

*Áurea MARTÍNEZ MARTÍN*

---

DEPRESIÓN INFANTIL Y FAMILIA  
DESESTRUCTURADA

*Treball Fi de Grau  
dirigit per  
Mercedes PALET*

*Universitat Abat Oliba CEU*  
**FACULTAT DE CIENCIES SOCIALS**  
*Grau en Psicologia*

---

*2013*



*Dejad que los niños se acerquen a Mí*

(Mt. 19,13-15)



## **Resumen**

Los trastornos depresivos son una forma patológica de tristeza, que se está dando cada vez más en nuestra sociedad, y no sólo en adultos sino también en niños. La aparición de la depresión infantil está relacionada con diversos factores, algunos de ellos directamente relacionados con problemas en la familia, sobre todo cuando ésta queda desestructurada. En este trabajo exponemos estos factores, apoyándonos en diversos estudios empíricos, y reflexionamos sobre el desamor entre los padres como causa de la tristeza del niño. Exponemos también las diferentes terapias utilizadas actualmente para combatir la depresión infantil, mostrando la importancia que tienen los padres en estos tratamientos. Y reflexionamos finalmente sobre el amor de los padres como terapia fundamental para generar en el niño la fortaleza y la alegría capaces de combatir su tristeza.

## **Resum**

*Els trastorns depressius són una forma patològica de tristesa, que s'estan donant cada cop més a la nostra societat, i no només en els adults, sinó també en nens. L'aparició de la depressió infantil està relacionada amb diversos factors, alguns d'ells directament relacionats amb problemes dins de la família, sobre tot qual aquesta queda desestructurada. En aquest treball exposem aquests factors, recolzant-nos en diversos estudis empírics, i reflexionem sobre el desamor entre els pares com a causa de la tristesa del nen. Exposem també les diferents teràpies utilitzades actualment per combatre la depressió infantil, mostrant la importància que tenen els pares en aquests tractaments. I reflexionem finalment sobre l'amor dels pares com a teràpia fonamental, per a generar en el nen la fortalesa i l'alegria capaces de combatre la seva tristesa.*

## **Abstract**

*Depressive disorders are a pathological kind of sadness that are increasing in our society, not only in adults but also in children. The appearance of childhood depression is related to multiple factors, some of them are directly related to family problems, especially when it is unstructured. On this essay we describe these factors, relying to empirical studies, and reflect on the lack of love between parents and sorrow of children. We also present the different therapies currently used to combat childhood depression, showing the importance of parents in these treatments. And finally we reflect on the love of parents as fundamental therapy to generate in the child's strength and joy able to fight sadness on children.*

## **Palabras claves / Keywords**

Depresión infantil - Tristeza – Padres - Familia – Amor – Fortaleza – Gozo

*Depressió infantil – Tristeses – Pares – Família – Amor – Fortalesa – Goig*

*Childhood Depression - Sadness – Parents - Family – Love– Fortress – Joy*



## Sumario

Introducción.....	10
1. Depresión infantil: Descripción y manifestaciones.....	13
1.1. La tristeza en la vida humana.....	13
1.2. Trastornos depresivos.....	14
1.2.1. <i>Síntomas depresivos</i> .....	14
1.2.2. <i>Clasificación de los trastornos depresivos y cuadro clínico</i> .....	16
1.2.3. <i>Curso de los trastornos depresivos</i> .....	17
1.2.4. <i>Epidemiología</i> .....	18
1.2.5. <i>Complicaciones</i> .....	18
1.3. Depresión infantil.....	18
1.3.1. <i>La afectividad en la depresión infantil</i> .....	20
1.3.2. <i>La conducta en la depresión infantil</i> .....	20
1.3.3. <i>La esfera cognitiva en la depresión infantil</i> .....	21
2. Condiciones y causas de la depresión infantil.....	23
2.1. Condiciones de la depresión infantil en general.....	23
2.1.1. <i>Epidemiología</i> .....	23
2.1.2. <i>Estudio de Del Barrio</i> .....	24
2.1.3. <i>Estudio de Méndez</i> .....	27
2.1.4. <i>Estudio de Cárdenas</i> .....	29
2.1.5. <i>Estudio de Banús</i> .....	30
2.1.6. <i>Estudio de Rodríguez y Ortiz</i> .....	31
2.1.7. <i>Estudio de Polaino-Lorente</i> .....	31
2.2. La relación con la madre y la depresión infantil.....	32
2.3. El divorcio y la depresión infantil.....	35
2.4. El desamor entre los padres como causa de la depresión infantil.....	38
3. Tratamiento y prevención.....	41
3.1. Terapias de la depresión infantil.....	41
3.1.1. <i>Propuesta terapéutica de Méndez</i> .....	41
3.1.2. <i>Propuesta terapéutica de Cárdenas</i> .....	44
3.1.3. <i>Propuesta terapéutica de Banús</i> .....	45
3.1.4. <i>Propuesta terapéutica de Puig</i> .....	45
3.1.5. <i>Propuesta terapéutica de Rodríguez y Ortiz</i> .....	45
3.1.6. <i>Propuesta terapéutica de Hernández</i> .....	46
3.1.7. <i>Propuesta terapéutica de Polaino-Lorente</i> .....	47
3.2. Eficacia de los tratamientos de la depresión infantil.....	47
3.3. Importancia de los padres en la salud psíquica del niño.....	49
4. El orden del amor y la alegría en la vida familiar.....	51
4.1. Una defensa frente a la tristeza: la fortaleza o resiliencia.....	51
4.2. El amor de los padres como causa del gozo.....	53
Conclusiones.....	56
Bibliografía.....	57





## Introducción

Los trastornos depresivos tienen una gran prevalencia a nivel mundial y representan un problema de salud pública, afectando a numerosas personas. Las manifestaciones de la depresión se pueden dar tanto en adultos como en niños. Nosotros nos centraremos esencialmente en el trastorno depresivo en la infancia. Es concretamente en los niños donde la depresión tiene un gran impacto, sobre todo por sus consecuencias en su crecimiento y desarrollo personal, en el rendimiento escolar o en sus relaciones familiares e interpersonales. La importancia de esta cuestión es la que nos ha llevado a estudiarla como objeto del presente trabajo final de grado.

Nuestro trabajo va a centrarse en hacer, principalmente, un análisis descriptivo de la depresión en la infancia. Para ello vamos a basarnos en una serie de estudios empíricos que nos ayudarán en nuestra investigación, y que iremos presentando a lo largo del trabajo: para la definición de la depresión infantil, la identificación de los síntomas, de los factores relacionados con la aparición de esta patología, las terapias más utilizadas actualmente... Pero a esta metodología descriptiva basada en estudios empíricos, y apoyándonos en sus aportaciones sobre la importancia de los padres tanto en la aparición como en su prevención y curación, añadiremos alguna reflexión sobre la depresión como tristeza en el conjunto de la vida humana, y cómo los padres pueden ser causa de la tristeza o de la alegría del niño.

El trabajo lo hemos dividido en cuatro capítulos. En el primero trataremos de definir qué es la depresión infantil y de describir los síntomas que presenta, siguiendo principalmente el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR). Y puesto que la depresión es una forma de tristeza, añadiremos una reflexión sobre el lugar que la tristeza ocupa en la vida humana.

Los estudios empíricos recogidos en la investigación nos permitirán en un segundo capítulo describir los factores o condiciones relacionados con la aparición de la depresión. Haremos hincapié en varios de ellos siguiendo la opinión de diversos autores. Constataremos que uno de los factores principales identificados en estos estudios es la problemática familiar, sobre todo cuando la familia ha quedado desestructurada. Ante esto, nos preguntaremos si una de las causas que afecta más a los niños, provocando en ellos la tristeza más profunda, es la falta de amor de sus padres.

En un tercer capítulo pasaremos a describir las terapias y tratamientos más frecuentes actualmente para curar la depresión infantil como patología. Estos

tratamientos se centran en la cura de los síntomas y de las condiciones o factores que pueden hacer aparecer la depresión. Aportaremos algún dato sobre la eficacia de los mismos. También aquí constataremos la importancia que en estas terapias se da a la intervención de los padres.

Finalmente, en un cuarto capítulo, y apoyándonos en las aportaciones de los estudios empíricos, nos preguntaremos qué puede curar el alma del niño, qué puede curar su tristeza más profunda. Y veremos que lo que hay que generar en el niño frente a la tristeza es la fortaleza del alma y el gozo. Y quienes mejor y de forma natural pueden causar esto en un niño son sus padres, cuyo amor genera confianza y alegría en el niño al sentirse amado.

Este trabajo no pretende explicar todo este tema, que es mucho más amplio de lo que se expone, sino recoger de forma descriptiva las aportaciones más destacadas sobre el mismo en estudios actuales, y añadir alguna reflexión sobre lo que no aportan los estudios empíricos. Considero que me ha permitido hacer una síntesis de los aspectos más importantes de lo recibido en el grado de Psicología en la Universitat Abat Oliba CEU, y que termino con este trabajo: sobre todo, la importancia del amor de los padres en el crecimiento de los niños.



# 1. Depresión infantil: Descripción y manifestaciones

En este primer capítulo vamos a comenzar explicando los trastornos depresivos en general, enmarcándolos en el conjunto de la vida humana, para centrarnos después de forma más concreta en qué es la depresión infantil y cómo se presenta en los distintos niveles de tipo afectivo, cognitivo y conductual del niño. La intención del presente capítulo es la de diferenciar a nivel descriptivo cuáles son las características de la depresión infantil para después, en el siguiente capítulo, estudiar sus causas. Para esto recogeremos la información que nos aportan varios autores, artículos y manuales de psicopatología.

## 1.1. La tristeza en la vida humana

Antes de hablar de la depresión como un trastorno, debemos hacer una breve mención al concepto de tristeza puesto que es el síntoma principal de la depresión y trataremos de distinguir la tristeza normal de la patológica.

El hombre tiende a la felicidad, que es la perfección de su vida, y la consecución de este bien supone gozo. La tristeza, por tanto, que es lo contrario al gozo, no es a lo que se ordena la vida del hombre. Este tiende al gozo y no a la tristeza. Pero eso no significa que la tristeza sea algo psicológicamente “malo”. Martín F. Echavarría (2009) indica que la tristeza no tiene por qué ser algo patológico, ni un vicio moral. Todos hemos estado tristes en alguna ocasión, como al suspender un examen, enfadarnos con un amigo o perder a un ser querido; pero esa tristeza no es algo malo, al contrario, en este caso es algo natural. Cuando falta el bien, hay tristeza en el hombre. Cuando muere un amigo, estoy triste por su pérdida. Tanto el gozo como la tristeza son pasiones de la vida sensitiva del hombre y son naturales a él, por lo que no necesariamente han de ser malas.

No obstante, la tristeza se convierte en algo malo cuando se opone a la recta razón, siendo entonces una enfermedad para el alma. Pasa entonces a ser considerada la tristeza como vicio y no como pasión. Aunque hay varias formas desordenadas de tristeza, la más destacada es la que denominamos “acedia”, que es aquella forma de tristeza que deprime al hombre hasta que le deja sin ganas de nada, alejándolo del bien. La acedia implica un dolor por algo bueno, como si fuera algo malo. Este tipo de tristeza enfría y corrompe la esencia moral del ser humano, conllevando la gran acidez en el alma –de ahí su nombre-. Las consecuencias de la acedia son, por tanto, el huir de algo considerado como bueno y deseable, la pérdida del sentido de la existencia del hombre, la desesperanza, el estar desanimado la mayor parte del día, el mutismo de quien no tiene nada importante que decir, el rencor, la malicia, la

apatía, la angustia o la soledad (Mauricio Echeverría, 2004). Santo Tomás (citado en Echavarría, 2009) define al hombre que presenta acedia como alguien estupefacto, narcotizado y encerrado en sí mismo. La acedia es por tanto, una forma de tristeza como vicio, un vicio moral que impide al hombre buscar el gozo y la paz. La acedia rechaza todo tipo de bienes humanos, pero sobre todo rechaza el bien divino, lo que conlleva una tristeza del bien espiritual (Echavarría, 2009).

Pero la tristeza puede ser, además de una pasión y de un vicio, una enfermedad, una patología, como muy bien distingue Mauricio Echeverría (2004). En este caso, la tristeza es de orden orgánico, provocando unos efectos que afectan al hombre a nivel cognitivo, conductual y afectivo, y que denominamos de forma general “depresión”.

Tras haber hecho esta breve distinción sobre la tristeza como pasión natural del hombre, por la ausencia de un bien, y de la tristeza como vicio, que supone un entristecimiento por algo que es bueno, nosotros nos centraremos ahora en la depresión como una enfermedad.

## **1.2. Trastornos depresivos**

En primer lugar, nos centraremos en la descripción de los trastornos depresivos en general, siguiendo el manual de psicopatología de Belloch, Sandin y Ramos (2009) y según el DSM-IV-TR (APA, 2000). Se articula la descripción en cinco apartados: síntomas depresivos, clasificación y cuadro clínico, curso, epidemiología y posibles complicaciones.

### *1.2.1. Síntomas depresivos*

El cuadro que presenta una persona deprimida puede ser muy variado en función de sus síntomas, evolución y gravedad. Hay casos que serán más leves y otros que conlleven incluso intentos de suicidio. Cualquier persona deprimida presenta una serie de síntomas. La tristeza es el síntoma afectivo por excelencia, y por eso hemos empezado situando la depresión en el marco de la tristeza en la vida humana, distinguiendo los tipos de tristeza. La depresión como patología provoca la tristeza como pasión.

Pero aunque la tristeza, el abatimiento y la pesadumbre son los síntomas más habituales, en ocasiones también aparece un estado de ánimo de irritabilidad y nerviosismo. Otro aspecto dentro de los síntomas de tipo afectivo propios de la depresión es el de la reducción de emociones positivas, del disfrute de las cosas normales de la vida, que es lo que se denomina “anhedonia”. Éste está muy ligado a

la tristeza, pues ésta consiste en una ausencia de gozo, que es en lo que consiste la anhedonia.

En relación a los síntomas de tipo motivacional y conductual, se destaca un estado general de inhibición, de apatía y de falta de motivación, además de los pensamientos negativos de desesperanza, falta de control y de no poder dar un sentido a las cosas que uno hace. Levantarse de la cama por las mañanas, asearse, el estudio, el trabajo o la toma de decisiones de la vida cotidiana, son tareas que para una persona deprimida se vuelven imposibles de realizar. A este tipo de inhibición conductual se le llama “retraso psicomotor”, caracterizado por un enlentecimiento de las respuestas motoras, del habla, de los gestos y de inhibición motivacional. Este retardo en ocasiones puede llegar al estupor depresivo, un estado de mutismo y parálisis motora casi total.

