

# 8 Depresión parental y filial: factores de riesgo, efectos mutuos y una propuesta explicativa\*

---

CARMELO VÁZQUEZ  
M. SIXTA SILES

«Quizá una de las razones más importantes para la aceptación incondicional de una forma fuerte de determinismo infantil es que dicha aceptación se ajusta a la comprensible necesidad de simplificar la complejidad del itinerario evolutivo de cada individuo.»

JEROME KAGAN (1996, 903)

«¡Familias, os odio! Hogares cerrados, puertas cerradas, celosas posesiones de la felicidad.»

ANDRÉ GIDE

Con las palabras que abren este capítulo, el conocido psicólogo evolutivo Jerome Kagan acertaba al señalar que uno de los mayores riesgos que existen cuando deseamos explicar algo tan complejo como las trayectorias vitales es el de identificar factores «explicativos» inexcusables. Este intento de identificar variables auténticamente «cruciales» suele ser una vana ilusión. El comportamiento humano, normal o patológico, es resultante de una enrevesada trama de situaciones vividas, expectativas personales y motivaciones ocultas, y sería pretencioso pretender hallar la fórmula que descifre el enigma de nuestra conducta. Partiendo de este principio corrector de cualquier vanidad, nuestro objetivo con este capítulo es tratar de desvelar algunos de los factores que la investigación está descubriendo como *factores de riesgo* para la psicopatología infantil.

Rutter (1972, 1984, 1995) ha venido efectuando revisiones de los datos existentes sobre las relaciones entre patología infantil y adulta. Hasta hace dos décadas, apenas había información válida sobre estas relaciones. Una de las pocas con-

---

\* Este trabajo ha sido posible gracias, en parte, al Proyecto de Acciones Integradas España-Reino Unido (MEC-British Council, 1996-1997/181B) y al Proyecto de Investigación UCM para Equipos Multidisciplinares PR295/95-6208, concedidos ambos al primer autor.

clusiones que podía afirmarse con exactitud es que el autismo no era el precursor infantil de la esquizofrenia o que un patrón consistente de conductas antisociales se relacionaba con problemas persistentes de personalidad en la vida adulta. Pero en la última década han proliferado los estudios y los hallazgos retrospectivos y, más modernamente, prospectivos, permitiéndonos ofrecer un panorama bastante más detallado de lo que era posible hasta hace poco.

Existe una amplia gama de factores de riesgo que pueden ejercer una importante influencia en el desarrollo psicológico del niño y en su futura vida adulta (Gotlib y Avison, 1993; Buendía, 1996). Entre estos factores figuran la pérdida o separación de los padres en la infancia, relaciones conflictivas padres-hijos o bien entre los propios cónyuges, y los antecedentes de psicopatología en uno o ambos padres (Lemos, 1996). En la mayoría de las investigaciones actuales se ha comprobado que los niños que tienen progenitores con algún trastorno psiquiátrico padecen una vulnerabilidad mayor a determinadas psicopatologías y trastornos de conducta. Dentro de este abanico de factores, nos centraremos fundamentalmente en los estudios sobre los hijos con *padres depresivos*.

Dada la relativamente elevada prevalencia de la depresión en la población general adulta, un número elevado de niños crecerá en hogares donde como mínimo uno de los padres podría ser depresivo. Aproximadamente, entre un 5 por 100 y 15 por 100 del conjunto de la población adulta (dependiendo de los estudios e instrumentos de evaluación empleados) ha presentado o presentará un episodio de depresión mayor en el transcurso de su vida (Vázquez y Sanz, 1995); muchos de ellos manifestarán el episodio en edades en las que estarán criando hijos y sabemos que un porcentaje elevado de estos hijos *también* están deprimidos (Downey y Coyne, 1990). Los efectos de la depresión parental pueden afectar incluso a niños muy pequeños y hay muchos datos prospectivos, como veremos más adelante, que convergen en esta dirección

## **1. El impacto de la patología parental sobre los hijos: la perspectiva genética**

No hay duda de que los primeros estudios que pusieron sobre aviso acerca de la existencia de una línea directa entre la patología de padres e hijos fueron los de cosanguinidad. En este tipo de aproximación simplemente se analiza si existe una correspondencia (o *concordancia*) entre los trastornos que presenta un individuo (denominado *probando*) y los que presentan familiares cercanos. La concordancia diagnóstica consiste en el porcentaje de casos en los que coexiste un mismo trastorno en dos miembros de una familia. Los estudios de gemelos, a pesar de sus problemas metodológicos aún no bien resueltos (McGuffin y cols., 1996), son uno de los ejemplos típicos de esta aproximación. Las altas tasas de concordancia de diagnóstico de trastornos afectivos en gemelos, que suelen ser más altas que las

TABLA 8.1

*Tasas de concordancia de trastornos afectivos en gemelos  
(Andreasen, 1991; Walker et al., 1991)*

		Número parejas	Concordancia MZ	Concordancia DZ
<i>Tasas no corregidas</i>				
Luxenburger, 1930	Bipolares	4	75	0
Rosanoff et al., 1935	Bipolares	23	70	23
Kallmann, 1953	Bipolares	27	96	26
Slater y Shields, 1953	Bipolares	3	67	22
	Unipolares	5	40	24
Kringlen, 1967	Bipolares	6	66	0
Allen et al., 1974	Bipolares	5	20	0
	Unipolares	10	40	0
Bertelsen et al., 1977	Bipolares	55	84	35
Tergensen, 1985	Unipolares	30	50	43
<i>Tasas corregidas</i>				
Walker et al., 1991	Afectivos en general		55	18

que se observan incluso para trastornos como la esquizofrenia, sugieren que hay una *vía familiar de transmisión* —genética o vía aprendizaje— de estos trastornos. Aun corrigiendo a la baja las tasas algo infladas halladas en los estudios de origen, Walker y cols. (1991) estiman que dada la existencia de un trastorno afectivo en uno de los gemelos, existe una probabilidad media entre un 18 por 100 y un 55 por 100 (para dizigóticos y monoigóticos, respectivamente) de que el otro gemelo presente ese mismo tipo de trastorno afectivo<sup>1</sup> (véase la tabla 8.1). Así pues, no cabe apenas duda de que, por una vía u otra, el impacto de la pertenencia familiar en la psicopatología afectiva es significativo.

Pero estos datos, basados en meras correlaciones, deben ser tomados con cautela. Hasta la fecha no hay ningún estudio riguroso de gemelos o de adopción sobre la depresión infantil (Rutter, 1995). Los estudios existentes sobre depresión adulta sugieren que la «heredabilidad» de la depresión varía. Por ejemplo, en las depresiones menores estos factores parecen tener un escaso peso, mientras que en los trastornos bipolares (McGuffin, 1991) y en las depresiones de edad de aparición más precoz (Strober, 1992) la evidencia de peso genético es mayor. No obs-

<sup>1</sup> Según las estimaciones de estos mismos autores (Walker et al., 1991), las tasas corregidas de concordancia para la esquizofrenia son sensiblemente inferiores para la esquizofrenia: 7 por 100 y 25 por 100 para dizigóticos y monoigóticos, respectivamente.

tante, según los propios especialistas en genética, parecen primar más los aspectos ambientales que los genéticos en la «transmisión» de los trastornos afectivos (Rende y cols., 1993). En cualquier caso, todavía no se conocen más detalles de estas relaciones y simplemente estos datos ofrecen una visión muy general sobre la heredabilidad.

## 2. Psicopatología parental y psicopatología filial

El efecto de la patología parental en los hijos parece, a primera vista, indiscutible. Rutter y Quinton (1984) realizaron un estudio longitudinal de cuatro años de duración, con una muestra formada por 137 pacientes psiquiátricos con 292 hijos que vivían en el hogar, con edades por debajo de los 15 años. Conforme a lo esperado, se observó que los problemas mentales parentales aumentaban la probabilidad de aparición de *trastornos emocionales y conductuales* en los hijos<sup>2</sup>. En la misma línea está el estudio de Brady y Kendall (1992), en el que se encontró que los niños de padres depresivos, alcohólicos, o con un trastorno de ansiedad, tenían un riesgo mayor para un buen número de problemas emocionales y conductuales.

Muy probablemente la psicopatología parental *per se* no es el factor interviniendo, como si fuera un ingrediente de efectos mágicos, en este incremento de la vulnerabilidad psicopatológica en los hijos. Como analizaremos más adelante, en estas familias, además de un «trastorno mental», una etiqueta que apenas nada nos dice, suele existir también un nivel mayor de discordia marital, de dificultades vitales importantes, o de percepciones inadecuadas de la realidad y de uno mismo que, poco a poco, pueden ir modelando las cogniciones y afectos de sus hijos. Parece claro, pues, que en el desarrollo cognitivo y emocional las experiencias *ambientales* y de *socialización* dentro de la familia son esenciales. Resulta asimismo cada vez más claro que para poder entender el papel de la familia sobre la socialización hay que considerar tanto circunstancias *económicas* como de la propia *estructura y dinámica* familiares. En este contexto, factores de riesgo como los efectos de desventajas sociales, estructuras familiares deterioradas, procesos familiares disfuncionales, y diversas formas de psicopatología parental parecen importantes a priori, como potenciales factores de riesgo psicopatológico (Lemos, 1996).

Ahora bien, el estudio de estos factores de riesgo no es sencillo. En primer lugar, hay pocos estudios *longitudinales prospectivos* con muestras de alto riesgo<sup>3</sup>. De hecho, la mayoría de los estudios existentes son retrospectivos, lo que plantea

<sup>2</sup> El riesgo en el niño era superior cuando los progenitores tenían un trastorno de personalidad (32 por 100) que cuando el diagnóstico parental era de trastorno afectivo (13 por 100); de ahí que, igualmente, se obtuviese un 38 por 100 de hijos con trastornos de personalidad frente a un 7 por 100 con trastorno afectivo.

<sup>3</sup> En el ámbito de la esquizofrenia ha habido más estudios prospectivos efectuados con niños de alto riesgo (véase Vázquez y Ochoa, 1986) que en otros ámbitos de la psicopatología.

obvias insuficiencias metodológicas (Barnett y Gotlib, 1988). Una segunda dificultad importante proviene de la propia evaluación de la patología afectiva de los niños. El uso de listados de síntomas o problemas más o menos inespecíficos y no ligados a un diagnóstico psiquiátrico concreto (por ejemplo, el *Child Behavior Checklist*), es una elección muy común; sin embargo, es preferible una aproximación más exigente que combine esos instrumentos de medida con el uso de entrevistas estructuradas que proporcionen diagnósticos psiquiátricos categoriales —del tipo del DSM-III-R o DSM-IV, como la *Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA)* (por ejemplo, Bragado y cols., 1995; Ezepeleta, 1990)<sup>4</sup>.

## 2.1. ¿Existen los padres?

Un aspecto extraordinariamente llamativo en los estudios sobre los efectos de la patología parental en los hijos es la ausencia de datos sobre los progenitores varones. Aunque es cierto que la depresión afecta a prácticamente el doble de mujeres que de hombres, especialmente desde la adolescencia (Nolen-Hoeksema, 1990), esto no justifica la llamativa ausencia de los progenitores masculinos en investigaciones psico(pato)lógicas. Como afirma Rojas Marcos (1995), «a lo largo de la historia familiar el padre ha brillado, sobre todo, por su ausencia; como resultado, muchos niños son criados solamente por la madre; incluso en hogares donde el padre está presente, éste no pasa con los hijos más de un tercio del tiempo que la madre; sin embargo, las señales de aprobación, de aceptación y afecto que transmite son importantes».

