, y es considerada como una crisis familiar por desorganización. Fernández (2002) reporta acerca de su estudio de la infertilidad y su repercusión en la salud familiar, que se establece una relación con la adaptabilidad de la familia y el apoyo social recibido; dice que efectivamente la infertilidad (como evento paranormativo) presenta una repercusión en la salud familiar a un nivel leve y con un sentido desfavorable y que las áreas de salud familiar con mayor afectación son la sociopsicológica y el estado de salud de los miembros con significación desfavorable; el funcionamiento familiar con significación favorable. Encuentra también una correspondencia entre la capacidad de adaptabilidad familiar, el apoyo social y la repercusión familiar del evento.

Es importante señalar que como el mismo autor menciona existen dentro de las etapas del desarrollo familiar se presentan dos tipos de crisis: las transitorias o normativas, que son las relacionadas con los acontecimientos derivados de los cambios de funciones propios de cada fase del ciclo vital de la familia, y las no transitorias o paranormativas que no están relacionadas directamente con los períodos o fases del ciclo vital (accidentes). Las crisis derivadas de los acontecimientos accidentales pueden ocurrir en cualquier etapa del ciclo y afectar de manera muy variable en dependencia de las características de cada familia. Estas crisis paranormativas, que no guardan relación con el ciclo vital de la familia, por lo general, presentan alta significación y causan alteraciones en el ritmo normal de la vida de la familia.

Las crisis no transitorias o paranormativas se clasifican, según la naturaleza del evento que la provoca. La infertilidad, está considerado como un evento de desorganización. Estos son aquellos hechos que obstaculizan el desarrollo de la dinámica familiar, y que por su naturaleza y repercusión facilitan la aparición de crisis por desorganización. Este tipo de crisis aparece con frecuencia, y se considera de riesgo para la salud familiar. Se caracteriza por una desorganización en la dinámica de las relaciones interpersonales en la familia, que puede generar en sus miembros reacciones de ansiedad, depresión, irritabilidad y aislamiento.

Referente al estudio citado, la metodología utilizada fue a través de la aplicación de 3 instrumentos: Instrumento de Repercusión Familiar (IRFA), Instrumento para Evaluar los Recursos Adaptativos, Prueba de Apoyo Social. En los resultados de este estudio se muestra que el estado de salud resulta el área mayormente afectada. Apreciándose también que a lo largo del evento van apareciendo ciertos trastornos psíquicos como ansiedad, depresión y algunos somáticos. La repercusión favorable en el funcionamiento familiar estuvo relacionada significativamente con la cohesión familiar, misma que se fortaleció, favoreciendo la unión, y la comunicación.

También se observó que la capacidad de adaptación de los sistemas familiares se hace mayor cuando aparecen los sistemas de apoyo, y estos son efectivos,

accesibles y positivos. Es decir que el recibir el apoyo de forma frecuente, puede haber incidido en los altos niveles de cohesión. Se plantea entonces que a mayor capacidad adaptativa de la familia y más apoyo social recibido, menos impacto del evento en la salud familiar, considerándose, por tanto, muy importante la valoración de estos dos elementos a la hora de analizar las crisis familiares.

Otra de las dimensiones que se ha sido estudiada es la que se relaciona con el ambiente familiar, en donde se ha examinado la incidencia de las relaciones entre padres e hijos y las conductas que los últimos muestran fuera de casa. Los resultados encontrados demuestran el papel que ejerce el contexto familiar en la aparición de desórdenes de conducta de los niños tanto dentro, como fuera del hogar. En su investigación, Cortés y Cantón (2003) relacionaron los resultados de la aplicación de dos instrumentos psicométricos: la Escala de Clima Social de la Familia (iniciales en inglés: FES) y la Lista de Verificación de la Conducta Infantil (iniciales en inglés: CBCL) mediante un análisis de regresión múltiple, en una muestra de 46 niños y adolescentes españoles de estrato socio-económico medio-bajo. Encontraron como principal resultado que las puntuaciones de la FES fueron predictoras de las arrojadas por la CBCL, Es decir que los niños que aparecían con menos problemas psicológicos reportaron vivir en familias caracterizadas por menor control, mayor cohesión y orientación al logro.

DeFrancisco, (1995) realizó un estudio descriptivo con 450 habitantes de la población de una comunidad de Cali, Colombia, para evaluar sus riesgos psicosociales y familiares de dicha comunidad. Teniendo grupo de control pudo comprobar que la estructura familiar, la comunicación familiar y los niveles de ansiedad. La disfunción familiar (APGAR familiar  $<7$  pts, rango 0-10 pts) se observó en 43% de las familias estudiadas, prevalencia 3 veces mayor a la que existe en otras comunidades ( $p < 0.05$ ). Las familias disfuncionales solicitaron consulta médica en una proporción 4 veces mayor con respecto a las familias funcionales ( $p < 0.05$ ), lo que sobrecarga los recursos asistenciales de la unidad primaria de atención en salud. Se observaron bajos niveles de cohesión familiar y mala adaptación ante las situaciones de estrés en las familias disfuncionales ( $p < 0.05$ ), lo que generó altos niveles de ansiedad (escala de Hamilton:

mediana =25 pts, rango =0-56 pts) ( $p<0.05$ ) asociados con comunicación negativa entre los miembros de la familia ( $X=-11.7$ ,  $DE= -5.9$ , rango=-1.5 a -25.0, FACES III) ( $p<0.05$ ). Dentro del modelo preventivo de la salud familiar es necesario realizar acciones multidisciplinarias preventivas en los grupos con riesgos biopsicosociales para mejorar su bienestar y obtener mayores índices de salud en el individuo, la familia y la comunidad.

Por su parte Caspi & Elder (citado por Amato & Booth, 2001) encontraron que los conflictos de pareja estaban asociados con un elevado número de problemas de conducta en los hijos pequeños, mismos que posteriormente, cuando adultos, experimentaban problemas con las relaciones interpersonales; afectándose negativamente la calidad de sus propios matrimonios. Esto se debe al hecho de que los niños aprenden una variedad de conductas interpersonales a través de la simple observación de los modelos adultos, lo que se evidencia en la utilización de estrategias similares para la resolución de conflictos tanto en padres como en hijos (Dadds, Atkinson, Turner, Blums & Lendich, citado por Amato y Booth; 2001), en los estilos afectivos similares (Katz & Gottman, citado por Amato & Booth, 2001), y en la tendencia a presentar niveles similares de rabia (Jenkins, citado por Amato y Booth, 2001).

En este sentido, los conflictos de pareja entre los padres son considerados un factor de riesgo por ser un estresor que actúa directamente sobre los hijos, porque los hijos muchas veces se atribuyen la culpa de los conflictos entre los padres. Esto explica, por qué existe un aumento de síntomas depresivos en los hijos, no sólo durante la infancia sino a lo largo de la vida, aspecto relevante, ya que existe suficiente evidencia empírica que demuestra que la calidad de las relaciones de pareja es transmitida a través de las generaciones. Pareciera existir una correlación entre la percepción del propio matrimonio y la percepción del matrimonio de los padres, por lo que, aquellas personas que tuvieron padres infelizmente casados tienden a presentar un mayor número de problemas en sus propios matrimonios (Amato & Booth, 2001).

Se evaluaron los riesgos biopsicosociales que influían la salud de esa comunidad, e igualmente evaluar la posibilidad de orientar el enfoque de



atención integral en salud a las familias, en las unidades de atención primaria en salud.

Para conocer los riesgos biopsicosociales en esta primera fase se utilizó la ficha familiar, dirigida a recoger información de carácter general sobre la vivienda, su ubicación y el número de personas que la conforman. En segundo lugar se utilizó el APGAR familiar, según técnica de Smilkstein, para evaluar el grado de funcionamiento familiar. En tercer lugar se utilizó el ciclo vital familiar, para identificar el ciclo que tenía la familia, y finalmente se buscó identificar quién cuidaba los niños menores de 7 años.

Se diseñó una segunda fase, mediante un estudio descriptivo con un grupo control, en el que se compararon un grupo de familias con disfunción familiar (APGAR familiar<sup>3</sup> <7 pts, rango 0-10 pts) y un grupo de familias con disfunción familiar normal (APGAR familiar<sup>3</sup> >7 pts), con respecto a niveles de ansiedad (escala de ansiedad de Hamilton<sup>4</sup>), estructura y comunicación familiar (instrumento FACES III<sup>5</sup>) correlacionado con una entrevista personal no estructurada.

Todos los instrumentos y la entrevista personal se realizaron al menos con dos de los miembros adultos, para garantizar consistencia en la información suministrada. La unidad de muestreo y análisis en esta segunda fase de investigación fue igualmente la familia.

El funcionamiento familiar fue normal (APGAR familiar<sup>3</sup> 7-10 pts) en 57% de las familias. Se observó disfunción familiar (APGAR familiar<sup>3</sup> <7 pts) en 43%, que fue severa (APGAR <4 pts) en 3% de las familias evaluadas. Al analizar el ciclo vital familiar, se observó que 76% de las familias se encontraban en el ciclo de crianza, 19% en el ciclo de plataforma de lanzamiento y 5% en el ciclo de nido vacío. A los niños los cuidaban sus padres en 49% de las familias, nadie los cuidaba en 25% y en 19% de las familias, otras personas los cuidaban, incluyendo los hogares infantiles.

Al evaluar la estructura del sistema familiar con el instrumento FACES III<sup>5</sup> en la dimensión de lo percibido, se encontró que 100% de las familias disfuncionales

eran disgregadas, con un nivel bajo de cohesión familiar, en comparación con las familias de funcionamiento familiar normal en las que ninguna mostraba este nivel. El nivel de adaptabilidad de las familias ante eventos de estrés situacional, fue rígido en 15.4% de las familias disfuncionales.

Al evaluar el sistema familiar con el instrumento FACES III5 en la dimensión de lo que las familias consideraban como ideal, se vio que 84.6% de las familias disfuncionales deseaban pertenecer a una familia con mayores posibilidades de cohesión entre sus miembros, en comparación con las familias de funcionamiento familiar normal, donde se observó que solamente 7.6% deseaban ese cambio ( $p < 0.05$ ). Además, 92.3% de las familias disfuncionales deseaban mejorar la capacidad de adaptabilidad para enfrentar las condiciones de estrés situacional, mientras que 7.6% en las familias con adecuado funcionamiento familiar, también deseaban mejorar la capacidad de adaptabilidad para enfrentar las mismas condiciones ( $p < 0.05$ ).

Al evaluar la comunicación del sistema familiar con el instrumento FACES III5 se encontró que la comunicación en las familias con disfunción familiar tenía una puntuación negativa ( $X = -11.7$  DE =  $-5.9$ , rango  $-1.5-25$ ) y en las familias con funcionamiento familiar normal la puntuación fue positiva ( $X = +9.4$  DE =  $+4.3$ , rango  $-1.1$  a  $+19$ ).

Al evaluar el nivel de ansiedad de acuerdo con la escala de Hamilton se observó que las familias disfuncionales presentaban un mayor nivel de ansiedad (mediana: 25 pts, rango = 0-56 pts) en contraste con las familias de funcionamiento familiar normal (mediana = 10 pts, rango = 0-56 pts) ( $p < 0.01$ ).

La disfunción familiar observada en esta comunidad fue 43%, cifra tres veces mayor a lo observado en otras comunidades. Esta situación se podría explicar por un funcionamiento familiar que se evaluó como poco flexible y a una adaptación relativa a patrones sociales inmodificables que han permanecido en el tiempo sin ser cuestionados por la familia como sistema.

El cuidado de los hijos está a cargo de los padres; sin embargo, se observó un alto porcentaje de niños que quedan solos en casa, lo que implica un riesgo

para su salud y su bienestar integral. Los procesos de socialización estaban mediados por la intervención de la familia extensa (abuela materna), lo que contribuye al alto índice de disfunción familiar en la medida que los padres no tomaban decisiones respecto de la educación de los hijos. En una investigación en una comunidad de Cali se observó que el hecho de convivir con la familia extensa aumentaba para la familia el riesgo de adoptar patrones de disfunción familiar. Se vio lo mismo en el presente estudio.

Se ha demostrado en múltiples investigaciones que el estrés psicosocial aumenta la necesidad de acudir a consulta médica por sintomatización del estrés o porque el mismo estrés psicosocial facilita por mediación neuroendocrina e inmunológica la aparición de precursores de enfermedad. La demanda de consulta médica fue cuatro veces mayor entre los miembros de las familias con disfunción familiar, en comparación con las familias funcionales, lo que demuestra un empleo excesivo de los servicios de salud por grupos pequeños de personas. El estudio observó que los pacientes pertenecientes a familias disfuncionales tenían problemas en su cohesión, adaptabilidad y comunicación, lo que genera niveles altos de ansiedad. Dentro de un modelo de salud familiar es importante realizar acciones multidisciplinarias preventivas con este grupo de personas, para mejorar su bienestar biopsicosocial. Esto tendrá un impacto en la reducción de la demanda en los servicios de salud.

Se apreció que existe un alto grado de discrepancia entre la satisfacción de formar parte de un sistema familiar, las expectativas personales que se tienen sobre un sistema familiar y la satisfacción que derivan sus miembros de pertenecer a él cuando había disfunción familiar. Igualmente se observó que la comunicación no cumple sus funciones en la medida en que ni se expresa bien (nivel relacional) ni se entienden los mensajes transmitidos entre los miembros (nivel conativo), cuando hay disfunción familiar. La ansiedad es una expresión de la incapacidad para cambiar la percepción que tiene el sistema familiar y lo que se desea de él, e incide negativamente en el bienestar biopsicosocial del individuo y de la familia.

La salud integral se relaciona con la capacidad de la familia, como sistema, para mantenerse sana, en el sentido que como organismo se liga por reglas de comportamiento entre sus miembros. Existe la posibilidad que las familias con alto índice de disfunción familiar se hayan adaptado y hayan asumido esta situación como estilo de vida con las condiciones sociales y culturales, psicológicas educativas y los mismos planes trazados, lo que las hace más vulnerables a los procesos de salud y enfermedad. La salud, porque es la que regula y mantiene los procesos de salud-enfermedad tanto en el interior como en el exterior de sí y en relación con otros sistemas. A pesar de que este sistema está condicionado a las pautas sociales y a las políticas de desarrollo, refleja la adaptación del hombre al medio en que se mueve y por ello el proceso salud-enfermedad, está en torno y en función de la familia.

Por su parte, Spruijt & Goede (1997) decidieron realizar una investigación para estudiar los efectos del divorcio en la dinámica familiar; con variables como la estructura familiar, la salud física y mental, las ideas de suicidio, el bienestar psicológico y la situación laboral en un grupo de adolescentes. Los adolescentes provenían de diferentes tipos de estructuras familiares: familias intactas y estables, familias intactas y con conflictos, familias con un solo padre, y familias reconstruidas. Los resultados de este estudio indicaron que los adolescentes miembros de familias divorciadas presentaron más problemas relacionales y experiencia de desempleo en relación a aquellos miembros de familias intactas y estables. Estos resultados no fueron tan significativos en los adolescentes miembros de familias intactas y con conflictos, así como en las familias reconstruidas.

