

Universidad de Costa Rica
Sistema de Estudios de Postgrado
Programa de Postgrado en Especialidades Médicas
Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud Social
(CENDEISSS)
Hospital Nacional Psiquiátrico

Desarrollo del trastorno de conducta en hijos de madres depresivas

Trabajo de investigación para optar por el título de especialista en Psiquiatría

Autora:

Dra. Rebeca Fernández Cordero

Tutora:

Dra. Myleen Madrigal Solano

Lectores:

Dr. Rodolfo Salazar Fonseca

Dra. Alexia Páez Soto

Junio 2012

ÍNDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS.....	v
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO 1	
Antecedentes, justificación, importancia y descripción del estudio	3
1.1 Antecedentes internacionales	3
1.2 Antecedentes nacionales y locales	6
1.3 Justificación e importancia	7
1.4 Delimitación y formulación del problema	8
1.4.1 Delimitación del problema de investigación	9
1.4.2 Definición del problema de investigación	10
1.4.3 Formulación del problema de investigación	10
1.5 Objetivo general	10
1.6 Objetivos específicos	10
CAPITULO 2	
Marco conceptual y teórico	12
2.1 Trastornos de conducta	12
2.1.1 Etiología de los trastornos de conducta	14
2.1.2 Síntomas clínicos del trastorno de conducta	19
2.1.3 Clasificación del trastorno de conducta	23
2.1.4 Diagnóstico diferencial del trastorno de conducta	28
2.1.5 Curso y pronóstico del trastorno de conducta	30
2.2 Trastornos depresivos	32
2.2.1 Etiología de los trastornos depresivos	34
2.2.2 Síntomas clínicos de los trastornos depresivos	37
2.2.3 Clasificación de los trastornos depresivos	42
2.2.4 Diagnóstico diferencial de los trastornos depresivos	49
2.2.5 Curso y pronóstico de los trastornos depresivos	50
2.3 Métodos diagnósticos del trastorno de conducta y el trastorno depresivo	52
2.3.1 Hospital Nacional Psiquiátrico	52
2.3.2 Hospital Nacional de Niños	54
2.4 Examen mental para trastorno depresivo y de conducta	57
2.4.1 Examen mental en trastorno depresivo	58
2.4.2 Examen mental en niños	59

CAPITULO 3

Metodología	63
-------------------	----

CAPITULO 4

Análisis de Estudios de Trastorno depresivo y trastorno de conducta	66
4.1 Bordallo A, et al.....	66
4.2 Harnish J, et al.	67
4.3 Murray L, et al.....	69
4.4 Dorado M, et al.....	71
4.5 Grace S, et al.....	72
4.6 Cohen J, et al.....	75
4.7 McCue. S, et al.....	76
4.8 Jossefsson A, et al.....	80
4.9 Olino T, et al.....	81
4.10 Trapolini C, et al.....	82
4.11 Hill J, et al.....	84
4.12 Kochanska G, et al.....	85
4.13 Hall L,et al.....	87
4.14 Ewell C, et al	88
4.15 Weaver C, et al	89
4.16 Tronick E, et al	91
4.17 Bagner D, et al	92
4.18 Giles L, et al	94
4.19 Nicholson J, et al	96
4.20 Piché G, et al	97
4.21 Barker E, et al	98
4.22 Callendar K, et al	99

CAPITULO 5

Resultados y Conclusiones	102
5.1 Resultados	102
5.2 Conclusiones	108
Bibliografía	111

Índice de Tablas y Gráficos

Tabla 1. Etiología del Trastorno de Conducta	19
Tabla 2. Síntomas clínicos comunes del Trastorno de Conducta	21
Tabla 3. Etiología del Trastorno Depresivo	37
Tabla 4. Diagnóstico diferencial de los Trastornos Depresivos	50
Tabla 5. Artículos revisados por autor y por año	102
Tabla 6. Frecuencia de tipos de depresión según artículo	103
Tabla 7. Principales variables de acuerdo a autor	107
Tabla 8. Principales variables de acuerdo a artículo de revisión	108
Figura 1. Diagnóstico diferencial del Trastorno de Conducta	30
Gráfico 1. Frecuencia absoluta de los tipos de depresión	103

DEDICATORIA

A Dios y a mi madre porque me han permitido ser la persona que soy, por enseñarme valores, por haberme ayudado a llegar hasta donde me lo he propuesto y por todos los sacrificios que ha hecho a lo largo de su vida que culmina muchos años después con la mejor herencia, la educación.

Agradecimientos

Agradezco a mi esposo Luis Diego, por su apoyo, paciencia y amor incondicional en cada plan que hemos emprendido juntos. A mi hija Luciana, le agradezco que cada día me da más fuerza para conseguir nuevas metas.

En especial agradezco a mi tutora, la Dra. Myleen Madrigal Solano, que gracias a sus sabios consejos y observaciones, me ayudó a la elaboración de esta tesis.

INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno afectivo que afecta a millones de personas a nivel mundial, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima que existen entre 120 y 200 millones de personas en el mundo que padecen de depresión, eso corresponde al 3% de la población mundial, provocando una gran discapacidad y menos del 5% de los afectados tienen un tratamiento efectivo.

Además como dato fundamental en la literatura se sabe que los trastornos depresivos se presentan en ambos sexos, pero las mujeres experimentan esta enfermedad a una tasa casi al doble que la de los hombres.

Cuando una madre se encuentra luchando con la depresión, las relaciones importantes suelen verse afectadas, y en la que más se ve un impacto es en la diada madre-hijo. La depresión materna representa una carga significativa para el individuo, pero también para el medio ambiente en dónde se desenvuelve. Debido a que la depresión es particularmente prevalente durante los años de maternidad, y dado que es una enfermedad que puede ser recurrente, es relevante que se estudien las consecuencias que esta patología produce no sólo en las mujeres madres como en los niños.

Además, los efectos de la depresión materna no se limitan simplemente al período durante el cual la madre se encuentra deprimida, sino que pueden extenderse provocando dificultades cognitivas en el desarrollo de los niños, trastorno de conducta, personalidades antisociales, e incluso se puede extender a futuras generaciones, provocando un ciclo que nunca termina.

Ante esto surge el interés de identificar posibles factores de riesgo en mujeres madres en el desarrollo de una depresión, y por otro lado si existen consecuencias o no de estas madres deprimidas en la futura conducta de sus hijos.

Tomando en consideración, que la identificación de estos factores podría ser de mucha ayuda para el personal en psiquiatría en la determinación de cuáles niños pueden estar en riesgo debido a que sus madres presentan un cuadro depresivo, y así conseguir que estos menores desarrollen una relación sana con su madre y de ser posible evitar se desarrolle un trastorno depresivo a largo plazo.

Las experiencias de los niños en el seno familiar son decisivas en el desarrollo como ser humano, y cuando son adversas pueden propiciar el inicio de trastornos psiquiátricos. En la relación madre-hijo, el niño establece su relación con el mundo, aprende a lidiar con los problemas cotidianos y adquiere comportamientos que más adelante moldean su personalidad. Por lo que patrones enfermizos como los que produce una depresión materna pueden persistir a lo largo de toda la vida del menor.

Es por todo lo anterior que este trabajo intentará responder a la interrogante de si existen o no factores de riesgo asociados a la depresión materna que precipiten un trastorno de conducta en el futuro de sus hijos, a través de una revisión exhaustiva de la literatura médica internacional.

CAPITULO 1

Antecedentes, justificación, importancia y descripción del estudio

1.1 Antecedentes internacionales

La depresión se presenta más comúnmente en mujeres que en hombres y aproximadamente de un 10 a un 25% de las mujeres sufrirán un episodio depresivo a lo largo de sus vidas (Saddock, 2005). Diversas investigaciones han documentado los efectos de la depresión materna en la relación madre-hijo y en la crianza de los niños (Toth et al, 2007). Además, los efectos de la depresión materna no se limitan al período en el cual la madre se encuentra depresiva, sino que trascienden este período y afectan el desarrollo de los niños, llegando a presentar patrones disfuncionales en la crianza e hijos con un mayor riesgo de desarrollar problemas de conducta (Toth et al, 2007).

La relación entre la depresión materna y sus efectos se encuentra ampliamente descrita en la literatura internacional. De acuerdo a lo descrito por Murray et al (1997), los desórdenes psiquiátricos de los padres pueden afectar el desarrollo de los niños, mediante dos mecanismos diferentes, primero se puede generar un impacto directo pernicioso debido a la exposición directa al desorden parental, y segundo un impacto indirecto por medio de la conducta interpersonal (Murray et al, 1997).

En Estados Unidos se han realizado estudios que sugieren que aproximadamente un cuarto de las madres tienen síntomas depresivos cuando el niño tiene 18 meses y 1 en 5 tiene sintomatología depresiva cuando su hijo tiene 3 años (McLennan, 2001).

Según un estudio realizado por Bagner et al (2010), ha habido suficiente investigación que demuestra que las conductas negativas en el niño tienen relación con el trastorno depresivo materno, no solamente para el desarrollo del trastorno de conducta sino también para patrones de la conducta evitativa en el infante y de desarrollo de apego inestable con la madre. Según estos investigadores, la depresión postparto que ocurre en los primeros meses posteriores al nacimiento del bebé predice futuros episodios de depresión materna, lo que incrementa el riesgo en el niño de ser diagnosticado con un trastorno de conducta. Además Bagner y colaboradores afirman que un 17% de las mujeres con niños pequeños tienen síntomas depresivos y estos síntomas tienden a persistir a través de la etapa preescolar del niño; así mismo las mujeres que fueron diagnosticadas con depresión postparto tienen 6 veces más posibilidades de desarrollar síntomas depresivos recurrentes después de 4 años, en comparación con las mujeres sin depresión postparto (Bagner et al, 2010).

Piché et al (2011) demuestran que la prevalencia del trastorno de conducta es de 2 a 5 veces mayor que la población normal en hijos de mujeres con un trastorno depresivo o ansioso (Piché et al, 2011). De las diferentes investigaciones realizadas, se ha visto que el desarrollo del trastorno de conducta ha sido relacionado con diversos factores, por ejemplo en el estudio realizado por Mathew et al., lo relaciona con el abuso de alcohol en cualquiera de los progenitores (Mathew 1993), otros autores lo relacionan con el consumo de cualquier tipo de droga por parte de los padres (Frick et al, 1992) mientras que Kim et al., relacionan el inicio del trastorno de conducta con la situación marital y laboral de ambos padres (Kim et al, 1992), y según Giles et al (2011) la sintomatología depresiva materna o los síntomas depresivos durante la infancia

temprana del menor se ha visto relacionada con un aumento de problemas conductuales en niños de 2 a 5 años (Giles et al, 2011). Lo planteado por Giles et al (2011), se corrobora en otra investigación realizada por Trapolini et al (2007), que afirman que la depresión postparto es común, pero que hay mujeres que persisten con síntomas depresivos cuando el niño tiene 12 meses y esto genera problemas de conducta en el menor (Trapolini et al, 2007). En otra investigación realizada por Goodman et al, se concluye que los niños que tienen padres depresivos tienen un riesgo mayor de desarrollar problemas emocionales y sociales, incluyendo el trastorno de conducta (Goodman et al, 1999).

Otras investigaciones demuestran los efectos de un trastorno depresivo materno que puede afectar al niño, al punto de presentar un pobre desarrollo a nivel social, emocional y de comportamiento, incluyendo problemas de la conducta disruptiva como agresividad, conducta oposicionista y desafiante (Callendar et al, 2012). También se ha demostrado que la depresión materna, genera en la infancia del menor problemas en el vínculo con la madre, lo que en consecuencia afecta la interacción madre e hijo y el desarrollo cognitivo y motor del menor (Saddock, 2005). Además, según lo señalado por Cummings et al., existe evidencia que los síntomas depresivos maternales impiden que las madres ejerzan prácticas parentales educacionales de una forma sana y que por lo general las formas de educar a los hijos se caracterizan por ejercer castigos físicos, una disciplina más dura y presentar mucha hostilidad hacia los niños (Haskett et al, 2003).

1.2 Antecedentes Nacionales y Locales

En la actual investigación no se encontraron artículos ni estudios costarricenses sobre investigaciones que se relacionen con la depresión materna y la aparición del trastorno de conducta en niños menores de 12 años.

A nivel local y en el Hospital Nacional Psiquiátrico hay varios documentos que hablan sobre la depresión en las mujeres, pero ninguno expone las consecuencias de esta enfermedad sobre los niños. Por ejemplo, en la tesis de grado de la Dra. Jennifer Navarro Carvajal realizada en el año 2003, titulada “Estudio de las evaluaciones médicas utilizadas para identificar a las mujeres con diagnóstico de depresión postparto en las publicaciones presentadas desde 1998 a 2003”, en una de sus conclusiones habla sobre que las mujeres con depresión postparto suelen tardar meses en remitir su cuadro, por lo que tienen un riesgo mayor de episodios depresivos recurrentes (Carvajal, 2003). En la tesis de postgrado de la Dra. Enid Campos Villegas en el 2005, llamada “Características clínicas y manejo terapéutico de la depresión y psicosis postparto en el Hospital Nacional Psiquiátrico entre 1997-2004, y su relación con el desarrollo de trastorno afectivos mayores”, no se realiza ninguna referencia sobre las consecuencias que pueda generar la depresión materna sobre los hijos (Campos Villegas, 2005). En la tesis para optar por la especialidad en psiquiatría, de la Dra. Susana Maradiegue Montero del 2009, titulada, “Evolución diagnóstica y manejo terapéutico de la depresión y psicosis postparto de las pacientes egresadas del Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el período comprendido entre el 2000-2007,” se discute ampliamente sobre la depresión y psicosis postparto, pero el documento no se enfoca sobre las consecuencias que la depresión materna puede generar en los

hijos (Maradiegue, 2009).

Con lo expuesto anteriormente queda en evidencia la poca importancia que se brinda en nuestro país a las consecuencias que la depresión materna puede provocar en los niños, por lo tanto el tema abordado en este documento es actual y novedoso, y necesitará ampliarse posteriormente.

1.3 Justificación e Importancia

El presente trabajo es de gran importancia debido a que en nuestra cultura la responsabilidad de la crianza de los hijos recae por lo general en la mujer y no se ha realizado ninguna investigación que vincule la depresión materna con el desarrollo del trastorno de conducta en los hijos.

Cuando se revisa la literatura internacional, se observa que hay una serie de factores de riesgo que contribuyen a la aparición de un cuadro depresivo materno y que a su vez esto genera consecuencias en los hijos. Mediante la identificación de estos factores de riesgo, se logra prevenir la aparición del desarrollo del trastorno de conducta en los niños y se promueve una educación parental sana.