Según la extensa revisión de Phares y Compas (1992) sobre los efectos de la patología del padre en los hijos, todo parece indicar que hay una sutil tendencia sexista en las investigaciones, pues suele dejarse a un lado la contribución nociva que, a la par que las madres, pueden ejercer los padres. Un ejemplo de esta afirmación es que en las tesis doctorales norteamericanas de Psicología defendidas entre 1986 y 1994 que han estudiado el comportamiento de padres e hijos, se incluyen sólo madres en el 60 por 100 de las investigaciones doctorales, padres y madres en el 30 por 100, y sólo a padres en el 10 por 100 (Silverstein y Phares, 1996)<sup>5</sup>. En el caso que nos ocupa, hay efectivamente pocos estudios que incluyan a *padres y madres* depresivos. Una de las causas que se suele citar para explicar esta ausencia se refiere a que los niños han tenido poco contacto con los padres

<sup>4</sup> Conviene recordar, no obstante, que existen dificultades de evaluación de la psicopatología infantil. Algunos de los problemas con los que se enfrenta el evaluador son: la inmadurez cognitiva del niño (lectora y de comprensión verbal); la dificultad en los niños para reconocer su depresión y la intensidad de la misma; la concordancia entre las diferentes fuentes diagnósticas (padres, maestros, compañeros); la ocultación de la información y problemas de accesibilidad del niño, etc. (Del Barrio, 1990, 1997).

<sup>5</sup> Según este estudio, la única variable relevante para explicar este sesgo es el sexo del doctorando: las doctorandas muestran una tendencia aún mayor que los doctorandos a incluir muchas más madres que padres en sus estudios. Ni el sexo de la directora ni el tema de la tesis afectan significativamente a esta tendencia.

debido al divorcio parental (tan sólo el 67 por 100 de los niños de Estados Unidos por debajo de los 18 años viven con ambos padres biológicos y cuando viven con sólo uno de ellos suele ser la madre); no obstante, este motivo no resulta válido en estudios referidos a otras culturas como, por ejemplo, la española, en la que la tasa de divorcios y separaciones es relativamente baja.

La ausencia del padre como sujeto de investigación es problemática porque parece bastante probable que los efectos patológicos, pero también los efectos protectores, de los padres y las madres no sean exactamente paralelos (por ejemplo, Frick, 1992). En general, los problemas psicopatológicos del padre parecen tener más relación con la aparición de problemas de *exteriorización* de los hijos (trastornos de conducta, hiperactividad, conductas delictivas), mientras que la patología materna guarda una mayor relación con problemas de *interiorización* en los hijos (depresión, trastornos de ansiedad).

### 3. Investigaciones sobre la influencia de la depresión parental en los hijos

#### 3.1. ¿Existe la depresión infantil?

En los últimos 15 años ha habido un cambio espectacular en el enfoque de la depresión infantil. En la actualidad se acepta que no sólo la infelicidad y la insatisfacción pueden ser muy intensas en algunos niños, sino que podemos hablar de auténticas depresiones (Polaino-Lorente, 1988; Doménech, 1993; Del Barrio, 1997). Una avalancha de datos cuidadosamente recogidos durante estos años (por ejemplo, Harrington, 1993) ha contribuido a superar el *escepticismo* reinante hasta los años ochenta sobre la existencia de auténticas depresiones infantiles.

No sólo la depresión supone en los jóvenes un problema creciente, sino también puede conllevar un riesgo alto de suicidio. Por ejemplo, Rao y cols. (1993) efectuaron un estudio longitudinal de 159 niños y adolescentes deprimidos y hallaron una tasa de suicidios del 4,4 por 100 en un período de 10 años (en comparación con un 0 por 100 de un grupo de ansiosos). De modo que la depresión infantil es un problema mucho más importante de lo que se pensaba tradicionalmente y este reconocimiento ha impulsado un espectacular crecimiento de la investigación en esta área en los últimos años.

La extensión de la depresión en la población general infantil y adolescente, es decir, la población no hospitalizada o tratada, puede ser bastante mayor de lo que se ha creído. En un estudio reciente efectuado por Lewinsohn y cols. (1994), se entrevistó a 1.508 adolescentes entre 14 y 18 años de edad seleccionados aleatoriamente en institutos. Sus resultados confirmaron la prevalencia elevada de la depresión. Del conjunto de entrevistados, 362 (un 24 por 100 del total) estaban sufriendo, o habían sufrido alguna vez en el pasado, un episodio de depresión mayor.

La edad media cuando apareció el primer episodio era de 14 años y 9 meses<sup>6</sup>. De los adolescentes que se habían recuperado completamente, el 5 por 100 recayó en los seis meses posteriores, el 12 por 100 en el transcurso de 12 meses, y un tercio en el transcurso de 4 años. Así pues, parece que la depresión en estas edades es muy frecuente aunque la duración de cada episodio no sea muy elevada; sin embargo, un problema poco analizado hasta ahora es que la probabilidad de *recáidas* es más alta de lo esperable (tabla 8.2).

En España se han realizado algunos estudios bien controlados sobre la prevalencia de trastornos psicopatológicos en la infancia. Por ejemplo, Bragado y cols. (1995), empleando un Listado de Síntomas elaborado a partir del DSM III-R y la DICA-R (Diagnostic Interview for Children and Adolescent; Reich, Shayka y Tableison, 1991), han hallado una prevalencia de un 7 por 100 de trastornos depresivos en una muestra de 236 niños entre 6 y 17 años cuya peculiaridad es que eran hijos de padres y madres que solicitaron consulta en centros de salud mental. A diferencia de otros trastornos, los problemas de depresión mostraban una tendencia a aumentar conforme avanzaban los niños en edad y las mayores tasas de prevalencia se encontraron en el grupo de 14-17 años. Estos resultados coinciden con los de Doménech y Polaino (1990), los cuales estimaron que la prevalencia de los trastornos depresivos en escolares de 6 a 12 años es del 8,2 por 100, siendo más frecuentes según aumentaba la edad. Estas cifras estarían en el límite su-

TABLA 8.2

*Prevalencia de episodios depresivos  
en adolescentes de la población general  
(Lewinsohn et al., 1994)*

- $N = 1508$  adolescentes.
- Edad: 14 y 18 años de edad.
- Episodio depresivo mayor: 24 por 100 ( $N = 362$ ).
- Edad media primer episodio: 14 años y 9 meses.
- Rango de duración del episodio: 2-250 semanas.
- Duración media del episodio: 26 semanas.
- Mediana de duración del episodio: 8 semanas.
- Recáidas en los recuperados:
  - El 5% recayó en los 6 meses posteriores.
  - El 12% recayó en el transcurso de 12 meses.
  - El 31% recayó en el transcurso de 4 años.

<sup>6</sup> Esta edad aún se acortaba más si había ideas suicidas o si se era mujer. La duración de los episodios oscilaba entre 2-250 semanas, con una media de 26 semanas y una mediana de 8 semanas. Los episodios duraban más cuanto más temprana fuera la aparición del primer episodio y hubiera más ideas de suicidio.

perior de lo que normalmente se ha encontrado en estudios epidemiológicos de otros países. En concreto, con el diagnóstico restrictivo de depresión mayor, se estima que la prevalencia se sitúa entre el 0,4 por 100 y el 2,5 por 100 de los niños y entre el 0,4 por 100 y el 8,3 por 100 de los adolescentes (Cichetti y Toth, 1998).

La depresión infantil y juvenil es cada vez más frecuente en las últimas generaciones. No sólo es destacable el hecho de que los nacidos en las últimas décadas de este siglo muestren cada vez tasas más elevadas de depresión (Vázquez y Sanz, 1995; Cantwell y cols., 1996), sino que la edad de aparición del primer episodio se va adelantando<sup>7</sup>. Este carácter cada vez más *precoz*, no sólo se ha detectado en muestras generales, sino también clínicas. Por ejemplo, Kovacs y Gatsonis (1994) estudiaron muestras de adolescentes con depresión clínica nacidos en una franja estrecha de años (1965-1976), y hallaron que la edad de aparición del primer episodio era cada vez más temprana en las cohortes sucesivas. Los adolescentes nacidos en 1969-1970 tuvieron su primer episodio depresivo, por término medio, a los 11,6 años de edad, en comparación a los 9,9 años de edad de aquellos nacidos en 1973-1975. Ni el sexo, ni la edad, ni la clase social, ni la raza, ni el tener a la familia completa en el momento del estudio, guardaban relación significativa con la edad de comienzo.

### 3.2. Depresión adulta y depresión infantil: continuidades y rupturas

La depresión infantil no sólo existe, sino que puede tener efectos muy duros. Desde hace pocos años empezamos a disponer de estudios longitudinales suficientemente prolongados que evalúan las consecuencias a *largo plazo* de la depresión infantil. Harrington y cols. (1990) efectuaron un estudio de seguimiento, hasta una media de edad de 32 años, de 80 chicos adolescentes con un diagnóstico de depresión mayor empleando los Criterios Diagnósticos de Investigación (RDC), que son prácticamente equiparables a los del DSM-III (APA, 1980). Los diagnósticos en la fase de seguimiento del estudio fueron hechos por clínicos «ciegos» al diagnóstico efectuado años atrás, cuando estos sujetos eran unos niños. Además, el estudio empleó un grupo de control psiquiátrico que tenía un patrón de síntomas semejante al grupo de deprimidos con la excepción, obviamente, de los síntomas depresivos. El hallazgo más relevante fue que las tasas de depresión mayor *en la edad adulta* fueron cuatro veces superiores en el grupo de deprimidos que en el control. Pero igualmente importante fue que el riesgo de otras patologías *no fue mayor* en el grupo de deprimidos, lo que sugiere que probable-

<sup>7</sup> En opinión de algunos autores, esta mayor precocidad en la aparición parece incrementar la probabilidad de recaídas, de resistencia al tratamiento y de desarrollo de un trastorno bipolar (Cantwell et al., 1996).

mente la depresión infantil conduce a un riesgo *específico* de depresión en la vida adulta. Es interesante el hallazgo de que este riesgo es aún mayor cuando el perfil de síntomas que presenta el niño deprimido se parece al perfil de síntomas característico de la edad adulta (Rutter, 1995); por ejemplo, los niños que presentan síntomas depresivos *asociados* a problemas de conducta tienen un menor riesgo que los niños que presentan síntomas «puros» de depresión de padecer *depresión mayor* en la vida adulta. Este hallazgo sugiere dos cosas. En primer lugar, cuanto más «pura» sea la depresión infantil, hay más probabilidades de que haya una recurrencia de depresión en la vida adulta (Harrington y cols., 1991, 1996). En segundo lugar, y como conclusión más general, los trastornos depresivos son más heterogéneos de lo que suele suponerse y no conviene dar por hecho que todas las depresiones son iguales simplemente analizando los patrones de síntomas o los diagnósticos psiquiátricos por muy escrupulosamente que hayan sido efectuados. Como puede inferirse de estos datos, los patrones de síntomas depresivos adultos puede que tengan *orígenes* muy diferentes y quizá también, si hacemos caso a estos datos evolutivos, naturalezas diferentes<sup>8</sup>.

Aunque sabemos que el niño deprimido tiene una probabilidad más elevada de lo normal de ser un adulto deprimido, no conocemos con exactitud si se trata de dos condiciones semejantes, unidas por un trazo común invisible, o de dos condiciones biográficas y psicopatológicas sin mucha conexión. Un dato en contra de la hipótesis de la continuidad entre la depresión infanto-juvenil y la depresión adulta es que el uso de terapia farmacológica con tricíclicos no ofrece claros beneficios en la primera (Ambrosini y cols., 1993; Kovacs, 1997), a pesar de que en los adultos sí es una terapia razonablemente eficaz en muchos casos. En concreto, los heterocíclicos han sido el tratamiento de elección para la depresión adulta. Sin embargo, los datos obtenidos con adolescentes son muy desalentadores. En un reciente metaanálisis de 12 ensayos aleatorizados de la eficacia diferencial terapéutica de tricíclicos y placebo en niños deprimidos entre 6 y 18 años de edad, Hazell y cols. (1995) demostraron que no había *ninguna* mejora estadísticamente significativa en los niños tratados con fármacos. Además, cuanto mejor estaba realizado el ensayo clínico era menos probable encontrar un efecto farmacológico significativo.

