



HIJOS DE PADRES CON ENFERMEDAD AFECTIVA

¿CUÁL ES LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD AFECTIVA?

Se estima que a la edad de unos 18 años, del 20 al 25% de los adolescentes en la población general han experimentado un episodio de enfermedad afectiva. Las puntuaciones que prevalecen para trastornos depresivos mayores (MDD) van de 0,4% a 2,5% para niños y de 0,4% a 8,3% para adolescentes. En la adolescencia el MDD se observa 2 veces más a menudo en chicas que en chicos. Del 40 al 70% de los jóvenes con MDD desarrollan un trastorno comórbido incluyendo distimia, trastorno de ansiedad y abuso de sustancias.

Numerosos estudios indican porcentajes incrementados de trastornos psiquiátricos en niños provenientes de hogares con padres afectivamente enfermos, respecto a niños con padres no enfermos. Estimaciones tabuladas de vida sugieren que, en la edad de 20 años un chico con un padre afectivamente enfermo tiene el 40% de posibilidades de experimentar un episodio de depresión y a los 25 años este porcentaje se incrementa hasta un 60%.

En general, cuanto más joven es la edad del comienzo de la depresión parental, mayor es el riesgo de psicopatología en sus descendientes.

Niños de padres con enfermedad afectiva tienen un riesgo incrementado para otros problemas internos y externos respecto a niños cuyos padres no están enfermos, incluyendo dificultades generales en el funcionamiento, sentimientos de culpa, dificultades interpersonales y dificultades de afecto. Los estudios longitudinales muestran que las desventajas asociadas con el crecimiento en un hogar con un padre afectivamente enfermo persisten durante mucho tiempo.

¿CUÁLES SON LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN LONGITUDINAL?

En la última década estudios llevados a cabo a lo largo de 3 y 10 años informan consistentemente de porcentajes incrementados de diagnósticos psiquiátricos en general y depresiones mayores en particular en niños con padres afectivamente enfermos en relación a niños con padres sanos.

Un estudio evalúa los efectos a largo plazo de la depresión materna (depresión bipolar y unipolar) y enfermedades médicas crónicas en los niños. Las evaluaciones han sido realizadas en el curso de un período de 3 años en intervalos de 6 meses con niños entre las edades de 8 y 16 años. Los hijos de madres con depresión unipolar tenían una mayor probabilidad de haber experimentado un episodio de trastorno afectivo. Además de las altas puntuaciones de trastorno observadas, los diagnósticos múltiples eran muy comunes con un promedio de 2,6 diagnósticos por niño observado. En suma, el 45% de los niños con una madre con depresión unipolar cumplían el criterio para MDD en comparación del 11% de los niños con madres sanas. Aunque se observaron también altos porcentajes de trastorno afectivo durante la vida en los niños de la muestra bipolar (72%), los autores observan que los trastornos de estos niños



tienden a ser "leves" y que los trastornos experimentados por los niños en la muestra unipolar eran "inequívocamente peor".

En otro estudio se encuentran altos porcentajes de trastorno afectivo en la descendencia de padres deprimidos en relación con la descendencia del grupo comparativo de padres sanos. En evaluaciones cruzadas la aparición prepuberal de la depresión es más común en niños con un padre deprimido que en niños con padres sanos. En el segundo año de estudio se observa un nivel más alto de suicidio (7,8%) en los niños con padres con enfermedad afectiva en contra de aquellos con padres sanos (1,4%). En la evaluación de los 10 años siguientes, se encuentran más depresiones mayores, fobias, trastornos de pánico y dependencia de alcohol en los descendientes de los padres con enfermedad afectiva en contra del grupo comparativo sano.

En otro estudio se observa en la evaluación inicial que el 30% de los niños con un padre afecto de enfermedad afectiva cumple el criterio de al menos un episodio de enfermedad afectiva durante su vida, comparado con el 2% en el resto de la muestra. En la evaluación a los 4 años continúan observándose ritmos más grandes de trastornos y MDD en la descendencia de padres con enfermedad afectiva (26%) en comparación de niños con padres sanos (10%). Además, los niños de padres afectivamente enfermos experimentan episodios de mayor duración y de aparición más temprana y tienen un gran número de diagnósticos comórbidos que los otros niños en el estudio.

¿CUALES SON LOS FACTORES DE RIESGO?

Hay varios factores de riesgo asociados con la enfermedad afectiva de los padres que son responsables del ritmo incrementado de psicopatologías en sus hijos incluyendo: influencias genéticas, dificultades matrimoniales, problemas de los padres y la cronicidad y severidad de la enfermedad de los padres.

¿En qué consisten las influencias genéticas?

Los estudios de familias revelan que la incidencia de trastornos afectivos en parientes de individuos depresivos es más alta que la incidencia del trastorno en la población general y que parientes más cercanamente relacionados tienen un riesgo incrementado de tener este trastorno respecto a miembros de familias que están relacionados más distanciadamente respecto al individuo problema. Hay un 50% de concordancia de depresión unipolar entre gemelos homocigotos (MZ); para enfermedad bipolar la concordancia de enfermedad en MZ es del 70%. Estudios de adopción han indicado también una contribución genética a la presencia de trastornos afectivos severos, aunque también enfatizan el papel del entorno familiar en la expresión de los trastornos afectivos.