Otra línea de investigación sugiere que no es la configuración familiar lo que determina la efectividad del funcionamiento familiar y el bienestar psicológico de los adolescentes, sino el estilo de relación parental (McFarlane, Bellissimo & Norman, 1995)

#### 4.2. Depresión y familia

Recientemente numerosos estudios epidemiológicos han analizado aquellos elementos de dolor y apoyo que se presentan indistintamente en cualquier

situación de pérdida (Marwit & Carusa, 1998), lo que ha permitido demostrar que los trastornos depresivos tanto en niños como en adolescentes, son más comunes de lo que se piensa. Sin embargo muchas veces se subestiman las consecuencias a corto y largo plazo de este trastorno (Laget, 2000).

Al hablar de situación de pérdida podremos estar hablando de muerte o separación y en este sentido se ha podido observar a través de ciertos estudios que la respuesta de los hijos ante la separación de sus padres va a depender entre otras cosas de la edad, ya que su forma de percibir la situación familiar será distinta, de acuerdo a la edad del menor. Por ejemplo, alguien de 3 años puede que no comprenda lo que sucede y llegue a sentirse culpable de la separación de sus padres, mientras que alguien de 10 años refleje sus sentimientos en una baja del rendimiento escolar (op.cit.)

Badillo (1997), dice que mientras menor sea el niño tendrá mayores dificultades para identificar si se encuentra en un estado emocional difícil (deprimido), ya que se le dificultara obviamente verbalizar sus sentimientos y / o expresar su sufrimiento.

Así mismo, los adolescentes tienen edad suficiente para entender más la separación de los padres; sin embargo, experimentan las mismas emociones que experimentan los niños más pequeños y muchas veces se debe a que desconocen las razones verdaderas por las que sus padres decidieron separarse. Lo cierto es que, común a todas las edades existe la mayor parte de las veces un grado de alteración emocional y conductual. Además, se ha podido demostrar empíricamente que los trastornos depresivos parecen aumentar con la edad, y que los adolescentes logran adaptarse a la experiencia de depresión de manera distinta, según el género. (López, 2001)

Calderón (1999) logró identificar algunos de los factores de riesgo asociados con la depresión, mencionan por ejemplo algún tipo de sicopatología en los padres, disfunción familiar y eventos de la vida negativos. Entonces en todos estos casos, la depresión frecuentemente se ve acompañada de otros trastornos y de la tendencia a que se vuelva un trastorno crónico.

En esta misma línea de investigación, Shiner & Marmorstein (1998) estudiaron una muestra de adolescentes gemelos cuyas madres tenían un trastorno de depresión, y se evaluó el funcionamiento familiar en base a las siguientes condiciones: adolescentes depresivos con madres depresivas, adolescentes depresivos con madres no depresivas, y un grupo control conformado por adolescentes no depresivos. Los resultados indicaron que un gran porcentaje de adolescentes deprimidos tenían madres deprimidas, lo que resalta la importancia de considerar la depresión de los padres en el tratamiento de los adolescentes con este mismo trastorno. Y subraya el hecho de determinar los patrones de interacción familiar, sobre todo en aquellas familias con más de un miembro con este tipo de trastorno.

Lo anterior se ve respaldado por Hammen & Brennan (2001), quienes después de controlar los síntomas y ciertas variables psicosociales en su investigación, observaron que los hijos depresivos con madres depresivas mostraban significativamente más conductas y pensamientos negativos que los hijos depresivos con madres no depresivas. En este sentido, nuevamente se utiliza una perspectiva de transmisión intergeneracional para explicar cómo la presencia de una madre con diagnóstico de depresión, tiende a generar síntomas de depresión en los hijos. Estos se reflejan por un lado en la dificultad para establecer relaciones interpersonales, y por el otro en una disfunción cognitiva acerca de sí mismos y del mundo.

Sin embargo no se deben descartar las explicaciones orgánicas dadas al respecto, por ejemplo: Lenti, Giacobbe & Pegna, (2000), se apoyan en un modelo neuropsicológico para identificar una lateralidad de las funciones emocionales desde el inicio del desarrollo, con dominancia del hemisferio derecho. Esto permite abordar el trastorno como una disfunción de hemisferio derecho, en pacientes de distintas edades. Y como éste, son muchos los estudios con diseños longitudinales (Pine, Kentgen, Bruder, Leite, Bearman, Ma & Klein, 2000) que siguen sugiriendo una relación entre la lateralidad cerebral y la psicopatología a lo largo del desarrollo.

Los aspectos genéticos surgen, creando debate si se trata de genética o de aprendizaje de conductas siguen las investigaciones. Por ejemplo, Kelly (2000)

concluye que muchos de los síntomas psicológicos observados en niños y adolescentes después del divorcio de los padres, pueden ser identificados en las etapas previas del divorcio. Y están también aquellas investigaciones que sugieren una influencia sobre algunos índices de adaptación en los hijos, sobre todo los relacionados con problemas conductuales y emocionales, abuso de sustancias y autoestima entre otros. En definitiva, pareciera que los problemas conductuales en hijos de familias divorciadas son el resultado de cierta vulnerabilidad en los padres transmitida genéticamente, y que sumado a determinados factores ambientales logran expresarse en términos de conflicto.

Linares y Campo (2000) exponen una visión relacional de los fenómenos depresivos. Exponen la parentalidad y la conyugalidad ejercidas en la familia de origen por los padres y para con los hijos, y entre los padres (entre sí) como criterios básicos con los que se puede abordar los fenómenos depresivos. Por parentalidad entienden la plasmación de la nutrición emocional en el contexto relacional paterno filial, cuyas funciones son la sociabilización, reconocimiento, la valoración y el cariño que garantizan la consolidación del niño como individuo; y las funciones conyugales son similares pero añaden el deseo.

Dichos autores postulan que en la familia de origen de las personas con depresión mayor, existe una conyugalidad armoniosa y una parentalidad deteriorada que no da lugar a que se produzcan triangulaciones (en el sentido que se le da al término en relación a los trastornos neuróticos). Son padres que como pareja no son triangulados y son poco nutrientes emocionalmente. Las funciones parentales están deterioradas, pero es difícil de detectar ya que generalmente existe una preservación de las apariencias. Los niños pueden estar hipersocializados debido a que se sienten sometidos a un alto grado de exigencia normativa y responsabilización exagerada. Los mencionados autores postulan que si los niños sucumben al peso de esta hipersocialización ello puede desembocar en una situación de suicidio infantil. Las funciones nutricias de la parentalidad no se cumplen porque están supeditadas al logro de unas inalcanzables cuotas normativas. En este marco relacional se experimenta un desequilibrio en la balanza afectiva entre lo que se ve obligado a dar el niño y lo mucho menos que recibe. El déficit de nutrición emocional en la depresión mayor se produce a expensas de la valoración.

Existe una alta exigencia que no se explicita, sino que se da por sentada y no se valora el esfuerzo desplegado para responder a ella, se considera siempre insuficiente. La metacomunicación sobre tales temas esta prohibida ya que existe el mandato que prohíbe manifestar emociones negativas y obliga a cuidar las apariencias. El clima emocional es frío y contenido.

Las familias donde existe violencia conyugal o conyugalidad armoniosa (no trianguladora) con deterioro de la parentalidad junto con las características mencionadas se presentan como factores de riesgo. Mientras que las familias donde existe una conyugalidad armoniosa y una parentalidad deteriorada, junto con altas exigencias normativas que los progenitores dan por sentado hacia sus hijos, y una falta de valoración, son tipos de familias que podrían ser factores de riesgo para la depresión en niños.

En el estudio de Muñoz (2005), se encontró que la ideación suicida es factor de riesgo para la conducta suicida, y que se encuentra relacionada directamente con niveles extremos de cohesión familiar. El estudio evalúa a jóvenes entre 15 y 24 años. Y a través de un estudio transversal, en el que se aplicó un cuestionario autoadministrado formado por la subescala de cohesión familiar (FACES III) y cinco preguntas sobre conducta suicida del Cuestionario de Salud Mental adaptado.

La edad media fue 17.37 años. Prevalencias de vida: 48% presentó deseos pasivos de morir, 30% ideación suicida, 15% elaboró un plan suicida y 9% intentó suicidarse. La prevalencia de ideación suicida fue 15% en el último año y 6% en el último mes. Las familias fueron, según el nivel de cohesión familiar separada (32%), conectada (31%), desligada (22%) y amalgamada (15%). Al asociar ideación suicida y familia desligada se obtuvo un OR de 2.08 (1.23 - 3.51) y con familia amalgamada, 0.56 (0.21 – 1.44). Se identificaron además otros factores de riesgo como antecedente familiar de intento suicida y el hecho de vivir solo. Conclusiones: Existe una prevalencia elevada de ideación suicida en estudiantes del CEPUSM, ésta está asociada al hecho de pertenecer a familias con niveles altos de ésta.



#### 4.3. Estudios sobre dimensiones y análisis en las relaciones familiares

La percepción es la forma en la que se interpreta los sucesos del medio ambiente y tiene que ver con la cultura, el sexo, el rol, la edad, etc. Evidentemente que la percepción ante un mismo suceso cambiara de persona en persona, por eso cada quien experimenta la realidad de diversas formas de ser vivida dependiendo de las características. Así mismo la familia y su dinámica va a ser vivida y observada por sus diferentes miembros de diversas maneras. Olson (1983) ayuda a contextualizar estas formas de vivencia con una escala que tienen como objetivos:

- a) La identificación y descripción de dos dimensiones del funcionamiento familiar, cohesión y adaptabilidad.
- b) Demostrar cómo las dimensiones mencionadas pueden generar un mejor entendimiento de los sistemas familiares.

Las tres dimensiones centrales del comportamiento familiar según este autor son:

- \* Cohesión
- \* Adaptabilidad (cambio)
- \* Comunicación

Los resultados de estas tres dimensiones, se explican por el hecho de que numerosas teorías y terapeutas, independientemente, han desarrollado conceptos muy asociados con ella. A continuación se presenta un resumen de los conceptos de cuatro diferentes modelos teóricos según Olson (1983).

### MODELO CIRCUMPLEJO Y OTROS MODELOS TEÓRICOS

	COHESIÓN	CAMBIO	COMUNICACIÓN
BEAVERS	Centrípeta	Adaptabilidad	
	Centrífuga	(Crecimiento sistémico)	
KANTOR	Afecto	Poder	
EPSTEIN	Involucramiento afectivo	Control conductual	Comunicación
		Solución de problemas	Responsividad
		Roles	Afectiva
REISS	Coordinación	Cierre	

### DIMENSIONES: medición y diagnóstico

**Cohesión.**- Evalúa el grado en que los miembros de la familia están separados o conectados a ella. Se define como "el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí". Dentro del Modelo Circumplejo, los conceptos específicos para medir y diagnosticar la dimensión de cohesión son:

- \* Vinculación emocional
- \* Límites

- \* Coaliciones
- \* Tiempo
- \* Espacio
- \* Amigos
- \* Toma de decisiones
- \* Intereses
- \* Recreación

**Adaptabilidad (cambio).**- Tiene que ver con la medida en que el sistema familiar es flexible y capaz de cambiar. Se define como: "la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propia del desarrollo". Los conceptos específicos para diagnosticar y medir la dimensión de adaptabilidad son:

- \* Estilo de negociación
- \* Poder en la familia (asertividad, control, disciplina)
- \* Relaciones de roles
- \* Reglas de las relaciones

**Comunicación.**- Es la tercera dimensión y facilita el movimiento de las otras dos dimensiones.

Niveles

**Cohesión:** Dentro del Modelo Circumplejo hay cuatro niveles de Cohesión familiar que van de la cohesión extremadamente baja, a la cohesión extremadamente alta:

- \* Desligada
- \* Separada
- \* Conectada
- \* Amalgamada

Los niveles moderados o balanceados, son los de las familias separadas y conectadas.

**Adaptabilidad:** Hay también cuatro niveles de adaptabilidad familiar, que van de la adaptabilidad extremadamente baja a la extremadamente alta:

- \* Caótica
- \* Flexible
- \* Estructurada
- \* Rígida

Los niveles balanceados o moderados son los de las familias flexibles y estructuradas.

En este modelo se asume que para cada dimensión: los niveles balanceados corresponden más al funcionamiento de familias saludables y las áreas extremas a las parejas o familias problemáticas.

#### 4.3.1 Tipos de sistemas maritales y familiares

Combinando los cuatro niveles de cohesión con los cuatro de adaptabilidad, se obtienen dieciséis tipos de sistemas maritales y familiares. Cuatro de ellos son moderados en las dimensiones de adaptabilidad y cohesión (Tipos balanceados), ocho son extremos en una dimensión y moderados en la otra (Tipos de rango medio) y cuatro tipos son extremos en ambas (Tipos extremos).

El funcionamiento familiar según Epstein (1988) puede evaluarse por la comunicación entre los miembros, el desempeño de los roles, el involucramiento afectivo, el control de conducta y la flexibilidad, estructura de la autoridad, la distribución de tareas domésticas, el rol funcional.

Para De la Cuesta (1999) el funcionamiento familiar es la dinámica relacional, interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia, y se evalúa a través de la categoría de cohesión, armonía, rol, permeabilidad, afectividad, participación y adaptabilidad. Otros autores (Olson, 1983) consideran que la familia debe ser evaluada a través de variables tales como los límites, roles jerárquicos, modelos psicosexuales, alianzas expresiones, afectos modos y

normas de salud. En suma la salud familiar puede considerarse determinada por la capacidad de la familia de cumplir funciones, adaptarse a los cambios y superar las crisis familiares ante las variaciones que pueden sucederse en el medio interno o externo. La familia es tanto más saludable en la medida que facilite el crecimiento desarrollo de cada uno de sus integrantes, además de contribuir al la satisfacción de las necesidades materiales y afectivas de acuerdo con las exigencias de cada etapa de vida. Entonces, las condiciones de vida deben permitir el desarrollo de sus miembros como seres a la vez autónomos y sociales.

En un estudio transversal en el que han participado 55 adolescentes diabéticos y sus familias. Se analizan las relaciones existentes entre factores sociodemográficos, características generales de la familia, apoyo específico a la enfermedad, bienestar del adolescente y control metabólico. El sexo y la cohesión familiar son los factores que con más fuerza predicen el bienestar del adolescente diabético. El apoyo específico a la enfermedad tanto por parte de la familia como de los amigos es también un importante factor asociado al bienestar. No se encuentra ninguna asociación entre las variables estudiadas y el control metabólico. Los resultados nos llevan a la conclusión de que, en los adolescentes estudiados, el bienestar emocional depende de factores personales y de su entorno, y es independiente del buen control de su glucemia.

Un estudio realizado por Grossman & Rowat (1995), permitió analizar el impacto que tiene la calidad de la relación de pareja y la relación familiar sobre las estrategias de enfrentamiento, el apoyo recibido y el bienestar psicológico de los adolescentes miembros de familias separadas, divorciadas y casadas. Demostraron que la existencia de una relación parental poco afectiva y la ausencia de una estructura familiar sólida, estaba asociada con una baja satisfacción personal y sentido de futuro; así como por altos niveles de ansiedad en adolescentes miembros de familias con padres divorciados. Estos autores citan a Huss & Lehmkuhl (1996) mencionando que los segundos encontraron que las familias con un clima familiar de apoyo caracterizado por la confianza y el control, era un importante preeditor de estrategias positivas y

activas de enfrentamiento. En cambio, aquellas familias con un clima familiar menos afectivo permitían predecir estrategias de evitación.

