



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesinas de Belgrano

Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología

Factores de riesgo familiares para la depresión
en niños

Nº 22

Juliana Pedreschi

Departamento de Investigación
Julio 2002

Dedicado a Irene Pirri.

Agradezco a Silvia, Diego, Bárbara y Milagros por su apoyo y contención.

Índice

Introducción	8
Capítulo 1: Depresión en niños	
1.1- Breve reseña histórica	9
Depresión	9
Depresión en niños	10
A) La teoría psicoanalítica y la vuelta de la agresión sobre sí mismo	10
B) Síntomas únicos VS síntomas esenciales y comunes con la depresión en adultos	10
Depresión enmascarada y equivalentes depresivos	11
C) Idénticos criterios esenciales para la depresión en niños y adultos	11
1.2- Criterios diagnósticos y conceptos básicos	11
Síntoma, síndrome y trastorno	11
Criterios de Weinberg (1973)	12
Criterios de Spitzer (1978)	12
Criterios según el DSM-IV	13
Criterios según el CIE-X	13
Nuevos interrogantes	13
1.3- Depresión: prevalencia y comorbilidad	14
Prevalencia	14
Comorbilidad	14
Curso	15
1.4- Métodos de evaluación	15
Consideraciones generales	15
Entrevistas	16
Escala de evaluación	16
Pruebas de laboratorio	16
Capítulo 2: Familia	
2.1- Factores de riesgo, una perspectiva bio-psico-social	17
2.2- La familia: definición y funciones básicas	18
La familia, un sistema en evolución	18
Algunos conceptos de Salvador Minuchin y Charles Fishman	18
Perspectiva cognitivo-conductual	19
Transiciones de la familia, David H. Oslon	19
2.3- Configuraciones familiares	20
Familias uniparentales	20
Familias ensambladas	20
Capítulo 3: Factores de riesgo familiares para la depresión en niños	
3.1- Presencia de padres depresivos	20
Relaciones y otros datos de familias con un progenitor depresivo	21
Hipótesis de la vulnerabilidad cognitiva para la depresión	21
3.2- Maltrato infantil	22
Definición	22
Datos generales	22
Efectos a corto, mediano plazo del abuso sexual y físico	23
Vulnerabilidad cognitiva para la depresión y maltrato	23
Características relacionales	24
Modelo de indefensión aprendida	24
Importancia de las relaciones familiares en la sintomatología asociada al abuso	25
3.3- Relación conyugal: violencia y otros sistemas relacionales	25
Características relacionales de la violencia conyugal	25
Otros sistemas relacionales	26

3.4- Baja cohesión familiar	27
Baja cohesión	27
Bajo soporte	27
Influencia de la timidez	27
3.5- Problemas de apego	28
Teoría del apego	28
Apegos inseguros y ambivalentes	28
Formación de esquemas cognitivos y vulnerabilidad para la depresión	29
3.6- Divorcio	29
Diferentes conceptualizaciones en el tiempo	29
Datos relevantes	30
Posibles relaciones en la situación de divorcio	31
 Capítulo 4: Conclusiones	
Conclusiones	31
Plan de prevención	32
Bibliografía	33

Introducción

La depresión en niños ha sido un tema controvertido a lo largo de la historia. Se pensaba que ésta no se presentaba antes de la adolescencia, o bien se manifestaba en forma diferente a la de los adultos. La falta de estudio sistemático y la ausencia de criterios diagnósticos contribuyeron a retrasar su estudio. Aproximadamente a fines de 1970 y principios de 1980 comienzan a realizarse los primeros estudios empíricos, con lo cual estamos frente a un área de investigación relativamente nueva.

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.

Nuevos estudios indican que las clasificaciones oficiales actuales no definen adecuadamente el trastorno en cuestión. Es necesario profundizar en las investigaciones al respecto para presentar criterios diagnósticos adecuados.

La importancia fundamental de la familia a principios de la vida del ser humano para la supervivencia y para la conformación como individuos, nos hace pensar que en este sistema se presentan factores de riesgo para la depresión en la niñez.

La familia es el primer sistema relacional en el cual estamos insertos, y como tal es la matriz creadora de significados compartidos, vínculos afectivos y patrones de interacción. Su influencia es determinante en la vida del niño en cuanto a su desarrollo cognitivo, afectivo y social.

La **hipótesis** que sustenta este trabajo es: “**ciertas variables familiares son factores de riesgo para la depresión en niños**”.

El siguiente **interrogante** surge de dicha hipótesis: ¿cuáles son las variables familiares que constituyen dichos factores de riesgo?

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 presente trabajo se estudian solo los factores de riesgo familiares, pero se tiene en cuenta la existencia e interrelación con los factores antes mencionados.

El **objetivo** que guía este trabajo es: localizar en la estructura familiar factores que favorezcan la aparición de depresión en niños.

Importancia del estudio del problema de investigación.

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

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

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

Presenta una alta comorbilidad. Este punto es de especial importancia, ya que sugiere que generalmente aparece junto a otros trastornos, lo que podría deteriorar significativamente diversos aspectos de la vida del niño.

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

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

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

No hay una teoría que de respuesta al problema de la investigación. Existen teorías que postulan diferentes modelos para explicar la depresión.

El problema que sostiene el presente trabajo se estudiará a través de la **investigación bibliográfica**. Se tomarán los resultados y conclusiones de estudios empíricos y fuentes secundarias pertinentes al tema.

Se tendrán en cuenta también investigaciones que se basan en **teorías cognitivas** que explican el trastorno depresivo (hipótesis de la vulnerabilidad cognitiva para la depresión y reformulación teórica del modelo de indefensión aprendida).

Explicaciones, sin soporte empírico, de autores que focalizan en diferentes **modalidades relacionales** que se presentan en ciertas situaciones (abuso, violencia conyugal, divorcio) se han seleccionado debido a la importancia de las relaciones interpersonales en la problemática que nos ocupa.

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

En el **capítulo primero** se definirá que se entiende por depresión infantil, se expondrá la historia de su estudio; los criterios requeridos para su diagnóstico, su tasa de prevalencia, comorbilidad con otros trastornos, y métodos de evaluación. Estos datos son imprescindibles para estudiar el problema de investigación.

En el **capítulo segundo** se desarrollarán los conceptos básicos de una perspectiva bio-psico-social. Se definirá que se entiende por familia, los diferentes tipos que hoy se presentan, y sus funciones básicas. De esta forma se comprenderá su importancia y funciones esperables para el desarrollo normal del niño.

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

Por último, se encuentran las conclusiones a las que se ha llegado, junto con un plan que se propone a partir de la investigación realizada.

Capítulo 1: Depresión en niños

1.1-Breve reseña historica

Depresión

Se han encontrado textos antiguos que describen lo que hoy se conoce como trastorno depresivo.

Hipócrates aproximadamente en el 400 a.C. utilizó los términos "manía" y "melancolía" para referirse a trastornos mentales. Este último término continuó siendo utilizado y descrito por otros médicos como Areteo (120-180), Galeno (129-199) entre otros.

Emil Kraepelin en 1899 denominó melancolía involutiva a un tipo de depresión de inicio tardío, que comenzaba en la menopausia de la mujer y en la madurez de los hombres. Las depresiones ocupaban un lugar importante en la psiquiatría clásica Kraepeliana. Estas formaban parte importante del espacio psicótico, siendo una de las tres grandes referencias diagnósticas, junto a las neurosis y a las psicopatías (Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock & Jack A. Grebb, 1997).

La existencia del trastorno depresivo de tipo neurótico no ha sido reconocido claramente por la psiquiatría clásica afirman Juan Luis Linares y Carmen Campo (2000). Dichos autores en una breve reseña histórica citan a Bleuler (1916), quien incluyó las distímias en la psicosis maníaco-depresiva. Definió esta última como alteraciones permanentes de la afectividad. Distingió la distimia melancólica, de la distimia irritable y la ciclotimia, que son formas leves de la psicosis afectiva mayor.

Dentro de la escuela francesa, Linares y Campo (2000) mencionan a Enry Ey (1965) quien localizó las depresiones crónicas independientes de la melancolía. Las formas agudas de las depresiones no melancólicas son denominadas por Ey “crisis de depresión neurótica o reactiva”, sugiriendo que los trastornos reactivos y neuróticos son lo mismo; no reconoce la existencia de una neurosis depresiva propiamente dicha.

Una reorganización coherente de los trastornos depresivos la encontramos en el DSM IX (1994), concluyen los mencionados autores. La American Psychiatric Association consolida los trastornos del estado de ánimo como categoría diagnóstica independiente. Deslinda claramente los trastornos depresivos de los trastornos de personalidad y de las depresiones reactivas. El trastorno depresivo mayor, está incluido dentro de los trastornos del estado de ánimo, no coincide con la neurosis ni con la psicosis.

Actualmente varias disciplinas científicas estudian la depresión. La psicología, la psiquiatría, la genética, la biología, la fisiología, la endocrinología, la sociología, la farmacología, la neurología se ocupan del mencionado trastorno. Múltiples disciplinas permiten estudiar los trastornos depresivos desde una perspectiva integral, tomando en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y ambientales, su interrelación en el desarrollo y mantenimiento de este trastorno.

Depresión en niños

El reconocimiento de la depresión como entidad diagnóstica en niños y adolescentes es un fenómeno relativamente reciente.

En 1970 comenzaron a publicarse investigaciones empíricas acerca de la depresión infantil que recalcaron la importancia su estudio.

Pozanaski y Zrull (1970), fueron autores destacados en el impulso del estudio de la depresión en niños. Dichos autores publicaron un artículo demostrando la existencia de dicho trastorno. Examinaron una muestra de 1788 niños de tres a doce años, y encontraron 98 casos que mostraban evidencia significativa de depresión. Los síntomas encontrados eran: tristeza, infelicidad, apariencia depresiva, expresión de sentimientos de ser rechazado y no amado, conductas autoeróticas y pobre imagen de sí mismo y autovalía (Martine M. Reynolds, 1999 en “Comprehensive Clinical Psychology”).

El estudio empírico de la depresión en niños comenzó a fines de 1970 y principios de 1980. Anteriormente las concepciones dominantes argumentaban que la depresión en niños no podía existir o bien que se manifestaba de forma significativamente diferente a la depresión en adultos.

Denis P. Cantwell (1987) distingue cuatro corrientes de pensamiento que fueron desarrolladas y dominantes en distintos períodos a lo largo de la historia.

Se delinearán los aspectos relevantes de estas corrientes, ya que reflejan la evolución del concepto y permiten desde una perspectiva histórica arribar al estado de conocimiento actual de la depresión en niños.

A) La teoría psicoanalítica y la vuelta de la agresión sobre sí mismo

La primera de estas posturas sostenía que la depresión como síndrome clínico tal como lo presentan los adultos no se da en los niños antes de la pubertad. Los autores de orientación psicoanalítica han defendido este punto de vista, especialmente los que adhieren a la concepción freudiana de la melancolía. Conceptualizan la depresión como consecuencia de una desviación de la agresión hacia el propio sujeto, por influencia de un superyo fuerte. Sostienen que el síndrome depresivo clínico análogo al de los adultos no puede por definición darse en la infancia. Entienden que el superyo aún no se ha formado en este período, ni se ha internalizado antes de alcanzar la preadolescencia. Autores representativos de esta orientación son Rie (1966) y Rochlin (1959), entre otros.