Se espera que este trabajo pueda contribuir con la población femenina que cuente con un diagnóstico de trastorno depresivo, sin importar que sea un episodio depresivo mayor, una distimia o una depresión postparto, con el fin de alivianar la carga que representa el hacerse cargo de los hijos con posibles conductas disruptivas.

Desde otro punto de vista, el presente documento pretende también brindar ayuda a aquellos niños cuyas madres no se encuentran, debido a su enfermedad, en la condición óptima de educarlos, y así evitar el desarrollo de una psicopatología mayor cuando cumplan la mayoría de edad, como un trastorno de personalidad.

Este estudio surgió del interés en investigar si en la literatura internacional estaba descrita la relación entre la depresión materna y el desarrollo de conducta en el niño, debido a que en Costa Rica no existe ningún antecedente sobre este tema. Además también surgió del interés de investigar si existen o no consecuencias sobre el efecto de la depresión de la madre sobre los hijos y de la poca importancia que se le brinda a este tema en nuestro medio, ya que muchas veces se cree erróneamente que son “madres difíciles” o con dificultades para manejar adecuadamente a sus hijos.

Los aspectos como factores de riesgo para desarrollar un cuadro depresivo, así como identificar la población en riesgo son de gran interés para poder realizar una intervención en este tipo de población.

También buscará llenar el vacío que existe en este tema en nuestro medio, logrando así crear conciencia sobre su importancia, que sí se encuentra ampliamente descrito en la literatura internacional.

1.4 Delimitación y formulación del problema de investigación

En los siguientes apartados se delimitará y se definirá el problema de la presente investigación.

1.4.1 Delimitación del problema de investigación

El tema que se desarrollará en este trabajo es el desarrollo del trastorno de conducta en niños de madres depresivas. El presente estudio, surgió del interés de demostrar si en nuestro país existen o no investigaciones sobre las consecuencias negativas del trastorno depresivo materno en niños. Esta investigación fue realizado en San José, Costa Rica, en un período de aproximadamente 5 meses. Se realizó una búsqueda exhaustiva en la literatura nacional e internacional, sobre artículos recientes que relacionaran la depresión materna con el trastorno de conducta en niños. Se investigó a madres que hubieran tenido un episodio depresivo, sin tomar en cuenta la clasificación de este. Además los artículos debían de ser de niños hasta los 12 años.

Debido al gran vacío que existe sobre este tema en la psiquiatría costarricense, esta investigación pretenderá crear una iniciativa para que se comience a pensar en la relevancia que tienen las consecuencias de las enfermedades mentales, en este caso de los episodios depresivos en madres sobre los hijos.

Por lo tanto este estudio se enfocará sobre los factores asociados a la depresión materna que facilitan la aparición del trastorno de conducta en los niños, sin embargo genera la inquietud de qué otros efectos negativos pueden generar otras patologías psiquiátricas como la esquizofrenia, el trastorno afectivo bipolar o los trastornos de personalidad en los hijos.

1.4.2 Definición del problema de investigación

Describir la relación que existe entre la depresión materna y el desarrollo del trastorno de conducta en los hijos, con el fin de identificar posibles factores de riesgo en la madre para evitar que desarrollen un cuadro depresivo y así evitar el desarrollo del trastorno de conducta en los niños.

1.4.3 Formulación del problema

¿Existen factores de riesgo que permitan el desarrollo de la depresión materna y cómo consecuencia el hijo desarrolle un trastorno de conducta?

1.5 Objetivo General

Determinar la existencia de una relación entre la depresión materna y el desarrollo del trastorno de conducta en los niños hasta los 12 años.

1.6 Objetivos específicos

1.6.1 Comparar entre artículos de la literatura médica reciente sobre el trastorno de conducta, en niños hasta los 12 años.

- 1.1.2 Comparar poblaciones, según la literatura sin trastorno de conducta con poblaciones que presenten la patología o el trastorno
- 1.1.3 Sintetizar los factores de riesgo para la madre que precipitan la aparición de un trastorno depresivo.
- 1.1.4 Relacionar los factores depresivos en la madre con la aparición de trastorno de conducta en niños hasta los 12 años.
- 1.1.5 Determinar si mediante la historia clínica psiquiátrica aplicada en el Hospital Nacional Psiquiátrico y en el Hospital Nacional de Niños se pueden identificar factores de riesgo en la madre que permitan el desarrollo del trastorno de conducta en los hijos.

CAPITULO 2

Marco conceptual y teórico

En este capítulo se realiza una revisión bibliográfica de los aspectos más relevantes a tomar en cuenta en el trastorno de conducta del menor y su relación con la depresión en la madre.

2.1 Trastorno de conducta.

El término trastorno de conducta, se refiere a “ un patrón persistente de conductas antisociales en las cuales el individuo rompe las reglas repetidamente y lleva acabo actos agresivos hacia otras personas” (Gelder, 2000).

Los desórdenes de la conducta disruptiva se pueden dividir en dos constelaciones diferentes de síntomas, que se categorizan en el trastorno oposicionista desafiante y el trastorno de conducta, ambos resultan en una disfunción social o académica en el niño. En este documento no se abordará el trastorno oposicionista desafiante. En el trastorno de conducta los niños realizan actos de agresión repetitivos que pueden causar daño físico a sí mismos o a otros y violan frecuentemente los derechos de los demás (Fatemi, 2008).

El trastorno de conducta se divide en dos subtipos: inicio en la niñez, en el cual al menos un síntoma ha emergido repetidamente antes de los 10 años y el del inicio en la adolescencia, en el cual no hay síntomas característicos persistentes antes de los 10

años. Se asocia a muchos otros trastornos psiquiátricos, incluyendo el trastorno de déficit atencional e hiperactividad, depresión y trastornos del aprendizaje (Saddock, 2005).

Por lo general los niños diagnosticados con trastorno de conducta, presentan conductas antisociales frecuentes como: hostigamiento escolar, inician peleas físicas, son crueles con los animales y las personas, roban, inician incendios y destruyen deliberadamente la propiedad de otros (Fatemi, 2008).

El trastorno de conducta es uno de los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes en niños, tiene una prevalencia del 5% y generalmente es más común en hombres que en mujeres en una proporción de 4 a 1 (Saddock, 2005).

La persistencia a lo largo de la vida del trastorno de conducta es de un 5 a 8% cuando el inicio es temprano y estos pacientes por lo general, acaban involucrándose en actividades criminales cuando son adultos (Fatemi, 2008).

El Trastorno de Conducta inicia en la niñez, pero también puede comenzar en la adolescencia. Cuando se inicia en la niñez se presenta alrededor de los 3 años de edad y la conducta agresiva y desafiante se observa más alrededor de los 8 años de vida del niño. A pesar de presentar un inicio temprano, esto no significa que el trastorno de conducta va a empeorar a lo largo de la vida. Aproximadamente sólo la mitad de los casos de inicio temprano no mejoran (Gelder, 2000).

Cuando los niños presentan el trastorno de conducta antes de los 10 años, tienden a mostrar problemas de conducta leves, por ejemplo en el pre escolar o en los primeros años de escuela y su conducta tiende a empeorar en severidad a través del resto de la infancia y en la adolescencia (Fatemi, 2009).

2.1.1 Etiología del trastorno de conducta

La etiología del trastorno de conducta no depende de un solo factor sino que dependen de varios factores biológicos, sociales y psicológicos, que son los siguientes:

- i. Factores parentales: los padres de los niños con trastorno de conducta son punitivos, y agresivos con sus hijos, tanto verbal como físicamente. El divorcio es común en estas familias, pero lo que más persiste es la hostilidad y el resentimiento entre los padres. También se consideran factores de riesgo la existencia de abuso de alcohol o de drogas en los padres y la sociopatía (Saddock, 2005).

Este apartado a su vez se divide en varios componentes que se describen a continuación:

- a) Interacción entre padres e hijos: Por lo general los padres de niños con trastorno de conducta los critican y les gritan cuando se comportan de una manera incorrecta o inadecuada, sin embargo cuando no tienen estas conductas ignoran al niño. Los padres al no promover las actividades pro sociales del menor, generan que el niño llame la atención de una manera negativa (Gelder, 2000).

- b) Prácticas parentales: Los progenitores no ejercen la disciplina en una manera adecuada. Disciplinan al niño de una manera errática, hostil, y realizan una pobre supervisión del menor (Gelder, 2000).
- c) Trastornos psiquiátricos en los padres: la depresión en la madre es un factor de riesgo importante, generando en el niño déficits cognitivos y sociales (Fatemi, 2008). También se describe el alcoholismo y abuso de drogas en ambos progenitores (Saddock, 2005).
- d) Criminalidad en el padre: implica un riesgo genético para el infante (Saddock, 2005).
- e) Abuso físico y sexual: se asocia con el desarrollo de trastorno de conducta, ya que los niños han estado expuestos a violencia crónica. Los niños que han sido abusados crónicamente tienden a ser hipervigilantes, lo que los hace responder a situaciones benignas de una manera violenta, porque identifican estas situaciones como potencialmente amenazantes para su integridad (Gelder, 2000).
- f) Complicaciones obstétricas: la exposición prenatal a alcohol o a cocaína, puede llevar a impulsividad y a un bajo coeficiente intelectual en el niño, lo que lo hace más propenso a conductas antisociales (Fatemi, 2008).

ii. Factores socioculturales y ambientales: los niños de un estatus socioeconómico bajo tienen un riesgo mayor de desarrollar un trastorno de conducta. Este riesgo se incrementa si los padres son desempleados, no existe una red de soporte para el menor y tampoco hay un involucramiento en actividades de la comunidad. La existencia de los siguientes factores de riesgo incrementa la posibilidad de desarrollar trastornos de conducta (Gelder, 2000):

a) La escuela: las escuelas que se encuentran mal organizadas y que tienen poco contacto con los padres contribuyen al desarrollo de trastorno de conducta. Los profesores juegan un rol importante también, ya que si tienen pocos valores morales y hay un cambio frecuente de profesor, esto afecta a los estudiantes (Gelder, 2000).

b) Uso de alcohol y drogas: el uso de alcohol y drogas por sí solo no causa el trastorno de conducta, pero incrementa el riesgo de desarrollarlo. El uso crónico de alcohol incrementa la posibilidad de realizar actos criminales debido a la desinhibición (Saddock, 2005). Las drogas generan conductas violentas en los usuarios. Se ha descrito que el fumado en la madre se relaciona con el desarrollo de trastorno de conducta en niños antes de la pubertad (Gelder, 2000).

c) La comunidad: el trastorno de conducta es más frecuente en comunidades marginales, donde existen problemas de vivienda y en los hogares que se encuentran sobrepoblados. Esto genera condiciones de vida estresantes para los niños debido a que los padres no pueden brindar

muchas comodidades a sus hijos y pueden ejercer habilidades parentales irresponsables en la crianza (Gelder, 2000).

- iii. Factores neurobiológicos: en niños con un trastorno de conducta se puede encontrar una disminución en plasma de la beta hidroxilasa, que es la enzima que convierte la dopamina en noradrenalina. Esto genera que exista una disminución en los niveles de noradrenalina circulante. Se ha encontrado, que en los pacientes que son portadores del trastorno de conducta existen niveles altos de serotonina, lo que implica que en el líquido cefalorraquídeo haya una disminución del ácido-5-hidroxi-indolacético que es un metabolito de la serotonina, y esta disminución se va a correlacionar con un aumento de la agresividad y de las conductas violentas en el individuo. Los niveles de cortisol son bajos en hijos de padres con una historia de trastorno de conducta que progresaron a personalidad antisocial (Saddock, 2005).
- iv. Factores genéticos: se han estudiado regiones de los cromosomas 19 y 2 que pueden contener genes que pongan en riesgo el padecer un trastorno de conducta. También hay estudios sobre polimorfismos del gen transportador de serotonina, que indican una implicación en las conductas agresivas de las personas (Fatemi, 2008).
- v. Anomalías cerebrales: en estudios realizados con resonancia magnética funcional se ha visto un aumento en la actividad de la amígdala, hipocampo, corteza visual y el surco intraparietal bilateral en niños portadores de Trastorno de Conducta (Saddock, 2005).

- vi. Características del niño: las características del niño pueden influir en el desarrollo del trastorno de conducta, de diferentes maneras. Entre estas tenemos (Gelder, 2000):
- a) Temperamento y personalidad: los niños cuyos padres los califican con un temperamento “difícil“ a la edad de 3 años, son más propensos a ser más agresivos en etapas posteriores de la vida. Si el niño presenta: conductas impulsivas, inquietud, irritabilidad, enojo y mal humor frecuente se puede predecir el desarrollo de la conducta antisocial más adelante (Gelder, 2000).
 - b) Pensamiento: por lo general, estos niños perciben los actos de otros como hostiles y resuelven los conflictos mediante actos agresivos. En consecuencia, esto genera que el niño sea rechazado por sus pares. Por lo tanto no desarrollan habilidades sociales, su autoestima es baja y se dejan llevar por los eventos que ocurren en lugar de controlarlos (Gelder, 2000).
 - c) Coeficiente intelectual: en los trastornos de conducta puede ser de 8 a 10 puntos debajo de lo normal, pero por sí solo no es causante del trastorno de conducta. El coeficiente intelectual bajo es un factor de riesgo cuando viene acompañado de malas estrategias parentales. Un coeficiente verbal alto se relaciona con una disminución del trastorno de conducta (Gelder, 2000).

- vii. Factores comórbidos: el trastorno de déficit atencional e hiperactividad y las lesiones en el sistema nervioso central predisponen a desarrollar trastorno de conducta (Saddock, 2005).

En la tabla 1 se resumen los factores etiológicos que contribuyen al desarrollo del trastorno de conducta:

Factores parentales	Factores socioculturales y ambientales	Factores neurobiológicos	Factores genéticos	Anomalías Cerebrales	Características del niño	Factores comórbidos
Divorcio	Estatus socioeconómico bajo	Disminución de noradrenalina	Alteración en cromosoma 2	Amígdala	Temperamento difícil	Trastorno de déficit atencional e hiperactividad
Trastorno psiquiátricos	Desempleo parental	Disminución de ácido-5-hidroxi-indolacético	Alteración en cromosoma 19	Hipocampo	Coficiente intelectual bajo	Lesiones del sistema nervioso central
Criminalidad paterna	Escuelas poco relacionadas con los padres			Corteza visual		
Abuso sexual y físico	Uso de alcohol o drogas en el niño			Surco intra parietal		
Exposición prenatal a drogas y alcohol	Comunidad marginal					

Tabla 1 Etiología del trastorno de conducta

2.1.2 Síntomas clínicos del trastorno de conducta

El trastorno de conducta no se presenta súbitamente, los síntomas van evolucionando a lo largo del tiempo hasta que las conductas del niño adquieren un patrón que involucra violar los derechos de las otras personas (Saddock, 2005).