Aún los que más fuertemente proponen que hay una vulnerabilidad genética asociada con el trastorno afectivo familiar mantienen que el entorno ambiental tiene factores importantes en la determinación de la enfermedad. Específicamente en una serie de estudios de gemelos adultos hembras, concluyen que el entorno familiar y los factores genéticos juegan papeles significativos aunque diferentes en el origen de MDD y que una compleja interacción de estos factores es la responsable de la aparición del trastorno afectivo. Además, la investigación sobre las raíces biológicas de las enfermedades afectivas sugiere que los factores genéticos parecen tener mayor papel en la etiología de la depresión bipolar que de la unipolar.



¿Cómo influyen las dificultades maritales?

La depresión en un padre está frecuentemente asociada con la depresión y otras psicopatologías en el esposo, así como con perturbaciones en la relación marital. La investigación sobre la relación entre la depresión y el funcionamiento matrimonial ha revelado que, aunque la relación matrimonial puede servir como una función protectora para individuos vulnerables de tener episodios depresivos, las relaciones matrimoniales están a menudo comprometidas por la presencia de trastornos afectivos en uno o ambos esposos y los conflictos matrimoniales precipitan a menudo la aparición de enfermedades depresivas. Dado que los conflictos matrimoniales impactan negativamente en el entorno familiar, las perturbaciones en el funcionamiento marital asociadas con la depresión de los padres disminuye la habilidad de los padres para proporcionar a los niños el apoyo que necesitan para alcanzar cierta competencia y sobreponerse a la adversidad asociada con la enfermedad afectiva paterna. Similarmente, se indica que la combinación del trastorno afectivo paterno y el divorcio está asociada a ritmos mayores de MDD observados en niños de familias divorciadas comparados con aquellos hogares sin divorcio donde la enfermedad psiquiátrica paterna está presente

¿Cómo influyen los problemas parentales?

La depresión también impacta en la habilidad de los padres para guiar, apoyar y alimentar a sus hijos mientras se desarrollan y tratan de luchar con los sucesos de la vida. Se indica que, con relación a madres no depresivas, las madres depresivas son menos sensibles y responsables en sus habilidades paternas. Los estudios de madres que experimentan una depresión post-parto, indican que estas mujeres exhiben un comportamiento positivo menor hacia sus hijos que a su vez exhiben un comportamiento menos positivo en interacciones con sus madres. En general, los estudios de bebés y niños preescolares indican que la inseguridad emocional está conectada fuertemente con la depresión materna. Estudios de interacción de niños pequeños y padres deprimidos, también demuestran que estos padres prestan menos atención a sus hijos y expresan afectos más negativos en sus formas de hablar. Con niños mayores, los patrones interpersonales mal adaptados entre madres y niños se describen también como niveles mayores de irritabilidad en los intercambios verbales. Las madres con depresión unipolar es mucho más probable que presenten un estilo afectivo negativo, y la presencia de un padre depresivo en la familia se asocia con altos porcentajes de expresión afectiva negativa a través de los miembros de la familia respecto a familias con padres sanos.

Las madres que ellas mismas son fruto de familias con trastornos afectivos, pueden no haber recibido el cuidado y apoyo que requerían como niños para equiparles con las habilidades necesarias para ser padres afectivos y responsables. Además, la investigación indica que los niños de madres deprimidas son frecuentemente más difíciles que los niños de madres no deprimidas, quizás porque los padres con perturbaciones conducen a una competencia social decrementada que a su vez lleva a estos niños a elicitare comunicaciones más negativas de sus madres.

¿Cómo influyen la cronicidad y severidad de las enfermedades parentales?

La investigación sobre factores medioambientales familiares asociados con la transmisión a través de generaciones de enfermedades afectivas, opina que los niños que crecen en hogares con padres con trastornos afectivos crónicos y más severos tienen un riesgo más significativo de padecer psicopatologías que los niños cuyos padres están menos afectados. La duración total del trastorno depresivo paterno, el número de episodios y el porcentaje de severidad del trastorno se asocian con un



resultado muy pobre en el niño. La presencia de psicopatología en ambos padres también se asocia con la severidad de la enfermedad experimentada por el niño. Además, trastornos afectivos crónicos de los padres se asocian con más trastornos en los niños, como los efectos negativos de la depresión paterna que persisten aún después de la remisión de un episodio.

Dos argumentos interesantes se han introducido: mientras que las depresiones menos severas de los padres pueden estar acompañadas por síntomas que parecen arbitrarios y representativos de un estado normal de humor / irritabilidad, síntomas más severos de los padres pueden apoyar el comprender a un padre como "enfermo". Así, los niños pueden ser más capaces de comprender y aceptar la patología severa paterna y pueden encontrar los síntomas menos severos como confusos y perturbadores. Además, algunos niños que están continuamente expuestos a trastornos afectivos crónicos paternos pueden desarrollar habilidades copiadas que les llevan a una función social adaptativa que de otra manera no podría ser desarrollada.

¿Cómo influye el vínculo padre-hijo y el funcionamiento familiar en el niño deprimido y en niños con bajo y alto riesgo de presentar depresión futura?

Tanto los factores genéticos como los ambientales son considerados como influencias en la determinación de la conducta paternal. Kendler (1996)— en un estudio extenso trans-generacional de paternidad entre gemelos adultos monocigotos y dicigotos, sus padres y sus hijos— concluyó que está influenciado por las actitudes derivadas del origen de la familia de los padres, de las características genéticas de temperamento de los padres que influyen en la paternidad y de las características genético-temperamentales del hijo que influyen en la obtención y provisión de la paternidad.