En España, Forns (1996, citado por Grossman & Rowat, 1995) llevó a cabo un estudio del clima familiar con futuros padres adoptivos, la medición fue mediante la escala de Moos (1987). El estudio se realizó en el proceso de adopción, utilizando la prueba FESS para analizar el clima de 155 familias solicitantes de la adopción de un menor. Los datos ponen de relieve un estilo de clima familiar indicativo de confort psicológico, destacándose la presencia de una muy elevada cohesión y expresividad, así como un bajo conflicto, con la valoración de intereses culturales y recreativos como medio de desarrollo personal. El sistema de mantenimiento de la estabilidad familiar concede mayor valor a la organización y poco al control. Sin embargo se discuten estos datos desde la perspectiva de la calidad métrica del FESS y de los mecanismos psicológicos que pueden sustentar tales resultados.

La importancia de este estudio se centra en la coherencia en la percepción del clima familiar entre padres e hijos, porque en las últimas décadas se han incrementado las investigaciones que giran alrededor de los estilos educativos. Al clasificar los estilos educativos o parentales propios de cada sociedad se está permitiendo determinar las consecuencias que tienen en los hijos y en el clima familiar, y ayudar a tener o brindar un mejor ambiente o un ambiente óptimo de desarrollo para el menor.

Forns (op. Cit.) en otra Investigación acerca del clima familiar se llevó a cabo para establecer la relación entre diversos factores psicosociales en la predicción del rendimiento académico. Concretamente se pretendía establecer el papel que juegan las percepciones de los alumnos respecto al clima familiar, escolar y social en la determinación del rendimiento académico, junto con factores de tipo personal, tales como la inteligencia o el auto concepto. La muestra la conformaban 270 alumnos y se hizo un análisis de regresión múltiple, los resultados obtenidos ponen de manifiesto no solo la importancia que los factores personales tienen en la explicación del rendimiento académico sino también el influjo considerable que las percepciones del alumno tiene

sobre los factores psicosociales que ejercen en la explicación del aprovechamiento escolar.

Por otro lado se ha estudiado la relación existente entre clima familiar y sintomatología depresiva. En una muestra de 418 sujetos, compuesta por tres grupos generacionales diferentes (padres, hijos y abuelos). Los resultados muestran la existencia de diferencias significativas en la percepción del clima familiar entre las distintas muestras, concretamente en las dimensiones de expresividad y autonomía. Asimismo se observan diferencias en la relación entre clima familiar y sintomatología depresiva dependiendo del grupo estudiado. Finalmente se discuten las implicaciones reciprocas entre clima familiar, lugar ocupado en la familia y sintomatología depresiva.

Para poder hablar del clima social familiar debemos, primeramente definir sus elementos y basándonos en Olson (1983) tenemos que la cohesión es la ligazón emocional que los miembros de una familia tienen entre sí, tiene que ver con el grado de separación o conexión que un individuo tiene con su familia. En un estudio sobre familias "normales" e intactas (op. cit) encontraron que la cohesión familiar difiere de una etapa a otra. Las familias alcanzan su máximo grado de cohesión en las primeras etapas de su ciclo vital. Niveles bajos se presentan en la etapa de hijos adolescentes y alcanzaba los mínimos niveles cuando los hijos se emancipaban. Los niveles aumentan en las etapas del nido vacío y el retiro pero son inferiores a las de las etapas iniciales.

Garrison (1990 en Kaslow, 1996) postula que las relaciones familiares bajas en cohesión y soporte son predisponentes a la depresión en niños, especialmente en los miembros más jóvenes de la familia.

El bajo nivel de cohesión es la variable familiar que más contribuye al desarrollo de la depresión en los miembros más chicos de la familia. Contrariamente, una estructura familiar cohesiva funciona como un factor de protección contra la depresión (op. cit). Este dato sugiere que la cohesión familiar puede mediar positivamente entre factores de riesgo para la depresión en niños por ejemplo el abuso, y la depresión.

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

#### 4.3.1. Estudios sobre depresión infantil

La depresión en niños ha sido un tema controvertido a lo largo de la historia. Se pensaba que ésta no se presentaba antes de la adolescencia, o que se manifestaba en forma diferente a la de los adultos. La falta de estudio sistemático y la ausencia de criterios diagnósticos contribuyeron a retrasar su estudio, pero aproximadamente a fines de los 70's y principios de los 80's comienzan a realizarse los primeros estudios empíricos que señalaban una gran área de investigación. Indiscutiblemente a partir de sus inicios y hasta la fecha se han llevado a cabo una gran serie de estudios al respecto, pero podemos decir que aún nos encontramos frente a un área de investigación relativamente nueva (por lo menos en nuestro país).

Actualmente, se sabe que la depresión en niños existe, sus manifestaciones sintomáticas son similares a la de los adultos, es recurrente y está asociada a otras psicopatologías y dificultades interpersonales. Es un tema de importancia contemporánea debido a que se ha señalado que el número de personas deprimidas en el mundo va en aumento, y que se está convirtiendo en una problemática grave de salud mundial. Por lo que entre más pronto pueda detectarse, más pronto podrá combatirse.

Nuestra postura al respecto es que se deben prevenir todas aquellas circunstancias que orillen a actos donde la depresión sea tan severa que lleve o termine en un suicidio, debemos estar atentos a las señales que expresan los pequeños, porque aun será tiempo de hacer algo.

La depresión infantil se está convirtiendo en un problema bastante serio, y ya en el sumario de México las autoridades reportan más de 3 mil casos detectados de depresión infantil.



Un notificado hecho a través de Notimex (2001) dice que en México el incremento de suicidios entre niños y adolescentes es preocupante, y la mayor parte de éstos tuvieron como antecedente la depresión. Se señala también que los casos de depresión se presentan en la etapa infantil con una prevalencia de 30 % y pueden estar asociados también con déficit de atención, ansiedad e hiperactividad.

Entre las principales causas que orillan a una decisión suicida se encuentran: la humillación familiar y escolar, así como el rechazo por la familia y la sociedad. Esto obedece a que una conducta impulsiva asociada a un cuadro depresivo al no encontrar apoyo familiar, se convierte en un gran problema emocional o de comportamiento que interfiere con el funcionamiento como persona, con una tendencia al aislamiento.

Por otra parte, el Informe Salud México 2004 resalta que entre 1998 y 2003 las muertes por suicidio aumentaron 4.9 por ciento anual, cifra incluso superior al crecimiento de la mortalidad por diabetes. Señalando también cifras de entre 1990 y 2000 las que muestran que la tasa de mortalidad por esa causa se duplicó en el grupo de edad de 11 a 19 años, con un aumento más marcado en las mujeres.

Evidentemente que cuando ya se llegó a este nivel, es porque se ha traído por un gran tiempo arrastrando la ideación suicida; de aquí la importancia que para nosotras tiene el evaluar en la configuración personal los niveles que estén favoreciendo la presentación de la depresión infantil. Mas aun considerando que en México las condiciones de vida familiar y del país propician un incremento a la prevalencia, sobre todo en el sector de la población infantil y juvenil.

Un cuestionamiento que nos llega en este momento es cómo esta funcionando actualmente la familia para que un miembro de ella se sienta en estas condiciones tan poco deseables. Si consideramos que la familia es el primer sistema relacional en el cual estamos insertos, y como tal es la matriz creadora de significados compartidos, vínculos afectivos y patrones de interacción. La importancia fundamental de la familia a principios de la vida del ser humano se

enfoca en la supervivencia y posteriormente en la conformación como individuos, su influencia es determinante en la vida del niño en cuanto a su desarrollo cognitivo, afectivo y social. Se evidencia entonces que en ciertas circunstancias probablemente se presentan factores de riesgo para la depresión en la niñez y será importante identificarlos a la brevedad para corregirlos en la medida de lo posible y sentar unas bases firmes de mejor ambiente familiar.

Se entiende que el hombre es un ser bio-psico-social. Los factores de riesgo para la depresión en niños implican aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Estos están íntimamente interrelacionados en el desarrollo y mantenimiento de la depresión. Deslindar dichos factores es artificial y solo reflejarían parte de la realidad. En el siguiente estudio se evalúan solo los factores de riesgo familiares, pero se tiene en cuenta la existencia e interrelación con los factores antes mencionados.

El estudio de Torres Gómez de Cádiz, (1991), revisa la bibliografía sobre los criterios diagnósticos, fiabilidad y validez de las escalas, entrevistas y registros observacionales de la depresión infantil. Desde un punto de vista explicativo, se examinan los factores de riesgo predictores de la depresión infantil, destacando la presencia de trastornos afectivos parentales como factor facilitador de la depresión infantil. La investigación se basa en una muestra representativa de los niños guipuzcoanos prepuberes. Los resultados confirman que la prevalencia de la depresión mayor es de alrededor del 2% cifra similar a otras encontradas en investigaciones epidemiológicas. La prevalencia del trastorno distímico es de alrededor del 4%. Del conjunto de variables de riesgo de la depresión infantil, una percepción negativa por el niño de la conducta parental, es el factor más claramente asociado a la depresión infantil. Finalmente se discute acerca de porque otras variables clásicas (como por ejemplo el soporte social) no se asocian a la depresión infantil.

## **Investigación**

### **Diseño:**

El presente es un estudio correlacional en el que se empleó la correlación simple para determinar la existencia (o inexistencia) de relación entre dos variables.

### **Población:**

La unidad de asociación para el presente estudio fueron niños de edad escolar entre 6 y 11 años, los cuales cursaban de 1er. a 5º grado de educación primaria. La muestra estuvo compuesta por la totalidad de 65 familias, matriculadas en el Colegio Miguel de Cervantes Saavedra (Cuautitlán Izcalli., Edo. de México)

### **Variables:**

El sistema de variables seleccionado para esta investigación está compuesto por la “depresión infantil” (X) y el “clima social familiar” (Y).

### **Hipótesis:**

La hipótesis que en este estudio se trata de contrastar es la posible existencia de correlación entre la depresión infantil y el clima social familiar. La hipótesis nula, entonces, es que X e Y no correlacionan, es decir, que la presencia de una variable no permite esperar un determinado patrón de conducta en la otra.

### **Instrumentos:**

1.-Formato de datos generales (ver anexo1)

2.-Escala Social en la Familia (FES) de Moss (1987).

Tal como se describe en el Manual del instrumento (Moos,1987), la Escala de Clima Social en la Familia (FES) está formada por 10 subescalas que

describen tres dimensiones: relaciones, desarrollo y estabilidad en el ámbito familiar.

La dimensión denominada "RELACIONES" evalúa el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza (Moos, 1987). Está formada por las subescalas de "Cohesión" (CO) (grado en que los miembros de la familia se apoyan y ayudan entre sí), la subescala de "Expresividad" (EX) (grado en que se permite a los miembros de la familia expresar libremente sus sentimientos) y la de "Conflicto" (CT) (grado en que se expresan abiertamente la cólera, la agresividad y el conflicto entre los miembros de la familia).

La dimensión definida como "DESARROLLO" evalúa la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados, o no, por la vida en común. Está constituida por cinco subescalas: "Autonomía" (AU) o grado en que los miembros de la familia están seguros de sí mismos y toman sus propias decisiones; "Actuación" (AC) referida al grado en que las actividades se enmarcan en una estructura competitiva; "Intelectual-Cultural" (IC) o grado de interés en las actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales; "Social-Recreativo" (SR) que mide el grado de participación en este tipo de actividades y la "Moralidad-Religiosidad" (MR) definida por la importancia que se da en el ámbito familiar a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.

Finalmente, la dimensión de "ESTABILIDAD" da información sobre la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que unos miembros de la familia ejercen sobre otros. Está formada por dos subescalas: "Organización" (OR) que evalúa la importancia que se da a la organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia, y la subescala de "Control" (CN) o grado en que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos.

### 3.- Cuestionario de Depresión para Niños.

Este instrumento fue una adaptación hecha por nosotras del Cuestionario del síndrome depresivo de Calderón (1992). Su administración fue colectiva en los

grados de 2º a 5º y en el caso de 1º se realizó la aplicación de manera individual, en un tiempo aproximado de entre 15 y 20 minutos.

## **Método**

La investigación se realizó en dos fases a saber:

Se convocó a los padres de familia de 2º a 5º grado a una reunión en la que se deseaba conocer algunas de las características del clima familiar del colegio, para apoyar con esto una investigación de la familia en México. A dicha junta se pidió la asistencia del miembro de la familia con el cual el niño conviviera más tiempo (papá, mamá, abuelos, tíos u otros).

Cabe mencionar que a esta junta asistieron sólo 30 padres del total de la población escolar compuesta por 120 familias, motivo por el cual se decidió convocar otra junta para requerir a los que no asistieron y en esta ocasión, llegaron otros 35 padres. Tenemos así que la muestra se conformó finalmente por 65 familias de las 120 esperadas.

Una vez reunidos se dio una pequeña explicación acerca del propósito de la prueba, diciéndoles que lo que se intentaba conocer era el tipo de clima familiar de los alumnos, se dieron las indicaciones para el llenado de las hojas, se les aclararon las dudas de forma general o individual, según el caso. Inmediatamente después se procedió al llenado del formato de datos generales (ver anexo 1).

Posterior a esto se llevó a cabo la evaluación del clima social familiar a través de la Escala Social en la familia (FES) de Moss (1987). Es importante aclarar que la escala del clima familiar únicamente fue aplicada al adulto convocado, mientras que el cuestionario de depresión fue aplicado a los niños por otra parte. (ver anexo 2).

Los cuestionarios de depresión fueron aplicados durante el horario de clase. Dicho cuestionario está construido de acuerdo al método de rangos sumariados de Likert con cuatro opciones de respuesta, que van de *no*, *poco*, *regular* o *mucho*, que se califican de 1 a 4, según la intensidad; abarcando desde el nivel normal hasta la depresión severa. Se realizó un análisis de frecuencia de

los datos. La confiabilidad de este cuestionario se basa en la adaptación hecha y sugerida por los autores del mismo (ver anexo 3 y 4).

# Investigación

## **Diseño:**

El presente es un estudio correlacional en el que se empleó la correlación simple para determinar la existencia (o inexistencia) de relación entre dos variables.

## **Población:**

La unidad de asociación para el presente estudio fueron niños de edad escolar entre 6 y 11 años, los cuales cursaban de 1er. a 5º grado de educación primaria. La muestra estuvo compuesta por la totalidad de 65 familias, matriculadas en el Colegio Miguel de Cervantes Saavedra (Cuautitlán Izcalli., Edo. de México)

## **Variables:**

El sistema de variables seleccionado para esta investigación está compuesto por la “depresión infantil” (X) y el “clima social familiar” (Y).

## **Hipótesis:**

La hipótesis que en este estudio se trata de contrastar es la posible existencia de correlación entre la depresión infantil y el clima social familiar. La hipótesis nula, entonces, es que X e Y no correlacionan, es decir, que la presencia de una variable no permite esperar un determinado patrón de conducta en la otra.