Este padecimiento puede presentarse tanto en hombres como en mujeres, sin embargo los varones presentan la sintomatología a una edad más temprana que las mujeres. Los niños masculinos van a iniciar los síntomas entre los 10 y 12 años de edad,

mientras que las niñas inician los síntomas más tardíamente, usualmente entre los 14 y 16 años (Saddock, 2005).

Cuando el trastorno de conducta se desarrolla en niñas, por lo general ellas presentan menos conductas agresivas de tipo físico. Las conductas que presentan son el “*bullying*” emocional, que incluye iniciar rumores acerca de otros para que los excluyan, iniciar relaciones sexuales sin protección, abuso de drogas y vandalismo escolar (Gelder, 2000).

Los síntomas de esta patología van a variar dependiendo de la edad. En niños más jóvenes entre los 3 y 7 años, van a presentar una actitud de desafío hacia las figuras de autoridad. Por lo general, desobedecen las instrucciones, tienen berrinches, y presentan agresividad física hacia sus pares, destruyen la propiedad ajena, discuten y culpan a otros de sus acciones y por lo general molestan o provocan a otros (Gelder, 2000)

Cuando el trastorno de conducta se presenta a la mitad de la infancia entre los 8 y 11 años, lo descrito en el párrafo anterior se encuentra presente. También se encuentran cambios en la sintomatología debido a que el menor comienza a pasar tiempo fuera de la casa y por este motivo se van haciendo presentes otras conductas como: vocabulario soez, mentir acerca de las actividades que realiza, robar, romper las reglas constantemente, peleas físicas, crueldad a los animales e iniciar incendios (Gelder, 2000).

En la etapa de la adolescencia, que corresponde entre los 12 y 17 años, van a aumentar las conductas antisociales. En este intervalo de edad hay crueldad hacia otras

personas, asalto, vandalismo, entran sin permiso a propiedades privadas, roban carros, se fugan de la casa y hay un aumento en los problemas de conducta a nivel escolar. También aumenta el uso de sustancias ilícitas (Gelder, 2000).

En la tabla 2, se presenta un resumen de los síntomas clínicos por edad que se presentan en el trastorno de conducta:

Síntomas clínicos por edad						
3 a 7 años	Desobedecen instrucciones	Berrinches	Agresividad hacia pares	Dstrucción de propiedad ajena	Culpan a otros por sus acciones	Provocan o molestan a sus pares
8 a 11 años	Vocabulario soez	Mentiras constantes	Rompen las reglas	Peleas físicas	Crueldad hacia animales	Inician incendios
12 a 17 años	Aumento de conducta antisocial	Asalto	Vandalismo	Robo de carros	Fugas del hogar	Aumento de uso de drogas

Tabla 2 Síntomas clínicos comunes del trastorno de conducta

Los niños que son portadores de un trastorno de conducta presentan diferentes síntomas. Entre los síntomas que presentan se encuentra la conducta agresiva, que se puede presentar en forma de “*bullying*“ hacia los pares. La manera de intimidar a los compañeros puede ser mediante agresión física y conductas crueles. Estos niños por lo general son hostiles, abusan verbalmente de otros, son imprudentes, desafiantes y negativistas hacia los adultos. Además realizan gestos suicidas cuando tienen algún conflicto con sus padres o con sus pares que creen no poder resolver (Saddock, 2005).

Los niños portadores de un trastorno de conducta presentan dificultades a nivel social, ya que les es muy difícil desarrollar relaciones con sus pares. No logran comunicarse socialmente de una manera adecuada y tienen poco respeto por los sentimientos, deseos y bienestar de los demás. Además presentan baja autoestima y por

este motivo tratan de mantener una imagen de que son muy fuertes y con tal de no tener problemas tratan de culpar a otros de sus errores (Sadoock, 2005).

Es difícil intentar realizar una medición de cuándo una conducta es anormalmente agresiva en un niño. Por este motivo a la hora de valorar la sintomatología clínica de un trastorno de conducta es importante tomar en cuenta los siguientes parámetros (Gelder, 2006):

- i. Grado de frecuencia y severidad de los actos antisociales, en comparación con otros niños de la misma edad y género.
- ii. Patrón y escenario en el que se desarrollan los actos antisociales.
- iii. Persistencia en el tiempo.
- iv. Impacto y disfunción social que la conducta ha generado en el niño y el grado de disrupción y daño que ha generado en otros.

En cuanto al patrón y al escenario, no hay una sola conducta que tenga algún significado especial. Cuando se valora este apartado es importante tomar en cuenta: la frecuencia e intensidad de las conductas antisociales, la variedad, el número de escenarios en que ocurrieron los actos antisociales y la persistencia de éstos. Por lo general la conducta antisocial se presenta tanto en el hogar como en la escuela (Gelder, 2006).

A la hora de valorar la persistencia de la conducta antisocial, esta tiene que estar presente por lo menos por un mínimo de 6 meses y no tiene que relacionarse con

cambios en la vida del paciente como: ajustarse a una nueva escuela, a un nuevo matrimonio de alguno de los padres o haber perdido a algún amigo (Gelder, 2006).

En cuanto al impacto y disfunción social del niño, se puede valorar mediante dos escenarios: el hogar y la escuela. En el hogar, por lo general, el niño con un trastorno de conducta es víctima del criticismo y de la hostilidad de los padres. Es castigado frecuentemente y abusado físicamente. La madre puede presentar depresión. En la escuela por las conductas agresivas el niño es sacado de clases o expulsado de la escuela. Esto conlleva a que el menor tenga pocos amigos, no es incluido en actividades grupales y tenga un bajo rendimiento escolar (Gelder, 2006).

El rechazo familiar, el de la escuela, el tener pocos o ningún amigo es vivido por el niño como un gran estrés que va a culminar en una auto imagen negativa y en una baja autoestima (Gelder, 2006).

2.1.3 Clasificación del trastorno de conducta

El trastorno de conducta puede ser clasificado de 2 maneras diferentes. Se puede utilizar el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) o mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Ambas clasificaciones requieren que estén presentes un número determinado de síntomas para realizar el diagnóstico, pero varían en otros aspectos como en el tiempo de evolución de los síntomas.

Los criterios para el diagnóstico del trastorno de conducta según el DSM-IV-TR se citan a continuación (Frances, 2005):

- A. “Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos uno de los siguientes criterios durante los últimos 6 meses:

Agresión a personas y animales:

1. A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros.
2. A menudo inicia peleas físicas
3. Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p.ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola)
4. Ha manifestado crueldad física con otras personas.
5. Ha manifestado crueldad física con animales.
6. Ha robado enfrentándose a la víctima (p.ej., ataques con violencia, arrebatador bolsos, extorsión, robo a mano armada)
7. Ha forzado a alguien a una actividad sexual.

Destrucción de la propiedad:

8. Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves.
9. Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios).

Fraudulencia o robo:

10. Ha violado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona.
11. A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones.
12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p.ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones)

Violaciones graves de las normas:

13. A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad.
14. Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo)
15. Suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad.

B. El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

Codificar en función de la edad de inicio:

- i. Trastorno de conducta, tipo de inicio infantil: se inicia por lo menos una de las características criterio de trastorno de conducta antes de los 10 años de edad.
- ii. Trastorno de conducta, tipo de inicio adolescente: ausencia de cualquier característica criterio de trastorno de conducta antes de los 10 años de edad.
- iii. Trastorno de conducta, de inicio no especificado: no se sabe la edad de inicio.

Especificar la gravedad:

- i. Leve: poco o ningún problema de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico y los problemas de comportamiento sólo causan daños mínimos a otros.
- ii. Moderado: el número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre leves y graves.
- iii. Grave: varios problemas de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otros. “

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), los criterios diagnósticos para trastorno de conducta son los siguientes:

G1. Hay un patrón repetitivo y persistente de la conducta, en el cual los derechos básicos de los otros o las normas o reglas sociales apropiadas para la edad son violadas, durante al menos 6 meses, y durante este período algunos de los siguientes síntomas están presentes:

El individuo:

1. Presenta berrinches frecuentes o severos en su nivel de desarrollo
2. Frecuentemente discute con adultos
3. Frecuentemente se niega a obedecer lo pedido por los adultos o desafía las reglas
4. Frecuentemente de una manera deliberada realiza cosas que molestan a las otras personas
5. Por lo general culpa a otros de sus errores o de sus malas conductas

6. Por lo general es muy sensible o se molesta con facilidad por las otras personas
7. Por lo general es enojón o resentido
8. Por lo general es rencoroso o vengativo
9. Frecuentemente miente o rompe promesas para obtener favores o beneficios o para evitar obligaciones
10. Frecuentemente inicia peleas físicas (esto no incluye peleas con hermanos)
11. Ha usado un arma que puede causar daño físico serio a los demás (por ej., bate, ladrillos, botellas de vidrio rotas, cuchillos, pistolas)
12. Frecuentemente se queda fuera de la casa hasta tarde a pesar de las prohibiciones parentales
13. Exhibe crueldad física hacia otras personas (por ej.; amarra, corta, o quema a la víctima)
14. Exhibe crueldad física hacia los animales
15. Deliberadamente destruye la propiedad de otros (mediante otro modo que no sea iniciando incendios)
16. Deliberadamente inicia incendios con un riego o con una intención de causar daño
17. Roba objetos no tan triviales sin confrontar a la víctima, en la casa o fuera de ella (por ej., hurtar en tiendas, robar en casas, o falsificar documentos)
18. Frecuentemente es haragán en la escuela antes de la edad de 13 años
19. Se ha fugado de la casa de los padres o de un hogar sustituto por lo menos 2 veces o se ha fugado por más de una noche entera en una ocasión (esto no incluye huir para evitar un abuso sexual o físico)
20. Comete crímenes que incluyen confrontación con la víctima (extorsión, robo simple o asalto)

21. Fuerza a otra persona a tener actividad sexual

22. Frecuentemente intimidada a otros (por ej., deliberadamente infringe dolor, intimidada, tormenta o molesta persistentemente)

23. Entra forzosamente a la casa, edificio o automóvil de alguien más

G2. El trastorno no tiene criterios de personalidad disocial, esquizofrenia, episodio maniaco, episodio depresivo, desórdenes del desarrollo o trastorno hiperquinético.

Se recomienda que se especifique la edad de inicio:

- i. De inicio en la infancia: inicio de al menos un problema de conducta antes de los 10 años
- ii. De inicio en la adolescencia: no hay problemas de conducta antes de los 10 años

2.1.4 Diagnóstico diferencial del trastorno de conducta

Cuando se hace el diagnóstico del trastorno de conducta es importante tomar en cuenta el patrón que tienen los síntomas, debido a que tienen que ser constantes y no hechos aislados. Tampoco se puede olvidar que en los niños muchas veces los cambios en la conducta son parte de trastornos depresivos, del aprendizaje o incluso de patologías psicóticas (Saddock, 2005).

Las patologías con las que se tiene que realizar un diagnóstico diferencial del trastorno de conducta son las siguientes:

- i. Trastorno oposicionista desafiante: es muy similar al trastorno de conducta. Se distingue porque presenta hostilidad y negativismo, pero nunca se encuentra presente el criterio de violación de los derechos a los demás (Saddock, 2005).

- ii. Trastorno afectivo bipolar: puede existir dificultad de distinguirlo de un trastorno de conducta debido a la irritabilidad y desafío a la autoridad presente en el estado maniaco (Gelder, 2000).
- iii. Trastorno depresivo mayor: debido a la irritabilidad presente en la depresión puede confundirse con el trastorno de conducta. Existe comorbilidad entre ambas patologías (Gelder, 2000).
- iv. Trastorno de déficit atencional e hiperactividad: se caracteriza por presentar impulsividad, inatención y exceso en la actividad motora (Saddock, 2005).
- v. Abuso de sustancias (Saddock, 2005).
- vi. Trastorno obsesivo compulsivo (Saddock, 2005).
- vii. Reacción de ajuste a un estresor externo: se diagnostica después de que el paciente ha sido expuesto a un gran estrés como un divorcio, un trauma, un abuso o la pérdida de un ser cercano. Según el DSM-IV-TR el inicio ocurre 3 meses después del evento estresante (Saddock, 2005).
- viii. Trastornos del espectro autista: en muchos casos se caracterizan por presentar berrinches frecuentes y un gran patrón destructivo, por lo que al inicio puede confundirse con un trastorno de conducta (Gelder, 2000).

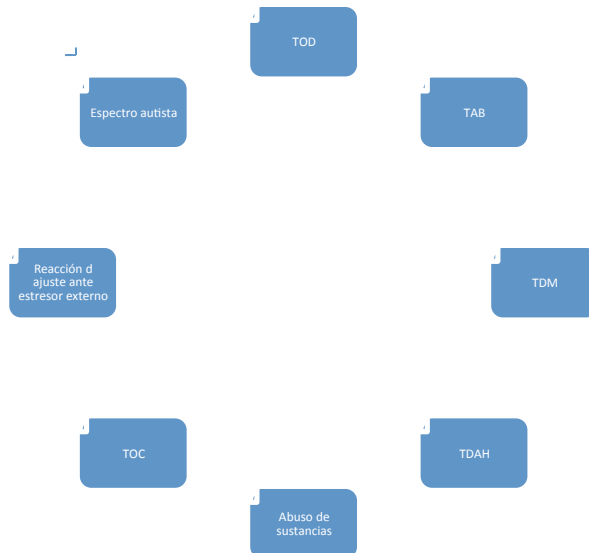


Figura 1. Diagnóstico diferencial del trastorno de conducta

2.1.5 Curso y pronóstico del trastorno de conducta

Cuando el trastorno de conducta inicia antes de los 8 años de edad, la mitad llega a presentar serios problemas cuando llegan a la edad adulta. Si tiene su inicio en la adolescencia, aproximadamente el 85% al llegar a la edad de 20 años no presentan más sus conductas antisociales (Gelder, 2000).

Existen factores que permiten predecir si el trastorno de conducta va a presentar un mal pronóstico. Entre estos tenemos (Gelder, 2000):

- i. Inicio del problema: antes de los 8 años
- ii. Fenomenología: actos antisociales severos, frecuentes y variados
- iii. Comorbilidades: problemas de hiperactividad e inatención
- iv. Inteligencia: coeficiente intelectual bajo
- v. Historia familiar: criminalidad o alcoholismo en los padres

- vi. Factores parentales: reglas inconsistentes y severas con alto grado de criticismo, poca calidez, y baja supervisión de los hijos.
- vii. Ambiente: familias de clase socioeconómica baja, en vecindarios de pobreza y sistemas escolares ineficientes.