Desde una perspectiva diferente, los patrones de conducta típicos de las especies que promueven la supervivencia pueden actuar específicamente en la propensión congénita del niño para desarrollar ataduras emocionales con los padres (Bowlby, 1988). La calidad de la atadura varía en una dimensión de seguridad. Las experiencias tempranas de pérdida de padre o madre que inducen a una rotura total de la relación han sido tradicionalmente consideradas un factor de riesgo para el desarrollo de una depresión posterior (Bowlby, 1988). Estudios más recientes han demostrado que la depresión está asociada también, de alguna manera, con un historial de apego inseguro (Radke-Yarrow et al., 1985), abuso, ausencia y negligencia (Rutter, 1995), así como con roturas en los vínculos padre-hijo.

El vínculo, originalmente considerado en el paradigma de gran controversia (Crouch y Manderson, 1995) de contacto entre madre e hijo durante un período crítico de los primeros días de vida (Klaus y Kennel, 1976), a llegado a ser reconocido como representante de los únicos lazos emocionales de los padres con sus hijos desarrollado a lo largo de un período extenso de tiempo (Crouch y Manderson, 1995). El vínculo y el apego no son idénticos (Crouch y Maderson, 1995), así el apego se refiere básicamente a la búsqueda de proximidad en el niño, mientras que el vínculo refleja un proceso similar del padre al hijo (Volkmar, 1995). Sin embargo, son considerados como procesos interconectados, ambos dirigidos a optimizar la distancia entre niño y padre, y así servir como función protectora orientada de desarrollo (Bowlby, 1988).

Evaluaciones estandarizadas de familias con niños deprimidos y no deprimidos han mostrado niveles más altos de emociones expresadas en los primeros (Arsanow et al., 1994). Se vio que los niños deprimidos describían que sus familias les daban menos apoyo y cohesión y estaban más desocupadas (Kashani et al., 1995) y mostraban elevados niveles de crítica (Puig-Antich et al., 1985) y rechazo (Cole y McPherson, 1993), comparado con los controles. Comparado con los niños no deprimidos, los niños clínicamente deprimidos (Armsden et al., 1990; Burbach et al., 1989), así como



muestras de la comunidad de niños con síntomas depresivos (Martin y Waite, 1994; McFarlane et al., 1995), también informan de más dificultades de apego, menor cuidado del padre y/ o la madre, alta sobreprotección del padre y/ o de la madre y un elevado nivel de vínculo de bajo cuidado- alta protección, indicativo de tanto el rechazo como de la intrusión (Parker et al., 1979). Este tipo de vínculo específico ha sido considerado por algunos autores (McFarlane et al., 1995; Parker, 1983), aunque no todos (Mackinnon et al., 1993), como menos beneficioso y de una relevancia particular en la depresión.

El estudio de familias de niños que ya están deprimidos imposibilita cualquier distinción entre la influencia de la depresión del niño en la disfunción familiar y el posible papel mediador del vínculo padre-hijo, y el funcionamiento de la familia en el desarrollo de una depresión en la infancia (Kaslow et al., 1994). Una estrategia para superar este problema es la investigación de niños con alto riesgo de desarrollar depresión, léase hijos no deprimidos de padres deprimidos (Weissman et al., 1997). Las evaluaciones estandarizadas de madres deprimidas y no deprimidas han mostrado mayor frecuencia de unión insegura entre las primeras (Radke-Yarrow et al., 1985). Comparado con las madres control normales, las madres deprimidas informan de más interacciones disfuncionales con sus hijos, sin tener en cuenta si el niño esta deprimido (Weissman et al., 1997). Estas interacciones son evidentes en comunicaciones más intrusivas, negativas y críticas (Hamilton et al., 1993); respuestas afectivas escuetas y menos interacciones significativas; y el uso de menos conductas centradas en tareas y estrategias cognitivas en la interacción con el niño (Downy y Coyne, 1990). Los niños no deprimidos de padres con depresión, comparados con los niños de los padres control, informan niveles más altos de estrés familiar (Downy y Coyne, 1990), bajo cuidado con alta protección en los patrones de vínculo padre-hijo, y menor cohesión familiar (Fendrich et al., 1990).

De los muchos determinantes relacionados con la depresión, en el siguiente estudio se buscaba examinar el papel del vínculo padre-hijo y el funcionamiento de la familia en familias con niños con un diagnóstico actual de depresión, a niños no deprimidos con alto riesgo de depresión futura— esto es, con al menos un familiar de primer grado con historia de depresión (Birmaher et al., 1997)— y controles de bajo riesgo sin historia de desórdenes de humor entre los familiares de primer grado

Las hipótesis de trabajo fueron las siguientes:

1. Los niños deprimidos deberían demostrar un mayor trastorno en la mayoría de parámetros del vínculo padre-hijo y del funcionamiento de la familia, comparado con los niños de bajo riesgo.
2. Los niños de alto riesgo deberían mostrar un vínculo padre-niño y un funcionamiento familiar menos perturbado, comparado con los niños deprimidos.
3. Los niños de alto riesgo deberían demostrar niveles elevados de un tipo de vínculo de bajo cuidado y alta protección y una disfunción total en la familia, comparado con los controles de bajo riesgo.