Aún no se sabe por qué sucede esta ineficacia de tricíclicos en los jóvenes y adolescentes. Puede deberse a diferencias existentes en la maduración del sistema nervioso o bien a que lo que denominamos «depresión» en los adolescentes sea en realidad una categoría demasiado amplia. Parece claro que las intervenciones psicosociales, individuales o en grupo, especialmente dirigidas a cambiar la *auto-*

<sup>8</sup> En realidad sabemos muy poco sobre los *mecanismos de transición* de la patología infantil a la patología adulta. Rutter (1995) ha planteado la existencia de varias posibles vías causales. Por ejemplo, la existencia de un trastorno en la infancia puede incrementar cogniciones negativas estables (e.g., actitudes disfuncionales), una mayor vulnerabilidad ante los estresores de la vida, o generar estilos de conducta que conducen a su vez a más estresores.

*estima*<sup>9</sup> pudieran ser el tratamiento de elección en jóvenes con depresiones unipolares, no psicóticas (Carlson y Asarnow, 1995; Del Barrio, 1997), aunque, desgraciadamente, conviene recordar que alrededor del 75 por 100 de los jóvenes con depresión *no* reciben absolutamente ningún tipo de tratamiento (Cicchetti y Toth, 1998).

En definitiva, todos estos datos sugieren que la depresión infantil no sólo es bastante frecuente y tiene un impacto a menudo subestimado, sino que además probablemente tiene una entidad real propia, algo diferente a la del adulto.

### 3.3. Padres de hijos deprimidos

Un primer modo de ver las relaciones entre depresión parental y filial consiste en analizar la patología de los padres de niños deprimidos. Respecto a los efectos de una paternidad inadecuada sobre la depresión, disponemos de bastantes datos que, como vamos a ver aquí y más adelante, parecen confirmar esta asociación.

Weller y cols. (1994) hicieron uno de estos estudios con 63 niños entre 6 y 12 años con depresión mayor. Los resultados mostraron que las *madres* de estos niños tenían mayores tasas de trastornos afectivos (depresión mayor o bipolar) y de ansiedad, que las madres de niños normales o de niños con problemas psiquiátricos no depresivos. En cuanto a los *padres*, la única diferencia fue la de una mayor tasa de trastorno antisocial de la personalidad en los padres de los niños deprimidos que en los de control<sup>10</sup>; en el resto de los trastornos analizados, los padres de los tres grupos no diferían<sup>11</sup>.

En un estudio semejante, Tisher, Tonge y Home (1994) analizaron la patología parental de 20 niños deprimidos (de entre 7 y 11 años de edad), de un grupo control psiquiátrico no deprimido y un grupo de niños normales. Los resultados volvieron a mostrar que las *madres* de los niños deprimidos tenían mayores tasas de depresión, según una escala de autoinforme, que las madres de los niños de los otros dos grupos. Las madres del grupo psiquiátrico de control tenían a su vez mayores tasas de depresión que las madres de los niños normales. En cuanto a los padres, no se encontró ninguna diferencia en sus tasas de depresión. En definitiva,

<sup>9</sup> Para algunos autores, lo más distintivo de la depresión en los adolescentes es la existencia de una *autoestima* muy baja (Mitchell et al., 1988). Incluso algunos estudios han hallado que el nivel de autoestima es mucho mejor predictor que el nivel de gravedad inicial en la recuperación del episodio en seguimientos a 3 y 12 meses (Fine et al., 1993).

<sup>10</sup> Es interesante resaltar que al elaborar Winokur (1979) el concepto del «espectro depresivo» ya consideraba la posibilidad de que en los padres de los deprimidos, pero no en las madres, se hallase una elevada tasa de problemas de personalidad antisocial y no tanto tasas elevadas de depresión.

<sup>11</sup> Tan sólo cuando se analizaron subgrupos emergió alguna diferencia. Se encontraron mayores tasas de alcoholismo familiar en los padres de los niños deprimidos con problemas de conducta que en los padres de los niños deprimidos con ansiedad.

parece que los niños deprimidos están más «expuestos» a educarse con madres depresivas o padres con alguna patología que otros niños.

### 3.4. Hijos de padres deprimidos

Un modo más directo de abordar el problema que queremos tratar es analizar qué consecuencias tiene ser criado por padres depresivos. ¿Por qué tiene impacto tener un padre o una madre deprimida?:

1. En primer lugar, una persona deprimida funciona mal y peor, incluso, que personas con otras enfermedades físicas crónicas como la diabetes, asma, etcétera, como demostraron Wells y cols. (1989) en un estudio con más de veinte mil pacientes. Este mal funcionamiento se extiende a la vida laboral y social y también a la familiar y marital (Barnett y Gotlib, 1988; Gotlib y Hammen, 1992).
2. En segundo lugar, la depresión no es algo tan episódico o circunstancial como se creía hasta hace pocos años. La depresión es *recurrente*: posiblemente el 85 por 100 de quienes padecen un episodio en sus vidas vuelven a padecer otro similar más adelante (Keller, 1985; Vázquez y Sanz, 1995, 1997) y, además, un 25-30 por 100 manifiesta síntomas crónicos (Depue y Monroe, 1986; Keller y cols., 1986). Esto quiere decir que esas dificultades pueden mantenerse, aun con altibajos, durante muchos años.
3. En tercer lugar, sabemos que, en muchos casos, el origen de la vulnerabilidad a la depresión se remonta a experiencias o situaciones vividas en la *infancia*, lo que puede indicar que la depresión (y otras patologías) pueden ser fruto, más o menos directo, de patologías parentales; por ejemplo, Hammen (1991a) ha comprobado que las madres con depresión habían tenido una elevada tasa de progenitores (en especial la madre) también deprimidos: el 40 por 100 de las «abuelas» habían recibido tratamiento por su depresión en algún momento. Pero el riesgo no se reduce a tener un padre o madre con depresión, pues, en total, *el 88 por 100 de las madres deprimidas* de su muestra había tenido algún progenitor con algún trastorno mental diagnosticable.

Tener un padre o madre con un trastorno mental no augura nada bueno para los hijos. En el caso de la depresión, otro estudio de Hammen y cols. (1992) ha demostrado que haber tenido progenitores con depresión u otros trastornos mentales se asocia a una mayor gravedad de la depresión de sus hijos y en una mayor *precocidad* en la edad de aparición de la misma, lo que reduce las posibilidades de afrontar con éxito los problemas y dificultades que se interponen en el camino de cualquier joven.

Los estudios que se centran en concreto en la influencia psicológica de los pa-

dres con trastornos afectivos son relativamente recientes (véase la tabla 8.3). Han demostrado la mayor vulnerabilidad de sus hijos a determinadas patologías, especialmente depresión, así como un deterioro en el funcionamiento social y escolar (Billings y Moos, 1983; Downye y Coyne, 1990; Dodge, 1990; Landerlan y cols., 1991; Gotlib y Avison, 1993; Hops, 1995).

Lee y Gotlib (1991) realizaron un estudio de seguimiento de diez meses con los hijos entre 7 y 13 años de madres depresivas, no depresivas con trastornos psiquiátricos, y normales. Los hijos de los dos grupos psiquiátricos (depresivas y no depresivas) manifestaban dificultades en la *adaptación psicosocial* tras los diez meses de seguimiento y sus madres veían en ellos un mayor número de problemas de internalización y externalización; de modo paralelo, los hijos de ambos grupos de madres con problemas eran valorados por los entrevistadores con un mayor número de síntomas de trastornos del humor y quejas somáticas que los de la población general.

En otro estudio de seguimiento, Hammen y cols. (1987) estudiaron los mecanismos psicológicos de riesgo en los niños de 8 a 16 años, hijos de madres con trastornos afectivos (unipolares y bipolares), madres con trastornos médicos crónicos y madres normales. Los resultados mostraron que los hijos de madres con trastornos afectivos, y especialmente en el caso de las unipolares, tenían más diagnósticos de depresión mayor, así como un peor funcionamiento social, conductual y académico. La edad de aparición de un trastorno psicológico era más frecuente en la etapa escolar (7-12 años; 60 por 100), seguido por preescolar (0-6 años; 20 por 100) y la adolescencia (13 años en adelante; 20 por 100). Un aspecto interesante del estudio fue contrastar que cuando *ambos* padres padecían depresión el porcentaje de diagnóstico psicopatológico de sus hijos era del 80 por 100. Muchas de las madres del estudio eran solteras y sometidas a un estrés elevado por la responsabilidad de la crianza de los hijos, por lo que el mayor riesgo psicopatológico de los hijos no debe atribuirse sólo a la psicopatología materna, sino también al consiguiente estrés crónico concomitante en sus familias.

Tomando como base el diseño y la muestra de la investigación anterior, Anderson y Hammen (1993) continuaron un estudio longitudinal durante dos años. El objetivo propuesto fue examinar la adaptación psicosocial de esos niños y valorar la estabilidad de los resultados a lo largo del tiempo. Se demostró que los hijos de depresivas mostraron una peor competencia social y escolar y más conductas escolares problemáticas. Los datos obtenidos, coincidentes también con los de Hammen, Burge, Burney y Adrian (1990), se pueden explicar, en parte, en función de la mayor tasa de estresores y la peor interacción madre-hijo que mostraban las familias con madre deprimida.

Entre las investigaciones realizadas con muestras de adolescentes y jóvenes se encuentra la de Klein y cols. (1988), quienes evaluaron los 115 hijos entre 14 y 22 años de *padres o madres* depresivos unipolares, enfermos médicos crónicos, y sin historia familiar de trastorno psiquiátrico personal o familiar. Los resultados

TABLA 8.3  
*Descripción y resultados de los principales estudios que han analizado el efecto de la depresión de madres y/o padres sobre sus hijos*

Estudio	Tipo y tamaño de muestra	Edad niños (años)	Instrumentos de evaluación	Resultados
Lee y Gotlib, 1991	44 madres: 12 depresivas (DSM III, 1980) 9 psiquiátricas no depresivas 23 pob. general 44 hijos	7-13	<b>Para madres:</b> BDI (Beck et al., 1961) PSS (Cohen et al., 1983) CBCL (Achenbach Edelbrock, 1983) <b>Para hijos:</b> CAS (Hodges et al. 1982)	1. Peor funcionamiento psicosocial en los niños de madres con trastornos psiquiátricos (depresivos o no) que en los de las madres normales. 2. No hay diferencias significativas según el género en ningún grupo.
Burge y Hammen, 1991	57 Madres : 13 unipolares 12 bipolares 11 enfermas médicas crónicas 21 normales 57 hijos (25 varones/32 mujeres)	8-16	<b>Para madres:</b> BDI (Beck et al., 1961) K-SADS (Puig-Antich et al., 1983) CBCL (Achenbach y Edelbrock, 1983) <b>Para hijos:</b> Escala de comportamiento escolar K-SADS (Puig-Antich et al., 1983) Escala de rendimiento escolar <b>Para profesores:</b> TRF (Achenbach y Edelbrock, 1983) CTRS (Conners, 1969)	1. La vulnerabilidad del niño a la depresión está en función del ambiente estresante y de la relación materno-filial. 2. La edad y el sexo no resultaron ser predictores significativos de los diagnósticos resultantes.
Klein, D. N. et al., 1988	22 padres y 39 madres 24 unipolares (RDC, 1978) 19 enf. médicas crónicas 18 sin historia personal o familiar de trastorno mental 115 hijos	14-22	<b>Para hijos:</b> SADS-L modificada (Klein et al. 1985, 1986) LAI (Krauss, Depue y Klein, 1987).	1. Los hijos de pacientes unipolares mostraron más depresión mayor y distimia que los hijos de controles médicos y normales.