Cuando los niños que tuvieron un trastorno de conducta crecen y se convierten en adultos se encuentran en riesgo de presentar los siguientes problemas (Gelder, 2000):

- i. Conductas antisociales: crímenes violentos y no violentos (por ej., robar asaltar, o fraude)
- ii. Problemas psiquiátricos: aumento en las escalas para personalidad antisocial, abuso de alcohol y drogas, depresión, ansiedad y quejas somáticas, gestos o intentos suicidas e internamientos en hospitales psiquiátricos.
- iii. Educación: malos resultados en exámenes, mayor deserción escolar, ausentismo, y menos aptitudes vocacionales.
- iv. Trabajo: mayor desempleo, trabajos sostenidos por menos tiempo y con salarios más bajos, menor estatus económico y aumento en la demanda de beneficios laborales.
- v. Redes sociales: pocos o ningún amigo, poco involucramiento con familiares, vecinos u organizaciones.
- vi. Relaciones íntimas: aumento en el número de relaciones cortas, relaciones violentas y parejas que también son antisociales.
- vii. Hijos: aumento en las tasas de abuso infantil y trastorno de conducta.

Existen factores protectores que evitan que se desarrolle un trastorno de conducta.

Entre estos tenemos (Fatemi, 2008):

- i. Coeficiente intelectual alto
- ii. Temperamento fácil
- iii. Habilidad para relacionarse bien con otros
- iv. Buenos hábitos escolares
- v. Áreas de competencia fuera de la escuela
- vi. Buena relación con al menos uno de los padres o con algún adulto significativo
- vii. Ambiente escolar que promueva el éxito
- viii. Responsabilidad y autodisciplina
- ix. Selección de pares sin actividad delictiva

Un buen pronóstico se va a asociar si el trastorno de conducta es leve, no existen enfermedades comórbidas y el funcionamiento intelectual es normal (Saddock, 2005).

2.2 Trastornos depresivos

Los trastornos depresivos son parte de un grupo de enfermedades llamadas trastornos del estado de ánimo. Todas las entidades que se agrupan dentro de los trastornos del estado de ánimo tienen varias características en común: alteración en el estado de ánimo la pérdida subjetiva de control sobre sus sentimientos y una experiencia subjetiva de gran estrés (Saddock, 2005).

Las enfermedades que se encuentran dentro de los trastornos del estado de ánimo son las siguientes: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno afectivo bipolar, y trastorno ciclotímico. El trastorno distímico se caracteriza por presentar síntomas menos severos que los de un trastorno depresivo mayor pero por un período de al menos 2 años (Saddock, 2005)

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios de ánimo depresivo de 2 semanas o más de duración, acompañado de varios síntomas como: anhedonia, alteración del sueño, alteración del apetito, cambios psicómotores, pérdida de la energía, dificultad para concentrarse, sentimientos de minusvalía o culpa e ideación suicida (Fatemi, 2008).

Por lo general, el trastorno depresivo mayor es más frecuente en mujeres y la edad de inicio para el 50% de los pacientes es entre los 20 y 50 años de edad, y la edad media de inicio son los 30 años. Ocurre por lo general en personas que no tienen relaciones interpersonales cercanas, se encuentran separadas o divorciadas. No se ha encontrado correlación entre la depresión y el estatus socioeconómico del paciente (Saddock, 2005).

La distimia es otro trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por presentar ánimo depresivo la mayor parte del día por al menos 2 años. La mayoría de los casos tienen un inicio en la infancia o en la adolescencia. Se presenta en un 5% de la población general y es más común en mujeres menores de 64 años, solteras y de bajo estatus socioeconómico (Saddock, 2005).

Por otro lado la depresión postparto se caracteriza por presentar un afecto depresivo en las primeras 12 semanas de vida del bebé y puede extenderse hasta 6 meses después. La incidencia de depresión postparto es de 10 a 15% y se asocia a una historia familiar de trastornos depresivos o a episodios previos de depresión en la paciente (Saddock, 2005).

2.2.1 Etiología de los trastornos depresivos

En la etiología de la depresión se describen diversos factores que influyen en su instauración entre los que tenemos:

- i. Factores biológicos: Se describen dentro de este apartado las alteraciones en las aminas, neurotransmisores, segundos mensajeros, hormonas, factores inmunológicos y alteraciones neuroanatómicas (Saddock, 2005):
 - a) Noradrenalina: hay una disminución de la sensibilidad de los receptores beta adrenérgicos.
 - b) Serotonina: se encuentra una depleción de serotonina en los pacientes depresivos.
 - c) Dopamina: hay menor actividad de la dopamina.
 - d) Acetilcolina: niveles anormales de colina, el precursor de la acetilcolina se encuentran en pacientes depresivos.
 - e) Acido gama amino butírico (GABA): hay una reducción de éste en el líquido cefalorraquídeo, el plasma y en el cerebro, sobretodo en los sistema mesolímbico y mesocortical.
 - f) Segundos mensajeros: cuando el neurotransmisor se une a la membrana celular, los receptores de la membrana activan las proteínas G. Esta a su

vez activa enzimas intracelulares, como la adenilato ciclasa, fosfolipasa C y fosfodiesterasa que regulan la formación de segundos mensajeros como el GMP cíclico y el AMP cíclico. Estos se encargan de regular los canales iónicos en la membrana de la neurona.

- g) Alteraciones hormonales: en los pacientes depresivos se ha encontrado un aumento del cortisol, la hormona relacionada con estrés, y esto a su vez provoca una disminución en la inhibición de la serotonina, aumento de la noradrenalina, y acetilcolina. También se ha encontrado que los pacientes depresivos tienen disminución de los niveles de hormona del crecimiento (Saddock, 2005).
- h) Alteraciones en el sueño: se ha observado que en el ciclo del sueño de la depresión hay un aumento en la cantidad de veces que el paciente se despierta en la noche, hay una disminución en el tiempo total de sueño, un aumento en la fase del sueño REM y un aumento en la temperatura corporal. El aumento en la fase del sueño REM, conlleva a una disminución del sueño no REM (Saddock, 2005).
- i) Alteraciones inmunológicas: hay una disminución en la proliferación de linfocitos debido a una disfunción en la inmunidad celular (Saddock, 2005).
- j) Alteraciones neuroanatómicas: por medio de resonancia magnética, en los trastornos depresivos se va a observar una hiperdensidad anormal en regiones subcorticales, como las regiones periventriculares, los ganglios basales y el tálamo. Además se puede encontrar, una reducción del hipocampo, y del volumen del núcleo caudado. A través de la tomografía por emisión de positrones (PET), se observa una disminución del

metabolismo de la glucosa en la parte anterior del cerebro, que es más pronunciado en el lado izquierdo. En el sistema límbico se encuentra un aumento en el metabolismo de la glucosa (Saddock, 2005).

- ii. Factores genéticos: si uno de los padres ha presentado un episodio depresivo a lo largo de la vida los hijos tendrán una posibilidad de 10 a 25% de padecer uno. Las probabilidades se aumentan si ambos padres padecieron un episodio depresivo, si hay familiares de primer grado que lo presentaron se incrementa el número de miembros que padecieron el trastorno depresivo (Fatemi, 2008).
- iii. Factores psicosociales: se dividen en varios factores importantes como situaciones estresantes, factores relacionados a la personalidad y factores psicodinámicos (Sadock, 2005):
 - a) Situaciones estresantes: por lo general los trastornos del estado de ánimo se encuentran precedidos por factores estresantes. Incluso se ha mencionado que el perder un padre antes de los 11 años se relaciona con el desarrollo de depresión. En los adultos, el factor más importante es la pérdida de la pareja. También se describe que las personas desempleadas tienen un riesgo 3 veces mayor para desarrollar un episodio depresivo.
 - b) Factores relacionados con la personalidad: el riesgo para desarrollar depresión es mayor en personas diagnosticadas con un trastorno obsesivo compulsivo, histriónico y limítrofe.
 - c) Factores psicodinámicos: según Sigmund Freud la depresión puede ocurrir por discrepancias en la relación madre- hijo durante la etapa oral, por pérdida de un objeto real o imaginario y debido a que la pérdida del objeto

genera sentimientos de amor y odio al mismo tiempo, y surgen sentimientos de ira que se dirigen hacia el yo del individuo. En la teoría conductista, se cree que la depresión resulta de patrones en la vida, interacciones sociales y autopercepciones negativas que resultan en una disminución del estado de ánimo.

Etiología					
Factores neurobiológicos	Disminución de: noradrenalina, serotonina, dopamina, GABA, acetilcolina	Disminución de la proliferación de linfocitos	Aumento de la fase REM	Dsiminución de la fase NREM	Aumento del cortisol
Factores genéticos	Hijos tienen de un 10 a 25% de posibilidades				
Factores psicosociales	Situaciones estresantes	Trastorno limítrofe	Trastorno obsesivo-compulsivo	Trastorno histriónico	
Factores psicodinámicos	Problemas en la relación con el vínculo				

Tabla 3: Etiología del Trastorno Depresivo

2.2.2 Síntomas clínicos de los trastornos depresivos

Cuando se valora a un paciente por un episodio depresivo el síntoma principal es el afecto depresivo y la pérdida de interés o de placer en las actividades. El afecto depresivo se infiere mediante el comportamiento, la apariencia y por el discurso del paciente (Saddock, 2005). La irritabilidad puede ser el principal síntoma observado por los familiares y la razón de consulta del usuario. Otras manifestaciones comunes del paciente pueden ser que se siente triste, desesperanzado, o que no vale nada. Se observa un cambio radical en el afecto usual del paciente, en su nivel de actividad y en su funcionamiento (Rubin, 2005).

La anhedonia, es un síntoma común en los episodios depresivos y se manifiesta al inicio del día y va disminuyendo conforme éste va transcurriendo. Se describe como una pérdida de la energía o una fatiga fácil. Es una de las razones principales por la cual los paciente consultan al psiquiatra (Saddock, 2005). Los pacientes se quejan de cómo esta pérdida de la energía, les dificultad terminar tareas, como no funcionan adecuadamente en sus trabajos o en la escuela y como tienen menos motivación para iniciar nuevos proyectos (Rubin, 2005).

Aproximadamente un 80% de los pacientes se quejan de dificultades para dormir, pueden presenten insomnio inicial (dificultad para conciliar el sueño), insomnio con despertares frecuentes, insomnio terminal (se despierta muy temprano) e hipersomnia (exceso de sueño). Puede existir pérdida del apetito y de peso (Saddock, 2005).

La depresión en un 90% puede estar acompañada de síntomas ansiosos. Los síntomas ansiosos son manifestados como un estado de ánimo ansioso, miedo, pánico o tensión muscular. Estos síntomas pueden llegar a ser tan severos que dominan el cuadro clínico (Saddock, 2005). Una minoría presenta ataques de pánico, compulsiones o fobias (Rubin, 2005).

Los síntomas cognitivos que se mencionan son la pérdida de la concentración y alteraciones en el pensamiento. Dentro de las disfunciones del contenido del pensamiento se encuentran alteraciones en la autopercepción y en las visiones sobre el futuro. Se encuentran además pensamientos negativos que el individuo no logra suprimir. Los pensamientos de muerte son frecuentes y se describen como intrusivos.

Por lo general van acompañados de un deseo de muerte y que la muerte va a provocar un alivio de la sintomatología depresiva (Rubin, 2005). La pobre introspección de los pacientes depresivos hace que contemplen el suicidio como única salida, ya que creen que sus familiares estarían mejor sin ellos. Hay pacientes que presentan ideación suicida y de 10 a 15% de los pacientes depresivos se suicidan (Saddock, 2005).

Las disfunciones cognitivas de las que más se quejan los pacientes depresivos son la incapacidad para tomar decisiones, dificultades para concentrarse y alteraciones de la memoria. Estas disfunciones pueden llegar a ser tan severas que el paciente presenta serias dificultades a la hora de realizar su trabajo. Esto va a reflejar el impacto de la poca motivación, la capacidad disminuida para la concentración, los síntomas ansiosos severos y los pensamientos intrusivos constantes (Rubin, 2005).

Los trastornos del contenido del pensamiento involucran ideas de desesperanza y rumiaciones de fracasos constantes que han presentado en etapas anteriores de la vida. Muchos pacientes se despiertan durante la noche debido a las ideas de autoreproche. Se deteriora la autoconfianza y el paciente se siente incapaz de manejar sus conflictos en el hogar o en el trabajo. A pesar de tener las condiciones económicas y familiares adecuadas, el futuro es visto por estos pacientes con desesperanza. El episodio depresivo que se acompaña de desesperanza presenta una alta probabilidad de suicidio (Rubin, 2005).

Los pensamientos constantes de culpa pueden llegar a convertirse en ideas delirantes. Las ideas delirantes de los episodios depresivos por lo general son congruentes con el estado de ánimo del paciente, y por lo general son de culpa,

autocastigo, muerte o de contenido nihilista (Saddock, 2005). Las alucinaciones auditivas y las ideas delirantes indican que el episodio depresivo se acompaña de síntomas psicóticos. La psicosis se presenta en un 20% de los episodios depresivos (Rubin, 2005).

Cuando los episodios depresivos se acompañan de síntomas melancólicos, tienden a caracterizarse por anhedonia severa, insomnio terminal, pérdida de peso y sentimientos profundos de culpa (Saddock, 2005). En el caso del trastorno depresivo con síntomas atípicos, se presenta por ejemplo, con un patrón de sueño excesivo o con un aumento en la ingesta alimentaria. Los síntomas atípicos se observan en pacientes más jóvenes y se encuentra más retardo psicomotor (Rubin, 2005).

En muchas ocasiones los pacientes depresivos presentan múltiples quejas somáticas como: cefalea, náusea, vómito, síntomas cardiacos y alteraciones gastrointestinales (por ej., dolor abdominal, síndrome de intestino irritable y diarrea) (Rubin, 2005).

Las alteraciones psicomotoras que se presentan en los episodios depresivos pueden variar desde el retardo hasta la agitación psicomotora. La agitación psicomotriz se puede observar hasta en un 30% de los pacientes hospitalizados. Cuando se manifiesta se ve al paciente caminando constantemente de un lado a otro, jugando con las manos, o se quejan incesantemente de nerviosismo o de preocupación. El retardo psicomotor se observa aproximadamente en el 20% de los pacientes y es evidente cuando el paciente habla, ya que presenta bradilalia, dificultad para iniciar el discurso o cuando se le pide que siga alguna indicación lo hace lentamente (Rubin, 2005).

La introspección puede estar tan afectada que el paciente niega sentirse deprimido o que su enfermedad pueda ser tratable. Incluso pueden manifestar su ideación suicida y negar sentirse depresivos. Una introspección pobre, va a resultar en un mal juicio por parte del paciente y esto lo puede llevar a tomar decisiones erradas como cambios súbitos de trabajo, separaciones o divorcios de la pareja y dejar los estudios, todo esto con la idea de que los síntomas pueden mejorar realizando Cambios (Rubin, 2005).