Se incluyeron en el estudio niños de 7 a 16 años. Los niños deprimidos (n = 54) fueron reclutados de clínicas con pacientes internos y externos en el Western Psychiatric Institute and Clinic, Pittsburgh, y fue un requerimiento estar en un episodio actual de desorden depresivo mayor (MDD) de acuerdo con los criterios del DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987). Se requirió que los niños de alto riesgo (n = 12) no hubiesen tenido nunca un desorden del humor y que puedan haber tenido un desorden de ruptura (n = 7) de acuerdo con el DSM-III-R. Además, para ser clasificados como de alto riesgo, tenían que presentar como mínimo un pariente de primer grado (padre o hermano) y al menos un pariente de segundo grado (tía, tío, abuelos, hermanastros) con historia de depresión unipolar recurrente, bipolar o psicótica de aparición en la infancia (< 18 años). Los niños de bajo riesgo (n = 23) se



reclutaron a través de un anuncio. Se pidió que estos niños no hubiesen presentado nunca en la vida un episodio de desorden psiquiátrico DSM-III-R o desórdenes psicóticos o del humor presentes entre sus parientes de primer grado. Se requirió que los parientes de segundo grado de niños de bajo riesgo no hubiesen presentado nunca en la vida una historia de aparición en la infancia de depresión unipolar recurrente, bipolar o psicótica, desórdenes esquizoafectivos o esquizofrenia, y que menos de un 20% de los parientes de segundo grado hubiesen presentado un único episodio en la vida de MDD. El estatus socio-económico (SES) fue medido con el Hollingshead Four-Factor Index (Hollingshead, 1975).

Los criterios de exclusión para todos los niños incluyeron un IQ menor de 70, enfermedad clínica significativa, enfermedad neurológica o desorden del desarrollo DMS-III-R. Además, para el grupo MDD, los niños con diagnóstico DMS-III-R de desorden alimenticio, autismo, esquizofrenia o depresión mayor cronológicamente secundaria a un desorden de la conducta, fueron también excluidos.

El grupo MDD incluyó 54 niños (48 madres y 41 padres fueron evaluados); el grupo de alto riesgo incluyó 21 niños (20 madres y 17 padres fueron evaluados); y el grupo de bajo riesgo incluyó 23 niños (20 madres y 20 padres fueron evaluados). En cualquier caso, cada niño vino de una familia diferente, así, 98 familias fueron evaluadas en total. No se encontraron diferencias entre grupo de sexo, con 48 niños y 50 niñas. Los niños con MDD fueron significativamente mayores (11.8 ± 2.1 años) que tanto los de alto riesgo (10.4 ± 1.5 años) como los de bajo riesgo (10.7 ± 1.6 años) ($F_{2,95} = 5.17, p = .007$). Significativamente, la mayoría de los niños con MDD fueron de origen Afro-Americano, comparado con los otros grupos ($\chi^2 = 21.06, df = 4, p = .0003$). Los niños con MDD y con alto riesgo tenían menor SES comparado con los niños de bajo riesgo ($F_{2,94} = 13.02, p = .0001$).

La junta de revisión institucional de la Universidad de Pittsburgh aprobó el estudio. Para participar en el estudio, se requirió que los niños y sus padres firmasen asentimientos y consentimientos informados, respectivamente. Los padres, también permitieron al equipo de investigación para contactar con parientes de primer y segundo grado para solicitar información del estudio.

Los instrumentos utilizados fueron:

- Psicopatología del niño. Los niños deprimidos fueron evaluados con el Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present Episode (K-SADS-P) (Chambers et al., 1985). Los niños de alto y bajo riesgo fueron evaluados de forma similar con el K-SADS-E (versión epidemiológica) (Orvaschel y Puig-Antich, 1987).
- Psicopatología familiar. Para determinar la carga familiar de desórdenes del humor, se entrevistaron a parientes de primer y segundo grado, con el K-SADS-E para parientes de 6 a 18 años de edad y el SADS-L¹ (versión de la vida) (Endicott y Spitzer, 1978) para los parientes adultos. Todos los diagnósticos entre los sujetos y parientes se hicieron de acuerdo con los criterios del DSM-III-R.
- Instrumento para el vínculo paternal. El vínculo padre-niño fue evaluado de acuerdo a la respuesta del niño para cada padre en el Paternal Bonding Instrument (PBI) (Parker et al., 1979). Esta escala consiste en 12 ítems que evalúan el cuidado y 13 ítems que evalúan la protección. Ambas dimensiones fueron bipolares. La dimensión de cuidado va desde la afección, la proximidad, la empatía y la reciprocidad a el rechazo, la frialdad y la indiferencia incluyendo ítems como "Me demuestra que el/ ella me quiere". La protección paternal va desde la sobreprotección, la intrusión extensiva, el control y la infantilización hasta la promoción de la independencia y la autonomía, incluyendo ítems como

¹ N del T: L referido a Lifetime version, en el artículo original.



“Me deja hacer cosas que me gustan hacer”. Niveles altos en la escala del cuidado representan percepciones de paternidad con cuidado y afección. Niveles altos en la escala de protección representan percepciones de sobreprotección y sobre-control en los padres (Parker et al., 1979). Consideradas conjuntamente, estas 2 escalas son utilizadas para derivar 4 índices de vínculo padre-hijo: (1) bajo cuidado- alta protección (Control de falta de afección); (2) bajo cuidado- baja protección (Débil); (3) alto cuidado- alta protección (Afección Escueta); y (4) alto cuidado- baja protección (Apoyo Autónomo).