El rendimiento cognitivo de una persona deprimida también está afectado por la depresión, esencialmente en la memoria, la atención o en la capacidad de concentración, lo que incapacita al sujeto para el desempeño de tareas cotidianas. El pensamiento es circular y rumiativo, y hay mayor dificultad en tareas que requieren más esfuerzo y control. El contenido de las cogniciones también está alterado. Las cogniciones de una persona deprimida suelen ser de autodesprecio, autoinculpación y pérdida de la autoestima.

Además, los cambios físicos son algo muy habitual en el depresivo, por ejemplo, los problemas del sueño, la fatiga, la pérdida del apetito, la disminución de la actividad sexual y las molestias corporales (dolor de cabeza, náuseas, vómitos, estreñimiento, visión borrosa, etc.).

Finalmente, tenemos los síntomas en las relaciones interpersonales, caracterizados por el deterioro en las mismas. Se disminuye el interés por la gente o se produce un aislamiento de estas personas porque los demás les rechazan (Belloch, Sandin y Ramos, 2009).

Aunque hemos podido ver que en una persona que padece depresión se pueden dar una serie de síntomas que le causan malestar, nosotros hacemos especial hincapié en la tristeza como síntoma fundamental de la depresión, como hemos explicado anteriormente.

### 1.2.2. Clasificación de los trastornos depresivos y cuadro clínico

Partiendo de esta descripción de los síntomas depresivos, y siguiendo el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV-TR (APA, 2000) expondremos a continuación la clasificación de los trastornos depresivos y el cuadro clínico que presentan.

Los trastornos depresivos se dividen en: episodio depresivo mayor, trastorno depresivo mayor episodio único, trastorno depresivo mayor recidivante, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado.

- *Episodio depresivo mayor*

Un episodio depresivo mayor se caracteriza por la presencia al menos de cinco síntomas depresivos durante un período de dos semanas, tales como, el estado de ánimo deprimido, la disminución del placer, el aumento o disminución del apetito, el insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga, sentimientos de inutilidad y culpa, problemas de concentración e ideas recurrentes de muerte. Por otro lado, nunca ha de haber habido un episodio de manía (estado de ánimo elevado, expansivo o irritable que dura al menos una semana), ni cumple criterios para un Trastorno Depresivo Mayor. Además, los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas propias de la persona. Por último, los síntomas no se dan ni por una enfermedad médica, ni por el consumo de sustancias, ni por la presencia de un duelo.

- *Trastorno depresivo mayor, episodio único*

El trastorno depresivo mayor (TDM) aparece por primera vez en el DSM-III (APA, 1980) y su descripción ha tenido una amplia aceptación. Se emplea para describir a personas que presentan un único episodio depresivo mayor, además de que nunca ha habido un episodio de manía o hipomanía (estado de ánimo elevado, expansivo o irritable que dura al menos 4 días) ni ningún trastorno psicótico.

- *Trastorno depresivo mayor, recidivante*

Este tipo de trastorno tiene las mismas características que el anterior, pero lo que cambia es el número de episodios, puesto que se caracteriza por la presencia de dos o más episodios depresivos mayores



- *Trastorno distímico*

Por otro lado, encontramos la distimia, caracterizada por la presencia de estados depresivos prolongados y prácticamente crónicos. Es un estado crónicamente depresivo que se da en la mayor parte del día de la mayoría de los días. Tiene que haber pasado un período de dos años antes de ser diagnosticada y presenta bastantes síntomas depresivos (pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o sentimientos de desesperanza). Por otro lado, se descarta la presencia de un trastorno depresivo mayor, de la manía, de la hipomanía y que haya aparecido por un trastorno psicótico, por consumir sustancias o por enfermedad médica. Estos síntomas causan un malestar clínicamente significativo y un deterioro importante en varias áreas de la vida de la persona.

- *Trastorno depresivo mayor no especificado*

Por último, tenemos el trastorno depresivo no especificado que permite dar nombre a todos aquellos trastornos depresivos en los cuales se hace difícil diferenciar si el cuadro clínico corresponde a un trastorno depresivo mayor o a una distimia o cualquier otro tipo de trastorno del estado de ánimo (APA, 2000).

### 1.2.3. *Curso de los trastornos depresivos*

A continuación se describen datos acerca del curso de estos trastornos depresivos. Respecto a las personas que sufren depresión mayor, muchas de ellas acaban recuperándose en uno o dos años. Aproximadamente un 15% de los casos va a tener un curso crónico (dos o más años deprimido). El riesgo de recaídas es mayor en personas que han empezado a buscar tratamiento tarde, que tienen una edad más avanzada o un nivel socioeconómico bajo. El mayor riesgo de recaídas se encuentra en los primeros meses tras la recuperación del episodio depresivo. El primer año constituye un período de alto riesgo y, aproximadamente, un 35% de pacientes presenta un nuevo episodio de depresión antes de los dos años. En cuanto a la edad de inicio del TDM, se sitúa entre los 25 y 35 años, aunque ha descendido en las últimas cuatro generaciones. Cuanto más precoz sea el inicio, más posibilidad hay de recaídas. Otro de los factores importantes a tener en cuenta es el tipo de depresión, ya que cuando ésta aparece unida a cuadros físicos o mentales, resulta un aspecto de mal pronóstico. La duración de estos episodios suele ser entre 4 y 5 meses o hasta un año. La sintomatología psicótica unida al cuadro depresivo propiciará una recuperación más lenta que en pacientes

depresivos no psicóticos. Asimismo, también hay que tener en cuenta factores estresantes porque pueden favorecer el inicio de la depresión y afectan a personas altamente vulnerables. Por lo que concierne a la distimia, los datos indican que la recuperación es peor que el TDM. La tasa de recuperación en la distimia gira en torno al 40% al cabo de un año, mientras que en pacientes con TDM es de un 75%.

#### *1.2.4. Epidemiología*

En relación a los datos epidemiológicos sobre el TDM destaca que las cifras de prevalencia son mayores en mujeres que en hombres, en personas en paro laboral y en los medios urbanos antes que en los rurales. El riesgo también aumenta en personas entre 25 y 44 años. Además, influyen mucho los factores estresantes vividos como graves o amenazantes, situaciones de pérdida familiar o historias de depresiones en progenitores. La distimia, a pesar de que no ha sido tan estudiada, afecta más a mujeres, a personas solteras, a edades de entre 45 y 65 años y más en ámbitos urbanos que rurales.

#### *1.2.5. Complicaciones*

Para finalizar el resumen de la información obtenida en el manual citado de Belloch, Sandin y Ramos (2009) se expondrá brevemente qué tipo de complicaciones puede conllevar la depresión. Primeramente, la depresión causa una alteración en el deterioro social y laboral, que incluso puede acabar en incapacitación. El paciente puede acabar en la cama la mayor parte del día, teniendo continuas bajas laborales y desatendiendo a sus obligaciones y responsabilidades.

Pero sobre todo la complicación más grave es el intento de suicidio. Entre el 50 y el 70% de las personas que se suicidan tenían una historia previa de sintomatología depresiva. El consumo de alcohol incrementa el suicidio y es bastante frecuente en pacientes depresivos, ya que utilizan el alcohol como una estrategia de huida ante sus problemas. Asimismo, el estado de depresión puede hacer al sujeto tomar decisiones precipitadas, como dejar los estudios o el trabajo o la familia, y luego arrepentirse (Belloch, Sandin, Ramos, 2009).

### **1.3. Depresión infantil**

Una vez estudiada la depresión como patología en general, pasemos a considerar la depresión infantil. Francisco Javier Méndez (2011) describe al niño deprimido como un ser humano que desde muy temprano apenas sonríe, no tiene ilusión de vivir, presenta una falta de confianza en sí mismo y tiene una pobre capacidad para hacer y conservar sus amistades. Méndez explica cómo estos niños apenas juegan con sus compañeros, no participan en clase, comen y duermen mal, están enfermos a menudo, lloran sin motivo y se adaptan mal a la escuela. El niño con depresión

infantil presenta tristeza y ausencia de disfrute, como núcleo fundamental de esta alteración, que puede acompañarse también de acciones o pensamientos acordes con el estado de ánimo que presenta el niño (Del Barrio, 2008).

Actualmente, se está cuestionando el tema de la depresión infantil y se está estudiando mucho acerca de ella. Hasta hace pocos años se consideraba a los niños como personas alegres por naturaleza y que la depresión era cosa de adultos, porque los niños eran felices. Hoy en día, se considera que la depresión infantil tiene unas características muy similares a la depresión adulta (Méndez, 2011). Según Cárdenas (2007), tanto los padres como los profesores han de estar atentos si en el niño se manifiestan las siguientes características:

- Está triste o llora con facilidad
- Pierde el interés por los juegos
- Se aparta de los amigos y de la familia
- Su comunicación es pobre y no suele hablar con la gente
- Se aburre y se cansa con facilidad
- Muestra poca energía o poca concentración
- Se muestra irritado
- Es sensible al rechazo o al fracaso
- Tiene una autoestima muy baja
- Elige finales tristes para los cuentos
- Su comportamiento es agresivo
- Se queja constantemente de dolores de cabeza o estómago
- Duerme demasiado o duerme poco, al igual que en la comida
- Regresiones a cosas de la infancia (orinar en la cama, por ejemplo)
- Hablar del suicidio
- Deseo de irse de casa (Cárdenas, 2007)

Méndez (2011) ofrece una lista de características de un niño con depresión infantil. Algunas de ellas son las siguientes: tristeza, estado de ánimo bajo, afecto negativo, desgana, abatimiento, desánimo, dolores de cabeza, falta de interés en actividades agradables y motivadoras, alteración del apetito y el sueño, etc.

A lo largo del trabajo de investigación y consulta que se ha realizado para la elaboración del presente estudio, nos hemos dado cuenta de que los autores consultados coinciden en las características descriptivas de la depresión infantil. A modo de resumen y según la opinión de estos autores, vemos que en la depresión infantil el niño presenta:

- alteraciones afectivas (tristeza, llantos, ausencia de disfrute en cosas y actividades agradables, bajo estado de ánimo...)
- alteraciones físicas y en relación a sus acciones (pobre capacidad para hacer y mantener amigos, no juegan, aburrimiento, soledad, dolores de cabeza y estómago, están enfermos a menudo, comen y duermen mal...)
- y, por último, alteraciones del pensamiento (falta de confianza, pensamientos de suicidio...). Tanto los pensamientos como las acciones están acordes con el estado del niño, un estado profundo de tristeza y de poca ilusión de vivir.

Atendiendo a la definición de depresión, vamos a ver ahora las manifestaciones que ésta puede tener en los niños, esencialmente en tres niveles: el afectivo, el cognitivo y el conductual.

### *1.3.1 La afectividad en la depresión infantil*

Un niño con depresión se queja constantemente de que está triste y enfadado la mayor parte del día. Puede presentar a nivel afectivo un estado de ánimo bajo, un afecto negativo, desgana o humor invariable. (Méndez, 2011). En relación a esto, Von Düring (citado en Polaino-Lorente, 1988), afirma lo siguiente:

Los niños deprimidos no pueden reír y un niño que no ríe no puede alborotarse y enfadarse, es un niño enfermo (...) los muchachos deprimidos son tímidos, huraños, huyen de la compañía de los demás, no juegan, no tienen confianza en sí mismos...lo que puede llevarles incluso al suicidio.

El niño deprimido experimenta a nivel afectivo, anhedonia, tristeza, apatía, desesperanza o labilidad afectiva. Descuret (citado en Polaino-Lorente, 1988), define estos síntomas en los niños de la siguiente manera:

Insensible a las caricias de sus padres y rehúsa los manjares que más le lisonjeaban pocos días antes (anhedonia); pasa horas tristemente inmóvil (tristeza e inhibición); casi nunca sale de la apatía en la que está sumergido (apatía); ha perdido la esperanza (desesperanza); a veces se escapa alguna lágrima involuntaria (tristeza, labilidad afectiva).

### *1.3.2 La conducta en la depresión infantil*

Por otro lado, tenemos la afectación que se puede dar en un niño con depresión en el plano conductual, que comprende todo tipo de conductas personales e interpersonales. En el caso de la depresión infantil queda afectada la conducta, tanto

por lo que se refiere a las relaciones interpersonales como a las habilidades sociales. Los niños deprimidos tienen una falta de interés por cosas que normalmente interesan a los niños y pierden el gusto por actividades que habitualmente son agradables a los niños (jugar con los amigos, hacer deporte, leer...). Además, se muestran irritables, inestables, se pelean mucho o quizá se quejan constantemente de sus dolores de barriga o de cabeza. Cuando un niño padece depresión, lleva a cabo una serie de conductas que le generan tristeza, pero también ineptitud para según qué actividades, como el juego o las relaciones sociales. La diferencia con otros niños que no tengan depresión es que estos últimos son niños mucho más felices y las actividades que hacen conllevan placer y un estado de ánimo bueno (Méndez, 2011). Descuret (citado en Polaino-Lorente, 1988) nos muestra de nuevo algunos síntomas de tipo conductual en los niños deprimidos. Lo explica del siguiente modo:

Huyen de toda especie de reunión y buscan la soledad (aislamiento y difícil de habilidades sociales); inquieto, descuidado, taciturno (ansiedad, aislamiento); pierde el apetito y enflaquecimiento general (pérdida del apetito y el peso); siente fatiga, debilidad espontánea, dolores de cabeza, palpitaciones... (Síntomas vegetativos).

### *1.3.3 La esfera cognitiva en la depresión infantil*

Por último, nos encontramos con todo lo que envuelve a la esfera cognitiva, y que desde el plano descriptivo hace referencia a los pensamientos, errores y esquemas cognitivos que el mismo niño se llega a hacer, y que repercuten negativamente en él, pero no solo a nivel personal, sino también familiar, escolar y social (Méndez, 2011).

Parece ser también que un niño depresivo tiende a analizar los eventos que le rodean de una forma negativa. De esta manera, atribuyen sus fracasos a su falta de esfuerzo o incapacidad personal, mientras que sus éxitos se darían por suerte o azar. Por otro lado, la alteración en la percepción influye de nuevo en los juicios del niño deprimido, lo que le conlleva además, una pérdida de control y una disminución de la autoestima. El niño deprimido hace juicios erróneos y se autoevalúa de forma más negativa que un niño no deprimido. También hay una alteración en la memoria porque estos niños deprimidos recuerdan mejor sucesos desagradables que agradables.