## **Instrumentos:**

- 1.-Formato de datos generales (ver anexo1)
- 2.-Escala Social en la Familia (FES) de Moss (1987).

Tal como se describe en el Manual del instrumento (Moos,1987), la Escala de Clima Social en la Familia (FES) está formada por 10 subescalas que describen tres dimensiones: relaciones, desarrollo y estabilidad en el ámbito familiar.

La dimensión denominada "RELACIONES" evalúa el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza (Moos, 1987). Está formada por las subescalas de "Cohesión" (CO) (grado en que los miembros de la familia se apoyan y ayudan entre sí), la subescala de "Expresividad" (EX) (grado en que se permite a los miembros de la familia expresar libremente sus sentimientos) y la de "Conflicto" (CT) (grado en que se expresan abiertamente la cólera, la agresividad y el conflicto entre los miembros de la familia).

La dimensión definida como "DESARROLLO" evalúa la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados, o no, por la vida en común. Está constituida por cinco subescalas: "Autonomía" (AU) o grado en que los miembros de la familia están seguros de sí mismos y toman sus propias decisiones; "Actuación" (AC) referida al grado en que las actividades se enmarcan en una estructura competitiva; "Intelectual-Cultural" (IC) o grado de interés en las actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales; "Social-Recreativo" (SR) que mide el grado de participación en este tipo de actividades y la "Moralidad-Religiosidad" (MR) definida por la importancia que se da en el ámbito familiar a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.

Finalmente, la dimensión de "ESTABILIDAD" da información sobre la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que unos miembros de la familia ejercen sobre otros. Está formada por dos subescalas: "Organización" (OR) que evalúa la importancia que se da a la organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia, y la subescala de "Control" (CN) o grado en que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos.

### 3.- Cuestionario de Depresión para Niños.

Este instrumento fue una adaptación hecha por nosotras del Cuestionario del síndrome depresivo de Calderón (1992). Su administración fue colectiva en los grados de 2º a 5º y en el caso de 1º se realizó la aplicación de manera individual, en un tiempo aproximado de entre 15 y 20 minutos.



## **Método**

La investigación se realizó en dos fases a saber:

Se convocó a los padres de familia de 2º a 5º grado a una reunión en la que se deseaba conocer algunas de las características del clima familiar del colegio, para apoyar con esto una investigación de la familia en México. A dicha junta se pidió la asistencia del miembro de la familia con el cual el niño conviviera más tiempo (papá, mamá, abuelos, tíos u otros).

Cabe mencionar que a esta junta asistieron sólo 30 padres del total de la población escolar compuesta por 120 familias, motivo por el cual se decidió convocar otra junta para requerir a los que no asistieron y en esta ocasión, llegaron otros 35 padres. Tenemos así que la muestra se conformó finalmente por 65 familias de las 120 esperadas.

Una vez reunidos se dio una pequeña explicación acerca del propósito de la prueba, diciéndoles que lo que se intentaba conocer era el tipo de clima familiar de los alumnos, se dieron las indicaciones para el llenado de las hojas, se les aclararon las dudas de forma general o individual, según el caso. Inmediatamente después se procedió al llenado del formato de datos generales (ver anexo 1).

Posterior a esto se llevó a cabo la evaluación del clima social familiar a través de la Escala Social en la familia (FES) de Moss (1987). Es importante aclarar que la escala del clima familiar únicamente fue aplicada al adulto convocado, mientras que el cuestionario de depresión fue aplicado a los niños por otra parte. (ver anexo 2).

Los cuestionarios de depresión fueron aplicados durante el horario de clase. Dicho cuestionario está construido de acuerdo al método de rangos sumariados de Likert con cuatro opciones de respuesta, que van de *no*, *poco*, *regular* o *mucho*, que se califican de 1 a 4, según la intensidad; abarcando desde el nivel normal hasta la depresión severa. Se realizó un análisis de frecuencia de los datos. La confiabilidad de este cuestionario se basa en la adaptación hecha y sugerida por los autores del mismo (ver anexo 3 y 4).

## RESULTADOS

Con base en el análisis realizado con el programa estadístico SPSS, se describen algunas de las características de la población con respecto al sexo, nivel académico, edad, parentesco y número de descendientes, así como el análisis de los resultados que arroja el cuestionario de depresión: sin depresión, ansiedad y depresión.

También se analizan los niveles de cada una de las dimensiones del clima familiar, mismas que son catalogadas como baja, media o alta intensidad de acuerdo a los parámetros dados por el autor de la prueba y ajustados para la población mexicana.

### I. DATOS GENERALES

Los datos arrojaron que los padres de familia que más se hacen cargo del cuidado y/ o compañía de los menores de la muestra (n=65) son 13.8 % de sexo masculino y el 86.2 % de sexo femenino.

La edad del familiar cuidador de los menores fluctúa entre los 26 y 65 años, con una media de 30 años (ver figura 1).

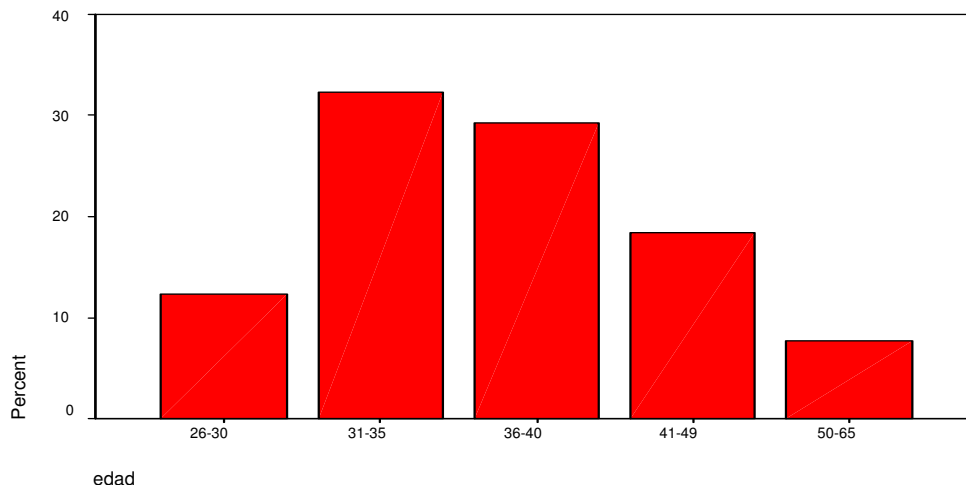


Figura 1 .Muestra la frecuencia de cada rango de edad de los cuidadores del menor.

En cuanto al nivel académico, se encontró que de la población total (n=65) el 6.2% cuenta con algún tipo de estudios a nivel postgrado o maestría, el 55.4% cuenta con grado de licenciatura, mientras que el 29.2 % reporta tener preparatoria y el 9.2 % tiene estudios de secundaria (Ver figura 2).

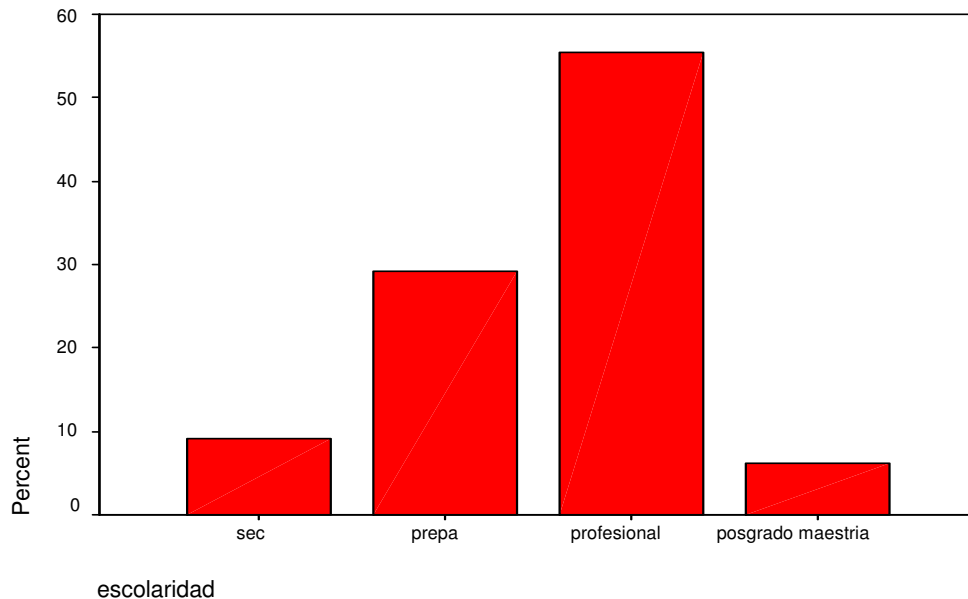


Figura 2. Muestra el porcentaje de la población respecto a la escolaridad de los sujetos.

En cuanto al número de descendientes se observó que el 32.3% cuenta con un solo hijo, mientras que el 53.8% con dos, el 10.8% con 3 y sólo el 3.1% con 4 descendientes.

## **II.-Depresión infantil**

Los resultados del cuestionario de depresión infantil arrojan que del total de los niños evaluados (n=65) el 46.2% (n=30) presenta algún grado de depresión, mientras el 20% (n=13) presenta ansiedad y el 33.8% (n=22) se muestran sin depresión (Ver tabla 1).

Tabla 1.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Sin depresión	22	33.8
Ansiedad	13	20.0
Depresión	30	46.2
Total	65	100,0

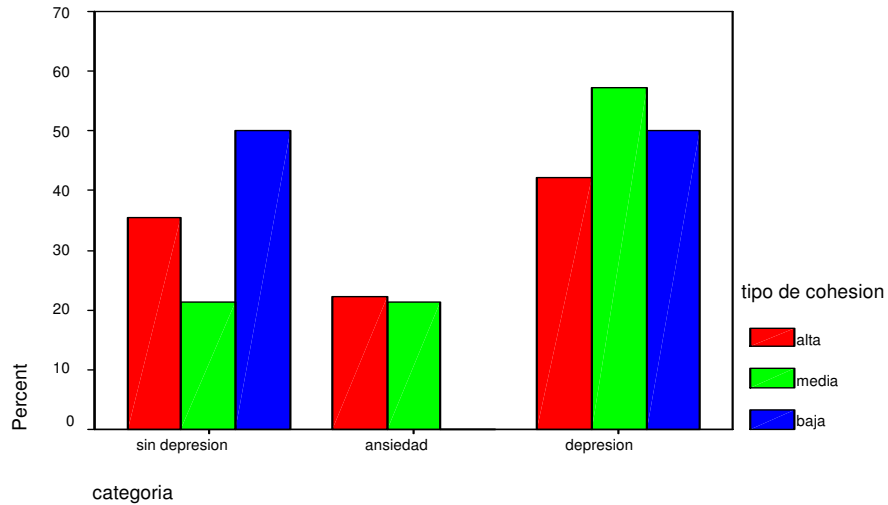
Nota: Muestra la frecuencia y porcentaje de los niveles de depresión y ansiedad en los niños de la muestra.

### **III. Clima social familiar.**

A continuación se describen los resultados encontrados en las diferentes subescalas del clima social familiar en relación con la posible correlación con la depresión infantil y considerando que dichas subescalas son: cohesión, expresividad, conflicto, autonomía, actuación, intelectual, social, moral, organización y control se mencionaran en ese orden

#### ***Cohesión,***

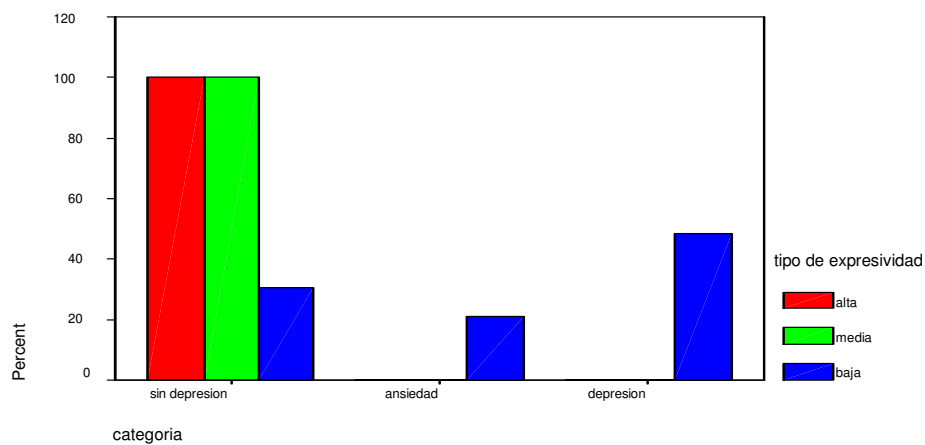
Se encontró una baja correlación y no significativa entre la subescala de cohesión y la depresión infantil ( $r=.210$ ); lo que indica que no existe relación entre ambas variables, mas del total de la población general ( $n=65$ ) un porcentaje considerable (69.2 %) de las familias se encuentra concentrados en una cohesión alta. La figura 3 muestra una comparación de los porcentajes de concentración de los diferentes grupos en cuanto a la tendencia del nivel cohesivo y se observa que los depresivos (63.3%) son menos cohesivos que los no depresivos (72.7%), pero los que resultaron con mayor tendencia fueron los ansiosos (76.9 %).



**Figura 3.** Muestra el porcentaje de la población respecto a los tipos de cohesión en los diferentes niveles de depresión

### ***Expresividad***

Para esta subescala encontramos una baja correlación no significativa ( $c=0.294$ ) con la depresión. Observando que existe una tendencia de la población a concentrarse casi en su totalidad en la expresividad baja (ver figura 4) y que solo una pequeña parte (13.6 %) de las familias se distribuyen entre la expresividad alta (9.1%) y media (4.5%) dentro del grupo de los sujetos que no presentan depresión.



**Figura 4.** Muestra el porcentaje de la población respecto a los tipos de expresividad en los diferentes niveles de depresión.

## Conflicto

El nivel de significancia obtenido para esta subescala con respecto a la depresión es de ( $c=0.266$ ) lo que indica que existe una relación baja y no significativa entre estas variables y como puede observarse en la figura 5 la tendencia en la mayoría de la población es a concentrarse en el nivel de conflicto bajo siendo el grupo de ansiedad el que muestra mayoría (92.3%).