Se ha encontrado una consistencia interna aceptable para el cuidado paternal (0.75-0.83) y las dimensiones de protección (0.82-0.86) en poblaciones adolescentes diferentes (Caneti et al., 1997; Fendrich et al., 1990). La confianza del test-retest está informada como de 0.76 (Parker et al., 1979). Una comparación de las entrevistas de los padres con niveles de PBI informados por sus hijos demuestra que el PBI tiene una buena validez como medida de estilo paternal tanto percibido como actual (Canetti et al., 1997; McFarlane et al., 1995). Se ha sugerido que el vínculo representa una característica estable, ya que la respuesta de los pacientes al PBI está influenciada por la presencia de un diagnóstico de por vida de MDD, y se han encontrado también niveles elevados de PBI en pacientes con MDD que están en remisión (Gotlib et al., 1988). Se han utilizado umbrales previamente establecidos para la definición de cuidado y protección bajo/ alto para clasificar los tipos de vínculo paternal. Para las madres, los umbrales fueron de 27 para la escala de cuidado y >13.5 para la escala de protección. Para los padres, los umbrales fueron 24 para la escala del cuidado y >12.5 para la escala de protección (Fendrich et al., 1990; Parker, 1983).

- Plan de evaluación familiar. El plan de evaluación familiar (FAD)² es una escala de 60 ítems auto-informados, incluyendo 6 dimensiones especiales del funcionamiento familiar. La *Resolución de Problemas* se refiere a la capacidad de la familia para solucionar problemas que amenazan la integridad de la familia a un nivel que mantenga el funcionamiento de la familia. La *Comunicación* es definida como el intercambio de información entre los miembros de la familia, centrándonos en si los mensajes verbales son claros y directos con respecto al contenido y a quien va dirigido el mensaje. La *dimensión de los Papeles* se centra en la capacidad de la familia para establecer y mantener patrones de conducta para manejar diferentes tareas familiares y como estas tareas son asignadas y llevadas a cabo. La *Respuesta Afectiva* evalúa a qué nivel los miembros individuales de la familia son capaces de expresar abiertamente las emociones. La *Implicación Afectiva* se ocupa del grado al cual los miembros de la familia están implicados los unos con los otros en actividades e intereses. El *Control Conductual* evalúa la forma en la que la familia expresa y mantiene los estándares de conducta de sus miembros. Una séptima escala, el *Funcionamiento General*, evalúa el funcionamiento global de la familia para cada uno de los dominios anteriores (Epstein et al., 1983). Los miembros de la familia gradúan su acuerdo en la forma que cada ítem describe a su familia en una escala de 4 puntos. Las puntuaciones más bajas en cada escala FAD representan un funcionamiento más deteriorado. Se ha encontrado que la FAD tiene una consistencia interna adecuada (0.72-0.92), fiabilidad del test-retest (0.66-0.076) y validez de construcción, comparado con la Locke Wallace Marital Satisfaction Scale o la Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (Epstein et al., 1983; Halvorsen, 1991). Las respuestas al FAD están de forma consistente más deterioradas en los miembros de la familia de deprimidos que en los sujetos no deprimidos (Keitner

² N del T: FAD: Family Assessment Device en el artículo original.



et al., 197) y en niños y adolescentes con síntomas depresivos (Hovey y King, 1996; Martín et al., 1995). Se considera que el FAD tiene una construcción relativamente estable, ya que esta más deteriorado no sólo en pacientes con MDD aguda sino también en pacientes con MDD en remisión comparado con los controles no deprimidos, aunque en menor grado (Keitner et al., 1987).

Los niños de todos los grupos fueron evaluados con la K-SADS (versiones P y E), y sus padres y tutores también contestaron a los cuestionarios para ganar información comprensible de la psicopatología del niño. Todas las entrevistas fueron llevadas a cabo por enfermeras de investigación con experiencia en evaluación de diagnóstico y que habían pasado por un entrenamiento en cada instrumento de evaluación. Para todos los individuos, un psiquiatra (B.B., D.A.B., y N.D.R.) confirmó independientemente la presencia de cada uno de los criterios de síntomas del DSM-III-R para la MDD con el niño y la familia y revisó el resto de la información. Después de la evaluación con el psiquiatra, se administró a los niños el PBI. Cuando fue necesario, fueron asistidos por asistentes de investigación entrenados en la administración de los cuestionarios.

Los parientes de primer y segundo grado dispuestos para la entrevista directa se evaluaron con la K-SADS-E y la SADS-L. Se utilizó una versión modificada de la Family History Interview (Weissman et al., 1997) para obtener información detallada del diagnóstico DSM-III-R de desórdenes relacionados con el humor y otros desórdenes de los parientes que no estaban disponibles, sirviendo los padres de los niños y otros parientes disponibles como fuentes de información. Se le administró a cada padre de forma separada el FAD después de las entrevistas diagnósticas.

Para los datos categóricos, se utilizó el test χ^2 con corrección de continuidad la prueba exacta de Fisher (FET)³ (el tamaño mínimo esperado de las clases fue ≤ 5) (Siegel, 1956). Para las comparaciones entre grupos, se utilizó análisis de la varianza de uno y dos factores, con la prueba estadística de Tukey (con una p significativa $< .05$). De las covariantes potenciales (edad, sexo, origen étnico, SES), se encontró que sólo la SES influenciaba las dimensiones PBI y FAD. Este efecto fue examinado utilizando el análisis de la varianza y la covarianza. Todos los test estadísticos significativos se realizaron utilizando tests significativos de doble cola con un valor crítico $\alpha = .05$.