TABLA 8.3 (continuación)

Estudio	Tipo y tamaño de muestra	Edad niños (años)	Instrumentos de evaluación	Resultados
Anderson, C. y Hammen, C. 1993	69 madres: 16 dep. unipolares (RDC, 1978) 15 dep. bipolares (RDC, 1978) 14 con enfermedad médica crónica 24 sin trastorno psiquiátrico ni enfermedad médica crónica 96 hijos (46 V/50 M)	8-16	<b>Para madres:</b> K-SADS (Puig-Antich et al., 1983) CBCL (Achenbach y Edelbrock, 1983). <b>Para hijos:</b> K-SADS (Puig-Antich et al., 1983). <b>Para profesores:</b> CTRS (Conners, 1969) CBCL (Edelbrock y Achenbach, 1984)	1. Los hijos de depresivas mostraron mayores déficits en competencia social y académica, así como más conductas escolares problemáticas.
Adrian y Hammen, 1993	68 madres y sus hijos: 11 hijos de depresivas unipolares (6 V./5 M.) 9 hijos de depresivas bipolares (5 V./4 M.) 12 hijos de enfermas médicas crónicas (5 V./7 M.) 21 hijos de madres normales (7 V./14 M.)	8-16	<b>Para madres:</b> Entrevista diagnóstica (R.D.C., 1978) Estrésos vitales (Brown y Harris, 1978) <b>Para hijos:</b> Ídem.	1. La exposición a acontecimientos estresantes supone un elevado riesgo a padecer depresión en los hijos de depresivas.
Hammen et al., 1987	58 madres: 13 unipolares 9 bipolares 14 enfermas médicas crónicas 22 normales 84 hijos (42 V./42 M.)	8-16	<b>Para madres:</b> K-SADS modificada (Chambers et al., 1985) BDI (Beck et al., 1961) MMPI (forma breve) CBCL (Achenbach y Edelbrock, 1983) <b>Para hijos:</b> SADS-L (Endicott y Spitzer, 1979) CDL (Kovacs, M., 1981) <b>Para profesores:</b> CTRS (Conners, 1969)	1. Los hijos de madres depresivas, especialmente unipolares, tenían más diagnósticos de depresión mayor que el grupo de madres normales. 2. El estrés crónico en las madres incrementa el riesgo psicopatológico en sus hijos.

TABLA 8.3 (continuación)

Estudio	Tipo y tamaño de muestra	Edad niños (años)	Instrumentos de evaluación	Resultados
Klein, et al., 1985	Padres y madres: 24 bipolares (DSM III, 1980): 11 padres y 13 madres) 14 trastornos psiquiátricos no afectivos 59 hijos.	15-21	Para hijos: SADS-L modificada (Klein et al., 1985, 1986)	Los hijos de padres bipolares mostraron niveles más altos de trastornos afectivos en general, y ciclumia en particular, que los hijos de controles psiquiátricos sin trastornos afectivos.

BDI = Beck Depression Inventory.  
CAS = Children Assessment Scale.  
CBCL = Child Behaviour Checklist.  
CDL = Children's depression inventory.  
CTRS = Conners Teacher Rating Scales.  
K-SADS = Kids-Schizophrenia and Affective Disorders Schedule.

LAI = Life Activities Inventory.  
PSS = Perceived Stress Scale.  
RDC = Research Diagnostic Criteria.  
SADS-L = Schizophrenia and Affective Disorders Schedule-Life.  
TRF = Teacher Rating Form.

mostraron que los hijos de pacientes unipolares tenían niveles significativamente más altos de depresión mayor y distimia que los hijos de los pacientes médicos y controles normales.

En cuanto a la depresión bipolar, estudios como el de Klein, Depue y Slater (1985) sugieren que los hijos adolescentes y jóvenes (de 15-21 años) de padre o madre bipolar muestran niveles más altos de trastorno afectivo en general y ciclotimia en particular, que los hijos de controles psiquiátricos sin trastornos afectivos.

Así pues, el panorama parece claro: tener una madre o padre deprimido incrementa el riesgo de los hijos no sólo a una mayor presencia de trastornos afectivos, sino también a una mayor prevalencia de problemas interpersonales, sociales y escolares. A continuación examinaremos algunas de las vías concretas que pueden llevar a estos niños a este difícil sendero vital.

#### 4. Mecanismos de mediación

Algo que debemos tener seriamente en cuenta al analizar los datos sobre patología parental y filial es que las experiencias muy tempranas —recordemos los míticos «dos primeros años de vida de los niños»— no parecen ser un determinante crucial del comportamiento futuro. De hecho, como subraya el especialista en psicología infantil J. Kagan (1996), no hay predictores (ambientales, psicológicos, fisiológicos, etc.) relevantes que *antes* de los 6-7 años de edad nos puedan servir para saber algo sobre las características futuras de un niño. Así pues, los efectos de la patología parental en todo caso pudieran afectar más por los *procesos* e interacciones continuadas que por el carácter *traumático* singular de estas condiciones. La investigación de los procesos transaccionales implicados —como Constance Hammen y otros están efectuando— se inscribe en este sentido. Como casi todo en Psicología, esos factores patógenos tienen un valor *probabilístico* o, en términos más técnicos, de incremento del riesgo, pero nunca son *determinantes* infalibles de la conducta. Como sabemos, existe una gran variedad de factores personales, sociales y ambientales que, por el contrario, pueden contrarrestar los efectos de experiencias o condiciones potencialmente nocivos (Avia y Vázquez, 1998).

En la figura 8.1 exponemos un breve resumen de los principales factores psicosociales que pueden afectar el inicio de una depresión infantil. En primer lugar, centrándonos en el factor de riesgo parental, tener un padre o madre deprimido supone un riesgo porque, entre otras cosas, el niño queda expuesto día a día a un modelo inadecuado de interpretación negativa de la realidad. Asimismo, la falta de energía y de placer pueden hacer más difícil y menos gratificante la relación con los hijos, por lo que la cantidad y calidad de tiempo dedicado a ellos pueden ser insuficientes o inadecuados. La autofocalización típica de la depresión tampoco contribuye a la necesaria atención que requiere un hijo: los procesos atencionales

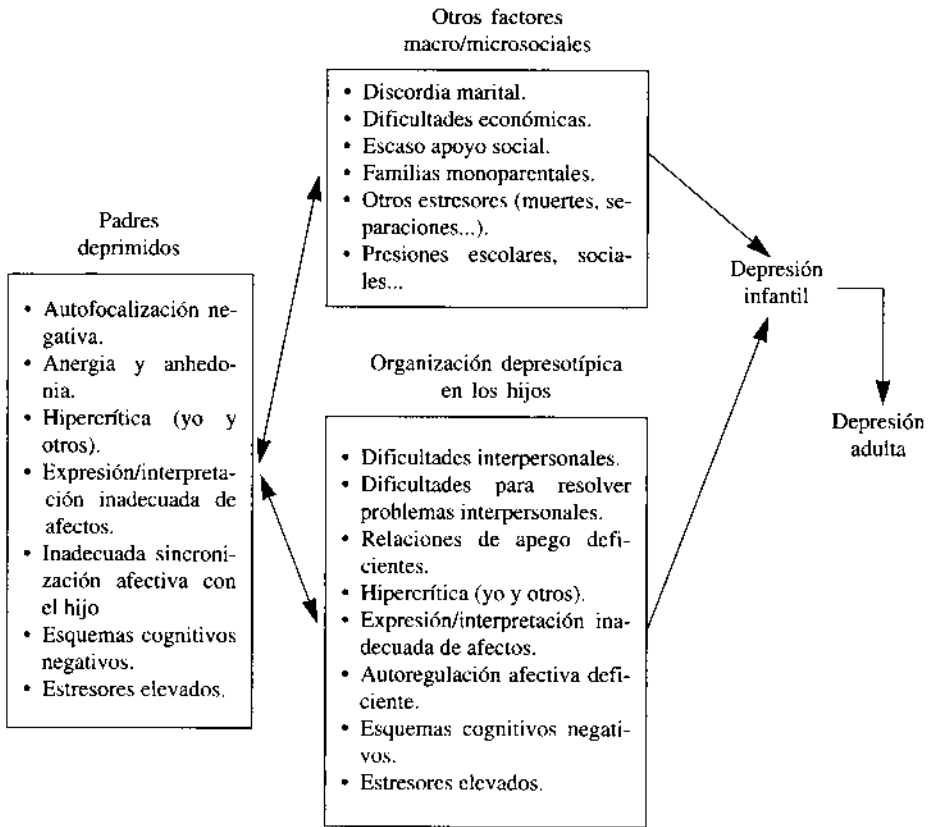


Figura 8.1.—Esquema de las principales vías de vulnerabilidad para la depresión infantil. (Explicación en el texto.)

están, en este sentido, comprometidos hacia uno mismo (Hartlage, Alloy, Vázquez, y Dyckman, 1993). Todo esto puede contribuir a crear una «organización depresotípica» en los hijos, es decir, una configuración anómala o desestructurada de algunos de los principales ejes del desarrollo infantil (relaciones de apego, regulación de emociones, relaciones interpersonales, etc.) que apunta hacia la depresión: aislamiento, inseguridad, autocrítica exacerbada, culpa, etc. Pero estos factores, a su vez, pueden interactuar con la depresión del padre/madre agravándola o manteniéndola: las dificultades de los hijos del deprimido pueden contribuir al problema del padre en un proceso dinámico interactivo (como hemos querido recoger con las flechas bidireccionales). Existe otra serie de factores un tanto inespecíficos macro y microsociales que, aunque *no específicos* de la patología depresiva infantil, también pueden contribuir a incrementar el riesgo psicopatológico de depresión (por ejemplo, discordia marital, dificultades económicas, vivir sólo con el

padre o con la madre, presiones del rol sexual durante la adolescencia, etc.). Todo esto puede incrementar el riesgo de una depresión infantil y, a más medio y largo plazo, de una depresión adulta, dados los nexos y continuidades temporales que parecen existir entre ambas.

#### 4.1. Factores inespecíficos psicopatológicos

Como acertadamente señala Hammen (1995), la gente hereda no sólo genes, sino ambientes, contextos, lo que facilita una transmisión intergeneracional de los trastornos. ¿A través de qué *mecanismos* puede actuar dicha transmisión? En esta revisión vamos a efectuar una distinción entre vías causales inespecíficas y específicas de la depresión, es decir, vías que parecen *comunes* para el desarrollo de diversos trastornos psicopatológicos y, por otro lado, vías que parecen particularmente centradas en el desarrollo de la depresión.

*Estrés.* Tanto las madres con trastornos unipolares como sus hijos experimentan entornos muy estresantes, tanto en términos de estresores crónicos como episódicos, en comparación con otros grupos (Adrian y Hammen, 1993; Hammen, 1991b). En el estudio de Tisher y cols. (1994) se analizaron los estresores psicosociales que sufrían un grupo de niños (deprimidos, con patología psiquiátrica no depresiva y no deprimidos) y sus madres y padres. Se halló que mientras que los padres de los tres grupos *no diferían* en cuanto a los estresores psicosociales sufridos, los niños deprimidos y sus madres eran quienes más estresores sufrían, lo que, por cierto, nos recuerda de nuevo la importancia de incluir padres y madres en estos estudios.