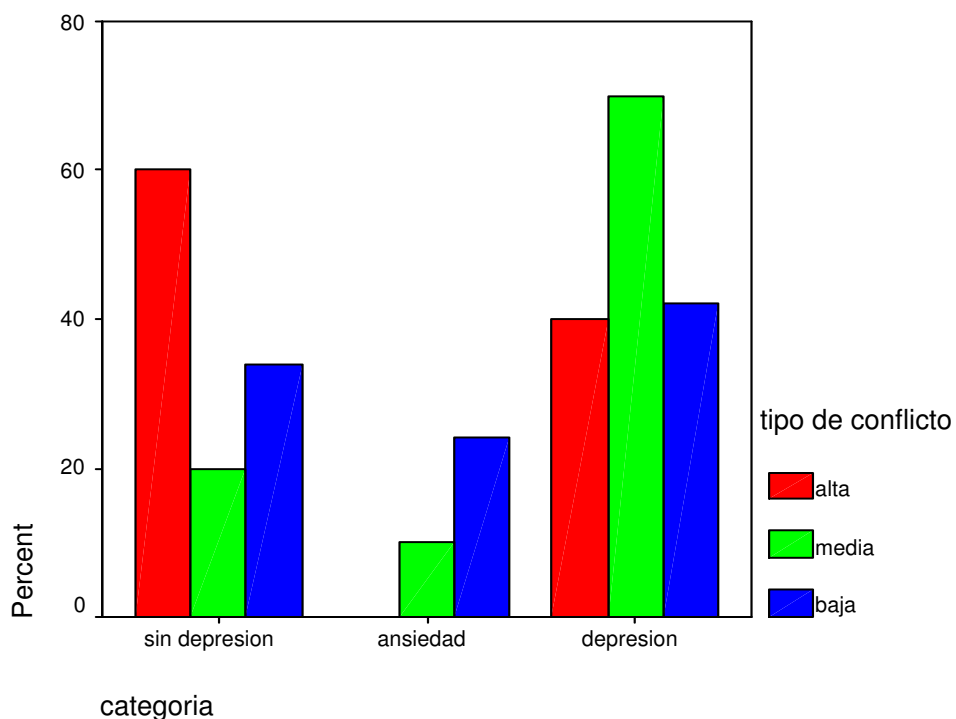


Figura 5. Muestra el porcentaje de la población respecto a los tipos de conflicto en los diferentes niveles de depresión

### **Autonomía**

El análisis estadístico de los de datos muestra una correlación no significativa entre la autonomía y la depresión ( $c=0.412$ ). La figura 6 muestra el porcentaje de los sujetos de los diferentes grupos los cuales se concentran principalmente en la autonomía alta, sobre todo en el grupo de los ansiosos (84.6%).

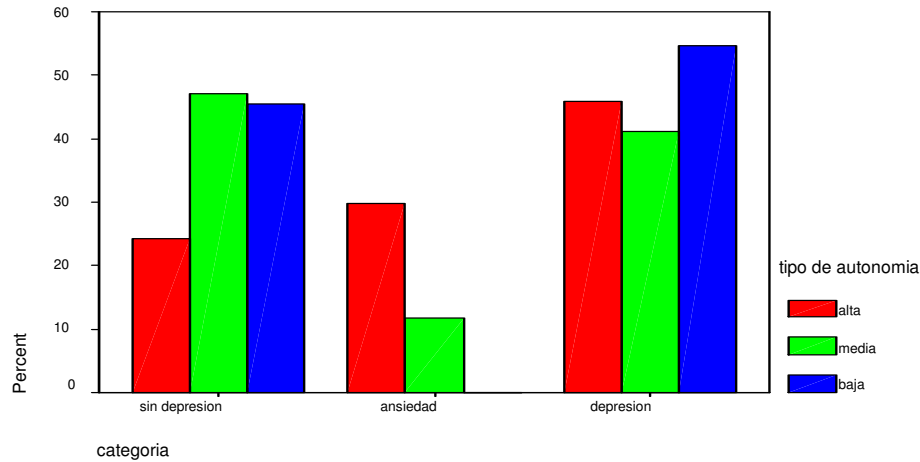


Figura 6. Muestra el porcentaje de la población respecto a los tipos de autonomía en los diferentes niveles de depresión

### **Actuación**

La mayoría (89.2%) de la población total ( $n=65$ ) se carga a actuación alta (ver figura 7) y el nivel de correlación entre esta subescala y la depresión fue de ( $c=0.338$ ) lo que indica que no existe relación entre esta variables

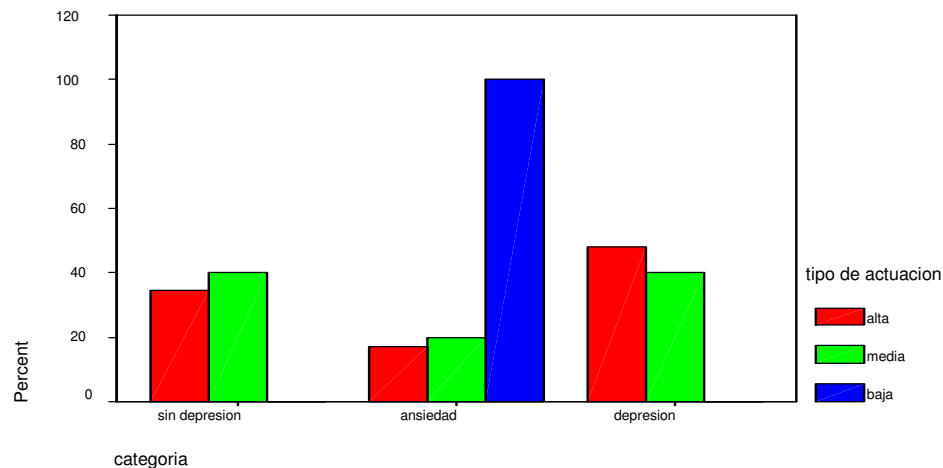


Figura 7. Muestra el porcentaje de la población respecto a los tipos de actuación en los diferentes niveles de depresión

## ***Intelectual***

Para esta subescala la correlación fue baja y significativa ( $c=0.314$ ) con resultados dispersos ya que mientras el 56.7% de los depresivos se inclinan a intelectual media, el 45.5% de los sujetos sin depresión y el 61.5% de los ansiosos se inclinan al nivel de intelectual alto (ver figura 8)

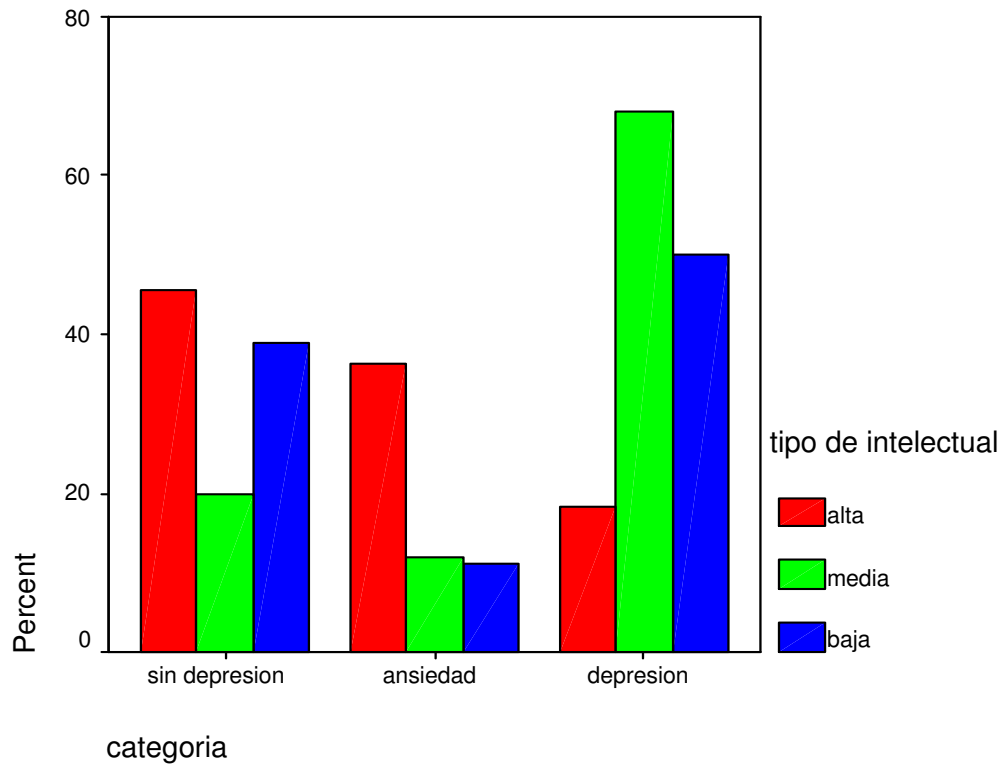


Figura 8. Muestra el porcentaje de la población respecto a los tipos de intelectual en los diferentes niveles de depresión



## Social

Hablando de la correlación encontrada entre esta variable y la depresión se dió un nivel de ( $c=0.345$ ) lo que indica que existe una relación baja y significativa entre estas variables. Además los resultados entre grupos fueron dispersos, ya que el 40.9% de los sujetos sin depresión y el 46.7% de los depresivos se inclinan a social baja, mientras que el 46.2% de los ansiosos presentan inclinación por social alta (ver figura 9)

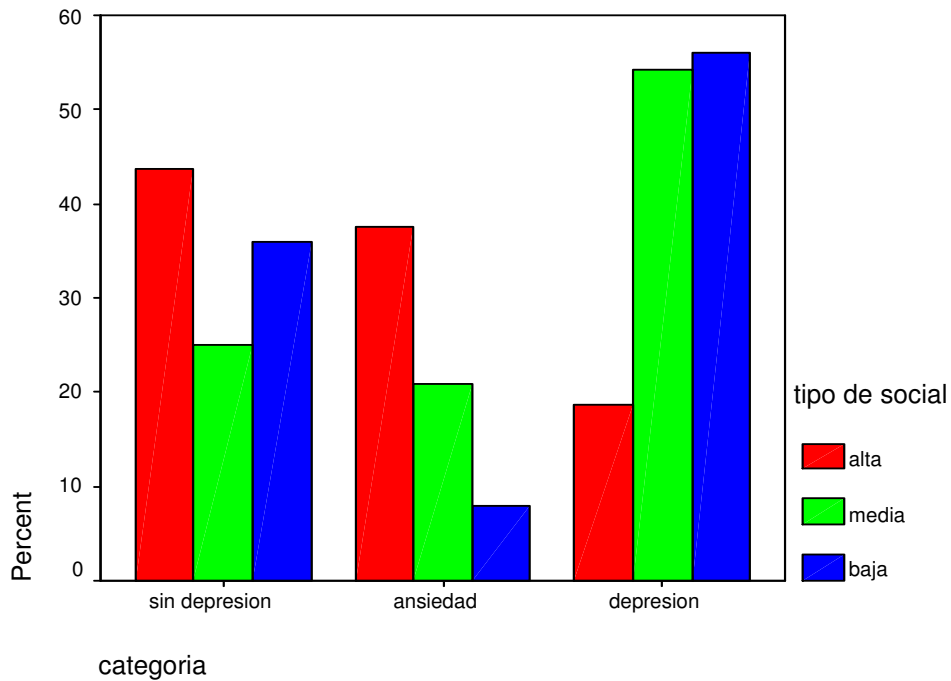


Figura 9. Muestra el porcentaje de la población respecto a los tipos de social en los diferentes niveles de depresión

## **Moral**

La correlación dada en esta subescala y la depresión es de ( $c= 0.276$ ) lo que habla de una relación baja y no significativa. En cuanto a los grupos se observa que se concentran en su mayoría (67.7%) en moral media (ver figura 10)

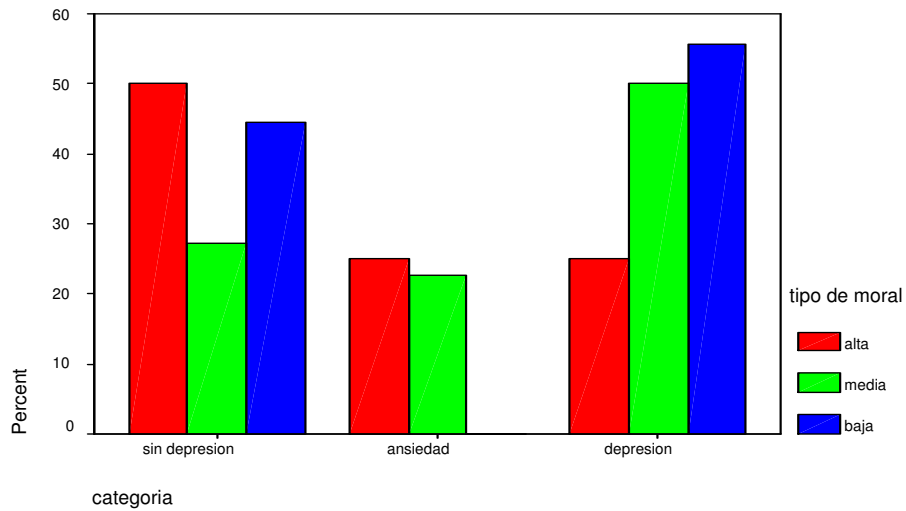


Figura 10. Muestra el porcentaje de la población respecto a los tipos de moral en los diferentes niveles de depresión.

## **Organización**

Se observa una correlación baja y significativa para esta subescala respecto a la depresión ( $c=0.309$ ) y en cuanto a la inclinación de la muestra esta se ve en dirección a la organización alta (ver figura 11)

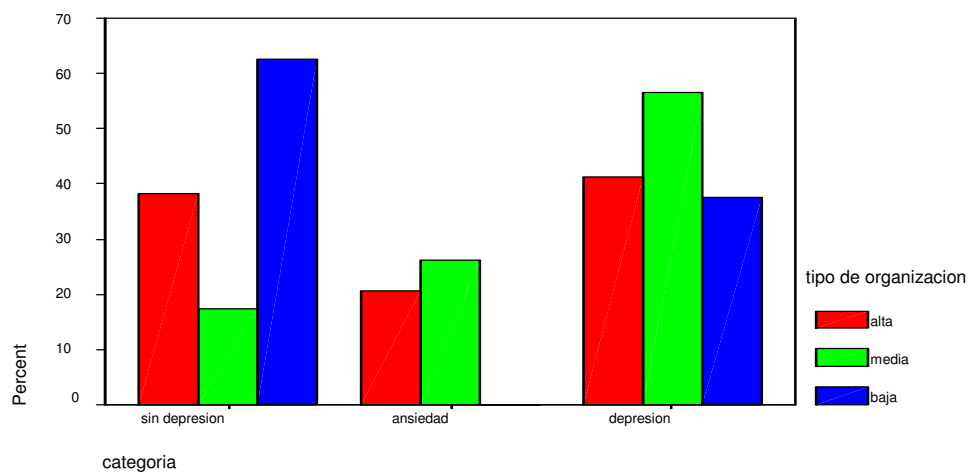


Figura 11 Muestra el porcentaje de la población respecto a los tipos de organización en los diferentes niveles de depresión

### **Control**

La correlación dada en esta subescala es de ( $r=0.250$ ), lo que señala una relación baja y no significativa y en lo que respecta a los grupos, los resultados son dispersos ya que; de los sujetos sin depresión el 50.0% y el 53.3% de los depresivos se inclinan a control medio, mientras que el 61.5% de los ansiosos se inclinan a control bajo (ver figura 12)

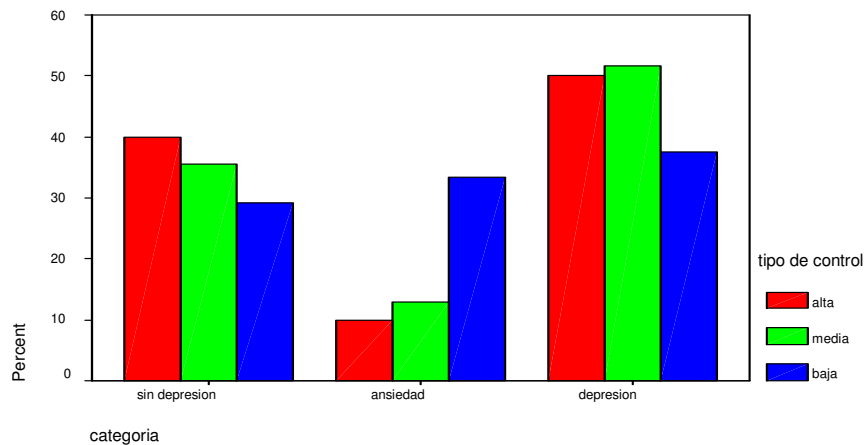


Figura 12. Muestra el porcentaje de la población respecto a los tipos de control en los diferentes niveles de depresión

## DISCUSION

Los resultados descritos marcan una relación no significativa entre el clima social familiar y la depresión infantil; es decir que la relación es tan baja que pueda ser que exista o no o bien que no afecta realmente a las variables. Sin embargo es importante mencionar algunas tendencias generales de la población. Primeramente en lo que se refiere a los datos generales tenemos resultados que muestran que:

1. Tal como se ha mencionado en múltiples investigaciones el rol de la mujer sigue siendo el de la cuidadora de la familia, aún y cuando ésta trabaje, todavía es la principal responsable de atender las necesidades escolares de los niños.
- 2.-La edad promedio de las madres de esta muestra es de 30 años, lo que nos señala que nos encontramos con una población joven, lo que de alguna manera puede repercutir en los vínculos positivamente, al no existir una diferencia muy marcada generacionalmente hablando.
3. El nivel académico es con tendencia hacia estudios superiores, principalmente a nivel licenciatura, lo que habla de una población preparada académicamente.
- 4.- El número de descendientes es en su mayoría es de dos, lo que nos habla de familias pequeñas, lo que parece manifestar un clima estable.