Esta postura perdió vigencia, ya que como mencionamos anteriormente, hoy en día múltiples estudios dan soporte empírico a la existencia de la depresión en niños.

B) Síntomas únicos Vs síntomas esenciales y comunes con la depresión en adultos

La segunda orientación sostiene que la depresión como síndrome clínico existe en la infancia. Está compuesta por indicadores de la depresión adulta y por un conjunto de características y síntomas “únicos”, los cuales la diferencian de la anterior. Aceptan que al igual que en la depresión adulta, existen síntomas considerados nucleares como disforia, anhedonia y síntomas vegetativos. Advierten sin embargo síntomas “únicos” de la depresión infantil que la distinguen de la adulta.

Denis P. Cantwell, cita a Kovacs y Meck (1977). Estos concluyeron en su estudio sobre el tema que, los autores representativos de esta corriente de pensamiento plantean síntomas diferentes con respecto a los aspectos cognitivos, emocionales, psicomotores y neurovegetativos del trastorno. No queda definido si los síntomas considerados “únicos” son esenciales para el diagnóstico del síndrome depresivo o si son características asociadas que pueden aparecer en los niños con trastornos depresivos similares al de los adultos.

Este tema ha despertado controversias, ya que no es de extrañar que los cambios evolutivos se reflejen en las características asociadas a la depresión mayor.

Por ejemplo en el DSM-III se menciona que la ansiedad por separación es característica de los niños depresivos antes de la pubertad, pero no es considerado un criterio diagnóstico.

Depresión enmascarada y equivalentes depresivos

Los autores que representan la tercera orientación argumentan que la depresión en niños aparece de forma distinta que en los adultos. Postulan el concepto de “depresión enmascarada” o “equivalente depresivo”. Los síntomas “únicos” y excepcionales enmascaran totalmente las características esenciales del trastorno depresivo tal como se lo conoce en el adulto. La ausencia del estado de ánimo disfórico por ejemplo, no impide el diagnóstico del trastorno depresivo en niños, ya que la conducta manifiesta (eneuresis, hiperactividad, quejas somáticas) explica el trastorno depresivo subyacente. Las expresiones “depresión encubierta” o “equivalentes depresivos” son confusas y poco precisas. Esto ocasionó dificultades en el diagnóstico y en los métodos de evaluación de la depresión en la infancia.

Si se considera que la depresión en niños se presenta mediante equivalentes de acuerdo a las diferentes edades, varias conductas pueden ser diagnosticadas como trastornos afectivos. Autores representativos son Toolan (1962), Glasser (1968), entre otros.

C) Idénticos síntomas esenciales para la depresión en niños y en adultos

La cuarta orientación es posterior a las mencionadas anteriormente. Sostiene que la depresión en niños existe y debería diagnosticarse con mayor frecuencia. Hay analogías y similitudes entre el cuadro clínico de la depresión en niños y en adultos. Los síntomas esenciales son los mismos para el diagnóstico de ambos grupos etáricos. Desde este punto de vista comenzaron a realizarse estudios para establecer criterios diagnósticos y para verificar si las implicaciones en el diagnóstico de depresión en adultos en cuanto evolución, tratamiento y correlatos biológicos eran las mismas que en la depresión en niños.

El principal reflejo de esta tendencia está representado por el DSM IX, en el cual para la depresión en niños, adolescentes y adultos se utilizan los mismos criterios diagnósticos. Se mencionan pequeñas modificaciones para el diagnóstico en la niñez, como: “irritable”, en lugar de estado de ánimo depresivo, y “fracaso en el aumento de peso esperable”, en lugar de aumento o disminución de peso.

Nuevos estudios indican que la depresión en niños no es idéntica a la depresión en adultos, en cuanto a sintomatología asociada, correlatos biológicos, entre otros (explicado en el punto 1.2).

Se ha expuesto una revisión acerca de la historia del estudio de la depresión y la depresión en niños.

A través de este apartado se concluye que el estudio de la depresión en niños se vio retrasado debido a las posturas reinantes anteriormente que consideraban que esta no podía existir en la niñez. En 1970 gracias a investigaciones al respecto se evidenció su existencia y se vio impulsado su estudio empírico.

A pesar de las dificultades que plantearon a lo largo de la historia diferentes conceptualizaciones de la depresión en niños, hoy en día se considera que la depresión en niños existe, y es análoga a la depresión en adultos en cuanto a los criterios esenciales para su diagnóstico.

Se debate si dicho trastorno es exactamente igual en cuanto a características asociadas, sintomatología, correlatos biológicos, entre otros. La respuesta a estos interrogantes serán dadas a medida que prosperen las investigaciones.

1.2-Criterios diagnósticos de la depresión en niños.

Síntoma, síndrome y trastorno

Antes de mencionar los criterios diagnósticos de la depresión en niños se expondrán los conceptos de síntoma, síndrome y trastorno.

El término depresión ha sido utilizado como referencia a un síntoma, a un síndrome o a un trastorno nosológico. Los sentimientos de tristeza, miseria, disforia, displacer, culpa, son sentimientos universales experimentados por todas las personas. Estos se consideran patológicos cuando son persistentes, intensos o cuando se combinan con otros síntomas depresivos, como trastornos del sueño, anhedonia, dificultad para pensar o concentrarse, falta de aumento de peso esperable, baja autoestima, ideación suicida.

Se deben señalar las desviaciones cuantitativas (intensidad, duración) y cualitativas (tono, características), para evitar la confusión en el uso de los términos síntoma, síndrome y trastorno (Gustavo M. Finvard 1999).

El **síntoma** característico de la depresión ha sido a través de diversas clasificaciones la disforia. Puede formar parte de un síndrome depresivo o un trastorno depresivo, como también de otro tipo de trastorno.

A través de la literatura acerca de la depresión infantil se puede observar que diferentes corrientes de pensamiento han propuesto síntomas diferentes como criterios para diagnosticar la depresión en niños.

Un **síndrome** es el conjunto de síntomas y signos que aparecen relativamente juntos y que lo caracterizan como tal. En la depresión estos síntomas se refieren a cambios afectivos, cognitivos y motivacionales. El síndrome depresivo puede presentarse junto con otros trastornos, y en la clínica esto es lo más frecuente. En los niños prepuberales suele presentarse junto con trastornos del comportamiento, trastornos por déficit de atención y trastornos de ansiedad (DSM IX).

Un **trastorno** por definición requiere que exista un síndrome junto con un cuadro clínico característico, una historia característica, una respuesta al tratamiento característica (se han encontrado correlatos familiares ambientales y biológicos) y un deterioro o malestar clínicamente significativos. Este concepto es mucho más amplio que el síndrome. En función de los diferentes cuadros clínicos se delimitan diferentes trastornos depresivos.

A continuación se expondrán algunos criterios diagnósticos que fueron y son utilizados actualmente.

Criterios de Weinberg (1973)

Generalmente se relaciona a Weinberg (1973) y sus colegas con la tarea de desarrollar los primeros criterios diagnósticos contemporáneos de la depresión en niños. Estos son similares a las formulaciones diagnósticas actuales.

Weinberg (en Cantewell, Denis P. & Carlson, Gabrielle, 1987) observó que la fenomenología de la depresión en niños era similar a la de los adultos. Especificó una serie de síntomas que formaban parte de los criterios.

Exige para el diagnóstico de depresión en niños:

- Estado de ánimo disfórico (expresiones o muestras de tristeza, soledad, indefensión y/o pesimismo; irritable; hipersensible; negativista).
- Ideación autodespreciativa (sentimiento de inutilidad, fealdad, culpabilidad, ideas de persecución deseos de muerte, deseos de escaparse de la casa).

Son necesarios dos o más de los siguientes:

- Conducta agresiva (dificultades en las relaciones interpersonales, poco respeto por la autoridad, discusión, peleas excesivas, ira súbita).
- Alteraciones del sueño (insomnio de conciliación, sueño inquieto).
- Cambios en el rendimiento escolar (quejas frecuentes de los maestros, poca concentración, escasa memoria).
- Socialización disminuida (menor participación en grupo, menos simpático, agradable, sociable).
- Cambio de actitud hacia la escuela (no disfruta en actividades escolares).
- Quejas somáticas (dolores abdominales, musculares, cefalagias no migrañosas).
- Pérdida de la energía habitual (pérdida de interés por actividades y entretenimientos extraescolares, fatiga física y/o mental).
- Cambio en el apetito y o peso habitual.

Se precisa una duración de un mes como mínimo y cambio en la conducta del niño.

Weinberg no menciona criterios de exclusión específicos.

Cantwell y Carlson (1987) realizaron un estudio sobre los criterios diagnósticos del mencionado autor. Concluyeron que la sintomatología requerida es frecuente en niños con trastornos por déficit de atención con hiperactividad y con trastornos de la conducta. La utilización de estos criterios da como resultado un grupo de pacientes más heterogéneos si se lo compara con la utilización de los criterios del DSM-III.

Posteriormente Petti (1978) desarrolló una entrevista clínica semiestructurada para el diagnóstico de la depresión en niños basada en la sintomatología de Weinberg.

Criterios de Spitzer (1978)

Otro autor destacado fue Spitzer (1978), quien desarrolló criterios diagnósticos para investigación (RCD). Estos también son usados para el diagnóstico de los subtipos depresivos. Brevemente mencionaremos los criterios (en Cantewell, Dennis P & Carlson, Gabrielle A., 1987).

Se requiere uno o más períodos distintos de:

- Estados de ánimo disfórico.
- Pérdida generalizada de interés o placer.

Cinco o más de los siguientes síntomas:

- Pérdida / aumento de peso y o de apetito.
- Trastornos del sueño.
- Pérdida de energía.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- Pérdida de interés o placer en actividades habituales.

- Sentimientos de reproche o culpabilidad.
- Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse.
- Pensamientos recurrentes de muerte.

Exige una semana como mínimo de duración.

En 1980, la Asociación Psiquiátrica Americana publicó el DSM III en el cual los desordenes depresivos estaban en la sección de adultos.

La publicación de este manual junto con diversas investigaciones sostuvieron que los síntomas de la depresión en adultos son similares a la de la depresión en niños.

Criterios según el DSM-IV

Actualmente el DSM IV postula los mismos criterios diagnósticos de la depresión tanto para adultos, adolescentes y niños. Plantea que las manifestaciones de los síntomas de dicho trastorno pueden cambiar con la edad. Son habituales en niños quejas somáticas, irritabilidad y aislamiento social. Pero, éstos no están incluidos como criterios diagnósticos. Las modificaciones para niños son: estado de ánimo irritable en lugar de deprimido y fracasos en los aumentos de peso esperado, en lugar de pérdida o aumento de peso significativo.

Los criterios requeridos son: cambio con respecto a la actividad previa durante un período de dos semanas. Deben presentarse al menos cinco de los siguientes:

- Estado de ánimo depresivo o irritable.
- Pérdida de interés o incapacidad para experimentar placer casi todos los días (al menos uno de estos dos es necesario para el diagnóstico).
- Falta de aumento de peso esperable.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- Fatiga o pérdida de la energía.
- Sentimientos de inutilidad, autoreproches.
- Culpa.
- Menor capacidad para pensar o concentrarse.
- Ideas de muerte o suicidio.

Se requiere una frecuencia de casi todos los días y deterioro clínicamente significativo en la vida de la persona.

Se observan varios puntos similares en los tres criterios diagnósticos mencionados.