Desgraciadamente, la mayor parte de los trabajos sobre estrés y depresión son bastante simples, estáticos y lineales y no consideran las complejas secuencias de reacciones que pueden producirse pues, por ejemplo, la propia depresión de alguno de los miembros de la familia conduce a más estrés o *genera* más estrés. Sabemos, por ejemplo, que las personas deprimidas tienen un efecto claramente negativo, usualmente de rechazo en los demás, lo que puede aumentar aún más los problemas iniciales de esas personas (Coyne, Burchill y Stiles, 1990). A este respecto es interesante subrayar que un patrón semejante de una tasa alta de conflictos interpersonales (con familiares y con amigos y compañeros) ha sido observado no sólo en mujeres unipolares, sino también en sus hijos (Adrian y Hammen, 1993). Este efecto bidireccional del estrés, ligado a la patología depresiva materna, sugiere que la depresión de la madre facilita la aparición o el incremento de problemas en el hijo, lo que a su vez contribuye a su vez a potenciar el estado depresivo en la madre (Conrad y Hammen, 1989; Hammen, Burge y Adrian, 1990). Adrian y Hammen (1993) comprobaron este efecto en un estudio de 3 años de duración en el que estudiaron 68 familias y sus 44 hijos. Tanto a las madres como

a los hijos aplicaron una entrevista semiestructurada, siguiendo el modelo de Brown y Harris (1978) para evaluar los acontecimientos estresantes de sus vidas y, efectivamente, se comprobó el *efecto bidireccional* anteriormente expuesto—véase también Hirsch, Moos y Reichl (1985) o Compas (1987).

Una fuente de estrés importante es la propia crianza de los niños, como ha sido puesto reiteradamente de manifiesto (por ejemplo, Brown y Harris, 1978). Diversos estudios han hallado que las madres deprimidas *perciben* más problemas en sus hijos (psicológicos, físicos y de ajuste en general), en comparación con la percepción de madres no deprimidas (véase Avison y Gotlib, 1993). ¿Es esto un mero sesgo perceptivo o se debe a que las madres depresivas crían *realmente* a niños más problemáticos? Probablemente esta segunda alternativa es la correcta puesto que esta percepción negativa continúa incluso tras la remisión del episodio depresivo (Billings y Moos, 1986). En apoyo de este argumento se puede citar el estudio de Weissman y cols. (1984), quienes entrevistaron a más de un centenar de padres deprimidos y descubrieron que, en efecto, la percepción de sus hijos era más negativa que la de un grupo de padres normales. Pero esta percepción era bastante correcta pues, realmente, sus hijos tenían más problemas depresivos y habían recibido en un porcentaje mucho mayor tratamiento psiquiátrico que los niños de la muestra normal (un 25 por 100 frente a un 8 por 100, respectivamente)<sup>12</sup>.

Así pues, esta mala calidad de la relación no hay que atribuirla sólo a una deficiente capacidad en habilidades de relación o de crianza por parte de la madre, sino a un mal ajuste recíproco entre las conductas maternas y filiales. En definitiva, se crean *patrones* de interacción mutua inadecuados. El problema de las mujeres deprimidas es que tienen dificultades de manejar a sus hijos cuando estos presentaban conductas *objetivamente* difíciles (Hammen, 1995). Como intentaremos explicar más adelante, estas dificultades en los hijos de padres deprimidos pueden aparecer desde casi el nacimiento y llegando a imponer una relación viciada entre padres e hijos.

*Clima familiar inadecuado.* Aproximadamente un 15 por 100 de personas tendrán en el curso de sus vidas un episodio grave de depresión y muchos de ellos sufrirán el trastorno siendo padres. Por tanto, es claro que un porcentaje importante de niños viven en una familia en la que al menos uno de los padres pasa por una depresión. Esto, sin duda, va a afectar de algún modo la convivencia familiar. Diversas investigaciones han demostrado que las tensiones maritales, la discordia padres-hijo, la baja cohesión familiar y el divorcio, desempeñan un papel importante sobre la salud mental del hijo (Gotlib y Avison, 1993; Lemos, 1996). Según la revisión realizada por Downey y Coyne (1990), en la mayor parte de las investigaciones se concluye que los problemas maritales contribuyen directamente a

<sup>12</sup> Curiosamente, son las madres no deprimidas quienes son más proclives a mostrar sesgos ilusorios, naturalmente positivos, sobre los problemas de sus hijos (Conrad y Hammen, 1989).

los conflictos en el niño; la depresión parental incrementa el riesgo del niño a la depresión y, al aumentar las disputas en la pareja, crece indirectamente el riesgo a los problemas de conducta; asimismo, los que tienen padres depresivos en familias separadas o divorciadas padecen un riesgo mayor de psicopatología. Forehand y cols. (1990) también encontraron más problemas de conducta en los descendientes adolescentes de parejas divorciadas; no obstante, la relación que la pareja mantenga a continuación del divorcio y sus habilidades educativas jugarán un papel protector importante sobre sus hijos.

Algunos estudios han hallado que las madres deprimidas encuentran *menos satisfacción* con sus papeles maternos, les cuesta más ser cálidas con sus hijos y se sienten incómodas con estas tareas (Bromet y Cornely, 1984). De hecho, esta complicada situación de interacciones madre-hijo puede en sí misma ser una de las vías por las cuales se transmita la depresión materna a los hijos (Goodman, 1992). Las circunstancias pueden agravarse aún más si, como vienen demostrando desde hace ya más de 20 años los estudios de George Brown en Londres, existen dificultades económicas y poco apoyo social (Brown y Harris, 1978). La idea de que el clima familiar se resiente en estas circunstancias está también respaldada por el hecho de que los adultos deprimidos suelen recordar su infancia de un modo bastante negativo: recuerdan un clima familiar bastante conflictivo y unas relaciones difíciles con sus padres (Parker, 1981; Gotlib y cols., 1988), así como un ambiente culpabilizador, poco tolerante y escasamente afectivo (Richter, Eisemann y Perris, 1994).

Un aspecto particularmente llamativo es que más de la mitad de las madres con trastornos unipolares están casadas con hombres que, a su vez, tienen un diagnóstico psicopatológico (en la mayor parte de los casos, antisocial o abuso de sustancias), lo que crea una combinación muy negativa (Merikangas, Prusoff y Weissman, 1988). Parece, por tanto, que parte del conflicto marital puede deberse a una inadecuada selección de pareja por parte de las mujeres deprimidas.

Los progenitores depresivos que reciben *menos apoyo afectivo* y de ayuda por parte de su pareja suelen ser aún menos afectivos cuando interactúan con sus hijos y, además, cuando se producen interacciones sus hijos manifiestan muchas más conductas interpersonales negativas y de rechazo que los hijos de padres no depresivos (Miller y cols., 1993). No obstante, ésta es la cara oscura de la moneda. Es conveniente señalar, centrándonos en aspectos más positivos, que el cuidado de uno de los padres *sin patología* —algo muy poco estudiado hasta ahora— puede proporcionar en el hijo un efecto protector respecto de la conducta del padre con patología.

*Separación o muerte de los padres.* La muerte o separación de los padres en la infancia se considera un factor de riesgo de posibles trastornos psiquiátricos en la edad adulta (Landerlan y cols., 1991; Brown y Harris, 1993; Brown y cols., 1993) y está a la base de muchas ideas irracionales ligadas causalmente a la depresión (Vázquez y Ring, 1993; Sanz y Vázquez, 1993). La relación entre la pér-

didia parental y la psicopatología adulta puede variar en función de la clase de pérdida (muerte o separación) y el padre implicado (Kendler y cols., 1992); la separación parental parece conducir con mayor probabilidad, según esta investigación, a la depresión mayor y el trastorno de ansiedad generalizada, mientras que la muerte de los padres se asocia con el trastorno de pánico y la fobia. Sin embargo, los resultados señalan que lo importante no es tanto la presencia o ausencia de separaciones en la infancia como la «calidad» de las relaciones con las figuras paternas (Rutter, 1990).

En resumen, hay una serie de factores microsociales, como la existencia de conflictos y discusiones maritales, hogares monoparentales o dificultades económicas, que incrementan el riesgo de depresión infantil (Kaslow y cols., 1994), y también de otras patologías (Gotlib y Avison, 1993; Lemos, 1996). A su vez, estos problemas pueden convertirse, en el caso de familias con un progenitor deprimido, en un círculo vicioso, pues la depresión suele agravar esas situaciones (Downey y Coyne, 1990).

#### 4.2. Factores específicos de la depresión

Cicchetti y Toth (1998) consideran que la depresión infantil no puede explicarse como el efecto simple y lineal de una serie de factores aislados que intervienen en la vida de un niño, sino como el resultante final de un *proceso dinámico evolutivo* en el que hay que analizar componentes cognitivos (por ejemplo, estilo atribucional), socioemocionales (por ejemplo, relaciones de apego e interpersonales), biológicos (por ejemplo, anomalías neuroendocrinas) y representacionales (por ejemplo, autoesquema). La idea de estos autores es que todos estos elementos pueden conducir a una *organización depresotípica*, es decir, una relación anómala o desestructurada entre todos estos componentes que, en ocasiones, puede hacer finalmente emerger síntomas de depresión y finalmente tener continuación, en muchos casos, en depresiones durante la vida adulta (figura 8.1). Como veremos a continuación, en cada una de estas áreas pueden observarse anomalías en los niños deprimidos y, lo que es más pertinente para nuestra revisión, en niños de padres deprimidos.

*Regulación del afecto.* Una clave de la estabilidad emocional es aprender a regular y controlar las propias emociones y su expresión. Este aprendizaje, por una serie de razones, parece algo más difícil en el caso de los hijos de madres depresivas. En concreto, las madres depresivas, cuando se sienten mal, muestran *patrones de interacción anómalos* con sus hijos. Este patrón puede ser de ausencia de interacción o bien de una especie de sobreestimulación intrusiva y hostil (Field y cols., 1990). Los niños son muy sensibles a estas pautas pues incluso cuando una madre no deprimida *simula* estar deprimida, se observan claras respuestas afectivas anómalas incluso en bebés de tres meses de edad (Cohn y Tronick, 1983).

Un aspecto aún más sutil tiene que ver con la *falta de sincronía* en la interacción: estudios experimentales han demostrado que cuando el hijo se encuentra bajo un buen estado de ánimo y la respuesta de su madre es ponerse seria, el bebé responde de un modo similar: deja de mirar a la madre, la rehúye, y se muestra igualmente serio (Cohn y Elmore, 1988; Cohn y Campbell, 1992). Esta falta de sintonía mutua y de armonía en el intercambio de atención y afecto se ha observado también en interacciones de madres deprimidas con niños mayores pero aún en edad preescolar (Jameson y cols., 1997).

Estas dificultades relacionales se observan también en las relaciones de los hijos de madres deprimidas con sus compañeros: tienden a utilizar estrategias de intercambio más agresivas y a controlar peor sus expresiones de afecto negativo (Hay, Zahn-Waxler y cols., 1992). Estos problemas interpersonales siguen manifestándose durante toda la niñez: los hijos de madres depresivas se vuelven muy sensibles a los aspectos de interacción interpersonal y, más adelante, vivirán una buena parte de sus conflictos con una alta sensación de culpa (Zahn-Waxler y Kochanska, 1990).

Unas escasas habilidades sociales, especialmente aquellas que hacen referencia a la solución de problemas interpersonales, puede ser también un factor de riesgo. Hay datos sobre la existencia de un mayor número de sucesos interpersonales conflictivos en pacientes depresivos, lo que, en parte, puede deberse a la presencia de dificultades para negociar conflictos. Algunos estudios experimentales han demostrado que incluso niños de 8 a 12 años deprimidos tienen más problemas para interactuar adecuadamente con otros niños en una discusión que los no deprimidos. Además, el grado de dificultad en las interacciones crece cuanto más negativo es el esquema cognitivo del niño deprimido, es decir, su visión respecto a él mismo, su familia, y sus pares (Rudolph, 1992). Todas estas limitaciones en la regulación afectiva y en la limitación de las capacidades para resolver problemas sociales cotidianos, sobre todo interpersonales, contribuye a generar aún más estrés, alimentando la organización depresógena de la que estamos hablando (figura 8.1).