En lo que respecta a las subescalas del clima familiar se observa que:

En el área de **Relaciones**, la cohesión tuvo gran presencia con puntuaciones altas en todos los subgrupos y aunque la cohesión es un rasgo característico de las familias mexicanas en el ámbito cultural (Pardo, 1984), se debe considerar que si los puntajes dados para estos resultados ya han sido estandarizados en esta población, entonces esta tendencia tendría que quedar casi nula.

Respecto a esta situación, en otros estudios también se ha observado los niveles de cohesión alta. Por ejemplo, en el trabajo de Eguiluz (2004) referente a la ideación suicida y clima social familiar se encontró que las correlaciones entre dichas variables fueron negativas; esto significa que cuando en las áreas de clima familiar se obtienen puntajes altos, los niveles de ideación suicida son bajos, lo que quiere decir que estos factores no favorecen la ideación suicida. Y es en este trabajo que como aspecto sobresaliente se obtuvieran principalmente tres factores que alcanzaban puntajes bastantes elevados, los cuales fueron:

- la cohesión familiar
- la expresividad
- la actuación

Lo anterior marca cierto antecedente del tipo de cohesión en las familias mexicanas. Y es en este sentido que algunos autores señalan que este tipo de propensión (cohesión alta) es particular de familias psicóticas. Afortunadamente otros autores (Pardo, 1984), no lo ven así, solo aluden a una característica cultural cuya directriz es lo que mantiene unida a la gran familia mexicana. Entonces la cohesión elevada en México, contribuye a una unión fuerte y sólida que aunque pudiera afectar a otro tipo de familias no se considera negativa en nuestra sociedad.

Además de la cohesión, en esta misma dimensión de Relaciones, se encuentran las subescalas de expresividad y conflicto, las cuales se reportan con niveles bajos; lo que nos habla de familias muy reservadas en cuanto a la expresión de sentimientos y que probablemente no se permitan la manifestación abierta de agresividad o de conflicto verbales.

Por otra parte en la dimensión de **desarrollo** tenemos que la muestra señala tendencias a ser muy autónomos; es decir con mucha seguridad en sí mismos y que toman sus propias decisiones. Además de que con los puntajes de actuación podemos decir que se perfilan como familias altamente competitivas. Lo que apoya también la idea de que la cohesión alta no impide la individualización.

En este sentido debemos recordar que la autonomía, la actuación y el control permiten el desenvolvimiento sobre un control de los vínculos familiares, podemos decir que al no encontrar diferenciación significativa entre las subdivisiones de depresión, las relaciones familiares (de ésta muestra al menos) entonces estos elementos no son un factor determinante para la depresión.

Sin embargo, continuando con el análisis de la dimensión tenemos que intelectualmente la población se ubica en la media en el caso de los depresivos y con tendencia a intelectual alta para los ansiosos y los sujetos sin depresión, lo cual sugiere que existen ciertos niveles de depresión familiar.

En cuanto a lo social, la muestra apunta hacia lo bajo, excepto los ansiosos que se inclinan por la sociabilización. Aquí, cabe mencionar que la familia nuclear tiende a cerrarse en las relaciones lo que pudiera explicar ese bajo nivel en social y evidentemente que los ansiosos por característica propia deben estar con más movimiento, más participativos, en una serie de actividades y prácticas de valores de tipo ético y religioso (moral alta).

En la dimensión de **Estabilidad** (incluye la organización y el control en la vida familiar) tenemos principalmente puntuaciones que marcan una organización alta (altos grados de planificación y responsabilidad) y un control ubicado en la media (seguir las reglas) excepto los ansiosos que se inclinan por un control bajo, es decir que no siguen del todo los procedimientos establecidos.

Así, algunas cuestiones que no deben pasar inadvertidas, son que sí en varias investigaciones se ha encontrado una alta asociación entre ciertas variables del clima social familiar (Kaslow, 1996) específicamente cohesión (Olson, 1983) y depresión infantil, debe considerarse el hecho de que en esta muestra no se marca esta relación; entre otras cosas podremos mencionar los siguientes aspectos:

1. Probablemente el instrumento no sea el adecuado, ya que es un instrumento diseñado para otro tipo de población (española) y aunque se hagan ajustes tal vez convendría diseñar uno adecuado a la población

mexicana, considerando sus características culturales de manera rigurosa.

2. El cuestionario de depresión original, pudo haber sido sensible a las modificaciones hechas y aunque eran sugeridas por los autores y se piloteo en un primer momento, tal vez con otro instrumento se pudieran encontrar mayor grado de relación entre las variables.
3. Puede haber influido en la aplicación, el hecho de que nosotras como investigadoras también fungíamos como profesoras de los alumnos y las familias o padres que respondieron pudieron verse influenciados a dar respuestas hacia "lo ideal" , porque no es lo mismo alguien totalmente desconocido que alguien a quien se ve a diario y que además evalué a la familia.
4. El tipo de población es también un asunto interesante a considerar; empezando por el tamaño de la muestra porque aunque se esperaban 120 familias finalmente solo 65 participaron en el estudio lo que reduce de alguna manera la significancia estadística.
5. Debemos recordar que la prueba está diseñada para otras características culturales y aunque las medidas sean estandarizadas a nuestra muestra a través de un método estadístico confiable, esto no puede garantizar que los ítems sean sensible a la población aplicada.

## CONCLUSIONES

La depresión conlleva gran sufrimiento a la persona que la padece y generalmente también a los que conviven con ella. Además de que interfiere con el desarrollo normal ocasionando problemas adicionales: como en el desarrollo de habilidades sociales, académicas e interpersonales; entonces afecta el ajuste del individuo a su medio y promueve el deterioro en varios aspectos de su vida.

Algunos autores como Toledo y Fernández (1995) , postulan un aumento de incidencia de depresión y suicidio en la población joven. Estudios empíricos sostienen que el riesgo de recurrencia es alto si el primer episodio ocurrió en la niñez o adolescencia. Sin embargo aún es relativamente poca la información o los estudios referentes a la depresión infantil relacionada con situaciones del clima familiar, además son pocos los estudios que proponen planes de prevención.

Detectar los factores de riesgo de la depresión no sólo implica una mayor comprensión del trastorno para su estudio, sino también una herramienta útil en la clínica para detectar situaciones familiares potencialmente peligrosas para el niño. Lo que posibilita intervenciones previas a que dicho trastorno aparezca. Es aquí donde la importancia del presente estudio se hace relevante para



fomentar la concientización de la dinámica familiar que aunque mucha gente “sabe” que de alguna manera afecta el desarrollo sano de los pequeños, en realidad desconoce las magnitudes que tales factores pueden desencadenar. Es decir, “sabemos” pero no sabemos, porque no hay suficientes estudios ni suficiente información que avalen las suposiciones teóricas.

La historia del estudio de la depresión en niños revela que dicho trastorno se presenta en la niñez en forma análoga que en la adultez, en cuanto a sus criterios diagnósticos esenciales. Aproximadamente en 1970 comienzan a realizarse los primeros estudios empíricos. Anteriormente, diferentes conceptualizaciones postulaban que la depresión no podía presentarse antes de la adolescencia o bien se manifestaba en forma diferente en niños que en adultos. Estos postulados crearon confusión y dificultaron el diagnóstico y evaluación, sin embargo contribuyeron a recalcar los cambios evolutivos que se reflejan en las características asociadas de la depresión mayor. El trastorno depresivo a tempranas edades interfiere significativamente con el desarrollo cognitivo, afectivo y social del niño. Particularmente importante es la afectación del individuo mismo en el sistema familiar, y la manera en que éste a su vez con el síntoma mueve dicho sistema.

Es indudable que la familia cumple un rol determinante en la vida del niño. Y es indudable también que es parte importante del problema y de la solución. Si la depresión es una problemática seria, la depresión a edades tempranas es todavía más seria y como ya se menciono afectara varias esferas del desarrollo.

Se ha observado que generalmente la depresión en niños se da junto con otros trastornos; como trastornos de ansiedad, distímico, de la conducta, entre otros, si bien no hay acuerdo en cuál de ellos se da con mayor prevalencia es importante tener clara la problemática del menor para dar la ayuda adecuada y disolver a la brevedad situaciones de riesgo para los futuros adultos. Lamentablemente estos trastornos suelen confundirse entre sí y evidentemente que las acciones encaminadas a la solución de los mismos no surten el efecto debido (desde la primera instancia) por un inadecuado diagnóstico de la situación, dado desde una primer manifestación, por lo que en este trabajo nos

interesa tener claro ciertas condiciones que pudieran de alguna manera favorecer la depresión.

Partíamos de la hipótesis de que algunas subescalas del clima social familiar de acuerdo a lo planteado por Moss (1987) tendrían una relación directa con la depresión en niños de edad escolar, inclinándonos sobre todo y específicamente a la cohesión, sin embargo tras la aplicación del cuestionario de depresión y la escala del clima social no se encontró relación directa entre estas variables.

Elegimos la cohesión como variable debido a que en estudios anteriores ha sido una variable corroborada con cierta relación con la depresión; se ha dicho incluso que ha menor grado de cohesión familiar mayor depresión (Toledo, 1995 ), sin embargo dichos estudios no han sido llevados a cabo con población mexicana por lo que optamos por tomar una muestra y estudiarla, y en los resultados obtuvimos que para nuestra muestra no se encuentra esta relación.

Contrario a lo que quisimos encontrar, el cuestionario de depresión a niños arrojó puntajes que señalan que gran parte de nuestra población infantil presentan rasgos depresivos, y a pesar de las limitantes del estudio, es importante dar propuestas para llevar a cabo trabajo en el ámbito de la prevención; ya que posiblemente un taller dirigido a padres y niños abordando los puntos que favorecen un clima familiar o variables refiriéndonos a la dimensión de relación y organización, podrán ofrecer a los involucrados un criterio para medir o evaluar al interno de su familia y con ello favorecer la adecuada interacción de los implicados, para con ello prevenir la aparición de las conductas infantiles inadecuadas de las cuales se ha estado hablando y en las que se encuentra la depresión y la ansiedad.

Aunque evidentemente en esta cuestión de la prevención no podemos dejar de lado a los involucrados en los demás subsistemas, como lo es el sistema escolar, porque evidentemente es uno de los subsistemas que junto con el familiar se relacionan y compaginan y para obtener mejores resultados será necesario encaminar acciones para esclarecer las relaciones que con su

entorno tiene el niño y que si bien no surgen en la familia, tienen gran trascendencia.

Uno de los aspectos que más nos llamo la atención es el referente a los puntajes que el grupo de “ansiosos” proporcionó (además del número de sujetos que cayeron en esta categoría), ya que este grupo arrojó datos que pueden interpretarse alarmantes; por ejemplo el hecho de que reporten baja expresividad sugiere que pueden presentarse conflictos constantes debido a la ansiedad persistente, la que aunada a la poca expresión de sentimientos tienda en cualquier momento a desencadenar situaciones conflictivas entre los miembros e incluso manifestar algún tipo de agresividad y conllevar como menciona Valdez, (1983) final y posiblemente a una depresión severa debido a esa carga de estrés latente en ellos. Este hecho asimismo se relaciona con los bajos niveles de control que se reportaron.

Debemos recordar que la expresividad y la cohesión son subescalas que se relacionan estrechamente y en este caso es preocupante el hecho de que la expresión no sea tan fructífera porque repercutirá directamente en la cohesión y al existir una buena cohesión, la familia podrá expresar de forma clara aquello que le aqueja.

Es importante no dejar de lado que para realizar un análisis más preciso deberá considerarse ver la actuación directa del sistema familiar, y conocer así de alguna manera su danza (Minuchin,1989) que en el caso de esta investigación pudo verse limitada, debido a que se conoce de alguna manera a las familias y muchas de las situaciones que se reportan a través de los ítems no coinciden con lo observado día a día por las investigadoras quienes fuimos como profesoras en este colegio, por lo que podemos decir que las respuestas no fueron del todo veraces y por lo tanto se deja ver que el instrumento como toda prueba es susceptible de errores.

Además considerando otras posibles deficiencias de esta investigación, no podemos dejar pasar el hecho de que al elegir la población se sospechaba de un alta cantidad de niños depresivos, hecho que no fue confirmado ya que los

resultados mostraron únicamente una mayoría situada en el nivel de “ansiedad”.

Por otra parte el sistema escolar es un aspecto a considerar tanto en su funcionamiento interno como el externo, en este caso convendría evaluar también las condiciones que se presentan en dicho sistema y que puedan estar contribuyendo a estos resultados. Es decir, que se debe analizar más profundamente el tipo de institución para saber la manera en que esta a su vez este fomentando algún tipo de ansiedad en su población.

A veces se olvidan que aunque son dos sistemas diferentes familia y escuela ambos tienen el objetivo común de fortalecer las habilidades y el conocimiento del pequeño para un mejor funcionamiento en cualquier sistema en el se encuentre inmerso.

También se destaca que son familias aprehensivas lo que se ve en los niveles de exigencia presentados en lo intelectual y altos grados de estudio, lo cual en un futuro podrá propiciar en los niños depresión.

Recordemos que dentro de la visión sistémica escuela y familia son importantes subsistemas interrelacionados por tanto hay que evaluar a ambas.