Criterios según el CIE-X

El CIE-X postula también los mismos criterios para todos los grupos etáricos. Dentro del apartado de trastornos del humor está el trastorno depresivo. Clasifica a éstos en episodio depresivo leve, moderado y grave, trastorno depresivo recurrente con las mismas subclasificaciones para el episodio actual y trastorno depresivo persistente. Incluye un síndrome somático al que se puede recurrir o bien ignorarlo, sin perder información por ello. Los criterios diagnósticos son:

- Humor depresivo.
- Pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas.
- Disminución de la vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y cansancio exagerado.

Éstos suelen considerarse los síntomas más representativos de la depresión. Deben estar presentes al menos dos de los siguientes:

- Disminución de la atención y concentración.
- Pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Ideas de culpa y de ser inútil.
- Perspectiva sombría del futuro.
- Pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- Trastornos del sueño.
- Pérdida del apetito.

Podemos observar que los criterios son similares a los del DSM-4, siendo estos últimos más precisos.

Nuevos interrogantes

William M. Reynolds (1999), en "Comprehensive Clinical Psychology", cita Nurcombe y col. 1994, quien sostiene que las investigaciones aportan datos para afirmar que los desórdenes depresivos en los niños podrían no estar adecuadamente definidos en el DSM V-I. Se requieren más estudios empíricos para presentar un diagnóstico válido de dicho desorden. Otros autores mencionados que acuerdan con lo expuesto son Vitiello, Malone, Buschle, Delaney y Behar, 1990.

Gustavo M. Finvarb (1999), afirma que hay evidencia para inferir que la depresión en niños no es idéntica a la de los adultos, a pesar que probablemente hay más similitudes que diferencias. Algunas de estas diferencias no son específicas del diagnóstico sintomatológico, sino de su estructura interna, como son los correlatos biológicos. Con respecto al desarrollo de los sistemas de neurotransmisores, el sistema noradrenérgico no está totalmente desarrollado antes de la juventud y los sistemas serotoninérgico y colinérgico se completan en la adolescencia (neurotransmisores implicados en la depresión). Esto podría dar cuenta de las disímiles respuestas en adultos y niños a ciertos antidepresivos.

Con lo expuesto se abre un nuevo interrogante con respecto a la depresión en niños, sus criterios diagnósticos, correlatos biológicos y respuesta al tratamiento.

Se han expuesto los criterios diagnósticos de la depresión en niños.

Actualmente los manuales oficiales de clasificaciones de los trastornos mentales (DSM-VI y CIE-X) postulan los mismos criterios diagnósticos para todas las edades. Mencionan que dicho trastorno generalmente conlleva síntomas característicos según el grupo etario del que se trate. Nuevas investigaciones sugieren que aún se necesitan más estudios para adecuar los criterios diagnósticos de dicho trastorno en niños, ya que los actuales podrían no definirlo adecuadamente.

1.3-Depresión: prevalencia y comorbilidad

Prevalencia

Los datos epidemiológicos revelan que los trastornos depresivos aumentan con la edad. La tasa de trastorno depresivo mayor en niños de edad preescolar es del 0,3% en población general, y del 2% en niños en edad escolar. Es más frecuente en varones que en mujeres. Un 5% de los adolescentes en población general presenta dicho trastorno y un 15% de los adultos aproximadamente. En la población clínica un 20 % de los niños presentan trastorno depresivo (Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadok y Jack A. Grebb, 1996).

Jeannette Rosselló y Alejandra Martínez (1997) postulan que se ha registrado un aumento en la incidencia de depresión y suicidios en la población joven. Dicho trastorno interfiere con las tareas del desarrollo ocasionando problemas adicionales y tiende a ser recurrente si no se la trata.

La depresión a edades tempranas de la vida interfiere con el desarrollo de habilidades sociales, académicas e interpersonales. Afecta el ajuste del niño a su medio, y promueve el deterioro en varios aspectos de su vida.

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

Nadine J. Kaslow, Catherine Gray Deering y Peter Ash (1996) postulan que alrededor del 2 al 5 % de los niños en población general cumplen los criterios para el diagnóstico depresivo.

Otros estudios postulan una tasa de prevalencia de aproximadamente 1 a 2 % en niños cuando se usan los criterios del DSM III (Earls, 1984; Garrison, Schlucheter, Shoenbach & Kaplan, 1989; Kovacs, 1989 en Jeannette Rosselló y Alejandra Martínez, 1997).

Anderson-Mc Gee (1994), Flening (1990) & Kashani (1987) postulan que la prevalencia en niños sería del 0,4% al 2,5% (en Gustavo M. Finvard, 1999).

Los datos presentados por los diferentes autores no son los mismos. Esto podría deberse a problemas metodológicos, diferentes métodos de evaluación utilizados, diferentes poblaciones evaluadas, entre otros.

Se mencionarán a continuación algunos datos sobre la comorbilidad de la depresión en niños.

Comorbilidad

La comorbilidad originalmente fue usada en medicina para describir la existencia de un desorden o enfermedad distinta que se presenta en el curso de una enfermedad o desorden primario, que es el foco de atención.

El estudio de la comorbilidad en niños y adolescentes está adquiriendo mayor importancia actualmente, debido a su alta frecuencia.

En el DSM-IV se menciona que los episodios depresivos en niños se presentan generalmente en forma simultánea con trastornos del comportamiento perturbador, trastorno por déficit de atención y trastornos de ansiedad.

Anderson y col. (1987), mencionan que aproximadamente el 80% de las depresiones juveniles reúnen los criterios para otro diagnóstico. Dicho trastorno se presenta con mayor frecuencia con trastornos de ansiedad, aproximadamente en un 59% (en Jeannette Fosselló y Alejandra Martínez 1997).

Gustavo M. Finvard (1999) afirma que es frecuente la asociación entre depresión y ansiedad. En estos

casos, el mencionado autor postula que el pronóstico empeora, ya que hay mayor posibilidad de recaídas, suicidio, trastornos sociales y menor respuesta a la psicoterapia. La comorbilidad con el trastorno límite de personalidad es más frecuente que en adultos.

Pfeffer y Plutchik (1989) en "Comprehensive Clinical Psychology", realizaron un estudio con una muestra de 39 niños con diagnóstico de depresión mayor. Encontraron que solo tres niños (7,6%) no tenían un desorden coexistente (según el DSM III, en el eje I o II). La comorbilidad más frecuente con otros desórdenes fue con el desorden distímico (56,4 %), seguido por desorden de personalidad borderline (46,2%), desórdenes específicos del desarrollo (38%) y con desórdenes de conducta (28,2 %).

En libro mencionado, Alessi y Magen (1988), encontraron en base a una muestra de 160 niños con algún tipo de desorden, que 48 niños tenían tres o más desórdenes del eje I (DSM III). La mayor co-ocurrencia de tres o más desórdenes fue entre niños con desórdenes depresivos, los cuales presentaban también trastornos de ansiedad en un 25%. Encontraron alta comorbilidad con desórdenes por déficit de atención y desórdenes de conducta.

Mitchell, McCauley, Bruke y Moss (1988) examinaron la comorbilidad de la depresión mayor en niños y adolescentes. Con una muestra de 45 niños diagnosticados del trastorno mencionado, encontraron que la comorbilidad más frecuente se daba con el trastorno por ansiedad de separación (42%), y con desórdenes de conducta (16%).

Curso

El riesgo de recurrencia de depresión es alto si el primer episodio ocurrió durante la niñez o adolescencia. En un estudio se encontró que el 70% de los niños con diagnóstico de depresión mayor (según el DSM III) tuvieron un episodio recurrente durante el curso de los cinco años posteriores al primer episodio (Kovacs, Feinberg, Crouse-Novak, Poltok & Finkelstein, 1984; en "Comprehensive Clinical Psychology").

Gustavo M. Finvard (1999) postula que aproximadamente $\frac{1}{4}$ de los niños con depresión mayor desarrolla un trastorno bipolar en la adolescencia y $\frac{1}{3}$ desarrolla trastorno de conducta al fin de la adolescencia.

En cuanto a estos datos podemos observar que no todos los estudios acuerdan en la tasa de prevalencia, lo que podría reflejar errores metodológicos. El curso de la depresión en niños tiende a ser recurrente. En cuanto a la comorbilidad 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.

1.4-Métodos de evaluación

Consideraciones generales

La depresión constituye un serio problema de salud mental, en todas las edades. En niños interfiere significativamente en el desarrollo evolutivo normal.

La psicopatología en niños y adolescentes ha tradicionalmente diferenciado los trastornos en base a la manifestación de los síntomas en internalizados y externalizados. La depresión ha sido conceptualizada como un trastorno internalizado, debido a que los síntomas son difíciles de observar, muchos de ellos son internos y subjetivos. Entre ellos indefensión, ideación suicida, sentimientos de miseria, culpa y tristeza. Muchas veces estos niños son caracterizados como tímidos e introvertidos y la depresión no es detectada.

Cantwell, Dennis (en "trastornos afectivos en la infancia y adolescencia", 1987), postula que el diagnóstico de un trastorno depresivo en la infancia depende más de los fenómenos subjetivos que de la conducta observable. En base a lo mencionado se recalca la importancia de las entrevistas con el niño y las escalas de evaluación como métodos diagnósticos.

Se han desarrollado para la evaluación de la depresión en niños y adolescentes entrevistas semiestructuradas y escalas de evaluación, para medidas diagnósticas como y para medir la severidad del trastorno.

William M. Reynolds (en "Comprehensive Clinical Psychology, 1999) postula que el examen de los métodos de evaluación para la depresión en niños indica que no hay un método, ni una fuente de información correcta. Existen instrumentos diseñados para propósitos diferentes. El autor mencionado recomienda que en la evaluación de niños se utilicen varios instrumentos y medidas para el diagnóstico (autoreportes, entrevistas clínicas, reportes de otros significativos).

Por las mismas características de la depresión (síntomas internos, subjetivos, y difíciles de observar) el uso de autoreportes es útil, siempre y cuando el niño tenga las competencias lingüísticas y metacognitivas necesarias.

Los instrumentos para la evaluación de la depresión en niños son: a)-entrevistas semiestructuradas con los padres, con los niños, b)-escalas de evaluación (cuestionarios) para el niño, los padres y otros significativos, c)-estudios de laboratorio.

Entrevistas

Las entrevistas semiestructuradas garantizan que se recoja información sobre determinadas áreas sintomáticas del niño.

Con los padres

Generalmente la evaluación comienza con una entrevista con ambos padres para recoger información acerca del niño. Algunas de ellas son: Kiddie-SADS, Diagnostic Interview for Children and Adolescent (entrevista diagnóstica para niños y adolescentes) D.I.C.A, **Diagnostic Interview Schedule for Children Parent Form** (entrevista diagnóstica para niños, forma para padres) D.I.S.C-P. Esta última entrevista se la considera la más global y completa para recoger información.

Con los niños

Las entrevistas nombradas anteriormente también poseen versiones para utilizar directamente con niños. El **Child Assessment Schedule** (protocolo de evaluación infantil) C.A.S., es otra de las entrevistas diseñadas para niños. Consta de dos partes, la primera incluye 75 preguntas que se le formulan al niño sobre amigos, escuela, estado de ánimo, autoimagen, etc; y la otra parte consta de 50 ítems a observar. Requiere aproximadamente 45 minutos para su administración.

Escalas de evaluación

Las escalas de evaluación están diseñadas para que las conteste el paciente, pero también las pueden contestar padres, maestros, compañeros u otros significativos.