*Diferenciación del afecto y modulación de la atención y activación.* La modulación afectiva de los niños depende en buena medida de sus experiencias de intercambio con sus cuidadores. En los hijos de madres deprimidas se ha observado una mayor frecuencia de expresiones de tristeza y una menor frecuencia de expresiones de afecto positivo e interés que en los niños de madres no deprimidas; además, esos niños tienen una tendencia mayor a no contactar ocularmente con sus madres y a mostrarse más reacios a la interacción con ellas cuando se hallan próximas (Pickens y Field, 1993). Estos mismos patrones de poco gusto por la interacción personal los manifiestan también con otras personas extrañas no deprimidas, lo que sugiere que se pueden instalar y generalizar fácilmente estas conductas de evitación (Field y cols., 1988).

Algunos estudios recientes han sugerido que la lectura o interpretación de

emociones por parte de las madres deprimidas puede ser algo peculiar: parece que estas madres infraestiman las expresiones de afecto positivo y sobrevaloran el grado de temor que muestran los bebés en series de fotos (Zahn-Waxler y Wagner, 1993). Todas estas dificultades pueden finalmente converger en una interpretación inadecuada de las emociones y necesidades afectivas de sus hijos.

*Apego.* Siguiendo con el esquema vertebrador propuesto por Cicchetti y Toth (1998), parece muy razonable pensar que unas relaciones de apego anómalas pueden constituir uno de los pilares de la estructura depresógena infantil. El apego es esencial en la organización afectiva, cognitiva y social de los niños. Aspectos tan importantes como la sensación de seguridad y de autoestima se articulan a su alrededor. Sin embargo, los niños de padres deprimidos tienen una difícil situación porque, sobre todo cuando los episodios de depresión son graves y/o duraderos (Cohn y Campbell, 1992), ese progenitor está menos disponible para ejercer su papel como padre. Los deprimidos tienden a la autofocalización, la pérdida de interés por los demás, y suelen sufrir una notable pérdida de energía y entusiasmo. Bajo estas condiciones, es difícil responder a las exigencias cotidianas que supone la paternidad (Hammen, 1995).

Las dificultades para un establecimiento de apego óptimo pueden empezar desde casi el nacimiento. Whiffen y Gotlib (1989) observaron el comportamiento de niños de dos meses de edad cuyas madres habían sufrido depresión postparto. Los resultados indicaban que estos niños estaban más tensos y se fatigaban más que los niños de madres no deprimidas. Asimismo, obtenían puntuaciones más bajas en las conocidas Escalas Bayley de Desarrollo Infantil. Aunque es posible que este comportamiento anómalo se derive en parte de algunas disfunciones neurofisiológicas o neuroendocrinas de los bebés<sup>13</sup>, parece más probable que sean los efectos de unos patrones de contacto físico y apego inicialmente anómalos de los que se resiente el bebé. De hecho, Field y cols. (1985) comprobaron que las madres con niveles elevados de depresión mostraban interacciones menos relajadas, más pasiva, y menos vivaces con sus bebés que las madres no deprimidas. Quizá todo esto explique el sorprendente hecho de que exista una correlación significativa entre los niveles de depresión materna y el nivel de lloro e inquietud de sus bebés (Whiffen, 1988).

Las madres depresivas suelen manifestar conductas afectivas negativas y disfóricas durante la interacción con sus hijos (Nolen-Noeksema, 1995) y, también, como han demostrado algunos estudios observacionales en el propio hogar, los niños deprimidos están más sometidos a interacciones más negativas con sus padres que los niños normales (Dads y cols., 1992)<sup>14</sup>. En cualquier caso, el estableci-

<sup>13</sup> Véase en Cicchetti y Toth (1998) una breve revisión de datos neurobiológicos de este tipo en hijos de madres deprimidas.

<sup>14</sup> En este caso, los niños expuestos a este ambiente hostil no mostraban niveles elevados de agresividad o cólera en sus propias conductas.

miento de unas relaciones inseguras o frágiles de apego, y esto es algo bastante probable cuando se tiene una madre depresiva, parece tener consecuencias negativas conductuales y relacionales (Easterbrooks y cols., 1993; Rubin y cols., 1991) y también en el ámbito del desarrollo de competencias y rendimiento escolar (Burge y Hammen, 1991; Hammen y cols., 1990).

Quizá por estas relaciones de apego inseguras, los jóvenes deprimidos son muy sensibles a los aspectos interpersonales y, por ejemplo, suelen reaccionar con mucho temor anticipatorio ante situaciones hipotéticas de pérdida o de rupturas de relaciones románticas (Carnelley, Pietromonaco y Jaffe, 1994).

Según la investigación realizada por Richter y cols. (1990), en la que estudiaron el recuerdo que los adultos depresivos conservaban de la relación con sus padres, se concluyó que ésta se caracterizaba por una expresión negativa de los sentimientos (escasa afectividad, poca tolerancia, sobreprotección) y por una comunicación deficiente; a su vez, la relación entre los adultos depresivos estudiados y sus hijos era también de tensión, rechazo e indiferencia. A idénticas conclusiones llegaron Hickie, Parker y cols. (1990) en su investigación, según la cual los adultos depresivos que habían tenido unos cuidados en la infancia muy deficientes informaron tener de mayores unas relaciones íntimas pobres. Sin embargo, unas deficientes relaciones paterno-filiales son una causa suficiente pero *no necesaria* para el desarrollo de un trastorno depresivo (Parker, 1983).

¿Cuál es la pauta temporal de esta asociación? En un estudio longitudinal de tres años se demostró que había una concordancia temporal entre el agravamiento de la depresión materna y el agravamiento de los problemas en el hijo, y viceversa, es decir, cuantos más problemas manifiesta el hijo más empeora el problema depresivo de la madre (Hammen, Burge y Adrian, 1991), aunque hay que admitir que aún no se conocen con exactitud todos los mecanismos de covariación de los síntomas madre/hijo.

*Autoesquema.* Sabemos que el esquema cognitivo depresivo adulto se caracteriza por una serie de sesgos y percepciones tendenciosas de uno mismo en relación con la propia estima, capacidades personales, imagen personal, etc. (por ejemplo, Sanz y Vázquez, 1995). Los estudios efectuados con niños deprimidos muestran, en términos generales, un funcionamiento cognitivo paralelo al de los adultos deprimidos (Garber y cols., 1990). La visión negativa de uno mismo es una característica central a todos estos componentes y, por lo que vamos sabiendo, es muy probable que se transmita a los hijos. En concreto, estudios como el de Murray y cols. (1993) o Gordon y cols. (1989) han hallado que el habla de las madres deprimidas hacia sus hijos está salpicada de elementos afectivos negativos y es menos sensible a lo que concretamente está realizando el hijo. Con hijos adolescentes, el lenguaje de las madres deprimidas está también muy sazonado de irritabilidad e hipercrítica (Tarullo y cols., 1994). Es interesante recalcar que cuanto más negativo es el lenguaje de la madre respecto a sí misma y a su realidad, peor

es el autoconcepto del hijo (Jaenicke, y cols. 1987). Esto sugiere que los comentarios negativos, los reproches, incluso aun no siendo dirigidos directamente al niño, pueden reducir la autoestima de estos niños.

Analizando el *contenido* lingüístico más en profundidad, otros estudios han demostrado que las madres depresivas que muestran más culpa y más atribuciones causales negativas, tienen hijos que, a su vez, muestran un esquema explicativo de su propia realidad más autoacusatorio (Radke-Yarrow y cols., 1990). ¿De qué depende esta negatividad? No todas las madres deprimidas expresan la misma cantidad de afecto negativo. Por ejemplo, Hammen, Burge y Stansbury (1990) han demostrado que una presencia mayor de *estresores* crónicos y un peor estado de ánimo actual empeora la interacción (Burge y Hammen, 1991). Asimismo, una historia familiar de psicopatología en las madres se asocia a una mayor negatividad y una menor implicación con la tarea (Hammen 1991b), con lo cual, se pone de manifiesto la interacción mutua de diversos factores que señalábamos en la figura 8.1.

En definitiva, las familias con progenitores deprimidos contribuyen decisivamente a la aparición de esquemas cognitivos disfuncionales referidos al *self* y a otros en sus propios hijos, lo que puede contribuir a incrementar la depresión en la infancia y posteriormente también en la vida adulta (Rutter, 1995; Hammen, 1995).

## 5. Conclusiones

Parece evidente, en función de los resultados anteriormente expuestos, la importante influencia de la psicopatología parental sobre los hijos. Consideramos de vital relevancia la realización de estudios de esta naturaleza, puesto que sólo a través de ellos podremos conocer y explicar las relaciones familiares disfuncionales y realizar estudios preventivos en las familias con niños expuestos a la psicopatología parental (Bearsdlee, 1992; Lyons-Ruth y cols., 1990).

Por último, en vista de lo que hasta ahora se sabe y lo que queda aún por conocer, creemos que los estudios sobre depresión parental y filial deberían responder mejor, conceptual y metodológicamente, a una serie de cuestiones:

1. Indagar más en los *procesos* a través de los cuales se ejerce una influencia negativa sobre los hijos inmersos en un ambiente familiar psicopatológico.
2. Analizar no sólo patrones de vulnerabilidad, sino también de *resistencia*. Las experiencias en la infancia incrementan o reducen la vulnerabilidad a tensiones posteriores, pero no suponen una fijación e irreversibilidad, puesto que el funcionamiento psicosocial de un niño estará influido por los cambios ambientales en cualquier etapa de su vida (Rutter, 1990; Lemos, 1996); incluso las tensiones agudas pueden tener un efecto protector y fortalecedor si consiguen superarlas con éxito a través de unos mecanismos de respuesta adecuados que eleven su autoestima (Avia y Vázquez, 1998).

3. Estudiar de forma independiente la influencia del padre y de la madre en los hijos y en las hijas, pues parece que ambos progenitores generan vías de psicopatología distintas en los hijos.
4. Incluir, en la medida de lo posible, a *todos* los hijos de la familia. Dentro de una misma familia puede haber hijos que resulten más afectados por la relación disfuncional o patología mental parental. El no haberse estudiado a todos los hijos de una familia, sino generalmente sólo a uno o dos de ellos, nos deja sin conocer este posible efecto diferencial.
5. Comprobar hasta qué punto disponer de un progenitor *sin patología* puede proteger al niño de los efectos adversos de la psicopatología del otro cónyuge.
6. Para finalizar, existen ciertos problemas metodológicos que pueden aparecer tanto en el diseño como en los métodos de evaluación:
  - a) Hay un excesivo uso de diseños transversales correlacionales. Los diseños longitudinales nos ayudan mejor a resolver cuestiones sobre el momento, la duración o la recurrencia de los trastornos o sobre la presencia de factores de protección en los niños que no han mostrado todavía síntomas significativos (Hammen y cols., 1987).
  - b) En general, las muestras son demasiado limitadas y poco representativas (casi siempre se trata de madres, en muchos casos con problemas económicos y familiares asociados).
  - c) Deberían incluirse entrevistas estructuradas para establecer el estado diagnóstico de padres e hijos (Lee y Gotlib, 1991) y evaluarlos en un amplio *espectro* de categorías diagnósticas. Aunque no hay una relación necesariamente isomórfica entre diagnósticos parentales y filiales (por ejemplo, depresión parental-depresión filial o esquizofrenia parental-esquizofrenia filial), la mayor parte de las investigaciones se plantean partiendo más o menos directamente de este punto de partida. Este marco debería ampliarse para incluir una diversidad mayor de diagnósticos y/o problemas psicopatológicos en la evaluación tanto de los padres como de sus hijos, no sólo por extender el análisis psicopatológico a otras entidades diagnósticas, sino por el hecho de que la propia depresión suele coexistir, lo que se denomina *comorbilidad*, con otros problemas (ansiedad, alcoholismo, ingesta de drogas, trastornos de personalidad, trastornos de conducta, etc.) —Hammen (1995) y Weller y cols. (1994).
  - d) Generalmente en las investigaciones la muestra objeto de evaluación son los niños cuyos progenitores han padecido o padecen algún trastorno afectivo. Debería también seguirse el proceso inverso, es decir, el estudio de los padres cuyos hijos tienen depresión (Burge y Hammen, 1991).