La Tabla 1⁴ muestra el efecto total de grupo del cuidado maternal ($F_{2,85} = 3.17, p \leq .05$) y la protección maternal ($F_{2,85} = 8.01, p \leq .01$). Las comparaciones entre grupos mostraron que los niños con MDD percibían que sus madres les daban significativamente menos cariño y eran significativamente más sobreprotectoras comparadas con los niños de bajo riesgo ($p \leq .05$). Los niños con MDD también informaron de sobreprotección maternal significativamente elevada en comparación con los niños de alto riesgo ($p \leq .05$). Los niños de alto y bajo riesgo no se diferenciaron en sus informes de cuidado y protección maternal. De forma similar, hubo una diferencia total entre grupos para el cuidado paternal ($F_{2,73} = 4.46, p \leq .01$) pero no para la protección paternal ($F_{2,73} = 2.28$, no significativa). Las comparaciones emparejadas mostraron que los niños con MDD percibieron a sus padres como significativamente menos cariñosos que los niños con bajo riesgo ($p \leq .05$). No se encontraron diferencias entre los niños con MDD y los niños de alto riesgo, o entre los grupos de alto y bajo riesgo, para el cuidado paternal. Los análisis que controlaron la SES no cambiaron ninguna de las diferencias entre grupos para las dimensiones PBI maternal y paternal (Tabla 1)⁵.

³ N del T: FET: Fisher exact test, en el artículo original.

⁴ N del T: Tabla 1 página 1390 del artículo original.

⁵ N del T: Tabla 1, página 1390 del artículo original.



Los análisis que examinaban los diferentes tipos de vínculo padre-hijo (Tabla 1) demostraron un efecto total de grupo tanto para el vínculo madre-hijo (FET, $p \leq .03$) como para el vínculo padre-hijo (FET, $p \leq .02$). Las comparaciones emparejadas mostraron que los niños con MDD informaban significativamente con más probabilidad de un tipo de vínculo falta de afección-control que los niños de bajo riesgo (Tabla 1). Los niños de alto riesgo mostraron una tendencia de grado intermedio para el vínculo falta de afección-control comparado con los otros grupos (Tabla 1).

Seguidamente examinamos el impacto de la depresión maternal en el PBI del niño en el MDD y los grupos de alto riesgo. Sobretudo, 23 de 48 madres en el grupo MDD y 5 de 20 madres en el grupo de alto riesgo tuvieron diagnóstico actual de depresión. Como se muestra en la tabla 2⁶, la interacción entre la depresión actual de la madre y el diagnóstico del niño no fue significativo para ninguna de las dimensiones del PBI, ni tampoco para el diagnóstico del niño (esto es, si el niño pertenecía al grupo MDD o al de alto riesgo). Por otro lado, los niños de ambos grupos con madres con depresión actual percibieron a sus madre significativamente más sobreprotectoras ($F_{1,64} = 3.91$, $p \leq .05$) y a sus padres significativamente menos cariñosos ($F_{1,31} = 9.71$, $p \leq .01$), comparado con niños de madres no deprimidas. Una comparación posterior de niños con MDD y de alto riesgo con madres que no estaban deprimidas en el momento de la evaluación con los controles de bajo riesgo mostró que los 3 grupos no eran diferentes en la sobreprotección maternal ($F_{2,56} = 2.30$, $p \leq .11$) o el cuidado paternal ($F_{2,48} = 1.51$, $p \leq .23$). La influencia de la depresión paternal actual en las dimensiones percibidas de PBI no pudieron ser examinadas porque pocos padres estaban deprimidos en el momento de la evaluación.

La tabla 3⁷ muestra las diferencias significativas totales de grupo encontradas para las escalas maternas FAD en Comunicación ($F_{2,84} = 7.35$, $p \leq .01$), en Papel ($F_{2,84} = 9.08$, $p \leq .01$), en la Implicación Afectiva ($F_{2,84} = 5.19$, $p \leq .01$) y en el Funcionamiento General ($F_{2,84} = 6.81$, $p \leq .01$). Para todas las escalas FAD, las madres de niños con MDD puntuaron significativamente más bajo que las madres con niños de bajo riesgo ($p \leq .05$). Las madres de niños con MDD no se diferenciaron de las madres de niños de alto riesgo en ninguna de las escalas. Las madres del grupo de alto riesgo tuvieron significativamente puntuaciones más bajas en las dimensiones del Papel y la Implicación Afectiva comparado con las madres de niños de bajo riesgo (Tabla 3).

La Tabla 3 también muestra diferencias significativas totales de grupo para las escalas paternas de FAD en Solución de Problemas ($F_{2,51} = 4.92$, $p \leq .01$), Comunicación ($F_{2,51} = 7.30$, $p \leq .01$), Papeles ($F_{2,51} = 7.48$, $p \leq .01$), Control del Comportamiento ($F_{2,51} = 6.42$, $p \leq .01$) y Funcionamiento General ($F_{2,51} = 7.81$, $p \leq .01$), con los padres de niños con MDD puntuando significativamente más bajo en todas estas escalas comparado con el grupo de bajo riesgo, y significativamente más bajo en el Control del Comportamiento y en el Funcionamiento General comparado con el grupo de alto riesgo. No se encontraron diferencias entre los padres en el grupo de alto riesgo y de bajo riesgo para ninguna de las dimensiones de FAD. El control de SES no cambió ninguna de las diferencias entre grupos para las dimensiones FAD paternas y maternas.

Como se muestra en la Tabla 4⁸, examinamos a continuación el impacto de la depresión maternal actual en las puntuaciones paternas de FAD entre los grupos MDD y de alto riesgo. Para la Solución de Problemas maternal ($F_{1,63} = 5.91$, $p \leq .05$), Comunicación ($F_{1,63} = 4.84$, $p \leq .05$) y el Funcionamiento General ($F_{1,63} = 4.72$, $p \leq .05$), hubieron interacciones significativas entre la depresión actual de la madre y el

⁶ N del T: Tabla 2, página 1391 del artículo original.