Para niños

Los cuestionarios autoadministrados para niños pueden presentar distorsiones debido a que las habilidades cognitivas y el lenguaje en las diferentes edades influyen en la interpretación de los ítems.

Algunas de ellas son: **Children's Depression Scale** (escala de depresión para niños) C.D.S., y **Children's Depression Inventory** (cuestionario de depresión para niños) C.D.I, esta última mide la gravedad de la depresión.

Reynolds Child Depression Scale (escala de depresión para niños de Reynolds) es una escala de autoevaluación diseñada para niños entre 8 y 13 años. Consta de 30 ítems que puntúan según su presencia durante las dos semanas anteriores a su administración. Utilizando cuatro medidas que van desde "nunca", hasta "todo el tiempo, siempre".

Para padres

Entre ellos el **Child Behavior Checklist** (cuestionario de conducta infantil) desarrollado por Achenbach. Las escalas de autoevaluación C.D.S. y el C.D.I. para niños también constan de una versión que responden los padres.

Otros significativos

El **Teacher Affect Rating Scale** (escala de afecto para maestros) T.A.R.S es un cuestionario específico para maestros desarrollado para evaluar la sintomatología depresiva del niño. Consta de 26 ítems que se puntúan de cero a tres puntos para que el maestro rellene basándose en la conducta del niño durante la última semana.

El **Peer Nomination Inventory for Depression** (cuestionarios de nombramiento de compañeros para la depresión) PNID, fue desarrollado por Lefkowitz y Tesiny (1981). Esta compuesto por 20 ítems, exige que un niño sea evaluado por muchos compañeros en el marco ambiental del aula. Este cuestionario no discrimina adecuadamente entre niños con un trastorno depresivo y síntomas depresivos como parte de otros trastornos.

Pruebas de laboratorio

Diversas pruebas que son indicadores biológicos de depresión utilizadas en los adultos, rara vez son utilizadas en niños. Algunos de ellas son: test de supresión por dexametasona y la secreción de cortisol.

En este apartado se han expuesto consideraciones generales acerca de los métodos de evaluación de la depresión en niños. Dicho trastorno muchas veces es inadvertido debido a la naturaleza de la manifestación de sus síntomas. Por esta razón se remarca la importancia de las entrevistas y observación del niño, como también la utilización de las escalas de evaluación autoadministradas.

Se han mencionado algunos de los instrumentos para la evaluación. Entrevistas semiestructuradas para los padres y el niño, escalas de evaluación para el niño, para los padres y para otros significativos (maestros y compañeros) y pruebas de laboratorio.

Capítulo 2: La familia

2.1-Factores de riesgo, una perspectiva bio-psico-social

Se expondrá una perspectiva bio-psico-social de los factores de riesgo para la psicopatología y específicamente para el trastorno depresivo en la niñez.

Es importante conocer qué otros factores de riesgo, además de los familiares, se presentan para el mencionado trastorno.

Laura Hernandez Guzmán y Juan José Sanchez S. (1997) exponen como factores de riesgo para la disfunción psicológica en el niño, factores que actúan antes y después del nacimiento. Postulan que antes del nacimiento el niño puede estar expuesto a agresiones del ambiente que pueden marcar la evolución de posibles disfunciones. Las enfermedades de la madre, sus adicciones, conductas peligrosas, entre otras, pueden precipitar anomalías, deformidades, parto prematuro y escasa responsividad en el recién nacido. Estos factores pueden ser precursores de intercambios defectuosos entre madre e hijo y debilitan las oportunidades del niño para adquirir las competencias y habilidades propias de un desarrollo sano. Luego del nacimiento, postulan como factores de riesgo dentro del sistema familiar los trastornos psicológicos y adicciones en los progenitores. Revisando la literatura sobre el tema encontraron que la relación de pareja de los padres, el desinterés del padre, la carencia de apego seguro entre padres e hijos, estilos de crianza autoritarios o permisivos de los padres hacia sus hijos, son factores de riesgo para disfunciones psicológicas en niños. La forma en que el niño experimente la presencia de los mencionados factores, mediante su autoconcepto, estilo de afrontamiento y temperamento, pueden ser otros factores de riesgos. Los mencionados autores también postulan la presencia de factores de riesgo biológicos.

Un concepto de suma importancia que recalcan, tomando a Kazdin & Kagan (1994), es que la psicología contemporánea propone, cada vez con mayor énfasis, que los trastornos no son el producto de un solo hecho u evento definido. No se puede establecer una relación de causalidad única, sino que se desarrollan y se exacerban en la medida que la persona se expone e intenta afrontar nuevos eventos durante su vida. Los orígenes de las disfunciones son multicausales y se desarrollan a lo largo del tiempo.

Es importante recalcar los factores biológicos como factores de riesgo. Estos interactúan con las características psicológicas individuales (autoconcepto, estilo atribucional, estilo de afrontamiento) y con otros factores como la relación de la pareja de los padres, maltrato físico, abuso sexual, etc. Estamos de acuerdo con la interrelación necesaria de los factores de riesgo de los tres órdenes: biológico, psicológico y social. En el presente trabajo sin descuidar esta interrelación se estudiarán sólo los que se refieren al sistema familiar. Por ejemplo, la depresión en la madre es un factor de riesgo para la depresión en niños, en este hecho también juega la predisposición biológica, las características cognitivas particulares del niño, y otros factores que pueden presentarse.

Engel (1978-1980) fue el primero que expuso una perspectiva bio-psico-social para los servicios médicos en general. Esta perspectiva se opone al modelo biomédico que focaliza exclusivamente en la enfermedad de la persona.

En cuanto a la depresión en niños, William M. Reynolds (1999), en "Comprehensive Clinical Psychology", expone para comprender el mencionado trastorno un modelo se basa en una perspectiva bio-psico-social. Este modelo nos permite pensar la depresión, y sus factores de riesgo en función de la interrelación de los factores biológicos, psicológicos y sociales, y su influencia recíproca.

El mencionado autor dentro del dominio psicológico postula el estilo atribucional, la autoestima, habilidades interpersonales y el temperamento del niño y/o adolescente. En el dominio social ubica los eventos de vida, soporte y apego familiar, relaciones con pares, estilos parentales, entre otros. En dominio biológico ubica la predisposición genética, la activación del sistema nervioso, la vulnerabilidad biológica y la actividad de los neurotransmisores.

Los tres dominios expuestos (biológico, psicológico, social) interactúan en el desarrollo y mantenimiento de la depresión. La naturaleza, el curso, la severidad y otras características de dicho trastorno se dan en función de la naturaleza de dichas interacciones y de las características y vulnerabilidades específicas de cada dominio. Este modelo sugiere que hay muchas formas en que se puede iniciar y desarrollar la depresión en niños y adolescentes. Para comprender la depresión, una perspectiva biológica o psicológica o social, son insuficientes, en forma independiente para explicar el rango de etiologías asociadas con la depresión.

Para comprender los factores de riesgo de la depresión en niños, se tiene en cuenta una perspectiva bio-psico-social. Se entiende que los factores biológicos, psicológicos y sociales, se interrelacionan, e interactúan en el desarrollo y mantenimiento de la psicopatología. En función de dichas interacciones, de las

características y vulnerabilidad específicas de cada factor se da la naturaleza, el curso y la severidad de los trastornos. De esta forma se conoce qué lugar ocupan los factores de riesgo familiares entre los demás factores de riesgo para la depresión en niños.

2.2-La familia: definición y funciones básicas

Luego de haber realizado una exposición general acerca de los factores de riesgo que interfieren en el desarrollo normal del niño, desde una perspectiva que integra los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, pasaremos a exponer qué es la familia y qué entendemos actualmente por ella.

Es imprescindible para estudiar el problema de investigación conocer la importancia que tiene la familia en el desarrollo cognitivo, afectivo y social del niño y cuáles son las relaciones y funciones esperables para tal desarrollo.

Desde diferentes corrientes teóricas se ha estudiado a la familia. Exponer aquí todas sus facetas y características se convierte en una tarea inabarcable. Se tomarán algunos autores que estudian la familia.

La familia, un sistema en evolución

Mc. Andolfi, C. Angelo, P. Menghi, y Nicolo Corigliano (en "Detrás de la máscara familiar") postulan que la familia es un sistema relacional que supera a sus miembros individuales y los articula entre sí. La familia es un sistema activo en transformación constante, ósea, es un organismo que se modifica en el tiempo para asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a sus miembros.

Los mencionados autores remarcan la importancia de los procesos de diferenciación y la necesidad de cohesión de los miembros del sistema. La familia posibilita que sus miembros, con la seguridad de su pertenencia a un grupo familiar suficientemente cohesionado, se diferencien poco a poco en su sí mismo individual. En este proceso los individuos se vuelven menos esenciales para el funcionamiento de su sistema familiar de origen, se separan de este para formar un nuevo sistema.

Celia Zingman de Galperín en su libro "Modalidades de funcionamiento familiar" argumenta que el término familia proviene del latín y es un derivado de "famulus" que significa sirviente, esclavo. Desde un principio esta autora señala la inter-relación y complementariedad que se da en la familia. Esta sirve a la sociedad y a sus propios miembros. Es la matriz de experiencias y modelos de interrelación. Postula tres matrices, una biológica, una familiar y una social (esta separación es artificial, ya que en realidad están profundamente intrincadas entre sí). Las matrices coexisten en un principio con cierta predominancia sucesiva y con una disposición concéntrica, una contiene a la otra. La familia permite trascender el orden biológico, constituye lo humano del ser, y a través de diferentes formas sus miembros se van discriminando a la par que se incluyen en lo social, sosteniendo así mismo el sentimiento de pertenencia

Desde una perspectiva sistémica podemos considerar la familia como una entidad compuesta por partes interactuantes. Para entender su comportamiento es necesario enfocar las cualidades de las relaciones y las interacciones entre los miembros como así también las características de la familia como unidad.

Algunos conceptos de Salvador Minuchin y Charles Fishman

Salvador Minuchin y H. Charles Fishman (1983) postulan:

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

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

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

Los autores mencionados postulan dentro de la familia el holón conyugal, el holón parental y el holón de los hermanos. La familia en sí constituye un holón.

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

El **holón parental** puede estar compuesto por los cónyuges, o bien puede excluir uno de ellos e incluir uno de los hijos, una abuela, etc. Si uno de los hijos constituye este holón, se los llama hijos parentalizados. La función de este holón es básicamente la crianza, el cuidar, dar afecto, disciplinar y socializar a los hijos. Los niños aprenden un modo de comunicar sus necesidades según el modo de “intra”, e “inter” relacionarse de este holón. Aprenden a considerar la autoridad de una manera determinada y a saber qué esperar de las personas que poseen más recursos que ellos.

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

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

Tomaré como referencia el concepto de holón ya que es un excelente término para hablar de la familia y de las partes que la constituyen. Los diferentes tipos y funciones de cada holón servirán para estudiar los factores de riesgo familiares de la depresión en la infancia.

Perspectiva cognitivo-conductual

Expondré una breve mirada cognitiva-conductual acerca de la familia. Esta corriente es relativamente nueva en cuanto al tratamiento de familias. En un principio, el foco de esta corriente era el individuo, luego se adaptaron y extrapolaron los principios y las intervenciones a la pareja y más tarde a la familia (Norman Epstein, Stephen E. Shlesinger, & Windy Dryden, 1988). Al igual que la perspectiva sistémica, focaliza en la interacción entre los miembros de la familia, pero enfatiza particularmente la interrelación de sus expectativas, creencias y atribuciones, como también remarca la influencia multidireccional y recíproca entre sus miembros. La idea central es que las respuestas emocionales y comportamentales de los miembros de la familia son consecuencia de las evaluaciones e interpretaciones que realizan entre ellos.