Del mismo modo, acontecimientos estresantes que se dan en la familia pueden influir en el comportamiento infantil. Nissen (citado en Polaino-Lorente, 1988) llevó a cabo un estudio a 100 niños deprimidos, de entre los cuales 33 habían pasado más

de 6 meses lejos del hogar, el 58% pertenecía a familias rotas, el 22% eran hijos ilegítimos, el 23,8% habían perdido a su padre y el 7,6% a su madre antes de los 15 años, el 23% son hijos de padres divorciados, el 23,8% pertenece a familias en las que predominan las disputas familiares, el 25% a aquellos padres con enfermedades crónicas, el 13% son niños que viven con su padre y padrastro (inestabilidad en la convivencia familiar), etc. Todo esto son aspectos que nos muestran un ambiente familiar insatisfactorio para el crecimiento de los niños.

Por último, hemos de mencionar también que la disminución del rendimiento escolar puede estar ligado a un cuadro depresivo en la infancia. El fracaso escolar, las dificultades en el aprendizaje o la disminución del rendimiento escolar son causa y consecuencia de las depresiones en los niños. De nuevo vemos cómo el fracaso en la escuela se puede dar quizás por disputas familiares en su familia, lo que hace al niño sentirse culpable de todo lo negativo que sucede en casa. Esto conlleva, por tanto, un descenso de la autoestima, todo lo ve negativo, disminuyen sus aspiraciones y su motivación, aparecen problemas a nivel relacional, inhibición, irritabilidad, desconfianza, inutilidad, culpabilidad... (Polaino-Lorente, 1988).

## 2. Condiciones y causas de la depresión infantil

En este segundo capítulo de nuestro trabajo nos centraremos en las condiciones en que se da el hecho de la depresión infantil, y en las causas de las que depende su aparición. Seguiremos la metodología de investigación estudiada en primer curso, y que distingue entre la ciencia empírica, que se ocupa de condiciones, y la ciencia etiológica, que alcanza a las causas (Millán-Puelles, 2001). Como explica este autor, refiriéndose a la ciencia empírica: “Trata, sin duda, de reducir a leyes los fenómenos físicos; pero precisamente por limitarse a éstos no puede hablar de *causas* en sentido ontológico, sino tan sólo de *condiciones*” (Millán-Puelles, 2001, p.53).

Siguiendo este modelo, comenzaremos a estudiar las condiciones o factores relacionados con el fenómeno de la depresión infantil. Lo intentaremos mostrar a través de algunos estudios empíricos que nos ayuden en nuestra investigación. Estos estudios nos permitirán descubrir cuáles son las condiciones más habituales, según la coincidencia en diversos autores, de aparición de la depresión en los niños. Se prestará especialmente atención a las condiciones que se refieren directamente a la familia. Y una vez identificadas estos factores, pasaremos en un segundo momento a estudiar si el desamor entre los padres puede ser o no causa de la depresión infantil.

### 2.1. Condiciones de la depresión infantil en general

#### 2.1.1. Epidemiología

Se estima que en un 2% de los niños pequeños, el 9% en la infancia media y el 15% en la adolescencia se da una depresión. El dato epidemiológico que tenemos acerca de los niños españoles es el que se realizó en un estudio con 6.432 sujetos de entre 8 y 12 años procedentes de todo el país y utilizando un test de depresión infantil, en el que se halló un 2% de depresión mayor y un 6% de trastorno distímico (Del Barrio, 2008).

Cecilia Adrianzén (1998) indica que los estudios epidemiológicos de trastornos depresivos en niños y adolescentes han mostrado los siguientes resultados: por un lado, en los niños en edad preescolar la prevalencia de depresión mayor es del 1%; mientras que en niños en edad escolar es del 2%. En los adolescentes se verifica un aumento de la depresión mayor en elevada predominancia en el sexo femenino. Otros autores hablan de comorbilidad entre otros trastornos psiquiátricos (ansiedad, TDAH...) con la depresión.

Por otro lado, un estudio realizado en un servicio de pediatría general muestra que en niños de edades entre 7 y 12 años la depresión mayor es del 7%. Los

diagnósticos de estos niños con depresión mayor tenían síntomas como la encopresis, los vómitos recurrentes o dolores de estómago. La comorbilidad entre la fibromialgia y la depresión también es bastante elevada (Cecilia Adrianzén, 1998)

Una de las consecuencias más graves de la depresión infantil es la del suicidio. En 2005 se suicidaron en nuestro país 7 niños, de 5 a 14 años. El número de suicidios es mayor en edades entre 15 y 24 años, ya que el número de muertes fue de 202 personas, situándose entre las tres causas de muerte más frecuente entre estas edades (Méndez, 2011).

Como sucede en gran parte de alteraciones psicológicas, hay muchas condiciones vinculadas con la depresión. Veamos ahora los estudios de algunos expertos, que se han preguntado por los factores implicados en la aparición de la depresión infantil.

#### *2.1.2. Estudio de Del Barrio*

A continuación se expone la propuesta de María Victoria del Barrio (2008), en *Tratando depresión infantil*, que es una de las que hemos encontrado más completa sobre este tema. Esta investigadora identifica condiciones o factores que se centran en el propio niño, otros centrados en el ambiente y en la familia y, en un tercer grupo, los factores relacionados con otros aspectos sociales más allá de la familia.

Respecto a los factores individuales del niño, que tienen que ver principalmente con la estructura de los elementos de la personalidad del niño, hemos de hablar especialmente del temperamento. Las características temperamentales ligadas a la depresión son: la inhibición, la timidez y la ausencia de sentimientos positivos. Para personas con este tipo de temperamento, hay más vulnerabilidad para tener depresión. El tener un tipo de personalidad determinada es un factor predisponente de la depresión.

Otras dimensiones de la personalidad que están vinculadas con la depresión pueden ser el tener una baja autoestima, la ineficacia personal y la impericia social, que dificultan una buena adaptación al entorno. El sexo y la edad también son dos elementos a tener en cuenta. Respecto al sexo, es más frecuente que la depresión se de en niñas a partir de los 12 años, mientras que por debajo de esa edad, aparece en ambos sexos por igual. A medida que los chicos y las chicas crecen, también se produce un incremento de la depresión en niños con disposición depresiva, siendo más intenso de nuevo en el sexo femenino.



En segundo lugar, el entorno que rodea al niño y sobre todo la importancia de la familia son factores fundamentales para el crecimiento de los hijos. Del Barrio explica que los lazos emocionales que se establecen entre la familia y el niño son fundamentales. Hay estudios citados por Del Barrio que demuestran que la psicosis, el neuroticismo y el alcoholismo en ambos miembros de la pareja, pero sobre todo en la madre, influyen en el estado emocional y en la adaptación social del niño. Se ha ligado mucho la depresión infantil a la depresión materna, sobre todo por la desatención que ésta pueda tener con los hijos y por todo lo que puede acarrear este problema. Por tanto, puede haber consecuencias importantes en los hijos en el caso de depresión en los padres. Un estudio reciente sobre la población española citado por esta autora muestra que hay un 35% de niños deprimidos con madre deprimida, frente a un 5% de niños sin madre deprimida. Se incrementa mucho la posibilidad de que los hijos tengan depresión cuando los padres también la tienen y hay también más vulnerabilidad ante el sexo femenino que en los hijos varones.

Las relaciones personales entre los distintos miembros de la familia son también de importancia fundamental para el buen crecimiento de los hijos. El clima afectivo en la familia es esencial. Todos los niños, necesitan sentirse apoyados y protegidos en su familia, para así tener una mayor seguridad y equilibrio ante las exigencias y los cambios del entorno. Tanto el desamparo como, por otra parte, la sobreprotección son graves obstáculos para el crecimiento emocional del niño. Un niño se siente desamparado cuando no hay comunicación, ni cuidado, ni aceptación dentro de su círculo familiar. Es muy importante el apego, principalmente, con la vinculación amorosa que tiene este con su madre. Además, la incertidumbre que pueda tener un niño es un factor de riesgo importante y que tanto el apego inseguro, como el retraimiento o la depresión están muy ligados en un niño de menos de 10 años.

Dentro de la dinámica familiar las relaciones entre los padres también son esenciales ya que en ellas se basa la armonía familiar. Aparece la inseguridad en la unión familiar cuando se dan relaciones tormentosas entre los padres, y esto repercute también de forma negativa en la educación sobre los hijos. La consecuencia de las malas relaciones entre los padres, a menudo, no es otra que el divorcio, que no solo es un motivo de estrés en los padres, sino también en los hijos. Asimismo, lo que afecta realmente a los niños, además de la ruptura en sí, son las consecuencias negativas que surgen de ello, como los problemas económicos, los cambios de domicilios, pérdidas afectivas, las malas relaciones paternas, etc. Todos estos son factores que pueden hacer aparecer la depresión en los hijos. En una muestra con niños españoles presentada por Del Barrio se obtenían resultados más elevados en niños con depresión al tener padres separados o familias rotas, aumentando mucho

el porcentaje con niños depresivos cuando en los padres perduran las malas relaciones.

Los hábitos de crianza de los padres para con sus hijos son de gran importancia también por lo que hace referencia a la educación de la sociabilidad del niño. Aquí los padres tienen una gran responsabilidad. En relación a ello hay que considerar dos elementos fundamentales: las normas y el afecto. Unos buenos hábitos de crianza conllevan buenas relaciones y conductas positivas, así como también un buen rendimiento, armonía en las relaciones y adaptación social buena. Los hábitos de crianza inadecuados correlacionan fuertemente con emociones negativas, como pueden ser la depresión o la agresividad. Es fundamental, por tanto, el papel de la educación que tienen los padres en sus hijos y las relaciones dentro de la familia. Por ejemplo, familias en las que se fomente el distanciamiento y la hostilidad, facilitan que un niño tenga depresión, sobre todo, cuando hablamos de hostilidad materna. El rechazo de los padres o la sobreprotección también son factores de riesgo y predictores de emociones negativas. Los padres, con su acción educativa, promueven que el niño se enfrente al mundo, pero esto ha de ir acompañado siempre de una convivencia armónica.

Para concluir con los factores que señala Del Barrio, vamos a ver aquellos que forman parte del entorno social del niño. La vulnerabilidad que puede tener el niño frente a unos determinados acontecimientos varía según la edad. Los niños en edad escolar son más vulnerables a acontecimientos relacionados con el rendimiento escolar, la interacción con los compañeros, la competencia en el juego, la pertenencia a un grupo, etc. Otros factores que conllevan la aparición de la depresión infantil pueden ser las pérdidas de personas queridas, el estrés escolar, la enfermedad o los problemas familiares. En investigaciones que se han llevado a cabo sobre niños españoles se ha llegado a decir que los acontecimientos estresantes más frecuentes suelen ser los nacimientos de los hermanos, la muerte de un abuelo, cambios de colegio y las malas notas. Tampoco hay que olvidar que en ocasiones encontramos acontecimientos de gran envergadura que impresionan profundamente al niño, como por ejemplo, los desastres naturales, los accidentes de coche, atracos, secuestros, etc. que pueden provocar estrés postraumático antes que depresión. Aunque ésta se da más por acontecimientos negativos de menos intensidad y más repetitivos.

Un estudio sobre adolescentes en el que se hizo un seguimiento de dos años muestra los factores de riesgo más relevantes que explican la aparición de la depresión. Estos son, según Del Barrio:

- Historia de depresión familiar
- Episodio de depresión previo
- Pertenencia al sexo femenino
- Problemas en el seno familiar
- Bajo nivel educativo de los padres
- Acontecimientos vitales negativos asociados a un escaso apoyo social
- Síntomas depresivos que no alcanzan el nivel clínico
- Ansiedad
- Drogodependencia
- Conducta suicida
- Baja autoestima
- Imagen corporal negativa
- Alta autoconsciencia
- Cogniciones depresivas
- Problemas escolares
- Inadecuación de estrategias de afrontamiento
- Minusvalías físicas
- Problemas de salud
- Dependencia afectiva excesiva
- Relaciones interpersonales difíciles
- Muerte temprana de los padres
- Escaso apoyo de amigos y familia
- Pubertad temprana o tardía (Del Barrio, 2008)

En el mismo estudio parece mostrarse que los factores actúan de modo diferente en ambos sexos; en los niños pequeños son importantes los problemas físicos, mientras que en las niñas, las circunstancias económicas y familiares. Tanto en la depresión infantil como en la adulta se dan factores de riesgo comunes y algunos de ellos pueden estar entre los que acabamos de nombrar.

### 2.1.3. Estudio de Méndez

Francisco Javier Méndez (2011) expone también en *El niño que no sonríe: Estrategias para Superar la Tristeza y la Depresión Infantil*, una serie de factores relacionados con la depresión infantil. Los divide en dos grupos: los relacionados con los factores ambientales y con los factores personales, siendo la depresión infantil el resultado de la interacción de ambos.

Dentro de los factores ambientales, es importante todo aquello que suponga un factor de riesgo a nivel familiar, ya sea de tipo biológico (enfermedad), psicológico (muerte de un ser querido) o social (falta de recursos económicos). Las relaciones

familiares también las considera Méndez fundamentales para el desarrollo emocional del niño. Cuando aparecen problemas en la relación entre los padres, o entre padres e hijos, o entre hermanos, causan un efecto muy negativo en el niño, sobre todo por lo que respecta a su desarrollo emocional. Los hogares rotos caracterizados por las rupturas matrimoniales (divorcios, conflictos conyugales...), constituyen un porcentaje significativo en casos de depresión infantil.

Por otra parte, la muerte de un familiar cercano, la negligencia en el cuidado del niño, los abusos sexuales, los malos tratos o el rechazo psicológico del hijo, son desencadenantes también de depresión infantil. La mala educación o las malas pautas en la crianza de los hijos constituyen también factores de riesgo. Tanto los padres que son fríos y distantes, rígidos e inflexibles, desinteresados y generadores de tristeza en los hijos, como los sobreprotectores y permisivos, son variables que predisponen a la depresión. Asimismo, las desavenencias entre hermanos influyen en el estado de ánimo del niño, como también las relaciones escolares y sociales.