Creemos que hemos dejado suficientemente claro que la existencia de problemas en los padres puede tener consecuencias indeseables que afectarían el curso de la vida de sus hijos. Con su ligera agudez habitual, Bertrand Russell recomendaba que, para tener una vida feliz, había que elegir los padres adecuados. Mientras esto no sea posible, no estará de más que los clínicos sean sensibles a estos problemas para detectarlos precozmente e intervenir, si es posible preventivamente, ayudando a esos padres a manejar los conflictos con sus hijos y a enseñarles a no transmitir su visión del mundo y de sí mismos a su descendencia. Finalmente, quisiéramos dejar también claro que la existencia de un entorno difícil afortunadamente no garantiza la aparición de problemas. El ser humano es capaz de resistir, sobrevivir y sacar provecho incluso de las situaciones más abrumadoras y brutales (Avia y Vázquez, 1998), y los niños no son una excepción.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. (1983): *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Adrian, C. y Hammen, C. (1993): Stress exposure and stress generation in children of depressed mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 354-359.
- Ambrosini, P. J., Bianchi, M. D., Rabinovich, H. y Elia, J. (1993): Antidepressant treatments in children and adolescents: I. Affective disorders. *Journal American Academic Child Adolescent Psychiatry*, 32, 1-6.
- Anderson, C. A. y Hammen, C. (1993): Psychosocial outcomes of children of unipolar depressed, bipolar, medically and normal women: a longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 448-454.
- Andreasen, N. C. (1991): *Introductory textbook of psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press
- Avia, M. D. y Vázquez, C. (1998): *Optimismo inteligente. Psicología de las emociones positivas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Barnett, P. A. y Gotlib, I. H. (1988): Psychosocial functioning and depression: distinguishing among antecedents, concomitants and consequences. *Psychological Bulletin*, 104, 97-106.
- Beardslee, W. R., Hoke, L., Wheelock, I., Clarke, P., De Velde, P., y Swatling, S. (1992): Initial findings on preventive intervention for families with parental affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1335-1340.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961): An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Billings, A. G. y Moos, R. M. (1983): Comparisons of children of depressed and nondepressed parents: a social-environmental perspective. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, 463-486.
- Billings, A. G. y Moos, R. M. (1986): Children of parents with unipolar depression: a controlled one year follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 149-166.

- Brady, E. V. y Kendall, P. C. (1992): Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 111, 244-255.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez Bernardos, M. L., Bersabe, R., Loriga, A., y Monsalve, T. (1995): Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes: resultados preliminares. *Clínica y Salud*, 6, 67-82.
- Bromet, E. J. y Cornely, P. J. (1984): Correlates of depression in mothers of young children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 335-342.
- Brown, G. W. y Harris, T. O. (1978): *The social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*. New York: MacMillan.
- Brown, G. W. y Harris, T. O. (1993): Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population. I. Early adversity. *Psychological Medicine*, 23, 143-154.
- Brown, G. W., Harris, T. O. y Eales, M. J. (1993): Aetiology of anxiety and depressive disorders in an innercity population. II. Comorbidity and adversity. *Psychological Medicine*, 23, 155-165.
- Buendía, J. (ed): (1996): *Psicopatología en niños y adolescentes. Desarrollos actuales*. Madrid: Pirámide.
- Burge, D. y Hammen, C. (1991): Maternal communication: predictors of outcome at follow-up in a sample of children at high and low risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 174-180.
- Cantwell, D. P. (1996): Mood disorders in children and adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, 9, 17-22.
- Carlson, G. y Asarnov, J. (1995): Treatment of childhood and adolescent mood disorders and treatment of psychiatric disorders. En Gabbard (Eds.): Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- Carnelley, K., Pietromonaco, P. y Jaffe, K. (1994): Depression, working models of others, and relationship functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 127-140.
- Cicchetti, D. y Toth, S. L. (1998): The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 3, 221-241.
- Cohen, S., Kamarck, T., y Mermelstein, R. (1983): A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Cohn, J. F. y Campbell, S. (1992): Influence of maternal depression on infant affect regulation. En D. Cicchetti y S. L. Toth (Eds.), *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology: Vol. IV. Developmental perspectives on depression* (págs. 103-130): Rochester, New York: University of Rochester Press.
- Cohn, J. F. y Elmore, M. (1988): Effect of noncontingent changes in mothers' affective expression on the organization of behavior in 3-month-old infants. *Infant Behavior and Development*, 11, 493-505.
- Cohn, J. F. y Tronick, E. Z. (1983): Three-month-old infants' reaction to simulated maternal depression. *Child Development*, 54, 185-193.
- Compas, B. (1987): Stress and life events during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review*, 7, 275-302.
- Conners, C. K. (1969): A teacher rating scale for use in drug studies with children. *American Journal of Psychiatry*, 126, 152-156.
- Conrad, M. y Hammen, C. (1989): Role of maternal depression in perceptions of child maladjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 663-667.
- Coyne, J. C., Burchill, S., y Stiles, W. (1990): An interactional perspective on depression.

- En C. R. Snyder y D. O. Forsyth (Eds.), *Handbook of Social and Clinical Psychology: The Health Perspective* (págs. 327-349), New York: Pergamon.
- Chambers, W., Puig-Antich, J. y Hirsch, M. (1985): The assessment of affective disorders in children and adolescents by semistructured interview. *Archives of General Psychiatry*, 42, 696-702.
- Dads, M. R., Sanders, M. R., Morrison, M. y Rebetz, R. (1992): Childhood depression and conduct disorder II. An analysis of family interaction patterns in the home. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 505-513.
- Del Barrio, M. V. (1990): Situación actual de la evaluación de la depresión infantil. *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment*, 2, 171-209.
- Del Barrio, M. V. (1997): *Depresiones infantiles*. Barcelona: Ariel.
- Depue, R. A. y Monroe, S. M. (1986): Conceptualization and measurement of human disorder and life stress research: the problem of chronic disturbance. *Psychological Bulletin*, 99, 3651.
- Dodge, K. A. (1990): Children of depressed parents: an integrative review. *Psychological Bulletin*, 26, 3-6.
- Domenech, E. (1993): Concepto y prevalencia de la depresión infantil. En J. L. González de Rivera, F. Rodríguez, y A. Sierra (Eds.), *El método epidemiológico en la salud mental*, Barcelona: Masson.
- Domenech, E. y Polaino, A. (1990): *Epidemiología de la depresión infantil*, Barcelona: Espaxs.
- Downey, G. y Coyne, J. C. (1990): Children of depressed parents: an integrative review. *Psychological Bulletin*, 108, 50-76.
- Easterbrooks, M. A., Davidson, C. y Chazan, R. (1993): Psychosocial risk, attachment, and behavior problems among school-aged children. *Development and Psychopathology*, 5, 389-402.
- Edelbrock, C. y Achenbach, T. (1984): The teacher version of the child behavior profile: boys aged 6-11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 207-217.
- Endicott, J. y Spitzer, R. L. (1979): Use of research diagnostic criteria and the schedule for affective disorders and schizophrenia to study affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 136, 52-56.
- Ezpeleta, L. (1990): Entrevistas estructuradas para la evaluación de la psicopatología infantil. *Evaluación Psicológica*, 6, 33-64.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., Perry, S., Bendell, Schanberg, Z., Zimmerman, E. y Kuhn, C. (1988): Infants of depressed mothers show 'depressed' behavior even with nondepressed adults. *Child Development*, 59, 1569-1579.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S. y Guthertz, M. (1990): Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions of nondepressed versus depressed dyads. *Developmental Psychology*, 26, 7-14.
- Field, T., Sandberg, D., García, R., Vega-Lahr, N., Goldstein, S. y Guy, L. (1985): Pregnancy problems, postpartum depression and early mother-infant interactions. *Developmental Psychology*, 21, 1152-1156.
- Fine, S., Haley, G., Gilbert, M. y Forth, A. (1993): Self-image as a predictor of outcome in adolescent major depressive disorder. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1399-1407.
- Forehand, R., Thomas, A. M., Wierson, M., Brody, G. y Fauber, R. (1990): Role of ma-

- ternal functioning and parenting skills in adolescent functioning following parental divorce. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 278-283.
- Frick, P. J., Lahey, B. L., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Christ, M. A. y Hanson, K. (1992): Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder: parental psychopathology and maternal parenting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 49-55.
- Garber, J., Quiggle, N. y Shanley, N. (1990): Cognition and depression in children and adolescents. En R. Ingram (Ed.), *Contemporary psychological approaches to depression: Treatment, research and theory* (págs. 87-115), New York: Plenum.
- Goodman, S. H. (1992): Understanding the effects of depressed mothers on their children. En E. F. Walker, B. A. Cornblatt, y R. H. Dworkin (Eds.), *Progress in Experimental Personality and Psychopathology Research*, vol. 15 (págs. 44-109), New York: Springer.
- Gordon, D., Burge, D., Hammen, C., Adrian, C., Jaenicke, C. y Hiroto, D. (1989): Observations of interactions of depressed women with their children. *American Journal of Psychiatry*, 146, 50-55.
- Gotlib, I. H. y Avison, W. R. (1993): Children at risk for psychopathology. En C. Costello (Ed.), *Basic issues in Psychopathology*. New York: Guilford Press.
- Gotlib, I. H., Mount, J. H., Cordy, N. I. y Whiffen, V. E. (1988): Depressed mood and perceptions of early parenting: a longitudinal investigation. *British Journal of Psychiatry*, 152, 24-27.
- Gotlib, I. H., y Hammen, C. L. (1992): *Psychological aspects of depression: toward a cognitive-interpersonal integration*. Chichester, England: Wiley.
- Goyette, C., Conners, C., y Ulrich, R. (1978): Normative data on revised parent and teacher rating scales. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 221-236.
- Hammen, C. (1991a): *Depression runs in families: The social context of risk and resilience in children of depressed mothers*. New York: Springer-Verlag.
- Hammen, C. (1991b): The generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 555-561.
- Hammen, C. (1995): The social context of risk for depression. En Craig y Dobson (Eds.), *Anxiety and depression in adults and children* (págs. 82-96). Londres: Sage.
- Hammen, C., Burge, D. y Adrian, C. (1991): Timing of mother and child depression in a longitudinal study of children at risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 341-345.
- Hammen, C., Burge, D., Burney, E. y Adrian, C. (1990): Longitudinal study of diagnoses in children of women with unipolar and bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 47, 1112-1117.
- Hammen, C., Burge, D. y Stansbury, K. (1990): Relationship of mother and child variables to child outcomes in a high risk sample: a casual modeling analysis. *Developmental Psychology*, 26, 24-30.
- Hammen, C., Davila, J., Brown, G., Ellicot, A. y Gitlin, M. (1992): Psychiatric history and stress: predictors of severity of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 45-52.
- Hammen, C., Gordon, D., Burge, D., Adrian, C., Jaenicke, C. e Hiroto, D. (1987): Maternal affective disorders, illness and stress: risk for children's psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 736-741.