Transiciones de la familia, David H. Oslon

La familia va atravesando por diferentes etapas a lo largo de su ciclo vital, por lo que sus necesidades, su forma de relacionarse y sus funciones van cambiando con el tiempo. David H. Oslon (1991), en “Transiciones de la Familia”, realizó un estudio sobre familias intactas (no clínicas) para conocer los diferentes momentos evolutivos de estas, los estresores comunes y los aspectos positivos con que cuentan para enfrentarlos. Para dicho estudio tomó, esquemáticamente, las siguientes etapas del ciclo vital de la familia: 1. Parejas jóvenes sin hijos, 2. Familias con hijos en edad preescolar, 3. Familias con hijos en edad escolar, 4. Familias con hijos adolescentes, 5. Familias con hijos en proceso de emancipación, 6. Familias con el nido vacío (todos los hijos se han ido), 7. Parejas retiradas.

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

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

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

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

Podemos concluir que la familia es una unidad, como también una parte de un todo (holón), que es la sociedad, la cual es necesaria para sostener y garantizar las funciones familiares. Dentro de esta unidad existen holones diferentes, que se intra e inter-relacionan e influyen recíprocamente. Cada holón tiene

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

2.3-Configuraciones familiares

En la cultura occidental la familia ha ido cambiando con respecto a sus posibles configuraciones. Diferentes variables contribuyen a estos cambios. Algunas de ellas son: la transformación demográfica y la transformación de valores y modelos (Galperin, C.Z, 1996).

La familia tradicional ha pasado a ser una configuración mas, entre otras.

Familias tradicionales, familias uniparentales, familias ensambladas, familias cuatro y cinco generaciones, sin descontar las familias de cónyuges homosexuales (en países donde está permitida la adopción para tales cónyuges), son configuraciones presentes en nuestra cultura actual.

Algunos de estos tipos de configuraciones son factores de riesgo para la depresión en niños. En el próximo capítulo se tratará este tema.

Familias uniparentales: son los sistemas en los cuales los hijos quedan a cargo y conviven con solo uno de sus progenitores. Algunos de los motivos de esta situación son: viudez, divorcio, madres solteras, las cuales pueden serlo también por elección.

Peynaldo Perrone y Martine Nannini (1997) postulan que se observan una alta incidencia de abusos sexuales en las familias monoparentales. En este tipo de familias la crianza de los hijos esta a cargo principalmente de una sola persona, lo que podría generar que los niños no reciban el cuidado necesario.

El abuso infantil esta altamente relacionado con familias uniparentales, en la cual el niño no vive con ambos padres biológicos (Anne E. Stern, Debarh L. Lynch, R. Kim Oates, Brian I. O'Toole y Georgen Cooney, 1995).

Familias ensambladas: son aquellas en las cuales se unen dos personas con una familia anteriormente formada y conforman un nuevo sistema.

En este tipo de configuraciones el límite de la prohibición del incesto comienza a desdibujarse. Es difícil definir si las relaciones sexuales entre miembros no consanguíneos es incesto. La separación y los nuevos matrimonios se realizan a veces con un relajamiento de los lazos de filiación; quien ocupa el lugar del padre o madre, no es el padre o madre; estos lazos pierden la legitimidad natural y pueden ser cuestionados.

Los abusos sexuales cometidos por los padrastros son muy frecuentes, el riesgo de incesto es dos veces más alto en las familias reconstituidas que familias intactas (Peynaldo Perrone y Nannini, 1997).

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

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

En las familias nomoparentales se evidencia mayor frecuencia de abusos en los niños y de depresión. Los niños que experimentan un divorcio de sus padres presentan en mayor medida depresión que los niños de familias intactas.

Capítulo 3: Factores de riesgo familiares para la depresión en niños

3.1- Presencia de padres depresivos

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

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

Relaciones y otros datos de familias con un progenitor depresivo.

En este apartado se expondrán algunos datos sobre las relaciones que se presentan en las familias con un progenitor que padece depresión.

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

Mark Cummings y Patrick T. Davies (1994) postulan que no es el diagnóstico mismo de la madre lo que contribuye como factor de riesgo para psicopatología en el niño, si no la interacción madre depresiva e hijo, lo que también compromete a las demás interacciones dentro de las diferentes relaciones entre los miembros de la familia (holón conyugal y parental).

Proponen un modelo en el cual la influencia de la depresión materna en el desarrollo del niño actúa directa e indirectamente, esto incluye, las características parentales, las relaciones entre los padres y el hijo y las funciones maritales, como también las características individuales del niño.

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

Hay diversos datos que indican que los padres y/o la madre que padecen depresión tienen mas interacciones conflictivas y disfuncionales entre ellos y con sus hijos.

Los padres depresivos son más negativos, intolerantes e intrusivos con sus niños cuando son comparados con padres sin psicopatología presente y con padres enfermos médicamente (Fiedk, 1990, Gordon, 1989, Tronick, 1989, Zajicek & DeSalis, 1979 en "Maternal depression and child development"). Se han observado altos niveles de irritabilidad y agresión manifiesta durante los episodios depresivos.

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

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

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

Hipótesis de la vulnerabilidad cognitiva para la depresión

La presencia de un progenitor depresivo es un factor de riesgo para desarrollar vulnerabilidad cognitiva para la depresión.

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

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

En la teoría de la depresión por desesperanza, (modelo cognitivo de vulnerabilidad-estrés) la vulnerabilidad cognitiva está constituida por tres patrones inferenciales desadaptativos. Estos son: a-tendencia a inferir que los sucesos negativos los causan factores estables y globales, b- tendencia a inferir que los sucesos negativos presentes conducirán a eventos negativos futuros, c- tendencia a inferir características negativas sobre sí mismo cuando ocurren sucesos negativos.

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

Para investigar los orígenes del desarrollo de la vulnerabilidad cognitiva para la depresión, en el estudio

llamado Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression Project se estudiaron los estilos cognitivos, conductas parentales, la psicopatología y la personalidad de los padres de los participantes. Se estudiaron también los eventos negativos durante la niñez, experiencias de maltrato, abandono y negligencia de los participantes. Cabe aclarar que la muestra era adultos y dicho estudio fue retrospectivo.

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

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

Ambos reportajes hallaron altos niveles de depresión en las madres de los individuos con altos niveles de vulnerabilidad en comparación con las madres de los participantes con bajos niveles.

Se deriva de los mencionados datos que la depresión, especialmente en la madre, contribuye al desarrollo de la vulnerabilidad cognitiva para la depresión en los hijos.

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

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

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

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

3.2.- Maltrato infantil

El maltrato infantil es uno de los factores de riesgo más estudiado para la depresión en niños.

Definición

Se ha definido el maltrato infantil del siguiente modo: “actos y carencias que turban gravemente al niño, atentan contra su integridad corporal, su desarrollo físico, afectivo, intelectual y moral, y cuyas manifestaciones son el descuido y /o lesiones de orden físico y /o sexual por parte de un familiar u otras personas que cuidan al niño” (Stefano Cirillo & Paola Di Blasio, 1991).

Esta amplia definición puede clasificarse en: **maltrato físico**, en el cual el niño es objeto de agresiones con consecuencias físicas; **maltrato psicológico**, en el cual el niño es víctima de una reiterada violencia verbal o de una presión psicológica que lo perjudica; **abuso sexual**, en el cual el niño es objeto de actos sexuales, por parte de los familiares u otros, de los cuales no puede consentir conscientemente, por último, **negligencia o grave descuido**, en el que el niño sufre los efectos de las omisiones o carencias de los familiares con respecto a las necesidades físicas y/o psíquicas.

Datos generales del abuso sexual

El abuso sexual en niños comenzó a estudiarse como tal aproximadamente entre 1970 y 1980. Anteriormente tal estudio se vió enormemente retrasado debido al gran impacto de la postura de Freud (1897) al considerar como “fantasías” de sus pacientes (histéricas) los relatos de experiencias de abuso sexual.

Psicólogas feministas empiezan a darle importancia a la experiencia de la víctima y sus consecuencias. La realización de estudios que documentaban que dicha experiencia era real y tenía consecuencias psicopatológicas, contribuyeron a su estudio.

Alfonso Martínez Taboas (1997) concluye en base a una revisión bibliográfica sobre el tema, que no hay evidencia que variables como clase social, nivel socioeconómico y etnicidad jueguen un papel preponderante en la prevalencia del abuso. Las variables relevantes son: presencia de un padrastro, niños criados por sólo uno de sus padres, hogares en los cuales los padres se ausentan por mucho tiempo o sufren alguna enfermedad crónica.

Siguiendo con las conclusiones del mencionado autor se postula que los estudios indican que la edad de mayor incidencia de abuso sexual es a los 10 años precedido por una vulnerabilidad entre los 6 y 7 años. Es usual que en hogares donde existe abuso en niños también exista abuso emocional, negligencia, abuso físico, entre otros indicadores de ambientes caóticos.

Efectos a corto y mediano plazo del abuso sexual y físico.

Entre los efectos a corto y mediano plazo del abuso sexual se encuentra una preocupación desmedida por la sexualidad, que se traduce frecuentemente en explorar activamente partes de su propio cuerpo como el de otros niños. El abuso puede crear confusión y ansiedad alrededor de la identidad de género y disturbios conductuales. En los varones son más comunes las conductas agresivas mientras que las niñas manifiestan pensamientos y actividades suicidas, ambos manifiestan más tristeza, dolores de estómago, miedos y problemas al dormir que los niños no abusados (Alfonso Martínez Taboas, 1997).

Se ha observado una estrecha relación entre el abuso sexual y el **trastorno por estrés postraumático**. Los **trastornos disociativos**, los cuales tienen en común alteraciones marcadas en la identidad, consciencia y memoria del sujeto, han sido relacionados con experiencias de abuso. Los niños con trastornos disociativos suelen presentar en más del 80% de los casos un historial de abuso grave, tanto físico, como sexual (Peterson, 1991; Hormstein & Putnam, 1992 en Alfonso Martínez Taboas, 1997).

Es abuso también ha sido relacionado con **trastornos afectivos**. Estos niños desarrollan estados de ánimo depresivo, expresando sentimientos de desvalimiento y desesperanza.

Oates y col (1994) encontró que de 84 niños abusados sexualmente y seguidos por un espacio de 18 meses, un 35 % se mantenían deprimidos y un 56 % tenía una autoestima muy baja. El mencionado autor postula en base a los hallazgos que un número significativo de estos niños siguen en un curso crónico de los trastornos afectivos (en Martínez Taboas, 1997).

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

Anne E. Stern, Deborah L. Lynch, R. Kim Oates, Brian I. O'Toole y George Cooney (1995) realizaron un estudio con una muestra de 84 niños abusados sexual y físicamente y sus familias, que fueron comparados con un grupo control. Estudiaron los efectos a corto plazo del abuso.

Encontraron que los niños abusados tenían mayor depresión, baja autoestima y problemas de conducta. Los abusos más severos estaban relacionados con una baja autoestima y percepciones negativas de los niños con respecto a sus madres (lo cual no coincidía con la presencia real de desórdenes en la madre). Las familias donde se había producido abuso presentaban mayor desempleo, problemas de comunicación, matrimonios rotos y pobre salud mental de la madre.