Atendiendo a estas condiciones identificadas por Méndez, se hace evidente que la vida familiar, con sus relaciones y exigencias, es fuente de salud (corporal, psíquica y moral) del niño, pero que la ruptura y corrupción de la vida familiar se convierte en fuente de desequilibrio.

Por otra parte, hay factores personales, que Méndez identifica con la vulnerabilidad. Hay niños que son más vulnerables a según qué situaciones y otros no. Méndez habla de tres tipos de vulnerabilidad. *La vulnerabilidad biológica* respecto a la depresión es mayor en casos en los que los padres sufren este trastorno –la depresión materna es especialmente un alto factor de riesgo– u otros problemas. *La vulnerabilidad de tipo psicológico* aparece cuando hay depresiones precedentes, déficits serios de habilidades sociales, de atribución, de solución de problemas, o problemas psicológicos como son la fobia escolar, hiperactividad, abuso de alcohol, etc. La tercera y última *vulnerabilidad* es la *social*, que se caracteriza por déficits en el tema de la adaptación emocional, por ejemplo, problemas en niveles elevados de ansiedad, conductas antisociales... Todos estos son factores que contribuyen a la aparición de la depresión.

Méndez, además de mostrar los factores que influyen en la depresión, también menciona brevemente sus consecuencias. Cuando surgen una serie de acontecimientos negativos el niño acaba deprimiéndose. La relación con los padres también da un giro importante, sobre todo cuando éstos se dan cuenta de que su hijo no está bien y que tiene unos comportamientos raros. Los cambios que experimenta el niño son bastante llamativos: el llanto sin motivos aparentes, el

cansancio, comentarios sobre la muerte... son algunos efectos que se suelen dar. Cuando los padres ven todo esto, se vuelcan por completo en el hijo con manifestaciones de cariño excesivas, llevándole continuamente al pediatra, medicándole, le cocinan sus platos preferidos, entrevistas frecuentes con el tutor, se quedan haciendo compañía al niño en la habitación hasta altas horas de la madrugada o se asustan cuando empieza a hablar sobre la muerte. Todo esto parece ser una ayuda importante, pero es más bien un problema, tanto en el niño como en los padres. La respuesta de las personas del entorno suele agravar la depresión infantil. Conductas como sonreír, poner la mesa, estudiar o dormir, se sustituyen por llorar, desobedecer, suspender, velar, preocupar a los padres, amigos o profesores, falta de interés por las cosas y prestación de ayuda extraordinaria.

#### 2.1.4. Estudio de Cárdenas

Salvador Cárdenas (2007) se refiere de nuevo a los factores que desencadenan la depresión infantil en su trabajo *La depresión infantil*. Vemos la división de los factores que desencadenan la depresión infantil según Cárdenas:

En primer lugar, puede haber acontecimientos o eventos estresantes que conlleven la aparición de pensamientos depresores, sobre todo en edades en las que el niño es más vulnerable. Por ejemplo, para un niño puede ser un factor estresante que su padre le esté continuamente señalando sus errores y fracasos, y nunca tenga palabras de amor y cariño hacia él. Esto puede angustiar al niño y hacer que acabe con depresión.

En segundo lugar, está la propia familia. Ésta constituye un ambiente especialmente importante para los hijos. En la familia el niño ha de sentirse seguro, protegido, en la familia debe haber amor, amistad, cariño y relaciones afectivas entre sus miembros. Cuando en la familia se producen conflictos graves, especialmente entre los padres, el niño queda directamente afectado. Las disputas familiares y la inestabilidad familiar (peleas continuas entre los padres, sólo se habla a gritos, no hay amor, ni amistad) son factores desencadenantes de la depresión infantil. Cuando los padres están continuamente peleándose y amenazando constantemente con el divorcio, e incluso en muchas ocasiones lo hacen delante de los hijos, necesariamente esto repercute negativamente en su la estabilidad emocional.

Este autor insiste especialmente en que los niños se deprimen cuando se separan de la madre (angustia de separación). Éste puede ser un factor importante en la aparición de la depresión por esa angustia que genera el niño.

Tercero, nos referiremos al estilo educativo de los padres por lo que se refiere al modo en el que permiten o limitan por restricción ciertos comportamientos en los hijos como otro de los factores desencadenantes de la depresión infantil. Hay padres que mantienen una relación con sus hijos basada únicamente en prohibiciones (“no toques”, “no hagas”, “no comas”). No estamos afirmando que las prohibiciones educativas no sean necesarias, pero cuando se sobrepasa cierto límite entonces sí que puede conllevar efectos negativos en el crecimiento del hijo. Cuando unos padres son demasiado represores y prohíben a su hijo incluso jugar o hacer ruido, que son cosas normales en un niño, el equilibrio emocional del hijo puede quedar afectado negativamente. En estas ocasiones, los niños empiezan a crecer en un ambiente estrictamente represivo, lo que puede hacer que posteriormente aparezca depresión.

En cuarto y último lugar, otro factor relacionado la depresión infantil es el rendimiento y las relaciones escolares. El fracaso en el ámbito escolar, las relaciones con los demás niños y maestros o las malas notas pueden ser aspectos que afecten emocionalmente a los niños y pueden hacer que se depriman. Cuando el niño carece de los recursos necesarios ante las exigencias de la vida escolar, va a estar frecuentemente estresado y triste porque no sale con éxito de la escuela.

#### 2.1.5. Estudio de Banús

Sergi Banús (2013), en su estudio *La depresión infantil*, distingue cuatro factores que pueden causar la depresión en los niños:

Factores biológicos: se caracterizan por la aparición de un déficit serotoninérgico como elemento facilitador del trastorno afectivo.

Factores genéticos: estos factores constituyen un 50% de influencia en este trastorno infantil. Existe la posibilidad de que en hijos de padres que presentan depresión, ésta surja muchas veces más que en otros niños con padres sin depresión. Aun así, también hay que tener presente características de tipo familiar, personal o social.

Factores socio-familiares: una condición de la depresión infantil muy destacada por Banús es la poca interacción de los padres con sus hijos (baja implicación paterna, sobreprotección materna, conflictos familiares, problemas en la comunicación, irritabilidad, abuso, negligencia, etc.).

Factores estresantes: en este grupo incluimos todos aquellos factores externos que relacionados con situaciones de estrés en el niño. Algunos de ellos, son, por

ejemplo, las separaciones, divorcios o las discordias entre la pareja. En estos casos, lo que impacta más al niño no es la ruptura en sí, sino la relación afectiva que queda entre los padres, lo que hace al niño más vulnerable ante el desarrollo de esta patología. También puede afectar la muerte de un ser querido, sobre todo la pérdida de la madre.

#### 2.1.6. Estudio de Rodríguez y Ortiz

Jimena Rodríguez y Mario Ortiz (2008), en su estudio *Depresión infantil*, identifican como factores precipitantes, aspectos de tipo biogenéticos y psicosociales. A nivel biológico, incluimos disfunciones en el sistema neuroendocrino y una disminución de la actividad serotoninérgica, junto con la influencia de factores genéticos, en el caso de padres que también tengan depresión.

Por otro lado, están los factores psicosociales, que son aquellos que aparecen desde el momento del nacimiento o por una serie de estímulos, ya sean eventos positivos como negativos, a los que se ha sometido el niño a lo largo de su desarrollo. La mayoría de clínicos e investigadores afirman que los sucesos estresantes que viva un niño (por ejemplo, un suceso traumático como es la muerte de un padre) tienen una enorme relación en la aparición de la depresión.

#### 2.1.7. Estudio de Polaino-Lorente

Finalmente, Aquilino Polaino-Lorente (1988), en su tratado *Las depresiones infantiles*, resalta una serie de factores de riesgo que también hay que tener presentes. Desde que el niño nace, está sometido a un sin fin de estímulos, experiencias, situaciones traumáticas, eventos positivos o negativos, que forman parte de nuestro entorno social. Muchos de ellos pueden provocar depresión en los niños. Ante esto hay que tener en cuenta, también, como ya indican otros estudios, que hay niños más vulnerables que otros, y que hay acontecimientos que por ser más personales afectan a los niños más que otros. Pasemos entonces a considerar aquellos factores que se pueden considerar de riesgo, según Polaino-Lorente:

- La pérdida de una persona u objeto, por ejemplo, la pérdida de la madre
- La depresión en los padres cuando ambos están deprimidos.
- *life-events* (acontecimientos con repercusión vital) por ejemplo, una hospitalización o un divorcio o los *life-conditions* (condiciones generales de vida), como por ejemplo, vivir en un ambiente familiar tenso o el fracaso escolar constante.
- La escuela, que es gran parte del tiempo que el niño pasa fuera del hogar. En ocasiones, pueden surgir en el niño sentimientos de inferioridad, de inseguridad personal, de fracaso o de marginación.

- Factores personales (disminuciones físicas o psíquicas) que facilitan la aparición de la depresión infantil.

## **2.2. La relación con la madre y la depresión infantil**

Está claro que la familia es un factor muy implicado, según todos los estudios, en la depresión infantil. Por eso, vamos ahora a atender en particular a dos aspectos de la relación del niño con la familia. Comenzaremos con la referida a la relación del niño con la madre.

Eduardo Hernández González (2000-2001) muestra en sus artículos la importancia de la familia, pues es el entorno más cercano del niño y es indispensable para su desarrollo. Hay sucesos en la vida familiar que se asocian a la depresión infantil, como pueden ser la muerte de familiares cercanos, las separaciones o divorcios de los padres, padres o madres ausentes, maltrato físico o verbal de algún familiar cercano o los abusos sexuales. Pero insiste sobre todo en el apego (Hernández, 2006), exponiendo principalmente el vínculo que se establece entre la madre y el hijo. Para la persona es fundamental establecer relaciones con los demás, y afirma que:

Las relaciones humanas toman muchas formas, pero las más intensas, las que producen mayor placer, y a veces mayor dolor, son aquellas con la familia, amigos y personas amadas. Dentro de este círculo interno de relaciones íntimas, quedamos vinculados o adheridos unos a otros con un "adhesivo emocional", vinculados o adheridos con amor.

El ser humano es capaz de forma natural de amar, establecer vínculos y relaciones con los demás; pero algunas personas pueden sufrir una alteración afectiva y por ello tener dificultades a la hora de hacer amigos. Las experiencias que se llevan a cabo en los primeros años de vida del niño son fundamentales ya que influyen en el moldeado de la capacidad de formar relaciones íntimas y saludables. Hernández define apego como el "vínculo específico e especial que se forma entre madre-infante o cuidador primario-infante". Este vínculo de apego se caracteriza porque es una relación emocional (de seguridad, placer, agrado, consuelo...) perdurable con una persona, que si se rompe produce una gran ansiedad. En el caso de la relación entre la madre y el hijo, esta ruptura recibe el nombre de "angustia de separación". Una relación sólida que tenga la madre con su hijo aumenta la probabilidad en el hijo de mantener relaciones saludables con otros, mientras que un apego muy pobre conllevaría problemas emocionales y conductuales a lo largo de la vida del niño. Hernández, concluye su artículo afirmando:



La relación más importante en la vida de un niño es el apego a su madre o cuidador primario, esto es así, ya que la primera relación determina el “molde” biológico y emocional para todas sus relaciones futuras. Un apego saludable a la madre, construido de experiencias de vínculo repetitivas durante la infancia, provee una base sólida para futuras relaciones saludables.

René A. Spitz (1969), en un estudio clásico titulado *El primer año de vida del niño*, concede una importancia esencial a la relación madre-hijo, resaltando la importancia del afecto en dicha relación. La madre desempeña un papel muy importante en el surgimiento y despliegue de la conciencia del niño y en el proceso de aprendizaje de éste. La relación que se establece entre ambos es fundamental para el proceso de desarrollo del niño. Una buena relación se da, principalmente, por los sentimientos que tiene una madre por su hijo, sentimientos de afecto y cariño por el pequeño. Ese afecto que transmite una madre hace que el niño viva sus experiencias de forma coloreada y embellecida. Por eso, la actitud emocional de una madre y el afecto que transmite son elementos orientadores para el niño y afectarán de forma positiva la vida del hijo.

Dos ejemplos de respuestas en el niño que son positivas en la relación entre la madre e hijo son, por ejemplo, la respuesta sonriente que aparece en el niño durante el tercer mes de vida y la buena conducta alimenticia que pueda tener. Estos son indicadores de una buena relación entre ambos. Pero, al igual que la madre transmite cosas buenas al niño, también cuando ésta tenga algún tipo de problema, puede repercutir en la vida y la conducta del niño, lo que conlleva perturbaciones en la relación entre madre e hijo. No obstante, reconoce Spitz que la madre no es la única persona que está en la vida del niño, el padre también tiene una influencia importante, e incluso también los hermanos o los demás parientes cercanos, porque cada uno de ellos tiene una significación afectiva para el niño.

Las influencias de la madre repercuten en la totalidad de la vida del niño y en su desarrollo, sigue Spitz. Ya tan sólo la presencia de la madre actúa como estímulo ante las respuestas del niño e incluso las acciones que pueda llevar a cabo, por pequeñas que sean, son también estímulos importantes para el pequeño. La actitud maternal, tierna, afectiva y gozosa que tienen los actos que realiza, facilitarán innumerables y variados actos en el bebé.

Todas las respuestas maternas en el bebé facilitan la integración del proceso de maduración en el infante. A pesar de ello, pueden surgir perturbaciones de la personalidad en la madre que se reflejarán en perturbaciones del hijo. Las relaciones insatisfactorias que pueden surgir se consideran patológicas y se dan o bien porque

las relaciones entre madre-hijo son incorrectas, o bien, porque son insuficientes. Ambas pueden causar graves perturbaciones en el niño. Spitz, cuando habla de relaciones incorrectas, dice que estas malas relaciones se llaman *enfermedades psicotóxicas de la infancia*, en las que distingue una serie de patrones de conducta maternas dañinas para el niño, tales como:

- Franca repulsa primaria
- Tolerancia excesiva angustiosa primaria
- Hostilidad enmascarada de angustia
- Fluctuaciones en el mimo y en hostilidad
- Oscilaciones clínicas del humor de la madre
- Hostilidad conscientemente compensada (Spitz, 1969, p.156)

Spitz distingue, además, dos enfermedades que surgen por la falta de afecto en el niño: la depresión anaclítica y el hospitalismo.