La distimia se describe como la presencia de afecto depresivo que dure la mayor parte del día y que esté presente de manera continua. Al afecto depresivo se asocian sentimientos de culpa, irritabilidad, aislamiento social, ira, pérdida del interés e inactividad (Saddock, 2005).

La diferencia entre el trastorno depresivo mayor y la distimia es que en esta última los pacientes se quejan de que siempre han estado deprimidos o por lo menos por un período mínimo de 2 años (Saddock, 2005). El curso es persistente, y en algunos casos puede presentar un curso intermitente. La respuesta al tratamiento con antidepresivos por lo general es mala (Rubin, 2005).

En el trastorno distímico los síntomas son heterogéneos, pero los síntomas principales son: la falta de disfrute de la vida, sentimientos de preocupación y de inadecuación. Se caracteriza por un ánimo depresivo no tan severo como el de un episodio depresivo, de larga data y de carácter fluctuante que forma parte de la personalidad del individuo (Saddock, 2005).

Otro aspecto importante es la depresión postparto que se presenta en las primeras 12 semanas posterior al nacimiento del bebé. Se caracteriza por presentar ánimo depresivo, ansiedad excesiva, insomnio y cambios en el peso (Saddock, 2005).

La depresión postparto puede evolucionar a una psicosis postparto. En la psicosis postparto los síntomas inician de 2 a 3 semanas después del nacimiento del bebé con un pico a las 8 semanas. Por lo general, las pacientes se quejan de fatiga, inquietud, insomnio y labilidad emocional. Sin tratamiento el episodio dura aproximadamente 7 meses. Posteriormente desarrollan suspicacia, confusión, incoherencia, discurso irracional y preocupaciones obsesivas sobre la salud y bienestar del bebé. Las ideas delirantes se basan en que el bebé se encuentra muerto o defectuoso y las alucinaciones auditivas son de voces que le dicen a la paciente que mate al bebé o que se suicide (Saddock, 2005).

2.2.3 Clasificación de los trastornos depresivos

Para realizar un diagnóstico adecuado de un trastorno depresivo este se puede clasificar según el DSM-IV-TR o según el CIE-10.

El DSM-IV-TR utiliza los siguientes criterios para el trastorno depresivo mayor:

- A. Cinco o más síntomas tienen que estar presentes por lo menos por 2 semanas y representar un cambio en el funcionamiento previo del individuo, y al menos unos de los síntomas debe ser ánimo depresivo o pérdida del interés o placer:
1. Afecto depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el sujeto o reportado por otros.
 2. Pérdida marcada del interés o del placer en casi todas o en todas las actividades, casi todo el día.
 3. Pérdida significativa de peso o ganancia de peso, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días
 5. Agitación o retardo psicomotor casi todos los días
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días
 7. Sentimientos de no valer nada, de culpa excesiva o inapropiada
 8. Disminución de la habilidad para pensar o concentrarse o para tomar decisiones casi todos los días
 9. Pensamientos recurrentes de muerte.
- B. Los síntomas no tienen criterios suficientes para un episodio mixto
- C. Los síntomas causan un estrés clínicamente significativo a nivel social, ocupacional o en otras áreas importantes de funcionamiento.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia.
- E. Los síntomas no son debido a un duelo.

Los criterios para un trastorno distímico según el DSM-IV-TR son: [7]

- A. Afecto depresivo la mayor parte del día, por más días que no, indicado de una manera subjetiva o por la observación de otros, por al menos 2 años.
- B. Con la presencia, cuando se está depresivo, de dos o más de los siguientes:
1. Pobre apetito o un exceso de apetito
 2. Insomnio o hipersomnia
 3. Pérdida de energía o fatiga
 4. Baja autoestima
 5. Pobre concentración o dificultad para tomar decisiones
 6. Sentimientos de desesperanza
- C. Durante este período de 2 años, la persona nunca ha presentado síntomas del criterio A y B al mismo tiempo por más de 2 meses.
- D. No ha presentando ningún episodio depresivo en durante los 2 primeros años de la enfermedad.
- E. Nunca ha existido un episodio maniaco, hipomaniaco o mixto, y no ha existido criterio para un trastorno ciclotímico
- F. La enfermedad no ocurre exclusivamente durante el curso de un trastorno psicótico crónico, como una esquizofrenia o un trastorno delirante.
- G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia o de una condición médica.
- H. Los síntomas causan un estrés significativo o impedimento social, ocupacional o en otra área de importancia del individuo.
- Se tiene que especificar si es de inicio súbito (antes de los 21 años) o de inicio tardío (después de los 21 años).

De acuerdo al CIE-10 los trastornos depresivos se clasifican de la siguiente manera: [8]

El episodio depresivo presenta los siguientes criterios:

G1. El episodio depresivo debe durar por lo menos 2 semanas.

G2. No han existido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para completar los criterios de un episodio hipomaniaco o maniaco en algún momento de la vida del paciente.

G3. Cláusula más comúnmente usada para la exclusión. El episodio no es atribuible al uso de sustancias psicoactivas o a algún desorden metal orgánico.

Se subclasifican en:

i. Episodio depresivo leve:

A. Los criterios generales para episodio depresivo se deben cumplir.

B. Dos de los siguientes síntomas deben estar presentes:

1. Animo deprimido hasta un nivel que es definitivamente anormal para el individuo, presente la mayoría del día y casi todos los días, en gran medida sin influencia de las circunstancias, y sostenida por al menos 2 semanas.

2. Pérdida del interés o el placer en las actividades diarias que normalmente producían placer.

3. Energía disminuida o fatiga aumentada

C. Un síntoma o síntomas adicionales de la siguiente lista debe de estar presente, para dar un total de por lo menos cuatro:

1. Pérdida de la confianza o autoestima

2. Sentimientos irrazonables ó auto reproche y culpa inapropiada

3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, ó algún comportamiento suicida
4. Quejas o evidencia de disminución en la habilidad para pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación
5. Cambio en la actividad psicomotora con agitación o retardo (ya sea objetiva o subjetiva)
6. Disturbios del sueño de cualquier tipo
7. Cambios en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio en el peso.

Una quinta característica se puede utilizar para especificar la presencia o ausencia del “síndrome somático”

Sin síndrome somático

Con síndrome somático

ii. Episodio depresivo moderado:

- A. Los criterios generales para episodio depresivo se deben cumplir.
- B. Al menos 2 de los síntomas mencionados en el Criterio B antes citado deben estar presentes.
- C. Síntomas adicionales de episodio depresivo en el Criterio C deben estar presentes, para dar un total de al menos seis.

Una quinta característica se puede utilizar para especificar la presencia o ausencia del “síndrome somático”

Sin síndrome somático

Con síndrome somático

iii. Episodio depresivo severo sin síntomas psicóticos:

Nota: Si síntomas importantes tales como la agitación o el retardo son marcados, el paciente puede estar indispuesto o inhabilitado para describir muchos síntomas en detalle. Una clasificación general del episodio severo se puede justificar en estos casos.

- A. Los criterios generales para episodio depresivo se deben cumplir.
 - B. Todos los tres síntomas del Criterio B de episodio depresivo deben estar presentes.
 - C. Síntomas adicionales de episodio depresivo en el Criterio C deben estar presentes, para dar un total de al menos *ocho*.
 - D. No deben de haber alucinaciones, ideas delirantes o estupor.
- iv. Episodio depresivo severo con síntomas psicóticos:
- A. Los criterios generales para episodio depresivo se deben cumplir.
 - B. Los criterios para episodio depresivo severo sin síntomas psicóticos se deben de cumplir excepto el Criterio D.
 - C. Los criterios para esquizofrenia o desordenes esquizoafectivos tipo depresivo no se cumplen.
 - D. Alguno de los siguientes debe de estar presente:
 - 1. Ideas delirantes o alucinaciones, otras que las que están listadas típicamente en la esquizofrenia en Criterio G1 b,c y d para criterio general de paranoica, hebefrenica, catatónica y esquizofrenia indiferenciada (ej, ideas delirantes diferentes a las completamente imposibles o culturalmente inapropiadas y alucinaciones que no son en tercera persona o dando un comentario veloz) los ejemplos mas comunes son aquellos con contenido depresivo, culpable, hipocondriaco, nihilístico, auto referenciales o de persecución.
 - 2. Estupor

3. Una quinta característica puede ser utilizada para especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o incongruentes con el ánimo:

Con síntomas psicóticos congruentes con el ánimo (ej. ideas delirantes de culpa, falta de valor, enfermedades corporales o desastre inminente, alucinaciones auditivas condenatorias o burlistas)

Con síntomas psicóticos incongruentes con el ánimo (ej. ideas delirantes auto-referenciales o persecutoras y alucinaciones sin contenido afectivo)

La distimia presenta los siguientes criterios:

- A. Debe de presentarse por un periodo de al menos 2 años de ánimo depresivo constante o constante recurrente. Los periodos de animo normal raramente duran no más de unas semanas y no hay episodios de hipomanía.
- B. Ninguno o muy pocos de los episodios individuales de depresión dentro del período de los 2 años debe ser lo suficientemente severo o de duración prolongada que cumpla con los criterios de desorden depresivo recurrente leve.
- C. Durante al menos alguno de los periodos de depresión al menos tres de los siguientes deben de estar presentes:
 1. Disminución en la actividad o energía
 2. Insomnio
 3. Pérdida de la auto-confianza o sentimientos inadecuados
 4. Dificultad para concentrarse
 5. Llanto frecuente
 6. Pérdida del interés en el sexo o otras actividades placenteras
 7. Sentimientos de desesperación o desesperanza

8. Percepción de inhabilidad para resolver las situaciones con las responsabilidades rutinarias de cada día
9. Pesimismo sobre el futuro o rumiaciones sobre el pasado
10. Abstinencia social
11. Disminución del habla

Nota: Si se desea, el tiempo de inicio puede ser especificado tempranamente (en la adolescencia tardía o al llegar a los 20 años) o tardíamente (usualmente entre los 30 y 50 años, seguidos de un episodio afectivo).

2.2.4 Diagnóstico diferencial de los trastornos depresivos

En el trastorno depresivo mayor y en la distimia se deben de tomar en cuenta las siguientes patologías para realizar un diagnóstico diferencial (Saddock, 2005):

- i. Patologías médicas: enfermedad de Parkinson, epilepsia, enfermedad cerebrovascular, tumores, SIDA, enfermedad tiroidea, etc.
- ii. Medicamentos: antihipertensivos, sedantes, hipnóticos, antipsicóticos, antiepilépticos, antiparkinsonianos, analgésicos y agentes antineoplásicos.
- iii. Abuso de alcohol o de drogas
- iv. Trastornos ansiosos: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés post trauma, trastorno obsesivo compulsivo
- v. Trastornos de la alimentación: bulimia y anorexia
- vi. Duelo no complicado: dos tercios de las personas que pierden a su pareja presentan síntomas depresivos en los primeros 3 meses después de la muerte. Por este motivo es un criterio de exclusión para episodio depresivo mayor.

- vii. Trastornos del estado de ánimo: trastorno afectivo bipolar tipo 1 y tipo 2, trastorno ciclotímico, trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica o inducido por sustancias.
- viii. Esquizofrenia
- ix. Trastorno esquizofreniforme
- x. Trastorno por somatización

Patologías médicas	Enfermedad de Parkinson	Epilepsia	Enfermedad cerebrovascular	Tumores	SIDA	Enfermedad tiroidea	
Medicamentos	Anti-hipertensivos	Sedantes	Hipnóticos	Antipsicóticos	Antineoplásicos	Antiparkinsonianos	Analgésico
Abuso de sustancias	Alcohol	Drogas					
Trastornos ansiosos	Ansiedad generalizada	Estrés postrauma	Trastorno obsesivo compulsivo				
Trastornos de alimentación	Bulimia	Anorexia					
Trastornos del estado de ánimo	Bipolar 1 y 2	Ciclotimia	Inducido por sustancias	Por enfermedad médica			
Trastornos psicóticos	Esquizofreniforme	Esquizofrenia					
Otros	Duelo no complicado	Trastorno por somatización					

Tabla 4: Diagnóstico diferencial de los trastornos depresivos

2.2.5 Curso y pronóstico de los trastornos depresivos

El 50% de los pacientes deprimidos presentan síntomas mucho antes de que se les diagnostique el episodio depresivo. Un episodio depresivo no tratado puede durar de 6 a 13 meses y con tratamiento farmacológico puede durar hasta 3 meses (Saddock, 2005).

Los episodios depresivos tienden a ser crónicos y la mayoría de los pacientes presentan recaídas. Los usuarios que han estado hospitalizados por un trastorno depresivo tienen un 50% de posibilidades de recuperarse en el primer año. Si las hospitalizaciones son frecuentes este porcentaje disminuye. Muchos de los pacientes

quedan afectados por un trastorno distímico. Aproximadamente un 25% de los pacientes experimentan una recaída del trastorno depresivo en los 6 meses después de haber sido dados de alta del hospital. Cuando una persona experimenta más episodios depresivos, el tiempo entre estos disminuye y la severidad del trastorno aumenta. El riesgo de recaída es menor si el paciente continúa tratamiento farmacológico y sólo ha presentado uno o dos episodios depresivos (Saddock, 2005).

Se consideran indicadores de buen pronóstico la ausencia de síntomas psicóticos, si el episodio depresivo fue leve y una estancia hospitalaria breve. Entre los indicadores de mal pronóstico se encuentran: la larga duración de los episodios, una disociación temporal entre el trastorno del estado del ánimo y los síntomas psiquiátricos y una historia premórbida de dificultades sociales (Sadock, 2005).

En el caso de la distimia un 50% de los pacientes experimenta un inicio insidioso de los síntomas antes de los 25 años. A pesar de esto, los pacientes suelen presentar la sintomatología depresiva por al menos una década antes de buscar ayuda. Si el inicio del trastorno distímico es temprano, los pacientes pueden progresar a un episodio depresivo mayor o a un trastorno bipolar tipo 1. Aproximadamente un 20% de los pacientes progresa a un episodio depresivo mayor, 15% a trastorno bipolar tipo 2 y un 5% a trastorno bipolar tipo 1. Solamente de un 10 a 15% de los pacientes se encuentran en remisión un año después de que se hizo el diagnóstico y un 25% nunca se recuperan del todo (Saddock, 2005).

2.3 Métodos diagnósticos

Los métodos de diagnóstico para el trastorno depresivo y el trastorno de conducta se basan en la historia clínica psiquiátrica. El manejo de estas historias clínicas dependen del Hospital en cuestión, la forma en que se recopila la información varía de un centro hospitalario a otro. En este estudio se revisarán las historias clínicas psiquiátricas utilizadas en el Hospital Nacional Psiquiátrico y el Hospital Nacional de Niños.

2.3.1 Hospital Nacional Psiquiátrico

En el Hospital Nacional Psiquiátrico se realiza el diagnóstico de trastorno depresivo en la madre mediante la entrevista psiquiátrica que se realiza utilizando la historia clínica y el examen mental del paciente (Rojas, 1992).