Los mencionados autores concluyen que la severidad del abuso y las funciones familiares son factores importantes en los efectos de tal experiencia.

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

Vulnerabilidad cognitiva para la depresión y maltrato.

Se mencionarán algunas conclusiones de las investigaciones sobre la vulnerabilidad cognitiva para la depresión (mencionadas en el punto 3.2.1).

Rose y Abramson (1996, en "Cognitive vulnerability to depression: theory and evidence") encontraron que los pacientes depresivos hospitalizados y otros depresivos no tratados (ambos participantes de la muestra) informaron altas tasas de abandono, abuso emocional, físico y sexual, durante su infancia mucho más altas que los participantes no depresivos. Los abusos graves durante la infancia predecían una mayor historia vital de depresión clínica. Los participantes con depresión clínica de inicio en la infancia habían tenido un nivel de abuso más grave que los depresivos de inicio en la adolescencia y adultez y que los participantes no depresivos.

Este último resultado indica que el abuso grave durante la infancia es un factor de riesgo para la depresión en niños.

El maltrato emocional durante el desarrollo fue un predictor significativo de vulnerabilidad cognitiva para la depresión. Abramson y Rose (1996) postulan que el abuso emocional puede ser un contribuyente particularmente fuerte para la vulnerabilidad cognitiva para la depresión, ya que el abusador, proporciona cogniciones negativas a la víctima. El abuso emocional implica esencialmente enseñar a la víctima a tener un estilo cognitivo depresógeno (Ej: todo lo haces mal, sos un inútil).

Estos estudios son retrospectivos. Afirman una estrecha relación entre el maltrato infantil, la vulnerabilidad cognitiva hacia la depresión y la historia vital de depresión.

Estos resultados también ponen un interrogante a la idea de las distorsiones cognitivas de la teoría de la depresión de Beck. Los estilos inferencias negativos de los depresivos pueden ser representaciones internas del maltrato sufrido, postulan Rose y Abramson (1996).

Características relacionales del abuso.

El abuso y/o maltrato ejercido dentro de la familia a los niños, se da en una relación complementaria, en principio natural, ya que es preciso respetar los lugares y derechos de los miembros familiares para que estos puedan crecer. En el abuso esta relación se caracteriza por la desigualdad y por mantener las diferencias entre las personas involucradas; la energía se utiliza para mantener el status relacional, con una tendencia a la inmovilidad que se hace rígida. Las relaciones complementarias se vuelven abusivas cuando los miembros que tienen mayor poder, utilizan este tipo de relación para dominar, controlar o lo utilizan para beneficios propios al niño. Este se convierte en objeto, que el adulto utiliza (física, emocional o sexualmente) cuando así lo desee, valiéndose de su posición de poder. En la relación complementaria abusiva, la violencia toma la forma de castigo, es unidireccional, el que la ejerce se define como existencialmente superior al otro. En la víctima, su sentimiento de identidad es afectado, su autoestima quebrada, existen sentimientos de culpa y deuda respecto de quien castiga (Reynaldo Perrone y Martine Nannini, 1997).

En este tipo de relación, el niño se encuentra atrapado en una trama de la cual no puede salir, es objeto de maltrato y violencia ejercidos arbitrariamente por otros.

Este tipo de relación entre los padres y los hijos, tiene su modelo análogo en los estudios sobre indefensión aprendida (Seligman, 1975) y su reformulación teórica (1978).

Modelo de indefensión aprendida.

Se explicará brevemente el modelo de indefensión aprendida ya que es pertinente para postular el maltrato como factor de riesgo para la depresión infantil.

Seligman (1975) estudió los efectos que en animales producían series de choques eléctricos incontrolables cuando estos no podían huir de esta situación. Descubrió que estos desarrollaban conductas y cambios neuroquímicos semejantes al de las personas deprimidas. Luego aplicó este modelo al estudio de la conducta humana y dio a sus resultados una explicación de tipo cognitivo. Postuló que la pérdida percibida de control del ambiente o la expectativa de incontrolabilidad es causa suficiente de la aparición de reacciones depresivas en las personas. Esta expectativa es consecuencia de una historia de fracasos en el manejo de las situaciones y/o una historia de reforzamientos sobre una base no contingente.

Lynn Abramson, Martin Seligman y John Teasdale (1978), reformularon la teoría de la indefensión aprendida. Postularon un factor motivacional, según el cual la depresión ocurriría solo en los casos en que la expectativa de incontrolabilidad se refería a la pérdida de control de un hecho altamente deseable, o a la ocurrencia de un hecho altamente aversivo. La exposición a situaciones aversivas incontrolables no basta para desencadenar reacciones depresivas. Las personas intentan darse una explicación acerca de la causa de la incontrolabilidad de dichos sucesos. Si la causa se atribuye a factores internos (Ej: soy malo) se produce un descenso de la autoestima; si se atribuye a factores estables (Ej: no soy inteligente) persistirá en el futuro la expectativa de incontrolabilidad y si se atribuye a factores globales (Ej: soy inútil para todo) la expectativa de incontrolabilidad se generaliza a otras situaciones.

La teoría de la indefensión aprendida reformulada explica de esta forma porqué existe una disminución de la autoestima, porqué a menudo los depresivos se autoculpan por sus fallos, explica la cronicidad y generalidad de los demás déficit depresivos, como también el estado de ánimo deprimido (factor motivacional). Dicho trastorno no se presentaría si la causa de tal incontrolabilidad se atribuyera a factores externos, inestables y específicos.

Mas tarde los mencionados autores postularon la presencia de un factor de vulnerabilidad cognitiva para la depresión, que hemos mencionado en el punto 3.1.

Las relaciones familiares que presentan los sistemas donde se produce maltrato favorecerían en los niños tal tipo de atribuciones (internas, estables y globales) a la causa de la incontrolabilidad respecto a los sucesos altamente aversivos que sufren.

Los síntomas de la indefensión aprendida, son principalmente pasividad, dificultad en aprender que las respuestas producen mejora, falta de agresión, pérdida de peso, pérdida de apetito, déficit sexual y social, reducción de la norepinefrina y actividad colinérgica, entre otros. No hay datos precisos acerca de que todos los niños maltratados desarrollen este tipo de sintomatología, es un buen modelo teórico para guiar futuras investigaciones.

Importancia de las relaciones familiares en la sintomatología asociada al abuso.

¿Cuánto de la psicopatología de un niño abusado es atribuible a la experiencia de abuso?. Los estudios postulan factores que median esta relación, especialmente un ambiente familiar hostil contribuye a la psicopatología. Un 30% de la varianza en la conducta de niños abusados es atribuible a las circunstancias psicosociales preexistentes (Paradise, Rose, Sleeper & Nathanson, 1994- en Sue Boney-McCoy y David Finkelhor, 1996). Hay estudios que indican que la relación entre abuso y la posterior sintomatología, es atribuible en parte al ambiente familiar. Ejemplo de este punto han sido Sue Boney-McCoy y David Finkelhor (1996), quienes realizaron un estudio longitudinal y prospectivo. Postulan que, para relacionar la temprana victimización con la posterior psicopatología, se debe tomar en cuenta la psicopatología y las relaciones familiares preexistentes. Argumentan que ambas crean un riesgo común tanto a la victimización como a la posterior psicopatología.

Chicos de 10 a 16 años, fueron entrevistados y re-entrevistados 15 meses luego de una experiencia de victimización. Algunos de los resultados encontrados fueron: la victimización, en el primer tiempo, fue asociada con síntomas de estrés postraumático, y en el segundo tiempo se asoció con depresión, aun cuando síntomas preexistentes y las relaciones entre padres e hijos habían sido controladas. Esta asociación fue particularmente fuerte para el abuso sexual, violencia parental y experiencias de secuestro, en contraste con otras formas de victimización que resultaron menos significativas.

Los síntomas en el segundo tiempo fueron precedidos por algunas formas de victimización (mencionadas anteriormente) y especialmente, por una mala relación preexistente entre padres e hijos. Este último ingrediente resultó ser más influyente. Este resultado es particularmente importante, ya que sugiere que la sintomatología, como síntomas de estrés postraumático y depresión, no son simplemente y exclusivamente el resultado de un trauma discreto, sino que las relaciones familiares también contribuyen a dicha sintomatología.

En este apartado se ha definido el maltrato infantil. Se han mencionado los efectos a corto y mediano del abuso sexual y físico. Entre ellos el trastorno por estrés postraumático, trastornos disociativos, depresión, sentimientos de desvalimiento y desesperanza. Un porcentaje significativo de niños abusados sexualmente siguen un curso crónico de los trastornos afectivos. Sin embargo se evidenció que no todos los niños son afectados de la misma manera por las experiencias de abuso, muchos de ellos nunca desarrollan síntomas de psicopatología. Las relaciones familiares contribuyen a la sintomatología asociada al abuso. En un estudio sobre el tema se encontró que los síntomas depresivos (luego de 15 meses de la victimización) eran precedidos por una mala relación preexistente entre padres e hijos y por algunas formas de victimización como abuso sexual, violencia parental y experiencias de secuestro.

Se han expuesto las características relacionales de las situaciones de abuso. El abuso se da en una relación complementaria, los miembros con mayor poder utilizan este tipo de relación para dominar, controlar o para beneficios propios. El niño se convierte en objeto que otros utilizan física, emocional o sexualmente. El abusador en esta relación se define como existencialmente superior, la violencia es unidireccional y en la víctima su sentimiento de identidad y autoestima quedan afectados; en ella existen sentimientos de culpa y deuda respecto de quien castiga.

Se han mencionado algunas conclusiones de estudios sobre la vulnerabilidad cognitiva para la depresión (restrospectivos). Entre los más importantes se evidenció que las personas con depresión con inicio en la niñez habían tenido un nivel de abuso mas grave que los depresivos de inicio en la adolescencia y adultez. El abuso emocional es postulado como un contribuyente fuerte para la vulnerabilidad cognitiva para la depresión ya que este implica proporcionarle a la víctima cogniciones negativas.

También se ha mencionado el modelo de indefensión aprendida y su reformulación teórica como modelo análogo a los sistemas relacionales abusivos y sus consecuencias.

3.3-Relación Conyugal: violencia y otros sistemas relacionales

Características relacionales de la violencia conyugal

Como se ha mencionado en el punto 2.2 un conflicto en cualquiera de los holones (conyugal, parental, de hermanos) repercute en todo el holón familiar.

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

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

En las familias donde existe violencia conyugal, generalmente existe alguna forma de maltrato hacia los niños de la familia, directa o indirectamente, por ello Reynaldo Perrone y Martine Nannini las llaman familias que maltratan.

En las situaciones de violencia conyugal, el conflicto irrumpe y explota de forma violenta, manifiesta y abierta, implicando generalmente áreas vitales de cada uno de los cónyuges. Los niños generalmente presencian estas situaciones (Stefano Cirillo y Paola Di Blasio, 1989).

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

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

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

La violencia conyugal afecta sus funciones como holón y también las funciones del holón parental. Es posible que la violencia irrumpe y dichas funciones no se lleven a cabo de manera adecuada. Los niños aprenden modos de expresar afecto, relacionarse con un igual, resolver conflictos de acuerdo a las experiencias vividas del holón conyugal. Estos aprendizajes, se realizaran de un modo no esperado. Los cónyuges pueden descuidar tareas como cuidar, criar, dar cariño, sostén o caer en el abandono o negligencia hacia sus hijos.