⁷ N del T: Tabla 3, página 1392 del artículo original.

⁸ N del T: Tabla 4, página 1392 del artículo original.



diagnóstico del niño. Para la Solución de Problemas, la interacción fue debida a las madres deprimidas en el grupo de alto riesgo con puntuaciones significativamente más bajas que la madres no deprimidas del grupo de alto riesgo. Para la Comunicación y el Funcionamiento General, las madres deprimidas de tanto el grupo MDD como el de alto riesgo, tuvieron significativamente puntuaciones más bajas que las madres no deprimidas, pero la diferencia fue mayor para el grupo de alto riesgo. Para los Papeles ($F_{1,63} = 4.19, p \leq .05$), la Respuesta Afectiva ($F_{1,63} = 19.02, p \leq .001$), la Implicación Afectiva ($F_{1,63} = 4.94, p \leq .05$) y el Control Conductual ($F_{1,63} = 6.83, p \leq .01$), los niños con madres deprimidas puntuaron significativamente más bajo que los niños con madres que no estaban en un episodio actual de depresión.

La Tabla 4 muestra también que para las puntuaciones de FAD paternal, hubo una interacción significativa entre la depresión maternal y el diagnóstico del niño para la Respuesta Afectiva ($F_{1,30} = 4.72, p \leq .05$) y un efecto significativo en el diagnóstico del niño para la dimensión de Funcionamiento General ($F_{1,30} = 6.61, p \leq .05$). La depresión maternal actual tubo una influencia significativa en las diferencias entre grupo para la Solución de Problemas paternal ($F_{1,30} = 6.09, p \leq .05$), Control Conductual ($F_{1,30} = 5.23, p \leq .05$) y el Funcionamiento General ($F_{1,30} = 5.33, p \leq .05$). La interacción para la Respuesta Afectiva fue debida a los padres del grupo de alto riesgo puntuando significativamente más bajo si la madre estaba actualmente deprimida. Para el Funcionamiento General paternal, una vez controlada la depresión materna, los padres puntuaron significativamente más bajo en el grupo MDD comparado con el grupo de alto riesgo. Para la Solución de Problemas y el Control Conductual, los padres de ambos grupos puntuaron significativamente más bajo si la madre estaba en ese momento deprimida.

Este análisis fue repetido comparando los niños de alto riesgo que habían tenido problemas de conducta con los niños de alto riesgo sin ningún desorden psiquiátrico en toda la vida. Para ambos, las medidas de PBI y FAD fueron similares. Por ello, todos los análisis fueron informados con los niños de alto riesgo colapsados en un grupo.

Los resultados confirmaron la primera hipótesis, pero fallaron en confirmar la segunda y la tercera hipótesis. Los niños con MDD describieron el vínculo con sus padres como significativamente más deteriorado comparado con los controles de bajo riesgo. Aún más, las madres de niños con MDD percibieron a su familia como más deteriorada en todas las escalas FAD, y los padres en la mayoría de las escalas FAD, comparado con los padres del grupo de bajo riesgo. Sólo unas pocas diferencias emergieron entre el grupo de alto riesgo y los otros grupos. La depresión materna actual tuvo un efecto deletéreo en la percepción del niño de la protección maternal y el cuidado paterno, las madres informaron en todas las escalas FAD y los padres en la mayoría de las escalas FAD, si interaccionaban con la depresión del niño o existían incluso cuando el niño no estaba deprimido. Aún más, la comparación de niños con MDD y niños de alto riesgo con madres que no estaban deprimidas con controles de bajo riesgo no demostraron diferencias entre grupos significativas para el vínculo padre-hijo. Nuestros resultados sugieren, por ello, que la depresión materna actual está asociada en mayor grado que la depresión en el niño actual con deterioro en el vínculo padre-hijo y el funcionamiento de la familia.

La depresión actual es significativa de acuerdo con informes previos (Hammen et al., 1990), aunque difiere de otros estudios enfatizando la importancia de la depresión para el vínculo padre-hijo (Gotlib et al., 1988) y el funcionamiento de la familia (Keitner et al., 1987). No sólo las madres deprimidas perciben a sus hijos de una forma más negativa (Downy y Cowny, 1990), su depresión puede también agravar los conflictos maritales (Weissman et al., 1997) y afectar en como los padres tratan a sus hijos (Fendrich et al., 1990). De momento, no podemos concluir si las madres de niños deprimidos son, de hecho, sobreprotectoras o su actitud refleja un necesidad de



proteger al niño específico más que a sus hermanos. De forma similar, la percepción de un niño deprimido por el padre como de bajo cariño puede resultar de la percepción negativa, o puede reflejar un deterioro real. La interacción de la depresión de la madre y del hijo con la percepción paternal del funcionamiento de la familia puede reflejar una generación recíproca de conflictos interpersonales (Downy y Coiné, 1990) y/ o genética compartida entre padre e hijo (Kendler, 1996).