La depresión analítica, aparece cuando el niño deja de recibir afecto maternal. El factor etiológico que hace aparecer la depresión anaclítica es la separación de la madre. A pesar de eso, antes de esa separación, tiene que haber existido una buena relación entre la madre y su hijo. Los síntomas que surgen en el niño son: en el primer mes, los niños se vuelven llorones y exigentes; en el segundo mes, el niño cambia los lloriqueos por gemidos, además de que puede producirse una pérdida de peso; en el tercer mes, niegan el contacto, se pasan la mayor parte del tiempo en la cama y se inicia el insomnio y la pérdida de peso. Después del tercer mes, el niño se caracteriza por la rigidez facial, los gemidos y el retraso motor. La sintomatología de niños separados de sus madres, se asemeja a los síntomas de la depresión. Spitz nos muestra cómo en casos en donde previamente había buenas relaciones entre la madre con el hijo, luego la depresión de los niños era mayor y más grave (65% de depresión grave, 27% de depresión leve y 7,5% ninguna depresión) que cuando las relaciones entre madre e hijo ya eran malas desde siempre (el 71% de los casos no tenían depresión y sólo un 29% tienen depresión leve).

Por otro lado, cuando la separación de la madre excede los cinco meses, aparece el hospitalismo. Es una privación total de afecto. En este período, los síntomas de la depresión anaclítica se acentúan y empeoran, apareciendo movimientos espasmódicos o atípicos. Además de estos, Spitz hace una lista de los síntomas propios de esta privación emocional en el niño. Algunos de ellos son: lloriqueo, actitud suplicante, pérdida del apetito y del peso, retraimiento, rigidez facial, movimientos atípicos, mortalidad, etc.

Finalmente, Eduardo Hernández (2000-2001) también coincide con los autores mencionados al señalar en su trabajo *La depresión infantil* que el apego entre la madre y el hijo es esencial, ya que los apegos inseguros generan depresión y problemas de conductas. El apego seguro es fundamental para prevenir la aparición de la depresión en los niños, y se consigue por una adecuada relación afectiva principalmente con la madre; en este sentido también será importante la buena relación con el padre y con los hermanos. Este autor afirma lo siguiente en relación a la prevención de la depresión infantil:

Los padres deben prestar especial atención a la construcción de una adecuada autoestima y autoeficacia en el niño, así como incentivar en ellos la capacidad de afrontamiento, y el manejo adecuado de la frustración, todo ello constituye la prevención primaria de la DI.

### **2.3. El divorcio y la depresión infantil**

El otro aspecto que vamos a ver de la relación entre el niño y la familia en relación con la depresión infantil es el divorcio. Un estudio encargado por el ministro de Trabajo británico Ian Duncan Smith (citado en Forumlibertas.com, 2012) acerca de la familia y la depresión, y llevado a cabo en el Reino Unido y Finlandia, demuestra que si uno quiere tener un futuro mejor y no caer en depresión lo mejor es tener una familia estable. La estabilidad matrimonial es un factor que determinará varios aspectos en el futuro de los hijos, y vivir en una familia reduce las posibilidades de caer en depresión. Tener un matrimonio estable, por tanto, supone tener hijos estables.

Este mismo estudio destaca que las parejas casadas se separan menos que las que sólo viven juntas, por lo que el matrimonio es algo bueno para los hijos. Además, una de cada tres parejas que viven juntas sin casarse se separa antes de que su hijo cumpla 5 años y por el contrario, entre las parejas casadas solo se separan una de cada diez. Los niños disfrutaban de mejores resultados en sus vidas cuando los padres les apoyan y protegen. Por el contrario, los hijos que han vivido un deterioro en la relación de sus padres son más propensos a tener un desarrollo peor.

La conclusión principal de este estudio es la de demostrar que la estabilidad matrimonial y familiar es fuente de estabilidad y salud psicológica para los miembros de la familia.

Coincide con este mismo planteamiento el estudio de Anna Garriga y Jorge Martínez, *Las secuelas del divorcio* (2009): un factor que repercute negativamente en la salud psíquica de los hijos es el divorcio de sus padres. Según estos autores,

tanto los que se divorcian como los que están al borde de dicho proceso reconocen un cierto fracaso. Una relación que se creía importante y fundamental para el bienestar de la propia vida se convierte en todo lo contrario, en malestar. La familia es el punto de partida para poder vivir, pero si queda afectada el daño que genera puede llegar a tener consecuencias negativas tanto a los padres como a los hijos. La unidad entre los padres parece actuar como cimiento de la estructura psíquica del hijo. Queda claro, por tanto, que el divorcio de los padres puede afectar psicológica y educativamente a los hijos, además de en otros aspectos.

El estudio de Garriga y Martínez demuestra que el divorcio tiene unos efectos muy negativos en la vida de los hijos. Por un lado, repercute negativamente en el bienestar de los hijos, también a nivel económico ya que disminuye el número de ingresos. Afecta también de modo esencial al bienestar psicológico del niño y en sus conductas. El divorcio tiene unos efectos negativos sobre el rendimiento escolar, porque los hijos de familias divorciadas presentan un nivel académico más bajo, unido también a la repetición de cursos o a la menor implicación y atención en las clases. Los valores de la familia también quedan afectados sobre todo porque el divorcio incide en la propia existencia familiar. Los hijos de padres separados tienden a cohabitar antes de casarse, no están satisfechos con el matrimonio por el inicio previo de relaciones sexuales, tienden a divorciarse más, a tener más problemas de conductas interpersonales. Es importante mencionar que el hecho de tener padres divorciados aumenta la posibilidad de divorcio en los hijos. Por último, también hay repercusiones negativas en los hijos por lo que se refiere a la relación que estos tienen con sus padres, ya que son muy estrechas y conflictivas.

Según Garriga y Martínez entre las consecuencias negativas del divorcio en los niños hay que indicar que el impacto de la separación no es transitorio, y que los niños pueden quedar afectados a lo largo de toda su vida; aunque es cierto que no todos los hijos quedarán igualmente afectados por el divorcio, pues habrá algunos más vulnerables que otros (Garriga y Martínez, 2009).

Además, el divorcio tiene unas repercusiones psicológicas y de conducta en los hijos. Entre los hijos de familias divorciadas y los hijos de las familias intactas hay diferencias, además de que el bienestar psicológico no es el mismo en unos y en los otros. Por ejemplo, varias investigaciones que se citan en Garriga y Martínez, muestran como los hijos de familias divorciadas tienen más problemas con el alcohol y las drogas y la policía que los niños de familias intactas. Por otro lado, son niños que también tienen alteraciones en el rendimiento escolar puesto que presentan mayor absentismo escolar, menor nivel educativo, menor atención en las tareas escolares, mayor probabilidad de repetir curso, peor comportamiento y malos

rendimientos académicos que aquellos niños que no han experimentado el divorcio de sus padres. Por tanto, el hecho del divorcio tiene efectos negativos en los hijos y es un hecho negativo en la educación de los niños (Garriga y Martínez, 2009).

Gemma Pons-Salvador y María Victoria del Barrio (1995) hicieron un estudio titulado *El efecto del divorcio sobre la ansiedad de los hijos*. Una ruptura familiar incluye, tanto la separación, como el divorcio entre los padres, y ambos se consideran acontecimientos claramente estresantes. Por otro lado, el período que sigue tras la separación, puede ser tan estresante como el primero, pues acontecen una serie de cambios de tipo económico, social, familiar o personal que afectan tanto al adulto como al niño. La ruptura familiar supone un período de desorganización y de cambios en la vida del niño. La unidad familiar de soporte y protección queda rota. Ante esto, no es de extrañar que los padres o los hijos presenten niveles altos de ansiedad durante este proceso de ruptura. Este estudio evalúa la ansiedad de los hijos. La muestra para el estudio la forman 188 sujetos de edades entre 8 y 14 años, de los cuales, 93 pertenecen a familias cuyos padres se han separado o divorciado y los 95 restantes, pertenecen a familias intactas. Por lo que respecta a los resultados obtenidos, lo que se identifica como factor que influye sobre los niveles de ansiedad en los hijos pertenecientes a familias rotas son dos cosas: la relación post-divorcio (la interacción que tengan los padres entre sí) y la frecuencia de visitas del padre no custodio. Cuanto peor se llevan los padres después de la separación, peor será la adaptación del niño y si el padre no custodio deja de ir a visitar a su hijo, esto también tendrá una influencia negativa sobre este.

Para terminar, proponemos un resumen muy interesante de las secuelas que pueden dejar el divorcio o la separación de unos padres en los niños, establecida por Paulino Castells en *Psicología de la familia* (2008). Según Castells, en primer lugar, el niño tiene una sensación de vulnerabilidad, ya que se rompe la seguridad y protección de sus padres y se siente inseguro, con miedos y angustias. En segundo lugar, surge un gran miedo por pensar que sus padres le van a abandonar, porque como se ha roto la relación de pareja, puede que también se rompa la relación entre padre e hijo. En tercer lugar, se sienten tristes y con una reacción depresiva que casi siempre está presente. En cuarto lugar, tienen fantasías de que sus padres volverán a estar juntos y de que todo volverá a ser como antes. En quinto y último lugar, el niño presenta grandes sentimientos de culpa pensando que su vida es una carga para sus padres. Ante esto, es fundamental que el niño sepa que, aunque haya desavenencias entre los padres, a él le siguen queriendo igual.

#### **2.4. El desamor entre los padres como causa de la depresión infantil**

Esta última afirmación de Castells (2008) nos lleva a plantearnos si el desamor entre los padres es causa verdadera de la depresión infantil. Como indica Del Barrio (2008), un pensamiento frecuente en los hijos de parejas conflictivas es que si sus padres no se quieren, ellos tampoco tienen por qué quererlo a él. Si los padres no se aman entre ellos, el hijo crece en una experiencia de desamor entendiendo que los padres tampoco le aman a él.

Hemos podido constatar en diversos estudios que la familia es un factor muy relacionado con la depresión infantil, particularmente por lo que se refiere a la ausencia de vínculo afectivo con la madre y el divorcio de los padres. Esto nos ayuda a hacer la siguiente afirmación: el desamor entre los padres es una de las posibles causas de la depresión infantil. Y ahora vamos a estudiar esto, pero desde la perspectiva de la ordenación de la vida humana a la felicidad, siguiendo con lo apuntado al inicio de este estudio sobre la tristeza en la vida humana.

Vimos que la depresión es una forma patológica de tristeza. Y que la tristeza se caracteriza por la ausencia de un bien. Por otra parte, el hombre se ama por naturaleza a sí mismo porque es un bien (Martínez, 2005), y por eso apetece ser feliz. Por la misma razón, porque es un bien digno de ser amado, el hombre apetece ser amado por otros.

Cuando no se da este amor, que necesita todo hombre, entonces es natural que aparezca la tristeza. Francisco Canals (2012) describe al hombre de la sociedad contemporánea con estas palabras: "*el hombre a quien nadie miró*". Hoy en día más que nunca se ha perdido la comprensión de la persona como fin y bien y por sí mismo amado. La dignidad de una persona queda negada en el momento en que se le mira como objeto, con un sentido instrumental. Cualquier persona exige ser mirada como alguien y no como algo, pues es un ser racional que posee dignidad y eso es lo más perfecto de toda la naturaleza, es un gran bien. Quien no se siente amado, conocido, mirado... acaba en una profunda soledad, a pesar de las numerosas relaciones sociales que pueda tener. El hombre puede haberse sentido muchas veces de ese modo y considerarse como un "*hombre a quién nadie nunca miró*". Por eso en nuestra sociedad prima la soledad y la tristeza del hombre. Martínez (2012), citando a Canals, define así al hombre despersonalizado:

Podría escribirse hoy, decía Canals, la biografía novelesca de alguien reiteradamente fotografiado, radiografiado, sometido a análisis clínicos, y test psicológicos, y cuyos datos podrían estar archivados en abundantes ficheros y memorias electrónicas, la biografía de un hombre que, en su trágica soledad, perdido en lo público y sumergido en la

socialización impersonal de pretendidas 'relaciones humanas', podría ser caracterizado con el título de *el hombre a quien nadie miró*.

Pero si todo hombre desea ser amado, el niño aún más. Y desea ser amado por sus padres, por aquellos que le dan el ser, que son los padres. Y es que la generación del hijo se fundamenta en el amor de los padres. Esta es la razón por la que la familia es fundamental para la vida de los hombres. Más aún, es esencial (Martínez, 2010).

Luego, en el momento en que se rompe el amor de unos padres hacia sus hijos, hace que se pierda un bien esencial para el niño, que es el fundamento del propio origen: el amor de los padres. Esto causa una profunda tristeza en los niños. Esta tristeza aparece de forma natural en el niño por esta falta de amor, y es natural que un niño esté triste si no le quieren.

Pero el desamor de los padres también genera desconfianza, tanto respecto de otros como respecto de sí mismo. Un sentimiento que tienen los hijos cuando sus padres se separan es el intenso miedo a ser abandonados: "Si papá se ha ido, ¿Quién me asegura que ahora no se irá mamá? Si tú no quieres a papá, ¿cómo puedo estar seguro de lo que pasará más adelante? Quizás yo seré el próximo en no ser querido". En los casos de separaciones, el niño tiene miedo sobre todo a que el progenitor que se ha ido de casa deje de venir a verlo y que le abandone, pero también siente un intenso miedo a que deje de quererlo. Este tipo de comportamiento puede explicar que en el niño aparezcan conductas como miedos nocturnos, ansiedad por separación, crisis de pánico, fobia escolar, etc. (Castells, 2008).

Pues bien, esta tristeza e inseguridad del niño por causa del desamor de los padres puede llegar a convertirse en depresión. No necesariamente, pero el niño es frágil, dependiente y vulnerable, por lo que es fácil que en esas condiciones se llegue a la depresión infantil.





### **3. Tratamiento psicoterapéutico y prevención de la depresión infantil**

Una vez estudiadas las condiciones y causas de la depresión infantil, vamos a ver ahora el tratamiento psicoterapéutico y prevención de la misma. Los tratamientos se dirigen por lo general a los síntomas y a las condiciones o factores que han favorecido la aparición de la depresión; se intenta con eso hacer más normal la vida del niño, mejorando su estado de ánimo (Méndez, 2011) y devolviéndolo en la medida de lo posible a la salud psíquica.

Pero como dice Echavarría (2009, p. 577), hay que estar

En guardia contra la ineficacia de una psicoterapia meramente naturalista, que no tenga como núcleo central una 'fase metafísica o religiosa'. Se conseguiría así sólo una paz artificial y poco duradera, sin fundamentos sólidos, y no la verdadera paz que brota del orden virtuoso, que es el *ordo amoris*.