Otros sistemas relacionales

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

Dichos autores postulan que 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 trianguladoras 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 responsabilidad 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 cotas 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 la da por sentada y no se valora el esfuerzo desplegado para responder a ella, se considera siempre insuficiente. La metacomunicación sobre tales temas esta prohibida ya que existe el mandato que prohíbe manifestar emociones negativas y obliga a cuidar las apariencias. El clima emocional es frío y contenido.

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 para la

depresión en los niños. Cabe aclarar que el último factor mencionado no se postula en base a estudios empíricos. Este es postulado a partir de la experiencia clínica de Luis Linares y Carmen Campo (2000). Son dos sistemas relacionales diferentes, en los cuales tanto las funciones conyugales como parentales son disfuncionales.

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

Este último holón, puede dejar de cumplir sus funciones en forma adecuada debido a la irrupción de la violencia conyugal en la familia.

Las familias donde existe una 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.

3.4-Baja Cohesión

Baja Cohesión

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

En un estudio sobre familias "normales" e intactas (no clínicas) Olson y col (1983) encontraron que la cohesión familiar difiere de una etapa a otra. Las familias alcanzan su máximo grado de cohesión en las primeras etapas de su ciclo vital. 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.

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

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

Se expondrán algunos datos que apoyan la hipótesis que las familias desvinculadas durante las primeras etapas (con hijos pequeños) constituyen un factor de riesgo para la depresión en los niños.

Garrison, 1990, (en Kaslow, Florence, 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 (Garrison, 1990). 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.

Bajo soporte

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

Influencia de la timidez

La timidez es un factor de vulnerabilidad para desarrollar síntomas depresivos en ausencia, pero no en presencia de soporte social. La soledad media la relación entre la timidez y el incremento de síntomas

depresivos (Joiner, Jr. Thomas E. 1997). El mencionado autor realizó un estudio en el cual los resultados obtenidos confirmaron dicha hipótesis. Los participantes eran interrogados unas vez y luego de cinco semanas nuevamente, acerca de sus niveles de timidez, soporte social, soledad, afecto positivo y negativo. A pesar de que los participantes eran adultos (aún no graduados), podríamos pensar los resultados obtenidos en la población infantil (a pesar de que no fue la muestra seleccionada).

Los participantes que eran tímidos y no tenían soporte social incrementaban en síntomas depresivos y disminuían en afecto positivo.

El bajo soporte familiar en niños tímidos y/o con inhibición interpersonal podría ser un factor de riesgo para desarrollar síntomas depresivos.

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

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

3.5-Problemas de apego

Teoría del apego

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

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

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

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

Si no se desarrolla un vínculo de apego tempranamente los individuos son vulnerables a sufrir diferentes padecimientos.

Bowlby estudió las conductas de los niños pequeños durante separaciones temporales de la madre. Observó sucesivas conductas de protesta, desesperación, y por último desapego.

Dicho autor asoció las dificultades de apego, como sucesivos desapegos, al principio de la vida, con dificultades en la vida adulta de formar nuevos vínculos de apego, incapacidad de ser empático. Postula que no se lo considera depresión infantil sino una forma universal de duelo secundaria a la separación. Otros autores lo postulan como factores de riesgo para la depresión en niños, especialmente relacionado con el modo en como se establecen dichos vínculos.

Apegos inseguros y ambivalentes

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

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

Nadine J. Kaslow, Catherine Gray Deering y Peter Ash (1996), han postulado que los vínculos de apego que se caracterizan por la alternación entre la sobreprotección y el rechazo y/o abandono de los padres hacia sus hijos, son un factor de riesgo para la depresión en niños. Este estilo parental inconsistente es asociado con vínculos de apego inseguros, lo que conduce a que los niños perciban como incontrolable sus experiencias, despertando sentimiento de indefensión y desesperanza. La experiencia cotidiana se convierte para el niño en incontrolable (tanto para sucesos deseados como para sucesos aversivos) junto con sentimientos de indefensión sobre la posibilidad de cambiar la ocurrencia de los sucesos.

El modo en que se realizan los vínculos afectivos esta determinada y aprendida principalmente dentro de la familia. Los vínculos de apegos “no seguros”, ambivalentes, o rechazantes, interfieren con el desarrollo de nuevos vínculos afectivos fuera de la familia.

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

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

Formación de esquemas cognitivos y vulnerabilidad cognitiva para la depresión

Las modalidades de los vínculos de apego mencionadas están relacionadas con la estructuración de la personalidad, que en la teoría de Beck (1969) son postuladas como factores de vulnerabilidad para la depresión.

Estas estructuras de personalidad son esquemas cognitivos de orden superior a otros esquemas. En la teoría de Beck se postulan dos dimensiones de personalidad como vulnerables que son: los esquemas sociotrópicos, que incluyen creencias y actitudes en los cuales existe una alta dependencia de los demás para juzgar la propia valía, alta necesidad de aprobación, etc. y los esquemas autonómicos incluyen actitudes y creencias donde prima la autodeterminación, la independencia y los logros personales.

Diferentes estímulos activaran uno u otro tipo de esquema que permanecen latentes, dependiendo de la estructura de personalidad de cada individuo. Una vez activado estos esquemas actúan como filtros a través de los cuales se percibe, interpreta y recuerda la información.

Existen errores sistemáticos en el procesamiento de la información como inferencia arbitraria, abstracción selectiva, personalización, sobregeneralización, entre otras, en mayor grado de los que ocurren en todas las personas. Estas operaciones cognitivas conducen a los productos cognitivos (producidos por la activación de dichos esquemas) configurando lo que Beck llamó la tríada cognitiva negativa. Esta se constituye por una visión negativa de sí-mismo, del mundo, y del futuro (de la persona), la cual es considerada intrínseca de la depresión y factor causal próximo que la mantiene.

Si bien los niños no han estructurado completamente su personalidad, ni poseen la capacidades necesarias para tener una visión negativa acerca de su futuro, el poseer vínculo de apego inseguros y ambivalentes contribuye a la formación de dichos esquemas de personalidad vulnerables a la depresión.

En este apartado nos hemos referido principalmente al modo en que se crean los vínculos de apego como factores de riesgo para la depresión en niños.

Es fundamental para el niño establecer vínculos de apegos con personas cercanas a él. La figura de apego debe ser segura, sensible y estar presente en forma continuada para que el niño pueda tener sentimientos de seguridad, pueda explorar su medio, y relacionarse con otros. Si estos vínculos se establecen mediante modos no adecuados (no brindan seguridad, son ambivalentes, o rechazantes) contribuyen a que los niños sean vulnerables a la depresión.

Los apegos caracterizados por la alternancia entre la sobreprotección y el abandono/rechazo son factores de riesgo para la depresión en niños, particularmente la que se llamó depresión anaclítica. Los apegos caracterizados por la evitación y rechazo de los padres hacia los hijos también son factores de riesgo, particularmente se lo ha asociado a lo que se llamo depresión introyectiva.

La forma en que se establecen los vínculos de apego podría contribuir a la formación de esquemas de personalidad, que Beck ha postulado como esquemas vulnerables a la depresión. Estos esquemas son sociotrópicos y autonómicos, que al ser activados por estímulos relacionados con dichos esquemas activan un procesamiento de la información caracterizado por ciertas distorsiones que promueven el desarrollo y mantenimiento de la depresión.

3.6-“Divorcio”

Diferentes conceptualizaciones en el tiempo

Las investigaciones sobre el divorcio han ido cambiando a través del tiempo. Las primeras investigaciones al respecto se basaban en un modelo de divorcio en el cual asumían que la estructura familiar de dos personas casadas era necesaria para la buena socialización del niño. La ausencia de padre podría traer aparejada serias consecuencias, especialmente a los hijos varones.

Los estudios recientes han focalizado en la diversidad de patrones de ajuste de los niños al entorno y el divorcio. Especialmente se han centrado en las interacciones entre los factores individuales, familiares y

extrafamiliares que deterioran o promueven el ajuste de los niños para manejar satisfactoriamente el conflicto, la separación, la pérdida y los cambios en su nueva situación familiar.

Los estudios actuales reconocen que el divorcio es un paso más en la serie de transiciones familiares que afectan las relaciones familiares y el ajuste de los niños. Éstos toman en cuenta las experiencias en la familia que anteceden al divorcio, las transiciones maritales seguidas al divorcio, la vida en familias monoparentales, que impactan el ajuste del niño. Entienden que el divorcio está asociado con cambios estresantes en la vida de los miembros familiares, como también puede representar un escape del conflicto para garantizar armonía y mejores oportunidades para desarrollarse y crecer. (E. Mavis Hetherington & Margaret Stanley Hagan, 1999).

Datos relevantes

Los autores mencionados revisan los hallazgos de las investigaciones del ajuste de los niños en familias divorciadas, y exponen factores de riesgo y de protección que contribuyen o amortiguan los problemas de los niños. Postulan que solo el 40 % de los niños en Estados Unidos pasan su niñez con ambos padres biológicos casados. Después de un divorcio el 84% de los niños residen con su madre solamente. Esta situación es temporal ya que el 65 % de las mujeres y el 75 % de los hombres vuelven a formar pareja (Bumpass & Raley, 1995; Cherlin & Furstenberg, 1994 en Hetherington, E. Mavis, Stanley-Hagan, Margaret, 1999). El divorcio se da con mayor frecuencia en los segundos matrimonios mas que en los primeros, por lo que los niños son expuestos a series de cambios en sus relaciones familiares y roles. Estos experimentan consecuencias aversivas en su ajuste al medio (Capaldi & Patterson, 1991 en el artículo mencionado anteriormente).

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

El divorcio es asociado en los niños con desórdenes internalizantes como síntomas de ansiedad y depresión y con problemas en las relaciones sociales. Los niños con padres divorciados tienen un pobre ajuste social, emocional y académico en comparación de los niños con familias intactas (Amato & Keith, 1991, Hetherington, 1993, Zill Morrison & Coiro, 1993 en Hetherington, Mavis E., Bridges, Margaret & Glendessa M. Insabella, 1998).

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

Se ha propuesto que los niños pequeños son mas afectados por el divorcio que los niños más grandes y/ o adolescentes. Los niños pequeños son menos capaces de entender los eventos familiares, más propensos a culparse a ellos mismos y sentir miedo por el abandono y tienen menos acceso a la posibilidad de soporte en relaciones fuera de la familia.

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

En cuanto al género, los varones y mujeres parecen igualmente vulnerables a desarrollar problemas de conducta, síntomas depresivos, entre otras. El estrés, asociado a las transiciones familiares, tiende a exacerbar los problemas y el pobre ajuste en los niños preexistente al divorcio.

E. Mark Cumming & Patrik T. Davies (1994) postulan que los niños en familias con altos conflictos maritales exhiben similares problemas externalizantes e internalizantes que los niños de familias divorciadas. Exponen que la violencia psíquica y la exposición de los niños a los conflictos son altamente dañinos para los niños.

Estos autores han concluido que muchos de los problemas de los niños atribuidos al divorcio son en realidad causados por matrimonios conflictivos.