- Harrington, C. (1993): Similarities and dissimilarities between child and adult disorders: the case of depression. En C. Costello (Ed.), *Basic issues in psychopathology* (págs. 103-124), New York: Guilford.
- Harrington, R. C., Fudge, H., Rutter, M., Pickles, A. y Hill, S. (1991): Adult outcomes of childhood and adolescent depression: II. Risk for antisocial disorders. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 30, 434-439.
- Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M., Pickles, A. y Hill, J. (1990): Adult outcomes of childhood and adolescent depression. *Archives of General Psychiatry*, 47, 465-473.
- Harrington, R., Rutter, M. y Fombonne, E. (1996): Developmental pathways in depression: Multiple meanings, antecedents, and endpoints. *Development and Psychopathology*, 8, 601-616.
- Hartage, S., Alloy, L. y Vázquez, C. (1993): Automatic and effortful processing in depression. *Psychological Bulletin*, 113, 247-278.
- Hay, D., Zahn-Waxler, C., Cummings, E. M., y Iannotti, R. (1992): Young children's views about conflict with peers: a comparison of the daughters and sons of depressed and well women. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 669-683.
- Hazeil, P., O'Connell, D., Heathcote, D., Robertson, J. y Henri, D. (1995): Efficacy of tricyclic drugs in treating child and adolescent depression: a meta-analysis. *British Medical Journal*, 310, 897-901.
- Hickie, I., Parker, G., Wilhelm, K., Boyce, P., Hadzi-Pavlovic, D., Brodaty, H. y Mitchell, P. (1990): Perceived dysfunctional intimate relationships: a specific association with the non-melancholic depressive subtype. *Journal of Affective Disorders*, 19, 99-107.
- Hirsch, B. J., Moos, R. H. y Reischl, T. M. (1985): Psychosocial adjustment of adolescent children of depressed, arthritic or normal parent. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 154-164.
- Hodges, K. K., McKnew, D., Cytryn, L., Stern, L., y Kline, J. (1982): The Child Assessment Schedule (CAS) diagnostic interview: a report on reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 468-473.
- Hops, H. (1995): Age-and gender-specific effects of parental depression: a commentary. *Developmental Psychology*, 31, 428-431.
- Jaenicke, C., Hammen, C., Zupan, B., Hiroto, D., Gordon, D., Adrian, C., y Burge, D. (1987): Cognitive vulnerability in children at risk for depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 559-572.
- Jameson, P., Gelfand, D., Kulcsar, E. y Teti, D. (1997): Mother-toddler interaction patterns associated with maternal depression. *Development and Psychopathology*, 9, 537-550.
- Kagan, J. (1996): Three pleasing ideas. *American Psychologist*, 51, 901-908.
- Keller, M., Bardslee, W., Dorer, D., Lavori, P., Samuelson, H. y Klerman, G. (1986): Impact of severity and chronicity of parental affective illness on adaptive functioning and psychopathology in children. *Archives of General Psychiatry*, 43, 930-937.
- Keller, M. B. (1985): Chronic and recurrent affective disorders: incidence, course, and influencing factors. En D. Kenally y G. Recagni (Eds.), *Chronic treatments in neuropsychiatry*. New York: Raven.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C. y Eaves, L. J. (1992): Childhood parental loss and adult psychopathology in women. *Archives General Psychiatry*, 49, 109-116.
- Klein, D. N., Clark, D. C., Dandsky, L. y Margolis, E. T. (1988): Dysthymia in the off-

- spring of parents with primary unipolar affective disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 265-274.
- Klein, D. N., Depue, R. A. y Slater, J. F. (1986): Inventory identification of cyclothymia: IX. Validation in offspring of bipolar I patients. *Archives of General Psychiatry*, 43, 441-445.
- Klein, D. N., Depue, R. A., y Slater J. F. (1985): Cyclothymia in the adolescent offspring of parents with bipolar affective disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 115-127.
- Kovacs, M. (1981): Rating scales to assess depression in school-children. *Acta Paedopsychiatrica*, 46, 305-315
- Kovacs, M. (1997): Depressive disorders in childhood: an impressionistic landscape. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 287-298.
- Kovacs, M., y Gatsonis, C. (1994): Secular trends in age at onset of major depressive disorder in a clinical sample of children. *Journal of Psychiatry Research*, 28, 319-329.
- Landerlan, R., George, L. K. y Blazer, D. G. (1991): Adult vulnerability for psychiatric disorders: interactive effects of negative childhood experiences and recent stress. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 656-663.
- Lee, C. M. y Gotlib, I. B. (1991): Adjustment of children of depressed mothers: a 10 month follow-up. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 473-477.
- Lemos, S. (1996): Factores de riesgo y protección en psicopatología en niños y adolescentes. En J. Buendía (Ed.), *Psicopatología en niños y adolescentes. Desarrollos actuales* (págs. 25-54). Madrid: Pirámide.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Seeley, J. R. y Rohde, P. (1994): Major depression in community adolescents: age at onset episode duration, and time to recurrence. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 33, 809-818.
- Lyons-Ruth, K., Connell, D. B., Grunebaum, H. U. y Botein, S. (1990): Infants at social risk: maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Development*, 61, 85-98.
- McGuffin, P., Katz, R., Watkins, S., y Rutherford, J. (1996): A hospital-based twin register of the heritability of DSM-IV unipolar depression. *Archives of General Psychiatry*, 53, 129-136.
- Merikangas, K. R., Prusoff, B. A. y Weissman, M. M. (1988): Parental concordance for affective disorders: Psychopathology in offspring. *Journal of Affective Disorders*, 15, 279-290.
- Miller, N. B., Cowan, P. A., Pape, C., Hetherington, E. M. y Clingempeel, W. G. (1993): Externalizing in preschoolers and early adolescents: a cross-study replication of family model. *Developmental Psychology*, 29, 3-18.
- Mitchell, J., McCauley, E., Burke, P. y Moos, S. J. (1988): Phenomenology of depression in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 27, 12-20.
- Murray, L., Kempton, C., Woolgar, M. y Hooper, R. (1993): Depressed mothers' speech to their infants and its relation to infant gender and cognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1083-1101.
- Nolen-Hoeksema, S. (1990): *Sex differences in depression*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Nolen-Hoeksema, S., Wolfson, A., Mumme, D. y Guskin, K. (1995): Helplessness in children of depressed and nondepressed mothers. *Developmental Psychology*, 31, 377-387.

- Parker, G. (1981): Parental reports of depressives: an investigation of several explanations. *Journal of Affective Disorders*, 3, 131-140.
- Parker, G. (1983): Parental affectionless control as an antecedent to adult depression. *Archives of General Psychiatry*, 40, 956-960.
- Phares, V. y Compas, B. E. (1992): The role of fathers in child and adolescent psychopathology: make room for daddy. *Psychological Bulletin*, 111, 387-412.
- Pickens, J., y Field, T. (1993): Facial expressivity in infants of depressed mothers. *Developmental Psychology*, 29, 986-988.
- Polaino-Lorente, A. (1988): *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata.
- Puig-Antich, J. y Chambers, W. (1983): *Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (6-18 years) Kiddie Sads*. Manuscrito no publicado. New York: State Psychiatric Institute.
- Radke-Yarrow, M., Belmont, B., Nottelmann, E. y Bottomly, L. (1990): Young children's self-conceptions: origins in the natural discourse of depressed and normal mothers and their children. En D. Cicchetti y M. Beeghly (Eds.), *The self in transition* (págs. 345-361). Chicago: University of Chicago Press.
- Rao, U., Weissman, N. M., Martin, S. A. y Hammond, R. W. (1993): Childhood depression and risk of suicide: a preliminary report of a longitudinal study. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 32, 21-27.
- Reich, W., Shayka, J. J. y Taibleson, C. H. (1991): Diagnostic interview for children and adolescents, DICA-R. Manuscrito no publicado. Washington University, Division of Child Psychiatry.
- Richter, J., Richter, G. y Eisemann, M. (1990): Parental rearing behaviour, family atmosphere and adult depression: a pilot study with psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 219-222.
- Rojas Marcos, L. (1995): *Las semillas de la violencia*. Madrid: Espasa Calpe.
- Rubin, K., Booth, L., Zahn-Waxler, C., Cummings, E. M., y Wilkinson, M. (1991): Dyadic play behaviors of children of well and depressed mothers. *Development and Psychopathology*, 3, 243-251.
- Rudolph, K. (1992): *Depression vulnerability in children: the role of cognitive interpersonal variables*. Los Angeles: University of California.
- Rutter, M. (1972): Relationship between child and adult psychiatric disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 48, 3-21.
- Rutter, M. (1990): *La privación materna*. Madrid: Morata.
- Rutter, M. (1995): Relationships between mental disorder in childhood and adulthood. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 73-85.
- Rutter, M. y Quinton, D. (1984): Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychological Medicine*, 14, 853-880.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1993): Adaptación española de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Weissman y Beck: Propiedades clínicas y psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 707-750.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1995): Trastornos del estado de ánimo: teorías psicológicas. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología* (págs. 341-378). Madrid: McGraw-Hill (1995).
- Silverstein, L. B. y Phares, V. (1996): Expanding the mother-child paradigm. *Psychology of Women Quarterly*, 20, 39-53.

- Strober, M. (1992): Relevance of early age-of-onset in genetic studies of bipolar affective disorder. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 31, 606-610.
- Tarullo, L., De Mulder, E., Martínez, P. y Radke-Yarrow, M. (1994): Dialogues with pre-adolescents and adolescents: mother-child interaction patterns in affectively ill and well dyads. *Journal of Abnormal Psychology*, 22, 33-51.
- Tisher, M., Tonge, B. J. y De Horne, D. J. (1994): Childhood depression, stressors and parental depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 28, 635-641.
- Vázquez, C. (1995): Evaluación de trastornos depresivos y bipolares. En A. Roa (Ed.), *Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud* (págs. 163-209). Madrid: CEPE.
- Vázquez, C. y Ochoa, E. (1986). Vulnerabilidad a la esquizofrenia: Aproximaciones longitudinales. *Psiquis*, 7, 51-60.
- Vázquez, C. y Ring, J. (1993): Altered cognitions in depression: Are dysfunctional attitudes stable? *Personality and Individual Differences*, 15, 475-479.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1995): Trastornos depresivos: Aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología* (vol. 2). Madrid: McGraw-Hill.
- Weissman, M. N., Leckman, J. F., Merikangas, K. R., Gammon, G. D. y Prusoff, B. A. (1984): Psychiatric disorders in the relatives of probands with affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 41, 13-21.
- Weller, R. A., Kapadia, P., Weller, E. B., Fristad, M., Kazaroff, L. B. y Preskorn, S. H. (1994): Psychopathology in families of children with major depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 31, 247-252.
- Wells, K. B., Stewart, A., Hays, R. D., Burnam, M. A., Rogers, W., Daniels, M., Berry, S., Greenfield, S. y Ware, J. (1989): The functioning and well being of depressed patients: results from the Medical Outcome Study. *Journal of the American Medical Association*, 262, 914-919.
- Whiffen, V. E. (1988): Vulnerability to postpartum depression: a prospective multivariate study. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 467-474.
- Whiffen, V. E. y Gotlib, I. H. (1989): Infants of postpartum depressed mothers: temperament and cognitive status. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 274-279.
- Winokur, G. (1979): Unipolar depression: is it divisible into autonomous subtypes? *Archives of General Psychiatry*, 36, 47-52.
- Zahn-Waxler, C., Mayfield, A., Radke-Yarrow, M., McKnew, D. H., Cytryn, L. y Davenport, Y. B. (1988): A follow-up investigation of offspring of parents with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145, 506-509.
- Zahn-Waxler, C., y Kochanska, G. (1990): The origins of guilt. En R. Thompson (Ed.), *The Nebraska Symposium on Motivation: vol. 36. Socioemotional development*. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Zahn-Waxler, C. y Wagner, E. (1993): Caregivers' interpretations of infant emotions: a comparison of depressed and well mothers. En R. Emde, J. Osofsky, y P. Butterfield (Eds.), *Clinical infant reports: The I Feel pictures*. Madison, CT: International Universities Press.