En esta investigación se dejó de lado el sistema escolar, hubiera sido importante para un análisis más objetivo evaluar la percepción del niño en la escuela y sus relaciones al interno.

Las fuentes primarias (artículos científicos en los cuales se reportan investigaciones empíricas), no se han podido hallar, ya que generalmente son proporcionadas por revistas extranjeras y no siempre es posible conseguirlas. En tales casos se mencionan fuentes secundarias que compilan y resumen la información de primera mano. La mayor parte de los estudios citados pertenecen a otros países, fueron realizados en otra cultura, contexto y situación diferente. Generalizarlos queda pendiente para futuras investigaciones.

Se debe resaltar la falta de prevención en cuanto a esta problemática social (depresión) la que se va haciendo más grande cada vez, ya que de alguna manera en nuestra cultura no existe el nivel preventivo.

Como se debe recordar la terapia familiar sistémica no requiere necesariamente de la asistencia a consulta de todos los miembros de la familia, en ocasiones es suficiente con que asista un solo miembro ya que con eso se podrá trabajar para ir cambiando al sistema, lo que no significa que se este excluyendo a los demás.

Por otro lado cabe señalar que en este trabajo se hace la mención de la importancia del papel de la escuela en relación al papel de la familia, pero este tipo de problemas evidentemente debe resolverse a través de la intervención de los padres, puesto que son ellos los que deben acudir a pedir la ayuda del especialista en cuestión pero si desconocen los síntomas asociados evidentemente que no lo harán por ello es tan importante seguir el plan preventivo sugerido en este trabajo y empezar a contribuir a un cambio en la cultura de la prevención.

De la información recabada en este estudio se destaca que las **funciones parentales** son fundamentales para facilitar la presencia o ausencia del trastorno depresivo en niños. En base a la investigación bibliográfica realizada se concluye que algunos de los **factores de riesgo familiares** asociados a la depresión en niños pueden ser:

\* La **presencia de un progenitor depresivo**, especialmente si la **madre** padece el trastorno, la cual es un factor de riesgo para tal trastorno en presencia de eventos de vida negativos.

\* El **abuso sexual, el maltrato físico, emocional y la negligencia. Mismas que por ser condiciones particulares no se tocaron a fondo en esta investigación** El ambiente familiar es un factor importante para contribuir a la sintomatología asociada al abuso y a las experiencias de victimización temprana. Las funciones familiares pueden facilitar o no la presencia de depresión en niños, o bien actuar como amortiguadores para los factores de riesgo.

\* La **violencia conyugal** y la exposición de los niños a esta.

\* La **inhibición social y/o timidez del niño con bajo soporte familiar** podría ser un factor de riesgo.

\* Los **niveles bajos de cohesión familiar** en las primeras etapas del ciclo familiar

Es necesario recalcar que ambos factores de riesgo no se han estudiado para la población infantil. En el presente trabajo se los postula como **posibles** factores, a corroborar por futuras investigaciones.

\* La modalidad **de apego** caracterizada por la alternancia entre la **sobreprotección y el abandono (ambivalentes)**. Vínculos de apego **evitativos y rechazantes (inseguros)**.

\* **El divorcio** es otro factor de riesgo. Las transiciones maritales seguidas al divorcio, las experiencias familiares que los antecede, la salud psíquica y física de los padres y las desventajas socioeconómicas intervienen en el ajuste del niño al divorcio.

Las cualidades parentales en el divorcio y en los demás factores de riesgo mencionados, intervienen significativamente para exacerbar o amortiguar el impacto de tales experiencias.

## **Plan de Prevención**

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

Se propone un plan para **detectar niños en situaciones familiares de riesgo tomando en cuenta los factores que anteriormente se mencionaron** dirigida especialmente al personal docente que trabaja en el **ámbito escolar**, taller para maestros.

El ámbito cotidiano de los niños, fuera de su grupo primario, es la escuela. El contacto diario con dicho grupo, posibilita la detección de factores de riesgo para este trastorno, así que es muy importante estar conscientes del papel que el personal de las instituciones educativas está tomando para prevenir o no la depresión; tomando las decisiones pertinentes para el seguimiento de los posibles casos detectados.

Como hemos mencionado frecuentemente a lo largo de este trabajo, los niños que padecen depresión son caracterizados como tímidos e introvertidos y dicho trastorno no es detectado como debiera ser.

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

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

**1)- Informar al personal escolar** con respecto a:

a) Las características generales de la depresión en niños y su importancia en el desarrollo

b) Los factores de riesgo familiares y su relevancia para dicho trastorno.

**2)** Sobre la base de los conocimientos adquiridos previamente, el docente deberá prestar especial atención a ciertas **conductas observables** que podrían indicar la presencia de síntomas depresivos.

Ellas son:

- cambio con respecto a la actividad previa o en el rendimiento escolar
- irritabilidad, culpabilidad
- quejas somáticas
- fobia escolar
- pensamientos suicidas
- llantos inmotivados
- disminución de la capacidad de concentración o falta de interés
- pasividad constante o retraso motor
- agitación excesiva
- fatiga o pérdida de la energía.
- frecuentes quejas somáticas
- aislamiento social (sociabilización disminuida).

Deben persistir por lo menos dos semanas.



Esta tarea es facilitada por el acceso directo y cotidiano del docente con el niño.

**3)** En caso de detectar una o más de estas conductas el **docente deberá informar de la situación al personal responsable de la institución**. El paso siguiente debe ser una **entrevista** con el o los adultos responsables del niño, con el objetivo de informar acerca de lo observado y sus posibles implicaciones.

Se debe entender que el fin de dicho encuentro es comprender la situación del niño, brindar el apoyo necesario e idear intervenciones conjuntas en el caso de ser necesarias, para evitar posibles consecuencias adversas en el desarrollo cognitivo, afectivo y social del niño. Sugerir a la familia una entrevista con profesionales de salud mental, si es necesario. El colegio debe tener toda la información necesaria acerca de los especialistas del tema. Se debe explicar detalladamente a la familia la importancia de dicha derivación. Es importante que el personal docente tome una actitud cálida y confiable, la familia no debe sentirse cuestionada y juzgada en cuanto a sus funciones básicas y valores.

**4)** Esta etapa del plan de prevención consiste en el **seguimiento** por parte del personal docente acerca de la conducta observable del niño. De esta forma se podrá intervenir nuevamente en los casos que así lo requieran. Es fundamental incluir a la institución escolar como agentes de salud mental, ya que ésta junto con la familia constituyen los pilares sobre los que se desarrolla la vida afectiva, cognitiva y social del niño.

**El** papel de madres y padres en el desarrollo de sus hijos, abarca aspectos no sólo biológicos y emocionales, sino también culturales y sociales. Ser papá o mamá es una labor que requiere de información para evitar y contrarrestar problemas que pueden enfrentar sus hijos, problemas que se denotan en actitudes que muchas veces se consideran como “de la edad” por lo tanto en la siguiente etapa del plan se deben considerarse fundamentales algunos talleres con las temáticas mas propicias que fomenten el fortalecimiento de la personalidad del niño y de la vida familiar conjunta.

5) Los talleres propuestos versan sobre los siguientes temas:

Dirigidos a PADRES:

- Técnicas de crianza
- Límites y jerarquías
- Divorcio
- Niños exitosos
- La tarea sin problemas
- Niños con ansiedad
- Introducción al estrés infantil
- Estrés debido a la escuela
- Ansiedad en las relaciones
- Ansiedad y depresión
- Miedos y fobias infantiles
- Normas y valores en los niños
- Integración y cohesión grupal
- Cómo mejorar la autoestima en adultos y niños
- Estrategias para mejorar la relación entre hermanos
- Desarrollo psicológico del niño
- Desprotección y sobreprotección infantil
- Estrés en las madres y la repercusión en sus hijos
- El niño ante la pérdida de un ser querido
- Maltrato al menor: consecuencias y medidas preventivas

Ningún niño o niña está exento de estos riesgos; estos son problemas que aparecen en cualquier grupo social, de cualquier lugar del mundo. Las madres y padres de familia deben estar informados de todos los peligros a los cuales pueden enfrentarse sus hijos para, en los casos necesarios, establezcan las medidas preventivas o correctivas, de tal forma que los niños construyan para sí mismos proyectos de vida fructíferos y estables.

Así como los padres deben tener la información necesaria, los niños deben estar informados acerca de las posibles situaciones que lleguen a afectar sus relaciones o bienestar personal.

Entonces los talleres dirigidos a NIÑOS serán:

- Autoimagen
- Toma de decisiones
- Integración y cohesión grupal
- Asertividad: expresión libre y segura
- Aprendiendo a compartir
- Éxito y fracaso escolar
- Sentimientos y valores
- Mis miedos son...

También es importante que el responsable del curso esté pendiente de las participaciones de los padres y madres de familia en los Foros de Discusión

pues la idea de éstos es que haya un verdadero intercambio de impresiones acerca de lo trabajado en cada uno de los temas tratados.

**ANEXOS**

### **ANEXO 1**

Estimados padres de familia:

Favor de llenar los datos generales que a continuación aparecen.

Nombre del tutor: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Nivel de estudios: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

No. De hermanos: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Edad (años y meses): \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

### CLIMA SOCIALFAMILIAR:

*Lea las frases de este impreso, Ud. Tiene que decir si le parecen verdaderas a falsas en relación con su familia ..*

*Si Ud. cree que respecto a su familia, la frase es Verdadera o casi siempre verdadera, marcará, en la Hoja de respuestas, una X en el espacio correspondiente a la V ('Verdadero); si cree que es falsa o casi siempre falsa, marque una X en el espacio correspondiente a la F (Falso.) Si considera que la frase es cierta para unos miembros de la familia y para otros falsa, marque la respuesta que corresponda a la mayoría.*

*Siga el orden de la numeración que tienen las frases aquí y en la Hoja, para evitar equivocaciones. La flecha le recordara que tiene que pasar a otra línea en la Hoja.*

*Recuerde que se pretende conocer lo que. piensa Ud. sobre su familia; no intente reflejar la opinión de los demás miembros de ésta.*

### NO ESCRIBIRA NADA EN ESTE IMPRESO

- 1 En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.
- 2 Los miembros de la familia guardan. A menudo sus sentimientos para sí mismos.
- 3 En nuestra familia reñimos mucho.
- 4 En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta.
- 5 Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos.
- 6 A menudo hablamos de temas políticos o sociales.
- 7 Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre,
- 8 Los miembros de mi familia asistimos con bastante regularidad a las cultos de la iglesia.
- 9 Las actividades de nuestra familia se planifican cuidadosamente.
- 10 En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces
- 11 Muchas veces da la impresión de que en casa sólo estamos «pasando el rato
- 12 En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos
- 13 En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enfados.
- 14 En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno.
- 15 Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.
- 16 Casi nunca asistimos a conferencias o conciertos.
- 17 Frecuentemente vienen amigos a comer en casa. o a visitamos.
- 18 En mi casa no rezamos en familia.
- 19 En mi casa somos muy ordenados y limpios.

- 20 En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir
- 21 Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa
- 22 En mi familia es difícil -desahogarse- sin molestar a todo el mundo
- 23 En casa a veces nos enfadamos tanto que golpeamos a rompemos algo.
- 24 En mi familia cada uno decide sus propias cosas.
- 25 Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno.
- 26 En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente.
- 27 Alguno de mi familia practica habitualmente deportes: fútbol, baloncesto, etc.
- 28 A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad. Pascua y otras fiestas.
- 29 En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos.
- 30 En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones.
31. En mi familia hay un fuerte sentimiento de unión.
32. En mi casa comentamos nuestros problemas personales
33. Los miembros de mi familia casi nunca mostramos nuestros enfados.
34. Cada uno entra y sale en casa cuando quiere.
35. Nosotros aceptamos que haya competición y .que gane el mejor
36. Nos interesan poco las actividades: culturales.
  - 37 Vamos a menudo al cine, a competiciones deportivas o excursiones, etc.
  - 38 No creemos en el cielo ni en el infierno
  - 39 En mi familia la puntualidad es muy importante.
- 40 En casa las cosas se hacen de una forma establecida
41. Cuando hay que hacer algo en casa, es raro que se ofrezca algún voluntario.
42. En casa, si a alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más,
43. Las personas de nuestra familia criticamos frecuentemente unas a otras.
- 44 En mi familia, las personas tienen poca vida privacidad o independiente.
- 45, Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor.
46. En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales.
47. En mi casa, todos tenemos una o dos aficiones.
- 48 Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o esta mal.
- 49 En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente
50. En mi Casa se da mucha importancia a cumplir las normas
- 51 Las personas de mi familia nos apoyamos de verdad unas a otras.
- 52 En mi familia cuando se queja siempre hay otro que se siente afectado.
- 53 En mi familia a veces nos peleamos a golpes.
- 54 Generalmente en mi familia cada persona sólo confía en sí misma cuando surge un problema.
- 55 En casa, nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las calificaciones escolares.
- 56 Alguno de nosotros toca un instrumento musical.
- 57 Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera del trabajo o de la escuela'.
- 58 Creemos que hay algunas cosas en 'as que hay que tener fe.
- 59 En casa nos aseguramos de que nuestras habitaciones quedan limpias. En 60
- 60 En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor.
61. En mi familia hay poco espíritu de grupo.
62. En mi familia los temas de pagos y dinero se trata abiertamente.
63. Si en la familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz.
64. Las personas de la familia se animan firmemente unos a otros a defender sus propios derechos.
65. En nuestra familia apenas nosotros esforzamos para tener éxito.
66. Las personas de mi familia vamos con frecuencia a las bibliotecas.
67. **Los miembros de familia asistimos a veces a cursillos o clases particulares por afición o por interés.**
68. En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que está bien o mal.
69. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona.
70. En mi familia cada uno puede hacer lo que quiera.
71. Realmente nos llevamos bien unos con otros.
72. Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos.
73. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros.
74. En mi casa es difícil ser independientes sin herir los sentimientos de los demás.
- 75 Primero el trabajo luego la diversión es una norma en mi familia.
76. En mi casa, ver la televisión es más importante que leer.
77. Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos.
78. En mi casa, leer la Biblia es algo muy importante.
79. En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado.
80. En mi casa las normas son bastantes flexibles
81. En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno.

- 82. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo.
- 83. En mi familia creemos que no se consigue mucho levantando la voz.
- 84. En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa.
- 85. En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o el estudio.
- 86. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura.
- 87. Nuestra principal forma de diversión, es ver televisión o escuchar la radio.
- 88. En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá su castigo.
- 89. En mi casa, de ordinario, la mesa se recoge inmediatamente después de comer.
- 90. En mi familia uno no puede salirse con la suya.

**COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES**

**ANEXO 3**

Questionario para el diagnostico de los cuadros depresivos del Dr. Guillermo Calderon.

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

	No	Poco	Regular	Mucho
1. ¿Se siente triste o afligido?				
2. ¿Llora o tiene ganas de llorar?				