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

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

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

Posibles relaciones en la situación de divorcio

Para comprender algunas características relacionales de las familias conflictivas en una situación de divorcio se tomará a Juan Luis Linares y Carmen Campo (2000). Estos autores exponen con una perspectiva relacional (explicado en el punto 3.3) las características de las familias de origen de los distímicos. Este podría ser un buen modelo para comprender, a nivel relacional, lo que sucede en algunas familias conflictivas antes y durante el divorcio relacionado con los factores de riesgo para la depresión en niños. Dichas familias se caracterizan por triangulaciones manipuladoras. Existe una proyección de la desarmonía conyugal de los padres sobre la parentalidad. Esta última queda deteriorada debido al impacto de las triangulaciones manipuladoras. El niño queda atrapado en mensajes superpuestos y contradictorios como: “venite de mi parte, yo te doy mas”, entre otras posibles. Estas situaciones generan ansiedad, a la cual, si se le añade el impacto de la pérdida que puede producirse a nivel relacional debido a las alianzas que las triangulaciones manipuladoras pueden generar, se incorpora el componente depresivo. El niño puede quedar aliado con uno de sus progenitores y antagónico con otro, lo que genera pérdidas de una figura de apego y genera culpa.

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

En este apartado se ha mencionado como han ido cambiando las conceptualizaciones acerca del divorcio y junto con ellas las investigaciones al respecto. Hoy en día se considera al divorcio un paso más en la serie de transiciones familiares que afectan las relaciones de tal sistema. Varios factores intervienen en el ajuste del niño al divorcio, entre ellas las transiciones maritales seguidas al divorcio, las experiencias familiares que lo anteceden, la vida en familias monoparentales.

En diferentes estudios se ha asociado al divorcio con problemas externalizantes, como conducta antisocial e internalizantes, como depresión. Se postula que los niños provenientes de familias divorciadas y uniparentales evidencian en mayor medida depresión que los niños de familias intactas. Sin embargo los niños que pasan de una situación familiar conflictiva, abusiva o negligente a una más armoniosa disminuyen sus problemas después del divorcio. Como también se evidenció que los niños en familias con altos conflictos maritales exhiben similares problemas externalizantes e internalizantes que los niños de familias divorciadas.

El estrés extra familiar, desventajas socioeconómicas, salud psíquica y física de los padres, ponen a los niños en riesgo para sobrellevar el divorcio, estos factores son mediados por las relaciones parentales, especialmente las cualidades parentales.

Los niños, en situaciones altamente estresantes como el divorcio, necesitan especialmente buenas cualidades parentales, sin embargo los estudios revelan que una parentalidad positiva es rara en estas situaciones. Para comprender las posibles relaciones en dichas situaciones se ha tomado a Juan Luis Linares y Carmen Campo (2000).

Capítulo 4: Conclusiones

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 que los cambios evolutivos se reflejan en las características asociadas de la depresión mayor.

Actualmente los sistemas de clasificación oficiales de los trastornos mentales (CIE-X Y DSM-IV) postulan dichas características como sintomatología asociada a las diferentes edades.

El trastorno depresivo a tempranas edades interfiere significativamente con el desarrollo cognitivo, afectivo y social del niño.

Particularmente importante es su **alta comorbilidad y riesgo de recurrencia** si el primer episodio ocurrió en la niñez.

Es indudable que la familia cumple un rol determinante en la vida del niño.

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

En base a la investigación bibliográfica realizada se concluyen los **factores de riesgo familiares** que se expondrán a continuación.

* La **presencia de un progenitor depresivo**, especialmente si la **madre** padece el trastorno. Los hijos de padres depresivos tienen riesgo de desarrollar **vulnerabilidad cognitiva** para la depresión; 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**.

La **gravedad** del abuso sexual, físico y emocional es una variable relevante para facilitar la presencia de depresión en niños.

El **maltrato emocional** es un predictor significativo para la **vulnerabilidad cognitiva**.

El ambiente familiar es un factor importante para contribuir a la sintomatología asociada al abuso y a las experiencias de victimización temprana. Las funciones familiares pueden facilitar 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.

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

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

Estas modalidades de apegos podrían contruir a la formación de esquemas de personalidad vulnerables a la depresión (según la teoría de depresión de Beck, 1969).

* 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** para padecer el mencionado trastorno, dirigida a los **agentes de salud**, especialmente al personal docente que trabaja en el **ámbito escolar**.

El ámbito cotidiano de los niños, fuera de su grupo primario, es la escuela. El contacto diario con dicho grupo étario posibilita la detección de factores de riesgo para el mencionado trastorno por parte del personal de dicha institución.

Como se ha mencionado en el punto 1.4, frecuentemente los niños que padecen depresión son caracterizados como tímidos e introvertidos y dicho trastorno no es detectado.

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

1)- Formar 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
- irritabilidad
- disminución de la capacidad de concentración
- pérdida de interés o incapacidad para experimentar placer
- enlentecimiento o agitación psicomotriz
- fatiga o pérdida de la energía.
- frecuentes quejas somáticas
- aislamiento social (sociabilización disminuida).

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 tal situación al personal responsable de la institución**.

El paso siguiente es una **entrevista** con el o los adultos responsables del niño. El **objetivo** de esta es: informar acerca de lo observado y sus implicancias, como también los posibles pasos a seguir.

Se debe informar que el fin de dicho encuentro es comprender la situación familiar para 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 hospitales y centros de salud mental especializados en este grupo etario. Se debe explicar detalladamente a la familia la importancia de dicha derivación para ella y el niño.

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.

Se debe remarcar que si existe evidencia de maltrato físico o abuso sexual los pasos a seguir son distintos de los expuestos aquí.

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

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

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.

Bibliografía

Libros

- Arieti, Silvano & Bemporad, Jules, "Psicoterapia de la depresión", Paidós, 1981, Buenos Aires.
- Bellack Alans & Michel Hersen, "Comprehensive clinical Psychology", Vol 5 "Children & Adolescents: Clinical Formulation & Treatment", Pergamon, 1998, Great Britain.
- Belloch, Amparo, Sandín, Bonifacio, Ramos Francisco, "Manual de Psicopatología", Vol 2, Mc Graw Hill, 1995, España.
- Cantwell, Dennis P. & Carlson, Gabrielle A., "Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia", Martínez Roca, 1987, Barcelona.
- De Ajuriaguerra, Julián, "Manual de psiquiatría infantil", Toray-Masson, 1973, Barcelona.
- Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-X, Meditor, 1992.
- Epstein, Norman, Shlesinger, Stephen E. & Dryden, Windy Eds., "Cognitive-behavioral therapy with families", Brunner/Mazel, 1988, New York.
- Jaes Falicov, Celia (compiladora), "Transiciones de la familia". Continuidad y cambio en el ciclo de vida, Amorrortu editores, 1988, New York. David H. Oslon, capítulo 2.
- Juan Luis Linares & Carmen Campo, "Tras la honorable fachada". Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional, Paidós Terapia Familiar, 2000, Barcelona.
- Kaplan, Harold I., Sadock, Benjamin J. & Grebb, Jack A., "Simopsis de Psiquiatría Clínica", 7ª Edición, Editorial Médica Panamericana, 1996, Buenos Aires.
- Kaslow, Florence W., "Hand Book of relational Diagnosis and Dysfunctional Family Patterns", John Wiley & Sons, 1996, New York.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV, Masson, 1995, Barcelona.
- Mc. Andolfi, C. Angel, P. Menghi, Nicolás Corigliano; "Detrás de la máscara familiar". Familia rígida. Un modelo de terapia relacional; Amorrortu Editores, 1989, Argentina.
- Minuchin, Salvador, Fisman H. Charles, "Técnicas de terapia familiar", Paidós Terapia Familiar, 1983, Buenos Aires.
- Neufeld, Richard W. J., "Psicopatología y stress", Toray, 1984, Barcelona.
- Reynaldo Perrone y Martine Nannini, "Violencia y abusos sexuales en la familia". Un abordaje sistémico y comunicacional, Paidós Terapia Familiar, 1997, Buenos Aires.
- Stefano Cirillo y Paola Di Blasio, "Niños maltratados". Diagnóstico y terapia familiar, Paidós Terapia Familiar, 1991, España.
- Zingman de Galperín, Celia, "Modalidades de funcionamiento familiar", Editorial de Belgrano, 1996, Buenos Aires.

Revistas

- Abramson, Lyn Y., Alloy, Lauren B. & Hogan, Michael E., Whitehouse, G. Wayne, Donovan, Patricia, Rose, Donna T., Panzarella, Catherine & Ranieri, David, "Cognitive vulnerability to depression: Theory and evidence", *Journal of Cognitive Psychotherapy*, vol 13, Nro 1, 1999, New York, 5-20.

- Abramson, Lyn Y., Alloy Lauren B. & Metalsky, Gerald I., "Teoría de la depresión por desesperanza: Aportaciones recientes", Revista de psicopatología y Psicología Clínica, vol 2, Nro 3, 1997, Valencia, 211-222.
- Alloy, Lauren B. & Abramson, Lyn Y., "The Temple-Wisconsin cognitive vulnerability to depression project: Conceptual background, design, and methods", Journal of Cognitive Psychotherapy, vol 13, Nro 3, 1999, New York, 227-262.
- Boney-McCoy, Sue & Finkelhor, David, "Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships?", Journal of Consulting & Clinical Psychology, vol 64, Nro 6, 1996, Washington, DC, 1406-1416.
- Cummings, E. Mark & Davis, Patrick. T., "Maternal depression and child development", The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, vol 35, Nro 1, 1994, Londres, 73-112.
- Gustavo M. Finvarb, "Depresiones y antidepresivos", Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, vol 9, Nro 34, Dic 1998-Feb 1999, Argentina, 288-293.
- Hetherington, E. Mavis, Stanley-Hagan, Margaret, "The Adjustment of Children With Divorced Parents: A Risk and Resiliency Perspective", The Journal of Psychology and Psychiatry and Allied disciplines, vol 40, Nro 1, 1999, Londres, 129-140.
- Hetherington, Mavis E., Bridges, Margaret & Glendessa M. Insabella, "What Matters? What Does Not? Five Perspectives on the Association Between Marital Transitions and Children's Adjustment", Journal of The American Psychological Association, vol 53, Nro 2, 1998, Washington DC, 167-184.
- Hernández Gusmán, Laura, & Sánchez S., Juan José, "Factores de Riesgo Asociados con la Disfunción Psicológica en el Niño y el Adolescente", Psicología Contemporánea, Número monográfico dedicado a trastornos emocionales en la niñez, vol 4, Nro 1, 1997, México, 24-37.
- Ingram, Rich E. & Jennifer Ritter, "Vulnerability to Depression: Cognitive Reactivity and Parental Bonding in High-Risk Individuals", Journal of Abnormal Psychology, vol 109, Nro 4, 200, Washington DC, 588-596.
- Joiner, Jr. Thomas E., "Shyness and Low Social Support as Interactive Diatheses, With Loneliness as Mediator: Testing an Interpersonal-Personality View of Vulnerability to Depressive Symptoms", Journal of Abnormal Psychology, vol 106, Nro 3, 1997, Washington DC, 386-394.
- Martínez Taboas, Alfonso, "Abuso sexual en la niñez y sus repercusiones psicoemocionales", Revista Psicología Contemporánea, vol 4, Nro 1, 1997, México, 56-63.
- Rosselló, Jeannette, & Martínez, Alejandra, "Depresión en la Niñez y Adolescencia: Aportes de la Investigación", Revista Psicología Contemporánea, vol 4, Nro 1, 1997, México, 64-75.
- Stern, Anne E., Lynch, Deborah L., Oates, R, Kim, O'Toole, Brian I., & Cooney, George, "Self esteem, depression, behaviour and family functioning in sexually abused children", The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, vol 36, Nro 6, 1995, Oxford, 1077-1089.