Por eso, después de ver las diferentes terapias propuestas por algunos autores, nos fijaremos en el cuarto capítulo en ese "orden del amor", como la terapia principal capaz de curar la tristeza más profunda del niño, aquella que nace del desamor de sus padres.

#### **3.1. Terapias de la depresión infantil**

Como explica Echavarría (2009), la psicoterapia necesita el conocimiento de cada individuo. Por eso el tratamiento de la depresión infantil ha de ser individualizado adaptándose a cada niño en particular. En el caso de un niño con depresión el tratamiento tendrá en cuenta la fase de desarrollo en la que el niño se encuentra, sus circunstancias personales y ambientales; y, a partir de ahí, se realizará una psicoterapia que tratará los factores biológicos, conductuales, cognitivos y la maduración social del niño.

Veremos en los autores que a continuación exponemos una propuesta muy importante para nuestro estudio: la de que en el tratamiento de la depresión infantil la participación activa de los padres es de importancia fundamental, tanto para el mejor conocimiento niño como en las intervenciones.

##### *3.1.1. Propuesta psicoterapéutica de Méndez*

La depresión, según Francisco Javier Méndez (2011), requiere un tratamiento complejo, puesto que es un trastorno bastante grave. Su objetivo es mejorar el estado de ánimo del niño. La terapia debe abarcar:

- primeramente, los aspectos afectivos y todo tipo de alteraciones psicofisiológicas (sueño, apetito, cansancio físico, tristeza, ira, ansiedad...)
- en segundo lugar, las alteraciones motoras y todo lo que hace referencia a la conducta del niño (pasividad, motivación, dificultades interpersonales...)
- y en tercer lugar, los problemas cognitivos (atención, memoria, razonamiento, ideas de suicidio...).

Por lo que respecta a la *terapia emocional*, Méndez hace hincapié en que el niño con depresión se suele quejar de que se siente triste o malhumorado durante todo el día. El objetivo principal es en este caso identificar las emociones y las situaciones desencadenantes y, por otro lado, evaluar la intensidad de la respuesta emocional del niño. El niño lleva a cabo una serie de actividades dentro de las sesiones terapéuticas que le ayudan a identificar sus emociones y trabajarlas con el terapeuta. Por ejemplo, la entrevista que haga el terapeuta es fundamental, porque el formular preguntas, ya sea de forma oral o por escrito, ayuda a reconocer las emociones. Las actividades en papel también son útiles (ejercicios en los que el niño haga una gradación de las emociones problemáticas, que aprenda a distinguir las emociones positivas de las negativas, o asociar las emociones con determinadas situaciones, o bien que aprenda a autoobservarse y que él mismo identifique y exprese sus sentimientos, etc.). A través del juego se pueden observar muchas cosas interesantes. Fuera de las sesiones terapéuticas el niño puede seguir haciendo ejercicios que le ayuden. Son las llamadas “tareas para casa”, que consisten en una serie de actividades que se llevan a cabo en su casa, en la escuela o en la calle, y consisten en que el niño, a través de la autoobservación, pueda identificar sus sentimientos en situaciones de la vida cotidiana. Por último, la relajación muscular es un elemento fundamental en el tratamiento, sobre todo cuando hay niveles elevados de ansiedad, estrés, ira, cansancio físico o problemas para conciliar el sueño.

Una vez identificadas las emociones y evaluada su intensidad, el siguiente paso que señala Méndez es que el niño comprenda la relación de su comportamiento con las emociones que presenta, con el fin de reemplazar conductas generadoras de tristeza por otras como el juego o las relaciones sociales, lo que conlleva una mejora del estado de ánimo. *La terapia conductual* se centra en el comportamiento del niño, con el objetivo de aumentar y mejorar la actividad del niño, ampliando las actividades agradables y mejorando también sus relaciones interpersonales (habilidades sociales). Primero, hay que seleccionar las actividades agradables, a través de entrevistas entre el terapeuta y el niño, de la observación, de los autorregistros (anotar cada una de las actividades que uno haga), etc. En un niño hay que buscar variedad de actividades agradables: lúdicas, como jugar, ver la tele u

oír música; físicas, como ir en bicicleta o patinar; sociales, como salir con los amigos; o actividades que mejoren su autoestima, como, por ejemplo, ayudar a un amigo o planificarse el estudio. En general se recomienda que el niño haga actividades en grupo y no tanto en solitario, lo que le lleva a mejorar su aislamiento y la falta de amistades. En estos casos es fundamental la ayuda de padres y profesores, sobre todo porque controlan el tiempo del niño y si lleva a cabo actividades placenteras.

Según Méndez, el procedimiento terapéutico en *la terapia cognitiva* consiste en la modificación de los pensamientos automáticos, errores lógicos y esquemas cognitivos negativos, además de emplear el tratamiento farmacológico pertinente (antidepresivos). El modelo cognitivo de la depresión incluye tres partes: una situación estresante (A), los pensamientos que tiene el niño en situaciones de estrés (B) y las emociones y comportamientos del niño después de ocurrir ese factor estresor (C). Este es el modelo ABC cognitivo. Es importante explicarle al niño la importancia del pensamiento y hacerle ver aquellos pensamientos que conducen a la depresión y son negativos. Una situación determinada conduce a unos pensamientos concretos, y, posteriormente, el niño expresa unas emociones y sentimientos. Según sea la situación, el niño tendrá unos pensamientos positivos o negativos. A raíz de esto, cuando surgen emociones negativas, es porque el niño ha creado pensamientos negativos (pensamientos automáticos, errores lógicos y esquemas distorsionados) y esto desencadena una visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro. El procedimiento que se lleva a cabo en la terapia cognitiva es -siempre siguiendo a Méndez-, el siguiente:

- Detectar los pensamientos automáticos, los errores lógicos y los esquemas cognitivos.
- Dudar de su veracidad y rotundidad.
- Transformarlos en pensamientos alternativos saludables y productivos.

Los autorregistros también son materiales que ayudan mucho a la terapia cognitiva, porque uno anota el contenido de sus pensamientos, cuando han surgido y la situación que los ha desencadenado. Esta es una buena manera de detectar los pensamientos.

Méndez da mucha importancia, además de las terapias para la depresión, a los programas formativos que se dirigen a mejorar el entorno del niño. Es fundamental reparar las condiciones de vida infantil de manera que se contribuya a aumentar la satisfacción del niño y que no sufra. A nivel familiar, por ejemplo, se promueve relaciones de pareja gratificantes y ambientes familiares cálidos y coherentes como

medidas preventivas ante la depresión infantil. También se busca que el niño aumente sus competencias y su fortaleza frente a la depresión. El objetivo, por tanto, es el de buscar todo tipo de estrategias emocionales, conductuales y cognitivas que permitan al niño disfrutar de situaciones favorables y afrontar situaciones estresantes, además de potenciar el desarrollo de habilidades sociales, académicas, deportivas, musicales... que hagan al niño ser más feliz y gozar de la vida. Además, concluye con una serie de consejos para los padres ya que su colaboración es fundamental para prevenir la depresión infantil. Estas sugerencias son:

- Dar buen ejemplo (sonreír, buen humor, disfrutar del tiempo libre, etc.).
- Ayudar al hijo a divertirse y estar bien.
- Eliminar sufrimientos innecesarios, cuidándolo en su salud.
- Fomentar un buen clima familiar (manifestando cariño, evitar disputas conyugales en presencia del niño, fomentar la comunicación familiar...).
- Educarlo con afecto y coherencia.
- Potenciar las cualidades, aficiones y *hobbys* que tenga el niño (deportes, cine, teatro, música...).
- Entrenar al niño ante situaciones que generen frustración.
- Hacer responsable al niño, no culpable (valorar su esfuerzo, no sus resultados).
- Evitar hacer etiquetas como "eres un mal hijo".
- Fortalecer la autonomía del niño, enseñándole destrezas básicas y ayudarle a resolver sus problemas.

### 3.1.2. *Propuesta psicoterapéutica de Cárdenas*

Salvador Cárdenas (2007) señala una serie de puntos clave en el tratamiento de la depresión infantil:

- No ignorar los síntomas que estén reflejando un cuadro depresivo.
- Hay que buscar el motivo o la causas de la aparición de estos síntomas. Ante esto es importante que los padres pasen más tiempo con sus hijos y les dediquen momentos especiales (jugar con ellos, leerles cuentos, pintar, hacer actividades propias de la infancia...) para así crear un ambiente más cercano y de confianza e intentar disminuir así ese estado depresivo del niño.
- Saber qué le está pasando al niño dentro del contexto emocional y sentimental porque, por ejemplo, puede ser que tenga algún problema en la escuela o con sus compañeros y se sienta triste. Los padres en este caso han de mostrar más interés ya que su hijo probablemente necesite más atención por parte de estos.

- Constituir o mantener rutinas y disciplinas en casa, teniendo hábitos que funcionen correctamente, de manera que le aporten estabilidad y orden al niño (horarios en la comida o en el sueño, arreglar la habitación...)
- Ver si el niño está estresado o tenso. Hay niños que hacen muchas actividades, lo que puede llevarle al cansancio, al estrés y a la saturación.
- Tranquilizar al niño cuando está estresado y animarlo cuando está triste dándole muestras de cariño, consolándolo, abrazándolo, etc.
- Cuando hay síntomas de depresión hay que buscar tratamiento médico y asesoramiento.

### 3.1.3. Propuesta psicoterapéutica de Banús

Por su parte, Sergi Banús (2013) hace referencia a un *tratamiento cognitivo-conductual* para tratar síntomas depresivos en la infancia. Este tipo de tratamiento se centra en el análisis de emociones, la relajación de éstas con la conducta y el cambio de conceptos cognitivos negativos.

La intervención conductual también es importante ya que busca mejorar las habilidades sociales, la ayuda en la resolución de problemas o la relajación. Las ventajas de este tipo de intervención conductual no son muy largas y por eso se les dan a los niños tareas para casa. Por último, una parte fundamental en el tratamiento es la implicación por parte de la familia y mejorar factores afectivos, calidad de comunicación, interacciones, etc.

### 3.1.4. Propuesta psicoterapéutica de Puig

Para Amparo Puig (2010) el tratamiento de la depresión infantil se basa en lo siguiente: por un lado, aumentar las actividades agradables, ya que los niños con depresión presentan una elevada anhedonia y no disfrutan con nada. Por otro lado, hay que hacer que el niño reconozca sus emociones, mejore sus habilidades sociales (comunicación, contacto ocular, conductas...), aumente su autoestima y disminuya todo tipo de sentimientos de culpabilidad, porque muchos niños con depresión se sienten culpables de todo lo que pasa a su alrededor. En el tratamiento, también es bueno llevar a cabo técnicas de relajación, ya que muchos niños presentan una elevada ansiedad. Y, por último, se ha de fomentar la asertividad, de manera que el niño sea capaz de expresar sus emociones, sobre todo en el entorno familiar (saber decir cómo se siente, preguntar cosas que no entiende, explicar sus problemas...).

### 3.1.5. Propuesta psicoterapéutica de Rodríguez y Ortiz

Para Jimena Rodríguez y Mario Ortiz (2008) la evaluación de la depresión infantil se realiza, en primer lugar, con una entrevista a los padres. En ésta los padres

proporcionan una serie de datos sobre el niño (historia clínica, antecedentes familiares, sintomatología actual...). Posteriormente se hacen las pruebas psicológicas convenientes.

De acuerdo con los resultados y con el problema del niño, se hace un tratamiento u otro, orientando siempre a los padres en el modo de actuación y en todo lo que le ocurre a su hijo. El tratamiento suele ser más bien individualizado y se adapta a la fase de desarrollo en la que se encuentra el niño, teniendo en cuenta siempre aspectos de tipo cognitivo, la maduración social y la capacidad de mantener la atención del niño. Es fundamental la participación de los padres y también del entorno más cercano al niño (social y escolar). El tratamiento se puede llevar a cabo desde diferentes perspectivas:

- *la terapia cognitiva*, con el objetivo de modificar distorsiones cognitivas, mejorar las habilidades sociales y el autocontrol y elaborar técnicas para resolver problemas.
- *la terapia psicodinámica*, enfocada a identificar sentimientos inapropiados, aumentar la autoestima, cambiar patrones desapaptativos de conducta y a que el niño aprenda a interactuar con los demás y a superar conflictos.
- *la terapia familiar*, empleando sobre todo terapias de grupo, en donde los miembros de la familia puedan mejorar sus relaciones.
- *tratamiento farmacológico*: se utilizan fundamentalmente antidepresivos tricíclicos (imipramina, amitriptilina, e Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS).
- *Tratamiento combinado*: combinan las terapias farmacológicas con la psicoterapia (individual, familiar o grupal) que convenga, y programas de tipo conductuales y psicopedagógicos.

### 3.1.6. Propuesta psicoterapéutica de Hernández

Siguiendo a Eduardo Hernández (2000-2001) se distinguen dos fases en el tratamiento de la depresión infantil:

#### a. Fase aguda

Dentro la fase aguda las terapias psicológicas más utilizadas son la cognitivo-conductual (que consiste en modificar la visión distorsionada que tiene el niño acerca de sí mismo, del mundo y del futuro y en la modificación conductual), la psicodinámica, la interpersonal, la familiar, y la terapia grupal y de apoyo. A nivel farmacológico, se emplean antidepresivos tricíclicos, Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS). Para Hernández lo más eficaz es un tratamiento combinado.

#### *b. Fase de mantenimiento*

Una vez superada la fase aguda viene la fase de mantenimiento. Ésta dependerá del estado en el que se encuentre el niño, de su funcionamiento intelectual, del sistema de apoyo que recibe, de la presencia o no de factores estresantes y de la respuesta al tratamiento.

Por otra parte, Hernández se refiere a la prevención, y ahí es en donde los padres tienen mucha importancia. Son los padres los que ayudan a que el niño tenga una adecuada autoestima y autoeficacia, y pueden incentivar la capacidad de afrontamiento de las dificultades y de la frustración.

#### *3.1.7. Propuesta psicoterapéutica de Polaino-Lorente*

Por último, Aquilino Polaino-Lorente (1988), cuando habla del tratamiento de la depresión infantil, hace referencia fundamentalmente al tratamiento farmacológico. Lo que más se utilizan son los fármacos antidepresivos tricíclicos, concretamente, la imipramina, la amitriptilina y la desipramina.