3. ¿Duerme mal de noche?				
4. ¿En la mañana se siente peor?				
5. ¿Le cuesta trabajo concentrarse?				
6. ¿Le ha disminuido el apetito?				
7. ¿Se siente obsesivo o repetitivo?				
8. ¿Ha disminuido su interés sexual?				
9. ¿Considera que su rendimiento en el trabajo o en el estudio es menor?				
10. ¿Siente presión en el pecho?				
11. ¿Se siente nervioso, angustiado o ansioso?				



12¿Se siente cansado o decaído?				
13¿Se siente pesimista, piensa que las cosas le van a salir mal?				
14¿Le duele con frecuencia cabeza o la nuca?				
15¿Estas mas irritable o enojado que antes?				
16¿Se siente inseguro, con falta de confianza en usted mismo?				
17¿Siente que le es menos útil a su familia?				
18¿Siente miedo de algunas cosas?				
19¿Siente deseos de morir?				
20¿Se siente apático, sin interés en las cosas?				

\*Calificar igual si hay aumento de sueño o apetito

#### ANEXO 4

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
 Edad \_\_\_\_\_ Grupo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

		Sí	Sí	Sí
	No	Poco	Regular	Mucho
1¿Te sientes triste?				
2¿Te dan ganas de llorar?				
3¿Te sientes cansado?				
4¿Duermes mal en las noches?				
5¿Tienes pesadillas?				
6¿Te sientes mal por las mañanas?				
7¿Sientes menos hambre?				
8¿En la escuela trabajas lento?				
9¿Sientes menos ganas de jugar?				
10¿Has perdido el interés hacia las labores escolares?				
11¿Has perdido el interés en platicar?				
12¿Ha disminuido tu interés por los juguetes?				
13¿Estas aburrido con frecuencia?				
14¿Se te dificulta expresar tus sentimientos?				
15¿Te dan ganas de jugar en todo momento?				
16¿Te enojas sin razón?				
17¿Tienes sueño a lo largo del día?				
18¿Piensas que las cosas te saldrán mal?				
19¿Te dan ganas de destruir cosas?				
20¿Te cuesta trabajo concentrarte en cualquier actividad?				

21¿Te dan ganas de gritar?				
22¿Estas mas irritable que antes?				
23¿Sientes deseos de morir?				
24¿Tienes pensamientos sobre la muerte?				

## REFERENCIAS

- Ackerman, N. (1988). **Diagnostico y Tratamiento de las relaciones familiares**. Buenos Aires: Paidós, Cap. I.
- Aguirre, B. (1998). **Depresión y cultura infantil**. [www/unibarcelona.ep](http://www.unibarcelona.ep).
- Amato, P. & Booth, A. (2001). The legacy of parent's marital discord: consequences for children's marital quality. **Journal of Personality and Social Psychology**, 81:627-638.
- Anderson, (1980). **Sociología de la familia**. México: Fondo de Cultura Económica.
- Andolfi, M. (1984). **Terapia Familiar. Un enfoque interaccional**. Buenos Aires: Paidós.
- Badillo, I. (1997). **La depresión infantil**. Barcelona: Bardena, Colección Infad.
- Bateson, G. (1976). **La Nueva Comunicación**. Barcelona: Kairòs.
- Beck, T., Rush, T. y cols. (1983). **Terapia Cognitiva de la depresión**. Bilbao: Desclèc De Bouwer.
- Bertalanffy, L.(1976). **Teoría General de Sistemas**. Fondo de cultura económica: Madrid.
- Blanco, S.(1998). **Etapas del Ciclo Vital de la Familia y la Pareja**. Tesis ENEP Iztacala, Estado de México.
- Bleichmar, H.B. (1991). **La Depresión un estudio Psicoanalítico**. Argentina: Nueva Visión. Introducción.
- Boney-Mc., S.; Finkelhor, D. (1996). Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms

and family relationships? ***Journal of Consulting & Clinical Psychology***. Vol. 64, N. 6 Washington D.C.

- Buela - C. G. y cols. (1997). ***Psicología Preventiva. Avances Recientes en Técnicas y Programas de Prevención***. Madrid: Pirámide.
- Calderón, S. (1998). ***La Depresión***. Tesina ENEP Iztacala, Edo. De México.
  
- Calderón, G. (1992). Cuestionario Clínico para el diagnóstico de los cuadros depresivos. ***Revista Med. IMSS***. México: 30: 77-81.
- Cameron, N. (1982). ***Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad***. México: Trillas.
- Champion, J. (2001). ***El Niño en su Contexto***. Educación y Sistema Familiar. Barcelona: Paidós.
- Carmona, M. (1999). Violencia y sociedad. ***Revista Adolescencia y salud, Vol. 1***. pp.45-49.
- Cervantes, M. (1989). ***Problemas Escolares en Niños y su relación con la dinámica familiar***. Revista de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar A. C. Psicología y Terapia. Mexico pp. 9-15.
- Cortes y Canton, (2003). ***Guía para la evaluación del abuso sexual infantil***. Madrid: Pirámide.
- Davidson, N. (1983). ***Inquiries in to truth and interpretation***. Oxford: University Press.
- Davison, T., (1989). ***Psicología de la conducta anormal***. México: Limusa.
- De Francisco, V. (1995). ***Salud Familiar como alternativa de atención integral en las unidades de atención primario***. Colombia: Médica 26.
- De la Cuesta, D. (1999). Depresión en niños. ***Revista Cubana de Medicina General Integral***: [www.insp./salud/habana/38-383/depresión.html](http://www.insp./salud/habana/38-383/depresión.html).

- Díaz, (2001) **Enciclopedia de la familia**. México: Rezza Editores S. A. DE C.V.
- Del Barrio, V.,(colab. En Jiménez, H.) (1997).**Tratamiento Psicológico de los problemas infantiles**. Malaga: Aljibe.
- Deren, F. (1996), **A Depression Guide**. In Wing of Mandes: <http://members.aol.com/depress/index.Htm>
- DiGiorgi, .(1977).**El niño y sus instituciones**. ED. Del Valle de México.
- Diller, S. (1991). **Coherencia Metafórica, acción verbal y mental en francés**. Francia: Comunicación 53.
- Eguiluz, L. (2004). **Depresión, ideación suicida y estilos de afrontamiento en personas que viven con y sin VIH**. México: [www.depsicoterapias.com/site/detect.asp?IdSeccion=21](http://www.depsicoterapias.com/site/detect.asp?IdSeccion=21) - 28k -
- Engels, F. (1979) **La sagrada familia, o crítica de la crítica**. México: Fondo de Cultura Económica.
- Epstein, D. (1988). **Terapia Conductual con Familias**. New York: Brunner Maze.
- Espinosa, R. (1992).**El ciclo vital en familias mexicanas**. Características culturales y estructura familiar. Tesis de maestría. México: UDLA.
- Espinosa, R. (1998). **Características del funcionamiento familiar en la etapa de hijos adolescentes. En Raúl Jiménez guillen com. Familia amalgamada**. Universidad Autónoma de Tlaxcàla.
- Esquivel, L. (2000). **El libro de las emociones. Son de la razón sin corazón**. Barcelona: Plaza y Janes.
- Estrada, I. (1997). **El ciclo vital de la familia**. México: Grijalbo.
- Fernández, M. Y Herrera P. (2002). Infertilidad como evento paranormativo. **Revista Cubana Medica**. Cuba: Generación Integral
- Fernández, R. (1994). **La escuela y la familia**. Buenos Aires: Editorial Depalma.
- Ferrandiz, C. (2001). **Procedimiento de evaluación de las inteligencias**. España: Aljibe. p.p. 63-90.

- Forns, M. (1996). **Estudio del clima familiar de los futuros padres adoptivos mediante la escala de Moos y Moos**. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- García, R. (1997). **Diccionario Océano de la lengua española**. México: Océano.
- Gimeno, A. (1999). **Familia. El desafío de la diversidad**. Barcelona, Ariel.
- González, M. (2004). **Reporte de experiencia profesional**. Tesis de maestría. México. UNAM IZTACALA.
- Gottman, J.(1982). **Porqué fracasan los matrimonios**. Revista sistemas familiares. México.
- Greist, J. H., Jefferson, J. N. Y Spitzer, W. (1993). **Tratamiento de trastornos mentales**. México: Manual Moderno.
- Grossman, M. & Rowan, K. (1995). Parental relationships, coping strategies, received support, and well-being in adolescents of separated or divorced and married parents. **Rees Nurs Health**, 18:249-261.
- Haley, J. (1970). **Terapia para resolver problemas**. Buenos Aires: Amorrortù.
- Hammen, C. & Brennan, P. (2001). Depressed Adolescents of Depressed and No depressed Mothers: Tests of an Interpersonal Impairment Hypothesis. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 69:284-294.
- Herrera y Maldonado, .(2001). **Depresión cognición y fracaso académico**. International Journal of clinical an Heath Psychology.
- Jiménez, H. B. (1997). **Tratamiento Psicológico de problemas infantiles**. Málaga: Alijibe.
- Kaslow, W. (1996). **Hand Book of relational Diagnosis and Dysfunctional Family Patterns**. New York: Springer Netherlands.
- Kelly, J. (2000). Children's adjustment in conflicted marriage and divorce: a decade review of research. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 39:963-973.

- Kist, (1996). **Relación madre hijo sus importancia en el desarrollo social afectivo en niños asistidos a casas de sociocuidado diario.** México: Grijalbo
- Laget, J. (2000). Depression and suicidal risk in adolescents: detection, evaluation and management. **Schweiz Rundsch Med Prax**, 89:32-38.
- Lammoglia, E. (1996). **El triángulo del dolor.** México: Grijalbo
- Lammoglia, E. (2001). **Las mascararas de la depresión.** México: Grijalbo
- Larson, J.(1996). **Good bye depression from alcoholism. The Biochemical Connections.** <http://www.dorsai.org/haoma/depression/A>.
- Linares, J. y Campo, C. ( 2000). **Tras la honorable fachada. Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional.** Barcelona: Paidós.
- Lenti, C., Giacobbe, A. & Pegna, C. (2000). Recognition of emotional facial expressions in depressed children and adolescents. **Percept Mot Skills**, 91: 227-236.
- López, U. (2001). **La estructura familiar depresiva.** Tesina ENEP Iztacala, Edo. De México.
- McCurdy, S. & Sherman, A. (1996). Effects of family structure on the adolescent separation-individuation process. *Adolescence*, 31:307-319.
- McFarlane, A., Bellissimo, A. & Norman, G. (1995). **Family structure, family functioning and adolescent well-being: the transcendent influence of parental style.** Ontario, Canada: Department of Psychiatry, McMaster University, Hamilton.
- Mann de Dayan, S. (2001). **Ciclo Vital de la pareja.** México: <http://www.cerebrito.com>
- Marwit, S. & Carusa, S. (1998). **Communicated support following loss: examining the experiences of parental death and parental divorce in adolescence.** *Death Studies*, 22:237-255.
- Minuchin, S. (1979). **Familias y terapia familiar.** México: Gedisa.
- Minuchin, S. (1989). **Técnicas de terapia familiar.** Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S. (1994). **Calidoscopio familiar.** Barcelona: Paidós.

- Moss, R. H. (1987). **Escalas del clima social**. Madrid: TEA
- Muris, P., Schmidt, H., Lambrichs, R. & Meesters, C. (2001). Protective and vulnerability factors of depression in normal adolescents. **Behaviour Research and Therapy**, 39:555-565.
- Muñoz, M. (2005). **Efectos moderadores y mediadores en ideación suicida en jóvenes de educación media**. Costa Rica: Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y Salud.
- Notimex, (2001). **Informe sobre la salud infantil**. Mexico
  
- Olson, D. y Bruner, J. (1983). **Learning through Experience and Learning through Media**. University of Chicago Press, Chicago, Illinois: Peter (editor's).
- Onnis, L. (1996). **Terapia familiar de los trastornos psicósomáticos**. Barcelona: Paidós.
- Papalia D. y Wendoks, (1985). **Desarrollo humano**. México: McGraw-Hill.
- Parada, N. (1995). **Depresión**. México: UDLA, A. C.
- Pardo, M. (1984). **Systems Approach**. Toward Understanding Mexican psycho sati families. Tesis Doctorado. Colombia Pacific. University.
- Pine, D., Kentgen, L., Bruder, G., Leite, P., Bearman, K., Ma, Y. & Klein, R. (2000). Cerebral laterality in adolescents major depression. **Psychiatry Research**, 93:135-144.
- Price, I. & Lavercombe, L. (2000). Depression in early adolescence: relation to externalizing and internalizing behavior. **Percept Mot Skills**, 90:723-730.
- Robbins, R. (1993). **Depresión**. [www.nimh.nih.gov/newwdart/darthom](http://www.nimh.nih.gov/newwdart/darthom).
- Roche, .(1998). **Psicología de la pareja y la familia**. Barcelona: Paidos
- Rodríguez, M. (2004). **La influencia del vinculo de apego sobre creencias de autoeficiencia y habilidades sociales de niños en edad escolar**. México: U. A. P.
- Sábanes, F. (1993). **La depresión**. México: Diana.



- Salinas, M. (1999). ***La estructura familiar responsable de la conducta antisocial en el menor.*** Tesis. México: ENEP Iztacala.
- Satir, V. (1992). ***Psicoterapia familiar conjunta.*** México: Editorial Prensa Medica Mexicana.
- Secretaria de salud Publica en México, ( 2004). ***Informe sobre la depresión infantil.*** México.
- Selvinni, P. M. y otros (1994).***Paradoja contra paradoja un nuevo modelo de la familia con transacción esquizofrenica.*** México: Paidós.
  
- Shapiro, R. (1991).***Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de la familia.*** Buenos Aires: Amorrortù.
- Shiner, R. & Marmorstein, N. (1998). Family environments of adolescents with lifetime depression: associations with maternal depression history. ***Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry***, 37:1152-1160.
- Soifer R.(1980). ***Psicología del embarazo, parto y puerperio.*** Buenos Aires, Argentina: Ediciones Kargieman.
- Spruijt, E. & Goede de, M. (1997). *Transitions in family structure and adolescent well-being.* ***Adolescence***, 32:897-911.
- Toledo, E. R. y Fernández, A. F. (1995). Estados depresivos y Factores de riesgo en hijos de pacientes con enfermedad depresiva. ***Revista de Psicología.*** Madrid.
- Torres, B. (1991). ***Depresión infantil: estudios epidemiológicos en la población guipuzcoana y análisis de la transmisión intergeneracional de la patología depresiva.***  
[www.sc.ehu.es/scrwwwpt/euskara/ikerkuntza/ikerkuntzacon.htm](http://www.sc.ehu.es/scrwwwpt/euskara/ikerkuntza/ikerkuntzacon.htm)
- Valdés, M.(1983). ***Medicina Psicosomática.*** Mèxico: Salvat
- Vargas, T. (1999). Practica investigativa y familia. ***Revista Colombiana dePsicologia.***  
[www.prof.uniandes.edu.co/~psicolog/investiga/familia.htm](http://www.prof.uniandes.edu.co/~psicolog/investiga/familia.htm) - 19k
- Wolf, W. (1992).***Introducción a la psicología.*** México: Fondo de Cultura Económica.

- Zingman de Galperín, C. (1996). ***Modalidades de funcionamiento familiar***. Buenos Aires: Paidós