La historia clínica está compuesta por una ficha de identificación, circunstancias donde se realiza la entrevista, antecedentes personales patológicos (psiquiátricos y médicos), antecedentes heredofamiliares, historia familiar y personal, queja principal y padecimiento actual. Se realiza un examen mental y una formulación diagnóstica al niño (Rojas, 1992).

La ficha de identificación contempla: nombre completo, sexo, edad, estado civil, teléfono, religión, número de hijos, lugar de residencia, núcleo de convivencia, estatus socioeconómico, ocupación, escolaridad, fuente que da la historia clínica, y persona a quien notificar en caso de emergencia (Rojas, 1992).

Los antecedentes personales patológicos contienen los padecimientos psiquiátricos previos como por ejemplo: psicosis, depresión, ansiedad, abuso de alcohol y de sustancias ilícitas. Se describen después los antecedentes médicos como: hipertensión, diabetes, cardiopatías, alergias, hepatopatías, y trastornos neurológicos, entre otros. Se anotan también las intervenciones quirúrgicas o traumas que el paciente haya tenido. Además dentro de este apartado se encuentran los diagnósticos psiquiátricos previos del paciente, los tratamientos farmacológicos y el número de internamientos anteriores que ha tenido en cualquier servicio de psiquiatría (Rojas, 1992).

Los antecedentes heredofamiliares contemplan primero los de carácter psiquiátrico como depresión o psicosis, después los padecimientos médicos por ejemplo: cáncer, hipertensión, diabetes mellitus y enfermedades neurológicas. Finalmente se agregan los antecedentes familiares de tipo social como la drogadicción y consumo de alcohol (Rojas, 1992).

La historia familiar y personal del paciente se enfoca en los antecedentes no patológicos. En este apartado se habla sobre la familia de origen del paciente, su crianza, de donde provienen los padres, las diferencias sociales y económicas de las dos familias, situaciones de violencia intrafamiliar, número de hermanos, etc. En la historia personal se anota si fue un hijo deseado, la evolución del embarazo, cómo fue el parto y el desarrollo psicomotor del niño, relación con figuras de autoridad y con los pares, rendimiento escolar, historia de abuso (sexual, físico o emocional), primer contacto sexual, y relación con la pareja y con los hijos (Rojas, 1992).

En la queja principal se describe la molestia principal del paciente o el motivo por el cual vino a consultar. La queja principal va seguida por el padecimiento actual, que es donde se toma la historia de la enfermedad, desde su inicio hasta el presente. Se anotan los factores desencadenantes de la patología, cómo la enfermedad ha producido cambios en su vida y se describe detalladamente la sintomatología que el paciente presenta (Rojas, 1992).

2.3.2 Hospital Nacional de Niños

La historia clínica en el Hospital Nacional de Niños se utiliza para realizar el diagnóstico de trastorno de conducta, entre otras patologías que puede presentar el paciente. El formato utilizado también engloba la historia personal de ambos padres y la relación del niño con toda su familia.

La historia clínica está compuesta por: ficha de identificación, queja principal, padecimiento actual, historia de antecedentes personales psiquiátricos, antecedentes personales patológicos, antecedentes personales no patológicos, adolescencia, historia familiar, antecedentes patológicos familiares, examen mental, formulación diagnóstica, diagnósticos presuntivos y plan de tratamiento (Jaramillo, 2001).

La ficha de identificación está compuesta por el nombre del paciente, fecha de nacimiento, edad, sexo, estado civil, religión, nacionalidad, raza, escolaridad y lugar de estudio, personas y parentesco de los que viven con el menor en el hogar, dirección actual, teléfono, nombre del padre y de la madre, así como lugar y teléfono de ambos, persona que lo trae a consulta, persona, especialidad y ubicación de quién lo refirió y

que es lo que desean o cuales son las expectativas de los padres en cuanto a los psiquiatras del Hospital Nacional de Niños (Jaramillo, 2001).

La historia del padecimiento actual debe incluir el motivo por el que viene el menor, cuándo y cómo comenzaron los síntomas, la frecuencia del problema, el detonante del problema de acuerdo a los padres, que mejora o empeora el problema, si hay alteración del sueño, apetito, control de esfínteres, rendimiento escolar o de socializar, si se obtiene o no una ganancia secundaria con el problema, como ha afectado a la familia, si presenta síntomas afectivos, psicóticos, ansiosos o de comportamiento y si existen síntomas físicos que acompañen al problema. El tipo de ayuda que ha buscado anteriormente, si ha tomado algún tratamiento y porqué estos tratamientos no han funcionado (Jaramillo, 2001).

En los antecedentes personales psiquiátricos, se evalúa si el niño ha sido visto por un psiquiatra anteriormente, el motivo de abandono de tratamientos, si ha recibido tratamientos psicotrópicos previos. Dentro de este apartado, se incluye el nombre de los medicamentos, las fechas aproximadas en que los usó, la respuesta a los tratamientos y los efectos secundarios. La edad del primer tratamiento y de la primera hospitalización psiquiátrica (Jaramillo, 2001).

En los antecedentes personales patológicos se evalúa la audiometría, optometría, historia previa de: cirugías, hospitalizaciones, suturas, fracturas, alergias, síncope, traumas craneoencefálicos con o sin pérdida de conocimiento, convulsiones, vértigo, cefaleas o migrañas, tics motores o vocales, cardiopatías, trastornos visuales o sordera, vacunas completas, y enfermedades de la infancia. Se valora también el lugar y los

motivos del porqué el niño ha recibido atención médica, la visita y la frecuencia a los servicios de emergencias, y si toma o no algún medicamento. Si ingiere algún medicamento, se pregunta por el nombre, la dosis y la frecuencia. Además se incluye la historia de transfusiones y la existencia o no de consanguinidad en los padres (Jaramillo, 2001).

En los antecedentes personales no patológicos, se toma en cuenta la edad de la madre en el embarazo, la duración del embarazo, si fue deseado y si recibió control prenatal, el uso de drogas, alcohol o medicaciones en el embarazo, la existencia de violencia doméstica o traumas durante el embarazo, el número de embarazos, partos, abortos y el número de hijo que es el paciente. Se pregunta sobre antecedentes del parto, si fue parto hospitalario, el APGAR, circunferencia cefálica al nacer, talla y peso al nacer. Se valora si recibió lactancia materna y cómo era el paciente cuando era bebé, quién lo cuidó los primeros 3 años de vida, si tuvo un objeto transicional, a qué edad gateó, caminó, habló, controló esfínteres, se vistió solo y controló impulsos. Dentro de este apartado se incluye además quién cuidó al niño después de los 4 años, como es el manejo de límites en el hogar, el tipo de castigos que le imponen y si en ha tenido alguna intervención por el Patronato Nacional de la Infancia (Jaramillo, 2001).

Se describe en este apartado cómo es la relación del menor con los padres, hermanos, otros familiares, compañeros, maestros, vecinos y si tiene un mejor amigo. Se valora la cantidad de horas que pasa viendo televisión, cuales son los programas favoritos, si practica algún deporte, si tiene algún pasatiempo y si la familia realiza actividades en conjunto para divertirse (Jaramillo, 2001).

En cuanto a la adaptación escolar se describe el funcionamiento escolar previo al problema actual, los grados repetidos, si ha habido cambios de escuela y el motivo, la existencia de fobia escolar, adecuaciones curriculares, problemas de comportamiento, suspensiones y si disfruta de la escuela (Jaramillo, 2001).

En los antecedentes personales no patológicos se incluye la existencia o no de alguna forma de abuso físico, sexual, negligencia o emocional. La edad del niño en el tiempo del abuso, si se planteó una denuncia legal, y si se comprobó el abuso. También se describe la relación del perpetrador con el paciente, si actualmente el niño tiene algún contacto con el perpetrador, la reacción de los padres a los hechos descubiertos y las secuelas en el paciente (Jaramillo, 2001).

En el apartado de historia familiar se describe los antecedentes de ambos padres, en cuanto a infancia, disciplina recibida en la infancia, patrones de crianza, educación académica, estado de salud, adicciones, historia laboral, relación con los propios padres, hermanos, matrimonios previos y relación con los propios hijos, Además se describe la historia de la relación de la pareja. Se incluye en esta sección los nombres, edades, sexo y enfermedades de los hermanos del paciente. Además se describe las condiciones socioeconómicas de la familia: ingresos, condiciones de la casa, si es propia o alquilada, si existe hacinamiento, acceso a agua, luz, teléfono, número de cuartos, materiales de la casa y las características del vecindario (Jaramillo, 2001).

2.4 Examen mental para trastorno depresivo y trastorno de conducta.

La herramienta diagnóstica por excelencia en psiquiatría es el examen mental, ya que permite realizar el diagnóstico principal; además de diagnósticos diferenciales y

observar otras patologías que podrían relacionarse o no con el diagnóstico principal. A continuación se describen los factores más sobresalientes de los diagnósticos metales en trastornos depresivos y de conducta.

2.4.1 Examen mental en trastornos depresivos

El examen mental es la herramienta esencial para lograr realizar un diagnóstico asertivo en cualquier trastorno psiquiátrico. Éste se divide en diferentes apartados que se valoran cuando se realiza la historia clínica del paciente y en cada evaluación.

Los componentes del examen mental son los siguientes: apariencia general, actitud y comportamiento, afecto, pensamiento, sensopercepción, sensorio y capacidad intelectual, juicio, introspección, confiabilidad e impresión diagnóstica (Rojas, 1992).

En la apariencia general, se puede observar que el síntoma más común de la depresión es el retardo psicomotor y en algunos casos se puede observar una agitación psicomotora. Si el episodio depresivo es severo se puede observar que no hay movimientos espontáneos y una mirada poco expresiva. El discurso de estos pacientes, se encuentra afectado y responden a las preguntas muy lentamente o con monosílabos (Saddock, 2005).

El afecto depresivo es la clave para el diagnóstico, aunque según Saddock et al (2005), cerca de un 50% de los pacientes niegan los síntomas depresivos o no aparentan estar particularmente depresivos.

En cuanto a la evaluación del pensamiento lo más común es que el paciente presente visiones negativas acerca del mundo y de sí mismo. Por lo general, el contenido del pensamiento va a presentar ideas rumiantes de culpa, pérdida, suicidio, y muerte. Se puede encontrar además bloqueos del pensamiento y un contenido pobre (Saddock, 2005).

Los pacientes depresivos, pueden presentar trastornos sensoperceptivos, en el caso que la depresión presente síntomas psicóticos. Si las alucinaciones e ideas delirantes son congruentes con el estado de ánimo del paciente, se van a presentar como ideas de culpa, pecado, fracaso, persecución, etc. (Saddock, 2005).

En cuanto al sensorio y la cognición, la memoria por lo general se encuentra alterada, ya que presenta una disminución en la concentración y olvidos frecuentes. Un paciente depresivo no va a mostrar alteraciones en la orientación (Saddock, 2005).

El juicio y la capacidad de introspección se evalúan mejor realizando una revisión de las acciones recientes del paciente y mediante su comportamiento durante la entrevista. Otra manera de evaluar el juicio es preguntándole al paciente sobre que haría en determinada situación, como por ejemplo en caso de una emergencia (Rojas, 1992).

2.4.2 Examen mental en niños

El examen mental que se realiza en niños es muy diferente al realizado en los adultos. Está compuesto por 8 apartados diferentes, que son: apariencia, afecto, percepción, pensamiento, cognoscitivo, juicio, introspección y opiniones del niño (Jaramillo, 2005)

Estos apartados se describen a continuación:

- i. Apariencia: se describe la apariencia física, el estado nutricional, vestimenta y cuidado personal, actitud hacia el entrevistador, si es un niño social o tímido, expresión facial del niño, contacto visual, marcha y postura, actividad motriz del niño (tics o movimientos involuntarios), habla espontánea, lenguaje adecuado para la edad, velocidad, articulación, pronunciación, volumen, gramática y si el discurso tiene lógica, conductas exploratorias, si es juguetón, la capacidad de conductas organizadas, la relación del niño con sus padres durante la entrevista y las conductas cooperadoras (Jarramillo, 2005).
- ii. Afecto: se valora el afecto observado por el entrevistador, cómo dice el niño que se siente, y si el afecto observado por el entrevistador es congruente con el descrito por el niño (Jaramillo, 2001).
- iii. Percepción: se valora por la presencia de alucinaciones, ilusiones, sensación de realización e ideas de referencia (Jaramillo, 2001).
- iv. Pensamiento: se incluye el proceso (autista o normal), productividad (lenta, rápida o bloqueos), continuidad (coherente, parece entender lo que se le pide), contenido (ideas delirantes, obsesivas, preocupaciones, ideación suicida u homicida, perseverancia, alucinaciones; fascinación con objetos mecánicos) y la asociación de ideas (Jaramillo, 2001).

- v. Cognoscitivo: se valora inteligencia, orientación, memoria, atención y concentración y capacidad de cálculo (Jaramillo, 2001).
- vi. Juicio: se le pregunta al niño si sabe distinguir entre fantasía o realidad, si sabe lo que es mentir, si alguna vez ha mentido, y lo que pasa cuando miente, y si comprende las consecuencias de sus actos (Jaramillo, 2001).
- vii. Introspección: se evalúa si el niño sabe el motivo por el cual es traído a consulta, si siente que tiene algún problema y porqué cree que tiene algún problema (Jaramillo, 2001).
- viii. Opiniones del niño: se le pide al paciente que realice un dibujo de su familia. Se le pregunta que quiere ser cuando sea grande y que pida tres deseos. Se interroga acerca de quién es el más triste, más feliz, más bravo, más bueno y más malo de su familia. Si alguna vez alguien lo ha tocado en sus partes privadas, si tiene sueños feos o bonitos. Se pide que cuente a que le gusta jugar, que hace cuando está triste, bravo, o feliz. Si lo molestan en la escuela y que es lo que le da más miedo (Jaramillo, 2001).

El niño con un trastorno de conducta por lo general, en la entrevista es poco cooperador, hostil y provocador. Usualmente niegan tener algún problema e intentan justificar sus problemas de conducta. Estos pacientes, tienden a enojarse con el entrevistador, ya que les cuestiona su comportamiento. La hostilidad que presentan no

es solamente con figuras de autoridad, sino también con sus pares e incluso maltratan físicamente a niños menores que ellos (Saddock, 2005).

CAPITULO 3

Metodología

La siguiente investigación es de carácter monográfico debido a su amplitud y trata un tema específico de la psiquiatría. Debido a que se tomaron en cuenta las publicaciones desde el año 1995 al 2012 es un estudio actual.