Además, Polaino-Lorente habla de una serie de programas y estrategias preventivas para la depresión en el niño. Estos programas preventivos se centran, por un lado, en el ambiente que rodea al individuo, tanto familiar, escolar y social, actuando sobre los factores de riesgo que en ellos puedan existir, y en el propio individuo, variando su comportamiento y aumentando su resistencia ante estímulos externos. Polaino-Lorente divide la prevención en tres grupos:

- *prevención primaria*: es aquella que busca eliminar las causas de la enfermedad antes de que ésta aparezca. Por ejemplo, tratar a una madre que tiene depresión puede ser una medida preventiva ante los hijos.
- *prevención secundaria*: se centra en la detección de la enfermedad haciendo un buen diagnóstico para así iniciar el tratamiento lo antes posible.
- *prevención terciaria*: es el tratamiento que se emplea en la fase aguda de la enfermedad y en la rehabilitación del niño. Este tipo de prevención, si se hace bien puede prevenir muchas recaídas en adolescentes o adultos.

### **3.2. Eficacia de los tratamientos de la depresión infantil**

A lo largo del apartado anterior hemos visto varias formas de tratar la depresión infantil. Ahora quisiéramos preguntarnos sobre la eficacia de estos tratamientos e intentar descubrir cuál es el mejor remedio para la recuperación de un niño con depresión.

Puerta y Padilla (2011) exponen la efectividad del tratamiento cognitivo-conductual y la proponen como una buena forma de terapia. Lo que busca este tratamiento es fundamentalmente disminuir los pensamientos disfuncionales, aumentar las habilidades de autocontrol, optimizar la capacidad de resolución de problemas y mejorar los refuerzos positivos y las habilidades sociales e interpersonales. Puerta y Padilla recogen los siguientes estudios que muestran la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual: Hollon, Shelton y Davis realizaron en 1993 un estudio acerca de la aplicación de la terapia cognitivo-conductual en la depresión. Los resultados obtenidos de esta terapia fueron superiores a los tratamientos de fármacos antidepresivos tricíclicos. Otro estudio realizado en 1994 por Jarret y Rush demuestran que los resultados en la terapia cognitivo-conductual y en la terapia interpersonal son superiores a otros. De nuevo, otro estudio realizado en 1995 por Antonuccio, Danton y Denelsky demuestra la efectividad del tratamiento cognitivo-conductual con unos resultados superiores a la farmacoterapia. Asimismo, según Feldman la terapia cognitivo-conductual tradicional se ha ampliado con nuevas técnicas que han aumentado su eficacia. Puerta y Padilla ponen de manifiesto en este estudio las herramientas que se emplean en este tipo de tratamiento, pero reconocen también la aparición de nuevas técnicas que se incorporan en este modelo y son positivas para la recuperación del paciente y la prevención de recaídas. El tratamiento cognitivo-conductual proporciona a la persona herramientas para empezar a ver su vida desde otro punto de vista. De todos modos, Puerta y Padilla, aun sabiendo que las técnicas de este tratamiento parecen útiles y que se ha demostrado su eficacia y por tanto, puede promoverse como terapia, reconocen que se requieren más estudios que verifiquen la desaparición de los síntomas depresivos a lo largo del tiempo.

Méndez, Moreno, Sánchez, Olivares y Espada (2000) llevaron a cabo una revisión cuantitativa a través de varios estudios con el objetivo de ver la eficacia del tratamiento psicológico en la depresión infantil y adolescente. En varios de estos estudios, se muestra la eficacia del tratamiento conductual. Citan los siguientes: Frame y Vera demuestran esa eficacia sobre todo en la mejora de todo aquello que tiene que ver con las áreas sociales (contacto ocular, habla fluido, expresiones de afecto, habilidades sociales, aumento de actividades agradables...) y todo esto, junto con medicación antidepresiva, reduce el número y la gravedad de síntomas depresivos y la ansiedad en un niño. Petti, Bornstein, Delamatter y Connors también muestran la eficacia del tratamiento de conducta para la mejora de las habilidades sociales. En otro estudio de Petti se aplicó la hospitalización junto con imipramina, la terapia ambiental, psicoterapia, terapias psicoeducativas, entrenamiento en habilidades sociales, terapia conductual y la instrucción a los padres, en un paciente de siete años con una depresión moderada. El niño experimentó mejoras en casa y



en la escuela, por lo que una vez más este tipo de tratamiento de tipo emocional y conductual funcionó bien. La terapia combinada de modificación de la conducta y la medicación demuestra su eficacia no sólo para disminuir síntomas de depresión, sino para garantizar una mejora a largo plazo. Esta teoría la demuestran Asarnow y Carlson aplicando un tratamiento farmacológico y cognitivo-conductual a una niña de diez años diagnosticada de depresión con síntomas psicóticos. El efecto conseguido tuvo un seguimiento de cinco años. Otro de los autores citados es Rosselló, que trató con terapia cognitivo-conductual e interpersonal a adolescentes con depresión y observó una mejora de la sintomatología depresiva y del autoconcepto de uno mismo. Estos autores (Méndez, Moreno, Sánchez, Olivares y Espada, 2000) demuestran que el tratamiento psicológico aplicado en niños o adolescentes con depresión es eficaz, mostrando como más recomendables las terapias cognitivo-conductual, la interpersonal y la sistémica.

La mayoría de profesionales consideran que la depresión infantil es algo complejo y requiere soluciones complejas: mejoras conductuales (habilidades sociales, aumento de actividades agradables, comunicación, resolución de problemas, etc), mejoras a nivel cognitivo y del pensamiento y obtención de estrategias de autocontrol (autoobservación, autoevaluación, etc) pueden ser algunos de esos requisitos en el tratamiento.

### **3.3. Importancia de los padres en la salud psíquica del niño**

La mayor parte de los terapeutas consideran la participación de los padres como elemento esencial en el tratamiento de la depresión infantil. Según unos estudios de Dora Tomar (2010<sup>1</sup> y 2010<sup>2</sup>), el matrimonio y la familia aportan a los hijos la seguridad, la protección y el alimento emocional que ellos necesitan para su crecimiento y felicidad. Varios estudios y estadísticas (Institute For American Values, citado en Tobar, 2010<sup>1</sup>) lo confirman:

- El matrimonio reduce el riesgo de pobreza en los hijos y sus comunidades.
- El matrimonio protege la salud física y mental de los hijos, disminuyendo el riesgo de depresión y suicidio en la adolescencia.

Pero, por el contrario:

- Hogares sin padre aumentan el nivel de criminalidad.
- Los hijos de parejas que cohabitan tienen un riesgo más alto de sufrir violencia doméstica, abusos físicos o sexuales y el abandono.
- Los hijos de padres que cohabitan tienen mayor riesgo a sufrir la separación de sus padres.

- Los padres que no se casan o que se divorcian ponen en riesgo la educación de sus hijos, además de que el rendimiento de éstos es mucho menor que el de los hijos de hogares estables.
- Los casos de embarazos en la adolescencia son mucho más frecuentes entre hijos de madres solteras o separadas.
- La ausencia de la figura paterna crea vacíos emocionales muy grandes en los hijos.
- Cuando los matrimonios fallan, la relación que tengan con los hijos también se debilita, por ejemplo, el divorcio (Tobar, 2010<sup>1</sup>).

Para los hijos es significativo, además de que sus padres se casen, que vivan un buen matrimonio porque la relación que se dé entre ambos será un modelo para ellos. Asimismo, es esencial que la familia sea una escuela de amor, en donde los hijos puedan crecer a nivel moral y espiritual (Tobar, 2010<sup>1</sup>).

Respecto a la salud física en el matrimonio, parece que las estadísticas muestran que los casados son más felices que los divorciados o los no casados. Por otro lado, parece ser también que las parejas casadas viven por más largo tiempo que las no casadas. El alcoholismo y el abuso de drogas es menor entre los casados, además de que el contagio de enfermedades de transmisión sexual es claramente menor entre los casados (Tobar, 2010<sup>2</sup>).

Del mismo modo, por lo que se refiere a la salud mental en el matrimonio, parece demostrarse que los casados son más felices que los no casados o separados. La mujer casada también sale beneficiada a nivel psicológico ya que disminuye el riesgo de padecer depresión y disminuye también el riesgo de suicidio. Por el contrario, parece ser que en personas divorciadas el riesgo de suicidio es mucho mayor que en casados (Tobar, 2010<sup>2</sup>). En este sentido parece que es evidente que si el matrimonio es fuente de salud física y psíquica para los cónyuges, lo será también para los hijos.

## 4. El orden del amor y la alegría en la vida familiar

Como indicábamos al inicio del capítulo 3, los tratamientos que se dirigen a los síntomas y a las condiciones o factores que han favorecido la aparición de la depresión son muy convenientes para curarla como patología, pero además en los niños hay una tristeza más profunda, que es la que nace del desamor de sus padres. Ésta puede ir acompañada o no de la depresión. La terapia más importante es entonces la que cura esa tristeza, y así la psicoterapia pasa a ser una “cura de almas” (Echavarría, 2009).

En este sentido, Echavarría propone centrar la psicoterapia en las virtudes humanas, que son la causa de una vida sana del alma. Vamos a estudiar por tanto en este último capítulo la terapia que genera virtudes en el niño y proporciona “la verdadera paz que brota del orden virtuoso, que es el *ordo amoris*” (Echavarría, 2009, p. 577).

Podemos preguntarnos entonces, ¿qué virtudes necesita el niño para luchar contra la tristeza, y de esta manera prevenir y combatir la depresión? Vamos a ver dos, sobre todo. Una sirve para evitar o para soportar la tristeza, y es la fortaleza. La otra sirve para provocar la alegría, que elimina la tristeza, y es el amor.

Y también podemos preguntarnos quién es el que puede generar estas virtudes en los niños. Acabamos de ver la importancia que tienen los padres en la salud psíquica de los niños, pues hay que decir que son los padres los que mejor pueden generar las virtudes en sus hijos. Y lo harán mediante su amor. Así si por el amor engendramos los hijos, por el amor engendran en ellos las virtudes (Martínez, 2010).

### 4.1. Una defensa frente a la tristeza: la fortaleza o resiliencia

Muchos autores actuales se refieren a la virtud de la fortaleza, aunque mediante el término “resiliencia”. El término procede del latín *resalio* y significa “brincar, saltar o resurgir”. Manciaux (2005) define resiliencia como una capacidad de resistir que tiene la persona después de sufrir algún choque o presión externa. Por lo tanto, la resiliencia implica que la persona vuelva a su estado original tras sufrir el impacto o trauma. Otros autores han definido la resiliencia de la siguiente forma: Cyrulnik (2008, p.23) la entiende como la “propiedad de la materia que se opone a la rotura por el choque o percusión”; Bowlby (citado en Manciaux, 2005, p.20) la define como “resorte moral, cualidad de una persona que no se desanima, que no se deja abatir”; según Kreisler (citado en Manciaux, 2005, p.25) la resiliencia es “la capacidad para superar circunstancias de especial dificultad, gracias a cualidades mentales, de conducta y adaptación”; y Suárez (1996, p.54) habla de ella como “la combinación de factores que permiten a un ser humano, afrontar y superar los problemas y

adversidades de la vida”. Finalmente, podemos nombrar a Rutter (citado en Manciaux, 2005, p.24) que define la resiliencia de este modo: “Es un fenómeno que manifiestan sujetos jóvenes que evolucionan favorablemente, aunque hayan experimentado una forma de estrés que en la población general se estima que implica un grave riesgo de consecuencias desfavorables”.

Todas estas definiciones apuntan a la capacidad del ser humano para superar situaciones de estrés, o de riesgo, o algunas situaciones traumáticas y evolucionar de forma favorable a lo largo de su vida evitando caer en la depresión. La resiliencia es, así, una fortaleza de ánimo, una virtud del alma. Esta fortaleza permite resistir las dificultades que pueden hacer caer a uno en la tristeza, y ésta en la depresión. O también, cuando uno sufre una tristeza inevitable –muerte de un ser querido, por ejemplo-, resistir la fuerza de esa misma tristeza. La resiliencia es una resistencia, en este caso, a la tristeza.

La resiliencia surge cuando hay recursos suficientes para superar una situación traumática. La persona es capaz de luchar contra las adversidades que surgen y sobreponerse (Guzmán, 2010). Para la resiliencia son necesarios unos factores de protección. Por ejemplo, el apoyo social que reciba una persona tras haber sufrido alguna experiencia traumática grave es un amortiguador importante ante este suceso traumático (Andrews y Valentine, 2009). Varios autores coinciden en que la familia y las relaciones sociales y de amistad son factores que actúan como protección ante una situación traumática o de riesgo en el niño. Vanistendael (1999) afirma que el niño debe sentirse aceptado y amado en su familia, la cual ha de ser una guía de educación y aprendizaje de resiliencia durante la infancia. Cuando se establecen buenas relaciones afectivas en el seno de la familia, el niño se siente aceptado, y es entonces cuando se establece una base de confianza y seguridad en la que se fortalece la resiliencia. Esta aceptación en el niño surge de forma natural en la familia y en las amistades, y en relaciones naturales que son importantes. Frankl (2004), también coincide en que las redes sociales, la amistad y la familia, establecen un vínculo de afecto importante y dan un sentido a la existencia humana:

Un hombre consciente de su responsabilidad ante otro ser humano que lo aguarda con todo su corazón, o ante una obra inconclusa, jamás podrá tirar su vida por la borda. Conoce el por qué de su existencia y será capaz de soportar casi cualquier cómo.

Estos autores nos ayudan a entender la importancia de los padres en la fortaleza del niño. El amor de los padres genera en los hijos confianza, y ésta es la mejor manera de crecer en fortaleza y seguridad ante aquello que puede provocar tristeza.

#### **4.2. El amor de los padres como causa del gozo**

Pero no basta la resiliencia para combatir la depresión infantil. Hay que promover el gozo que se opone a la tristeza. ¿Y cuál es la virtud que causa este gozo? Por todo lo que hemos visto pensamos que lo podemos afirmar sin dudar: el amor de los padres.