Nuestro diseño correlacional de sección transversal excluye comentarios con sentido a cerca del significado etiológico del deterioro del vínculo padre-hijo y el funcionamiento de la familia en la depresión del niño. Sin embargo, se debe señalar que se encontró un deterioro mayor en la Implicación Afectiva materna (indicativa de sobreimplicación) (Epstein et al., 1983) y una tendencia incrementada en la falta de Afectividad- Control del vínculo padre-hijo (indicativo de la ocurrencia simultánea de intrusión y rechazo) (Parker et al., 1979) en los niños de alto riesgo comparado con los controles de bajo riesgo. Estos hallazgos no se tuvieron en cuenta para la depresión materna. Se requirieron estudios longitudinales para verificar si la sobreimplicación paternal, particularmente combinada con el rechazo, podría estar relacionada con depresión futura en niños de alto riesgo. Este patrón de paternidad se parece a modelos de comunicación de emociones altamente expresadas y estilos críticos afectivos, que son también elevados en familias con niños de alto riesgo, comparado con los controles (Hamilton et al., 1993; Schwartz et al., 1990).

Una limitación importante del estudio se refiere a la diversidad del ambiente psicosocial del grupo de alto riesgo, dependiendo de si el pariente de primer grado que había asumido el riesgo era padre o hermano. Más aún, aunque todos los niños vivían en casa, no pudimos calcular el porcentaje de vida del niño en el que el padre o el hermano estuvo deprimido. Aunque todos los grupos se diferenciaron en el origen étnico y el SES, no se encontró que estas variables afectasen previamente a los niveles de PBI (Fendrich et al., 1990; Parker, 1981) y de FAD (Hovey y King, 1996), incluyendo a los niños de africanos-americanos (Burbach et al., 1989). Mientras que el total de la muestra de niños y familias evaluados fue similar a la de otros estudios (Hammen et al., 1990; Weissman et al., 1997), un número de padres, particularmente de niños con MDD, no estuvieron dispuestos para la evaluación debido al divorcio o la separación, y solo unas pocas madres y ningún padre del grupo de alto riesgo estaban deprimidos en el momento de la evaluación.

La comparación del vínculo padre-hijo y el funcionamiento familiar en niños deprimidos, de alto riesgo y de bajo riesgo, ha mostrado que las diferencias entre grupos en estos parámetros están influenciadas por la depresión vigente de la madre y el niño. Estos hallazgos indican que el tratamiento temprano y puntual que implique tanto la depresión del niño como de la madre podría ser tomado para mejorar las relaciones padre-hijo y el funcionamiento de la familia (Downy y Cowny, 1990). El manejo puntual de la depresión materna es de especial importancia, ya que no solo afecta a la relación con su hijo, sino que también puede afectar al vínculo de padre e hijo. La sobreimplicación y la sobreprotección, específicamente cuando están combinados con el rechazo, pueden estar asociados a depresión en algunos niños de alto riesgo, el tratamiento familiar dirigido a establecer jerarquías padre-hijo adecuadas y patrones de comunicación, deberían ser recomendados en estos casos. Este estudio también ofrece algunas implicaciones para la investigación futura. Particularmente, la continuación de un estudio longitudinal y prospectivo de estos individuos, al cual estamos actualmente comprometidos, puede clarificar la importancia relativa de la disfunción familiar y la depresión paternal, así como la interacción entre estos parámetros para el desarrollo de la depresión en la infancia.



¿En qué consiste el índice de adversidad?

Se observa que cualquier factor de riesgo solitario puede llevar a una variedad de resultados negativos diferentes. Sin embargo, la suma de varios factores de riesgo proporciona una predicción muy fuerte de un resultado negativo y la especificidad del resultado se realza cuando se combinan los factores de riesgo. Un autor identifica una lista de 8 factores potenciales de riesgo (p.ej. el propio concepto, el estado actual materno y la competencia social del niño) que se relacionan significativamente con resultados negativos en los niños de padres con trastorno afectivo. Del mismo modo, otro autor ha desarrollado un "índice de adversidad" basado en su trabajo con una muestra de adolescentes muchos de cuyos padres padecían un trastorno afectivo. Encontraron que la duración del trastorno afectivo de los padres, el número de diagnósticos no afectivos de los padres y el número total de diagnósticos previos, todos juntos predecían la aparición de trastornos en estos adolescentes en un período de 4 años.

¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE PROTECCIÓN? ¿QUÉ ES LA RESISTENCIA?

Aunque los hijos de padres con trastorno afectivo tienen un riesgo incrementado de tener depresión y otras formas de psicopatología, algunos estudios demuestran que muchos jóvenes que crecen con padres enfermos, se desarrollan muy bien. Estos individuos identificados como "resistentes" exhiben la habilidad de adaptarse con éxito a pesar de la presencia de adversidad significativa. Se indica que la habilidad para trabajar y comprometerse en una relación interpersonal e íntima, contribuye a resultados de resistencia en los niños .

En general, jóvenes resistentes han demostrado el valor de la propia comprensión para enfrentarse con enfermedades afectivas paternas.

¿CÓMO SE PUEDE PREVENIR?

Algunos investigadores han focalizado la prevención de la enfermedad a través de la promoción de rasgos resistentes en niños sanos. Es importante ayudar a los padres enseñándoles a promocionar los rasgos resistentes en sus hijos y a modificar los factores de riesgo asociados con la enfermedad paterna.

Así se obtiene una comunicación mejorada acerca de la enfermedad entre los esposos, con los niños y como una familia. Además, se pueden reducir los niveles de culpabilidad paterna respecto a la enfermedad y aumentar la comprensión de la enfermedad paterna por parte de los niños. Los descubrimientos indican que, proporcionando a los padres información objetiva respecto al riesgo y resistencia en los niños, se pueden producir cambios en las actitudes y comportamientos relacionados con la enfermedad.