La naturaleza de este estudio es teórica, debido a que se toman las discusiones y resultados realizados por otros autores. Se clasifica como descriptivo, debido a que se limita a describir los resultados expuesto por otros autores en la literatura internacional. También es secundaria, debido a sus fuentes, porque son datos y hechos tomados por diferentes personas para otros fines y estudios diferentes.

La metodología de este estudio pretende recoger suficiente información de la literatura internacional con el fin de satisfacer los cuestionamientos generados en el objetivo general y cumplir los planteamientos de los objetivos específicos, mediante el análisis de información de fuentes secundarias.

Para la realización de este estudio se utilizaron referencias bibliográficas que incluyeron: estudios clínicos, metanálisis, y revisiones de resultados publicados anteriormente en la literatura. Se utilizaron referencias bibliográficas para las referencias teóricas del tema, y se analizaron diferentes estudios obtenidos de diversas bases de datos (Cochrane, EMBASE, EBSCO, HINARI, Medline y PubMed).

Los estudios fueron seleccionados con base a los siguientes criterios:

- i. Artículos publicados entre el año 1995 y 2012.
- ii. Estudios de mujeres, madres que en alguna etapa de su vida hayan presentado un trastorno depresivo.
- iii. Artículos que relacionen el trastorno depresivo en la mujer con el desarrollo de problemas de conducta en sus hijos.
- iv. Todos los artículos se encontraban en el idioma inglés o en español.
- v. No importó el país donde se realizó el estudio.
- vi. La última búsqueda de artículos fue el 30 de abril del 2012.
- vii. Se utilizaron como límites de búsqueda de bases de datos: el tipo de artículo (estudios clínicos, meta-análisis, revisiones integradas científicas y artículos de revista), lenguaje (inglés y español), especie (humano), género (femenino), edad (niños hasta los 12 años).
- viii. Como palabras claves para la búsqueda se utilizaron: “maternal depression”, “postpartum depression”, “behavioral problems”, “conduct disorder”, “maternal depression and conduct disorder”, “antisocial personality in children”, “major depression disorder”, “disruptive behavior”, “externalizing problems” y sus equivalentes en el idioma español.

- ix. Se excluyeron las publicaciones: realizadas antes del año 1995, las que contemplaban el “baby blues” en la madre, las que no fueran en idioma español o inglés, las que relacionaban el desarrollo del trastorno de conducta con el uso de sustancias en la madre, las que tuvieran comorbilidad del trastorno de conducta con el trastorno de déficit atencional e hiperactividad, las que hablaran del trastorno oposicionista desafiante, las que se relacionaran con hallazgos genéticos y las que incluyeran niños mayores de los 12 años.

- x. En total se revisaron 32 artículos, de los cuales 22 cumplían los criterios de inclusión.

CAPITULO 4

Análisis de Estudios de Trastorno Depresivo y Trastorno de Conducta

4.1 Bordallo A, Zagalaz A, et al. (1995):

Bordallo A et al, en 1995 publicaron un artículo llamado “Trastornos de conducta infantiles en medios socioeconómicos diferentes”, el cual incluyó una muestra de 262 niños de ambos sexos, 163 de colegio privado y 99 de colegio público. Se diseñó un cuestionario sobre los factores de riesgo más significativos como las conductas disruptivas concentradas dentro del diagnóstico de trastorno disocial en la infancia según el CIE-10 (Bordallo et al, 1995).

Del total de la muestra un 13.7% presentó conductas disruptivas frecuentes, en 86.3% la frecuencia era escasa. El porcentaje es más importante en el colegio público. La división por sexos, mostró un claro predominio de conductas disruptivas en varones del colegio público: 21.3% de los hombres, frente a un 8.7% de las mujeres (Bordallo et al, 1995).

La investigación de Bordallo A y colaboradores pretende relacionar la presencia de conductas disruptivas con los siguientes factores de riesgo: sexo, grado de intimidad (compartir el dormitorio, presencia de un adulto en el dormitorio, presencia de 3 hermanos en el dormitorio), estructura familiar (familia con más de 3 hermanos que fue significativo en el colegio público, lugar que ocupa entre los hermanos y presencia en el domicilio de la familia nuclear), ambiente familiar (discusión con los padres, discusión entre los padres, ver peleas entre los padres), características de los padres (situación

laboral del padre, edad de la madre al nacimiento de niño y consumo de alcohol en el padre) y empleo del tiempo libre del menor (Bordallo et al, 1995).

El estudio concluyó que los varones presentan más trastorno de conducta que las mujeres y que a menor grado de intimidad la frecuencia de la patología es mayor. Con respecto a la estructura familiar, los cambios en la estructura familiar no son una variable tan determinante en la presencia de este tipo de trastorno. El discutir con los padres salió significativo en ambos colegios y el hecho de que el padre no trabaje sólo es significativo como predictor de problemas de conducta en niveles socioeconómicos medio-altos. No se encontró que el consumo de alcohol en los padre predispone al desarrollo de conductas problemáticas. Los niños con trastorno de conducta suelen compartir menos actividades con el padre y no desea estar cerca de la figura que lo reprime o castiga, la madre. En niveles más desfavorecidos la madre suele trabajar dentro de la casa y por lo tanto es la figura que regaña, castiga y hace cumplir las normas (Bordallo et al, 1995).

4.2 Harnish J, Dodge K, et al. (1995):

En el año 1995, Harnish J et al, publicaron un artículo denominado “Calidad de las interacción madre-hijo como mediador parcial del rol de la sintomatología depresiva en la madre y el estatus socioeconómico en el desarrollo de problemas de conducta en el niño”. En esta revisión se investiga la relación entre los síntomas depresivos de la madre y el desarrollo de problemas de conducta en niños (Harnish et al, 1995).

Este estudio involucró 386 participantes de diferentes regiones de Estados Unidos. La edad de los niños de la investigación era de 6.52 años, un 51.2% era de sexo

masculino, 40.3% eran provenientes de familias con un solo padre y 60.7% tenía un nivel socioeconómico bajo. Se valoró además los síntomas de trastorno de conducta en la escuela, la interacción de la relación madre-hijo, y la presencia de síntomas depresivos en la madre (Harnish et al, 1995).

Estos autores encontraron que la sintomatología depresiva en la madre se asoció de una manera significativa con la presencia de problemas de conducta en niños. Además la presencia de depresión materna iba a afectar la calidad de la interacción madre-hijo y por lo tanto promueve el inicio de dificultades en la conducta del menor. El poseer un estatus socioeconómico bajo se encontraba íntimamente relacionado con el desarrollo del trastorno de conducta (Harnish et al, 1995).

El estudio concluyó que las madres que reportaban un aumento en la sintomatología depresiva no interactuaban de una manera positiva con su hijo. Esto puede deberse a muchas razones como: anhedonia, irritabilidad, y sentimientos de tristeza o de que no vale la pena nada. Además el niño no va a responder adecuadamente a las demandas de la madre debido a que no son efectivas, y el resultado es una interacción negativa entre la madre y el hijo. Los niños que experimentan una interacción negativa con la madre son más proclives a desarrollar problemas de conducta porque no adquieren las habilidades adecuadas y por lo tanto responden de una manera negativa. Otra conclusión del artículo fue que los niños con un estatus socioeconómico bajo presentaban mayores niveles de problemas de conducta que sus pares (Harnish et al, 1995).

4.3 Murray L, Cooper J (1997):

En relación con el artículo publicado por Murray L et al, se intenta comparar el desarrollo cognitivo de niños de madres depresivas con hijos de madres que no tuvieron depresión. Se realizó una comparación de estos dos grupos, cuando los niños tenían 18 meses de edad (Murray et al, 1997).

Se describe como el impacto de la depresión postnatal en el niño lo afecta de 3 maneras diferentes (Murray et al, 1997):

- i. Calidad del funcionamiento interpersonal del infante: se observa la relación de la madre con el infante. Se encontró que los niños cuyas madres presentaban depresión compartían menos afectivamente, mostraban menos conductas interactivas y más respuestas negativas.
- ii. Calidad del apego en el niño: a los 18 meses, los niños mostraban un apego inseguro cuando su madre estaba deprimida.
- iii. Nivel de problemas de conducta: las mujeres que experimentaron depresión post parto reportaban mayor número de dificultades de conducta en el niño. Las que más se reportaron fueron: berrinches, dificultades a la hora de dormir y comer y problemas al separarse de la madre.

Los mecanismos que median la asociación entre depresión materna y adversidades en el infante, son las siguientes (Murray et al, 1997):

- i. La exposición del niño a los síntomas depresivos: se considera el factor ambiental más importante. Hay estudios contradictorios con respecto a esto, ya que algunos han encontrado que la exposición de una manera crónica y prolongada a la depresión materna produce un apego inseguro en el niño a los 18 meses de edad y otras investigaciones han encontrado que para que se desarrolle esto, tienen que intervenir otros factores.
- ii. Dificultades parentales asociadas con la ocurrencia de la depresión materna: se halló que las madres depresivas interactúan pobremente con sus hijos. Por lo tanto se concluye que la calidad de la interacción materna, en lugar de la depresión, es la principal causa de déficits cognitivos y de dificultades de conducta en los niños. Los niños de madres poco comprometidas mostraban más síntomas conductuales.
- iii. Factores asociados: un medio ambiente adverso con características como el hacinamiento, la pobreza y dificultades maritales, contribuyen al desarrollo de problemas conductuales. No se puede dejar de lado los factores genéticos, ya que nuevos estudios han señalado que las relaciones entre padres e hijos tienen influencia bidireccional. Por este motivo existe la posibilidad que el mal pronóstico del niño, las dificultades parentales, y la depresión materna puede estar influenciada por factores infantiles.

El estudio concluye, que es evidente que la depresión postnatal afecta la relación madre-niño y el desarrollo del infante. Los efectos adversos de la depresión parecen estar mediados a través de asociaciones con las cogniciones maternas y las capacidades parentales. El impacto es peor cuando el episodio depresivo es severo y prolongado y cuando ocurre en un medio social adverso (Murray et al, 1997).

4.4 Dorado M, Jané M (2001):

El estudio realizado por Dorado M et al, en el 2001, llamado “La conducta agresiva en preescolares: revisión de factores implicados y evolución”, se refiere a los diversos factores que afectan el desarrollo de conductas agresivas (Dorado et al, 2001).

Los diferentes factores que influyen las conductas agresivas del infante son (Dorado et al, 2001):

- i. Temperamento del menor.
- ii. Condición cognitiva: los niños con problemas de conducta suelen tener dificultades en la lectura y déficits en las habilidades verbales.
- iii. Diferencias de sexo: el trastorno de conducta se ve más en el sexo masculino.

- iv. Factores familiares: depresión materna, rasgos antisociales en el padre, distanciamiento de uno de los padres, pobre armonía familiar.
- v. Contexto social: estratos socioeconómicos bajos.

La agresividad persistente se puede observar si el inicio de ésta es precoz, los niños muestran un gran abanico de sintomatología hostil tanto en la casa como en la escuela, tienen problemas de hiperactividad y desarrollan conductas antisociales encubiertas como robar o mentir durante los primeros años escolares (Dorado et al, 2001).

El artículo concluye que la conducta agresiva tiene una génesis y una evolución multifactorial y que se debería estudiar más, con el fin de encontrar maneras prácticas más adecuadas que contrarresten el efecto negativo de las situaciones de riesgo (Dorado et al, 2001).

4.5 Grace S.L, Evindar A, Stewart D (2003):

El artículo publicado por Grace S.L et al, en el año 2003, denominado “Efecto de la Depresión Postparto en el desarrollo cognitivo y conductual del niño: una revisión y análisis crítico de la literatura”, presenta una revisión desde 1990 hasta el 2003 de múltiples autores sobre la depresión postparto y sus efectos en la conducta del niño (Grace et al, 2003).

En este estudio se cita 5 ensayos publicados por Murray con respecto al desarrollo cognitivo del niño. Los estudios realizados por Murray fueron hechos en el

Reino Unido entre el año 1986 y 1988. Los criterios de inclusión fueron: mujeres primíparas, entre los 20 y 40 años, casadas o en unión libre, con un embarazo entre las 37 y 42 semanas y que pretendían ser la cuidadora principal del bebé. A las 6 semanas después del parto mediante la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo se les diagnosticó con depresión postparto (Grace et al, 2003).

De acuerdo a Grace S.L et al, el primer estudio que realizó Murray se basó en examinar los efectos del objeto según Piaget a los 9 y a los 18 meses de edad. A los 9 meses de edad los niños de madres depresivas fallaban esta tarea. Lo mismo ocurría cuando el niño tenía 18 meses de edad. En el segundo estudio realizado por Murray, se comparó el discurso de la madre con su hijo durante a los 2 ó 3 meses postparto y su efecto en el desarrollo cognitivo a los 9 y 18 meses. Se concluyó que el discurso del infante a la edad de 9 meses era influenciado por la presencia de depresión post parto en la madre. En el tercer artículo realizado por Murray se examinó la interacción de adversidades en la vida, el sexo del niño, y la depresión postparto con el desarrollo cognitivo del infante a los 18 meses. Se encontró que los niños de sexo masculino eran los más afectados por estos factores de riesgo. El cuarto estudio realizado por el mismo autor fue con la misma muestra sólo que a los 5 años y se concluyó que la pobre función cognitiva se podía predecir mediante experiencias tempranas de la vida, como la insensibilidad de la interacción materna, la clase social y para los hombres el número de meses de escuela. En la investigación final realizada por Murray se presentaron los puntajes que los maestros de escuela otorgaron a la muestra cuando tenían 5 años de edad, con respecto a la conducta de los niños. Los niños de sexo masculino de un estatus socioeconómico bajo y cuya madre tenía depresión, tenían resultados más altos para problemas de conducta (Grace et al, 2003).

El artículo realizado por Grace S.L y colaboradores cita un estudio longitudinal realizado por Hay y colegas, en el cual se comparó un grupo de 60 niños cuyas madres se encontraban depresivas con 75 niños cuyas madres no tenían ninguna sintomatología. Los resultados mostraron que los hijos de madres depresivas tenían menos habilidades motoras y verbales. Este efecto era específico para niños varones cuyas madres tuvieron depresión postparto (Grace et al, 2003).

En el artículo realizado por Grace S.L et al, también se cita un artículo realizado por Kurstjens y Wolke, del 2001, en el que valoraron un total de 1329 madres y a sus hijos. Se tomaron 721 madres como casos controles y 92 tenían el diagnóstico de depresión post parto. Kustjens et al., concluyeron que la exposición a la depresión crónica afecta a los niños de sexo masculino y que presentar un estatus socioeconómico bajo se relacionaba con bajos niveles cognitivos (Grace et al, 2003).