Según Jorge Enrique Mújica (2008), el niño tiene derecho a un padre y a una madre que estando unidos le transmitan las nociones de bien y del mal en la armonía de un hogar. La figura de la madre concede al hijo la sensibilidad propia femenina, la afectividad, la apertura al otro, la generosidad y el interés por el otro. En cambio, la figura del padre concede al hijo características propias del varón, como son la autonomía, la independencia, la fortaleza y la madurez temperamental. La familia natural es aquella constituida por un hombre y una mujer unidos en matrimonio indisoluble y es en ella, donde se dan las condiciones ideales en las que el niño puede progresar. La aprobación de los “matrimonios homosexuales”, el divorcio, la unión libre o incluso el aborto rompen con este concepto de “familia natural”. Mújica se plantea lo siguiente: “Si tuviésemos la oportunidad de elegir a nuestros padres, ¿quién desearía unos padres divorciados, dos “papás” o dos mamás”, o no saber quién es nuestro padre?” (Mújica, 2008). La respuesta que da el autor a esta pregunta es que si uno realmente desea el bien de los hijos y su bienestar, debe cuidar y defender la familia. La familia es donde se aprenden valores como la responsabilidad, la fidelidad y la perseverancia, lo que hace que se rompan menos familias. La mayor fuente de bienestar en la familia es la complementariedad de los padres con sus hijos y la unión que se establece entre todos.

Siguiendo a Mercedes Palet (2000), la familia es el lugar original de la educación en la que el ser humano realiza una experiencia de amor plena. El niño nace en una familia y lo que le corresponde por naturaleza el ser hijo de un padre y de una madre y por tanto, el ser miembro de una familia. Lo natural en el hombre es ser un ser familiar y es dentro de la familia en donde en el niño crece psíquicamente sano. Los padres son la causa ejemplar del comportamiento de los hijos. En una familia los padres son el modelo de actuación para los hijos en los que ellos fijan toda su atención y observación. Es entonces cuando un padre y una madre se convierten en ejemplo a imitar. La actuación que llevan a cabo con su hijo es una forma de ideal para un niño. Además, a los ojos de un niño, los padres son aquello a lo que él quiere llegar a ser. El comportamiento que lleve a cabo un niño se fundamenta en el amor y el obrar paterno y materno.

Palet destaca la importancia de la familia porque es en ella donde debe iniciarse la educación moral de los hijos y es donde el niño empieza, ya desde su infancia, su

camino perfectivo hacia la felicidad. El ejemplo de los padres es el elemento esencial en ese proceso educativo de crecimiento personal de los hijos.

Santa Cruz Bolívar (2007) nos expone que cuando en una familia se dan las condiciones necesarias para un buen funcionamiento, los miembros de la familia crecen de forma saludable y se sienten bien. De ahí que una buena salud mental familiar conlleva una buena funcionalidad dentro de esta. Una familia sana es una familia en la que se dan unos buenos lazos y relaciones entre sus miembros, responsabilidad, disciplina, comunicación, etc. Además, se busca también el respeto del otro, está presente también la figura de unos padres que guían al hijo en su crecimiento y desarrollo personal, uno se siente querido por los demás y puede dar amor al resto, se establecen vínculos, creencias, valores o metas personales, etc.

Asimismo, García (2005) dice que la alegría no solo se consigue a través de una serie de experiencias positivas, sino que también es un valor que se construye dentro de una familia. Para esta autora, vivir la alegría es aceptarse a uno tal y como es, disfrutar de las cosas, tener esperanza y una actitud positiva ante la vida, ver lo bueno de los demás y transmitir amor. Entonces, el fomentar la esa gran virtud en la familia es a través del amor. Además, la familia es una comunidad de amor en la que se ama al otro tan y como es. Como bien dice García (2005): *Quien no ama, no sonrío*. Por otro lado, la felicidad implica generosidad y donación y es en la familia donde la se ve esto a través de pequeños detalles de cariño, de donación y atención al resto. Una vida sencilla u ordenada es también una fuente de alegría para sus miembros. Es en ella donde uno aprende a vivir así de forma sencilla apreciando y disfrutando de las cosas simples. A través de los acontecimientos cotidianos que se van dando en la familia y con el ejemplo de los padres uno va aprendiendo lo que es el amor, además de adquirir otras virtudes. García (2005) continúa diciendo que la alegría es el resultado de:

Unos padres que buscan la felicidad en la unidad y en el amor, como razón de su matrimonio, que aman a sus hijos sin sentir la necesidad de ausentarse de casa, cuyo propósito es buscar la felicidad del cónyuge y de los hijos más que la propia.

En un hogar donde haya amor, habrá salud psíquica. Una familia unida es una familia feliz. La alegría y los valores se aprenden en una familia y se transmiten de forma natural y con amor, además de con el ejemplo (García, 2005).

Es lógico que un niño que se sepa querido se sienta alegre. Del mismo modo que vimos que cuando no se da este amor es natural que se sienta triste. Si en nuestra

sociedad está muy presente “el hombre a quien nadie miró” (Canals, 2012), frente a esto hay que poder hablar, sobre todo en la familia, “del niño a quien su padre miró”.

Finalmente, este amor de los padres entre sí, de los padres a los hijos, y de los hijos a los padres, va formando un ambiente en la vida familiar de cada día, que hace connatural la alegría en el niño. Ésa es la mejor manera de luchar contra la tristeza, y de prevenir la depresión infantil.

## Conclusiones

Después de las reflexiones que hemos ido realizando a lo largo de nuestro trabajo podemos extraer las siguientes conclusiones:

En primer lugar, vemos que la depresión existe, y que no es un fenómeno que se dé solo en adultos, sino que cada vez más lo estamos viendo en niños y adolescentes.

En segundo lugar, de los numerosos síntomas que se dan en los niños que tienen esta enfermedad, ya sean de tipo conductual, afectivo o cognitivo, destacamos la tristeza como síntoma principal en la depresión. Aunque la tristeza es más que la depresión patológica, y no necesariamente es una enfermedad.

En tercer lugar, los estudios empíricos identifican numerosas condiciones y factores relacionados con la aparición de esta enfermedad -genético, biológicos, físicos, sociales, etc.-. Pero destacan entre todos ellos los de tipo familiar, sobre todo cuando se da una problemática conflictiva y una desestructuración familiar grave.

En cuarto lugar, y partiendo de la conclusión anterior, la causa de la tristeza más profunda que puede tener el niño es nada más y nada menos que el desamor de sus padres. El niño acaba triste al no sentirse querido por sus padres, o al ver que se ha roto el amor que dio sentido a su vida.

En quinto lugar, se constata la eficacia de los tratamientos actuales contra la depresión infantil, sobre todo cuando son combinados y se destaca la importancia que tiene la intervención de los padres, principalmente en la prevención de la depresión.

Y en sexto lugar, el amor de los padres es causa de la alegría del niño, y el mejor remedio para combatir la tristeza. El amor de los padres genera seguridad y confianza, fortaleciendo la virtud del niño; y, sobre todo, le proporciona el gozo de sentirse querido. En consecuencia, podemos concluir que la unión entre un hombre y una mujer en el matrimonio indisoluble, y la formación de una familia estable fundada en el amor de los padres, es para el hijo un camino hacia la felicidad y, por tanto, tiene unas consecuencias muy positivas para su salud psíquica.



## Bibliografía

- ADRIANZÉN, C. (1998). *Depresión en niños y adolescentes*,  
<http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/1998-99/setoct98/280-293.html>
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (4th ed., texto revisado). Barcelona: Masson, S. A.
- APARICIO, T. (2005). Como conservar el matrimonio,  
[http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID\\_CATEGORIA=103843&IDCATEGORIA\\_ENLACE=69#0](http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID_CATEGORIA=103843&IDCATEGORIA_ENLACE=69#0)
- BANÚS LLORT, S. (2013). *La depresión en niños*,  
<http://www.psicodiagnosis.es/areaclinica/trastornosemocionales/ladepresionenniosyadolescentes/index.php#04f9119aee1013a4d>
- BELLOCH, A., SANDIN, B., RAMOS, F. (2009). *Manual de psicopatología vol. 2*. Madrid: MCGRAW-HILL
- CANALS, F. (2012). Teoría y praxis en la dignidad del ser personal. En: MARTÍNEZ, E. (ed.), (2012). *¿Una sociedad despersonalizada? Propuestas educativas*, Barcelona: Editorial Balmes.
- CÁRDENAS, S. (2007). *La depresión infantil*, <http://www.esperanzaparalafamilia.com/>
- CASTELLS, P. (2008). *Psicología de la familia*, Barcelona: CEAC editorial
- CYRULNIK, BORIS (2008). *Los patitos feos, la resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*, Barcelona: Gedisa editorial.
- CYRULNIK, BORIS (2003). *El murmullo de los fantasmas, volver a la vida después de un trauma*, Barcelona: Gedisa editorial.
- DEL BARRIO, V. (2008). *Tratando depresión infantil*. Madrid: Ediciones Pirámide
- DEL BARRIO, V., DOMENECH, A. (1993). Ruptura matrimonial y salud mental: Variables psicosociales asociadas en el caso de la mujer. *Revista de Psicología Social*, Vol. 8, pp. 33-46
- DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (2001). Madrid: ESPASA LIBROS, S.L.U
- ECHAVARRÍA, M. (2009). *La praxis de la psicología y sus niveles epistemológicos según santo Tomás de Aquino*. República Argentina: Editorial UCALP.
- ECHEVERRÍA, M. (2004). La acedia y el bien del hombre en Santo Tomás. *E-Aquinas 2*, pp. 13-34
- FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, D. (2011). *La familia, esperanza de la humanidad*,  
[http://www.forumlibertas.com/frontend/forumlibertas/noticia.php?id\\_noticia=18900](http://www.forumlibertas.com/frontend/forumlibertas/noticia.php?id_noticia=18900)

FORUMLIBERTAS.COM (2012). *Si quieres tener un futuro mejor y no caer en depresión, lo mejor es una familia estable*,

[http://www.forumlibertas.com/frontend/forumlibertas/noticia.php?id\\_noticia=22650](http://www.forumlibertas.com/frontend/forumlibertas/noticia.php?id_noticia=22650)

FRANKL, VIKTOR (2004). *El hombre en busca de sentido*, Barcelona: Herder.

FRÍAS, D., MESTRE, V., DEL BARRIO, V., GARCÍA-ROS, R. (1992). *Estructura familiar y depresión infantil*, Anuario de Psicología, nº 52, 121-131

GARCÍA FRAUSTO, M. (2005). *Alegría en la familia*,

<http://www.mujiernueva.org/articulos/articulop.phtml?se=3&ca=5&te=1&id=4784>

GARRIGA, A., MARTÍNEZ, J. (2012). *Las secuelas del divorcio*. Madrid: CEU Ediciones

GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE LA SALUD (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia*,

[http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_456\\_depresion\\_inf\\_adol\\_avaliat\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_compl.pdf)

GUZMÁN BRAVO, M. (2010). *Actualidad sobre la resiliencia*. Trabajo de licenciatura presentado en la Universidad CEU Abat Oliba, Barcelona.

HERNÁNDEZ GONZÁLEZ, E. (2006). *El apego: el vínculo especial madre-hijo*,

[http://www.espaciologopedico.com/articulos/articulos2.php?Id\\_articulo=936](http://www.espaciologopedico.com/articulos/articulos2.php?Id_articulo=936)

HERNÁNDEZ GONZÁLEZ, E. (2000-2001). *La depresión infantil*,

<http://www.psicologoinfantil.com/articulodepresion.htm>

MANCIAUX, MICHEL (2005). *La resiliencia: resistir y rehacerse*, Barcelona: Gedisa Editorial.

MARTÍNEZ, E., (2005). La vida es un bien. *Espíritu*, 54, nº 2, pp. 313-320.

MARTÍNEZ, E., (2010). La educación, una segunda generación. AA.VV. *L'animale umano:*

*procreazione, educazione e le basi della società*. Vatican City, pp. 66-81.

MARTÍNEZ, E. (ed.), (2012). *¿Una sociedad despersonalizada? Propuestas educativas*, Barcelona: Editorial Balmes.

MÉNDEZ, FRANCISCO JAVIER (2011). *El niño que no sonríe*. Madrid: Ediciones Pirámide

MÉNDEZ X., MORENO P., SÁNCHEZ J., OLIVARES J. Y ESPADA J. (2000). Eficacia del tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente: una revisión cualitativa y cuantitativa de dos décadas de investigación. *Psicología Conductual*, Vol.8, Nº3, pp.487-510

MILLÁN-PUELLES, A. (2001). *Fundamentos de Filosofía*. Madrid: Rialp.

MÚJICA, JORGE ENRIQUE (2008). *El mejor bienestar para los niños: la familia*,

[http://www.forumlibertas.com/frontend/forumlibertas/noticia.php?id\\_noticia=10552](http://www.forumlibertas.com/frontend/forumlibertas/noticia.php?id_noticia=10552)

NAVEILLÁN, P. (1996). Familia y riesgo social. *Revista del Hospital Clínico de la Universidad de Chile*, Vol. 7, nº1.

PALET, M. (2000). *La Familia educadora del ser humano*. Barcelona: Scire.

POLAINO-LORENTE, A. (1988). *Las depresiones infantiles*. Madrid: Ediciones Morata S.A.

PONS-SALVADOR, G., DEL BARRIO, V. (1995). El efecto del divorcio sobre la ansiedad de los hijos, *Psicothema*, Vol. 7, pp.489-497.

PUERTA, J., PADILLA, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la Depresión: Una revisión del estado del arte. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud, DUAZARY 2011 No. 2, 251 – 257*.

PUIG, A. (2010). *Tratamiento de la depresión infantil*,  
<http://medicablogs.diariomedico.com/reflecciones/2010/03/30/tratamiento-de-la-depresion-infantil/>

ROCHE, R. (1982). Comunicación y salud mental de la pareja humana. *Quaderns de Psicologia*, Vol. 1, pp. 163-181

RODRÍGUEZ, J., ORTIZ, M. (2008). Revista Científica Electrónica de Psicología. *Depresión infantil*,  
<http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/5 - No. 6.pdf>

SANTA CRUZ BOLÍVAR, X. (2007). *Familia y salud mental*,  
<http://www.ecovisiones.cl/informacion/familiaysaludmental.htm>

SPITZ, R.A. (1969). *El primer año de vida del niño*. México: Fondo de Cultura Económica

TOBAR, D. (2010<sup>1</sup>). *Beneficios del matrimonio para los hijos*,  
<http://www.portumatrimonio.org/todapareja/v/beneficios-del-matrimonio-para-los-hijos/>

TOBAR, D. (2010<sup>2</sup>). *Beneficios para la salud, la seguridad y el sexo*,  
<http://www.portumatrimonio.org/todapareja/v/beneficios-para-la-salud-la-seguridad-y-el-sexo1/?phpMyAdmin=43c4fa28dfdt20afe22f>