En la investigación hecha por Grace S.L et al, se revisa una publicación realizada por Philipps y O`Hara, en la cual estudian los efectos de la depresión materna en la conducta del niño. Ellos reclutaron 70 madres con depresión postparto y sus hijos, donde se les evaluó por síntomas conductuales y se encontró que no mostraban síntomas estadísticamente significativos. Esto variaba si la depresión en la madre era recurrente y se presentaba 4 años después, ya que sí se encontró relación entre los síntomas depresivos y los problemas de conducta durante este período de tiempo (Grace et al, 2003).

En esta revisión, se cita a Brennan et al., que en el año 2000, investigaron a 5000 niños y a sus madres. Ellos concluyeron que la depresión postparto no tiene gran influencia en el desarrollo del niño, pero que la educación materna y la depresión crónica y severa en la madre si ejerce una gran influencia en el infante. La depresión materna se correlaciona con problemas de conducta a los 6 meses después y 5 años más tarde (Grace et al, 2003).

Por último Grace S.L et al menciona una investigación realizada por Sinclair et al en 1995, este estudio concluyó que mediante evaluaciones realizadas por las profesoras, la conducta del niño a la edad de 5 años sí se relacionaba con el sexo del menor presentándose más sintomatología conductual en varones (Grace et al, 2003).

4.6 Cohen J, Moffitt T, Taylor A, et al. (2005)

En el 2005, Cohen J et al, publicaron un artículo titulado “Depresión Materna y el Comportamiento Antisocial del Niño”, en el cual plantean la hipótesis de que las madres depresivas tienen rasgos de personalidad antisociales comórbidos, que estas mujeres tienden a emparejarse con hombres con personalidad antisocial y que los niños de estas uniones heredan ésta psicopatología (Cohen et al, 2005).

Este estudio utilizó 1116 pares de gemelos y sus madres. Se evaluó por síntomas depresivos a la madre cuando sus hijos tenían 5 años y el 28% cumplía criterios para episodio depresivo mayor. La edad promedio de las madres era de 33 años. Los niños se valoraron por problemas de conducta cuando tenían 5 años y nuevamente a los 7 años (Cohen et al, 2005).

El artículo encontró que los episodios depresivos que ocurrían posteriores al nacimiento del niño se relacionaban con problemas de conducta, pero los ocurridos prenatalmente no. Además si la madre mostraba síntomas de depresión cuando el niño tenía 7 años esto incrementaba el riesgo para rasgos de personalidad antisocial en el menor. El artículo también concluyó que la depresión materna se encontraba significativamente asociada con la elección de una pareja con personalidad antisocial. La personalidad antisocial del padre, también se correlacionaba con el desarrollo del trastorno de conducta en el hijo. Debido a estos hallazgos, se puede concluir que existe un 69% de probabilidades de que el trastorno de personalidad antisocial sea heredable (Cohen et al, 2005).

4.7 McCue S, Briggs-Gowan M, Storfer-Isser A, et al (2007).

El artículo publicado por McCue S et al, en el 2007, denominado “Prevalencia, correlación y Persistencia de la depresión materna”, presenta una revisión realizada durante un período comprendido entre 1995 hasta 1997, con un total de 1208 madres sometidas a diferentes evaluaciones en el Hospital de New Haven en Connecticut, y por medio de análisis se documentó la prevalencia, correlación, predictores de persistencia e incidencia de síntomas depresivos en las madres de niños pequeños (McCue et al, 2003).

En el estudio realizado se tomaron en cuenta las siguientes variables (McCue et al, 2003):

- i. Información sobre el nacimiento: peso del niño al nacer, edad gestacional, APGAR al minuto y a los 5 minutos, edad de los padres, educación materna, raza de la madre.
- ii. Variables sociodemográficas: sexo del niño, etnia, número de hijo, edad materna, educación parental, estatus marital, ingresos en el hogar y quién cuidaba al menor.
- iii. Demandas financieras: madres reportaron las dificultades de pagar las cuentas en una escala de 5 puntos que iba de fácil a difícil.
- iv. Salud física: las madres reportaron la salud física del niño en una escala del 1 al 5, que iba de pobre a excelente. También se reportó la salud materna utilizando la misma escala.
- v. Síntomas ansiosos en la madre: mediante el Inventario de Ansiedad de Beck, las madres reportaban sintomatología ansiosa. Los puntajes superiores a 16 se consideraban con síntomas ansiosos elevados.
- vi. Funcionamiento familiar: las madres utilizaban una escala de valoración de conflictos familiares, en la cual puntajes por debajo de 4 se consideraban como mal funcionamiento familiar.
- vii. Eventos de la vida: se utilizó una adaptación del Inventario de Eventos de la Vida. Las madres que reportaban al menos 3 eventos estresantes en

la vida o al menos 5 eventos estresantes en la vida de los padres se les consideraba como un puntaje alto.

- viii. Estrés parental: se midió mediante escalas, el rol de la madre y la percepción de ella con respecto a la relación con su hijo.
- ix. Características de la pareja o esposo: mediante un cuestionario se midió la calidad de la relación de la madre y su pareja.
- x. Sintomatología depresiva en la madre: se utilizó un cuestionario de 20 preguntas para medir los síntomas depresivos, y si tenía un puntaje superior a 16 se consideraba con un episodio depresivo.

Los resultados de este estudio demostraron que un 16% de las madres mostraban síntomas depresivos al inicio de la evaluación y al año el porcentaje aumentaba a 18.5%. La edad media de las participantes fue de 31.5 años. La mayoría tenía una educación colegial, un quinto eran solteras, 6.8% eran desempleadas, 25.7% se dedicaban exclusivamente al hogar, 19.1% vivían en pobreza y 15.9% vivían casi en la pobreza. Un 24.2% de las mujeres reportaba que sus parejas tenían una educación colegial o menos. La edad media de los niños era de 24.2 años y variaba desde los 11.5 meses hasta los 42.1 meses (McCue et al, 2003).

Se encontró que el elevado reporte de síntomas depresivos se asociaba a diversos factores como: edad materna joven, pobre educación materna, desempleo, formar parte

de una minoría racial, mala salud física materna, ser madre soltera, dificultad pagando las cuentas, altos síntomas ansiosos, aumento en los conflictos familiares, alto estrés en los padres, y poco apoyo social. Entre las mujeres que tenían pareja se observó que una mala relación marital, una baja educación en los padres y una pareja poco involucrada, se asociaba al desarrollo de sintomatología depresiva (McCue et al, 2003).

Los resultados del estudio concluyeron que las mujeres que reportaron mayor dificultad al pagar las cuentas, tenían menor calidad de salud física, mayores niveles de ansiedad, mayor estrés parental e hijos menores de 18 meses, tenían mas probabilidad de presentar sintomatología depresiva en la evaluación inicial comparado con mujeres sin éstas características (McCue et al, 2003).

La investigación halló que la persistencia de síntomas depresivos se relacionaba con tener menor educación, altos niveles de ansiedad y mayor cantidad de conflictos familiares. Mientras que el estatus marital, la pobreza, la salud materna y el soporte social no se relacionaban con la persistencia de la depresión (McCue et al, 2003).

McCue S et al, demostraron que los síntomas depresivos más prevalentes fueron en madres de niños de 11 a 42 meses de edad , ya que 18.5% mostraban depresión. Un 46.3% de las mujeres con síntomas depresivos al inicio de la evaluación continuaban con ellos al año. Esto demuestra que una porción sustancial de la muestra no tenía síntomas depresivos de una manera transitoria (McCue et al, 2003).

Otra conclusión que presenta este estudio es que hay predictores importantes para el desarrollo de la depresión en la madre como son: una educación baja, mala salud materna, estrés parental alto, y eventos estresantes de la vida de la madre y del niño (McCue et al, 2003).

4.8 Josséfsson A, Sydsjo G (2007)

El estudio realizado por Josséfsson A et al, llamado “Un estudio de seguimiento en la depresión postparto: síntomas depresivos recurrentes en la madre y la conducta del niño después de cuatro años”, compara mujeres que tienen depresión postparto con las que no la tienen y las consecuencias de la depresión en los niños de estas mujeres cuando éstos cumplieron 4 años. El estudio valoró a 1489 mujeres que presentaron síntomas depresivos a las 6 semanas después del parto y a los 6 meses, entre los años 1997 a 1999, en una región al sureste de Suecia (Josséfsson et al, 2007).

Los resultados del estudio encontraron que las mujeres que habían experimentado síntomas depresivos postnatales tenían una posibilidad 4 veces mayor para continuar presentándolos en la entrevista de seguimiento. También las mujeres que usaban tratamiento antidepresivo después del parto, continuaban usando más tratamiento 4 años más tarde en comparación con mujeres que tenían síntomas depresivos fuera del período postparto. La investigación halló que tanto la depresión postparto como los síntomas depresivos que continuaban después de este período influenciaba la conducta del niño a los 4 años y los niños varones mostraban mayores síntomas conductuales que las niñas (Josséfsson et al, 2007).

Josefsson A y colaboradores, descubrieron que las mujeres con una historia de depresión postparto eran más proclives a desarrollar síntomas depresivos Subsecuentes (Josefsson et al, 2007).

La depresión materna también afecta la conducta del niño. Las madres que mostraron síntomas depresivos en el período postparto y cuando su hijo tenía 4 años, tienden a calificar la conducta del niño como altamente problemática. Esto sugiere que el tiempo en que ocurra la depresión materna tiene mayor impacto en niños de sexo masculino (Josefsson et al, 2007).

Se concluye que las mujeres que presentaron un episodio de depresión postparto constituyen un grupo de riesgo para futuros episodios depresivos y tienen una percepción negativa de la conducta del niño (Josefsson et al, 2007).

4.9 Olin T, Pettit J, Klein D, et al (2007)

En la revisión realizada por Olin T et al, llamada “Influencia del trastorno depresivo mayor de los padres y los abuelos en los problemas de conducta durante la infancia temprana: un estudio de tres generaciones”, reporta la relación entre abuelos y padres y el desarrollo de problemas de conducta en los nietos. El estudio abarca 166 familias durante un período entre los años 1987 a 1999 en Estados Unidos (Olin et al, 2007).

El estudio encontró que la depresión en los padres pero no en los abuelos, se correlacionaba con el desarrollo de síntomas de conducta si el niño es de sexo

masculino. Los niños presentaban más síntomas conductuales si la depresión parental se asociaba con ansiedad en los padres. Si los abuelos presentan síntomas ansiosos no se relaciona con el desarrollo de síntomas conductuales en el infante (Olinio et al, 2007).

De acuerdo a la información recopilada por Olinio T et al (2007), se concluye que los padres con trastornos depresivos-ansiosos presentan conductas parentales maladaptativas e inconsistentes con sus hijos, por lo que puede generar el desarrollo de sintomatología conductual en los hijos (Olinio et al, 2007).

4.10 Trapolini C, McMahon C, Ungerer J (2007)

El artículo realizado por Trapolini C et al, titulado “El efecto de la depresión materna y los ajustes matrimoniales en los problemas de conducta externos e internos”, del 2007 investiga sobre los efectos de los problemas de conducta cuando el niño ha sido expuesto a depresión materna transitoria a crónica en el hogar y en la escuela (Trapolini et al, 2007).

La investigación realizada por Trapolini C et al, incluyó una muestra de 92 madres y sus hijos, que fueron evaluados a la edad de 4, 12 y 15 meses. El 87% de las madres se encontraban casadas o tenían una relación con el padre del niño, el 13% de las madres estaban separadas, divorciadas o solteras. Otro factor que se tomó en cuenta en este estudio fue el trabajo, ya que 15% de las madres tenía empleo a tiempo completo, 44% trabajaba medio tiempo, 39% eran amas de casas y un 2% eran estudiantes (Trapolini et al, 2007).

El estudio midió la depresión de las madres 4 meses después de que naciera su hijo y cuando éste tenía 15 meses de edad. A las madres se les clasificó de acuerdo a la presencia o ausencia de síntomas depresivos en: nunca habían estado deprimidas, de vez en cuando se deprimen y siempre están deprimidas. También se realizaron entrevistas con la pareja de las madres con el fin de determinar la existencia de conflictos o ajustes maritales. Por último a las maestras de los niños, se les entrevistó con el fin de determinar conductas problemáticas en sus estudiantes durante los últimos 2 meses (Trapolini et al, 2007).

Cuando se realizó la evaluación del comportamiento del infante, se observó que las madres que se encontraban depresivas reportaban 3 veces más problemas de conducta en sus hijos, por lo tanto la depresión materna se asocia a un mayor reporte de trastorno de conducta. Se observó que si la madre se encontraba crónicamente deprimida reportaba más problemas de conducta en sus hijos y los encontraba mucho más problemáticos. Además se encontró que un conflicto marital o un pobre ajuste a los problemas maritales puede mediar la relación entre la depresión en la madre y los problemas de conducta en los niños (Trapolini et al, 2007).

El estudio concluyó que las madres reportan las dificultades de conductas en sus hijos como más severas y que los síntomas depresivos pueden distorsionar las percepciones maternas y la tolerancia con respecto al comportamiento del niño. Además las madres que eran portadoras de un trastorno depresivo crónico reportaban más conflictos maritales y por ende mayores problemas de conducta en sus hijos. Por lo expuesto anteriormente, se puede concluir que la depresión crónica es un factor de

riesgo importante asociado al desarrollo del trastorno de conducta (Trapolini et al, 2007).

4.11 Hill J, Murray L, et al (2008)

El artículo publicado por Hill J et al. en el 2008, llamado “Las dinámicas de la amenaza, miedo, e intencionalidad en los trastornos de conducta: conclusiones longitudinales en niños de madre con depresión postnatal”, se examinaron 47 niños de madres con depresión postnatal y 35 niños sanos a la edad de 18 meses en Inglaterra. El estudio trata de correlacionar la depresión post natal con el desarrollo de trastorno de conducta (Hill et al, 2008).

Las medidas que se utilizaron en el estudio fueron las siguientes (Hill et al, 2008).:

- i. Apego del infante a los 18 meses de edad: se valoró la calidad del apego del niño con la madre.
- ii. Evaluación a la edad de 5 años: se evaluó si la madre había presentado algún episodio depresivo mayor cuando el niño tenía 18 meses hasta el presente. También se evaluó si el niño había sido el centro o había estado expuesto a algún conflicto marital en los 12 meses previos.
- iii. Desarrollo cognitivo: se examinó mediante la Escala de Desarrollo de McCarthy utilizando la sub escala de Índice General Cognitivo

- iv. Sensibilidad materna: se valoró mediante la interacción madre-hijo, mientras el niño comía una merienda. Los parámetros que utilizaron fueron el discurso de la madre utilizado con su hijo, comentarios positivos que ella hiciera, preguntas que le interesan al niño y el interés sobre temas importantes para el infante.

- v. Síntomas de trastorno de conducta: las maestras de los participantes del estudio completaron un cuestionario sobre síntomas del trastorno de conducta. Los síntomas que se evaluaron fueron: peleas, conducta destructiva, dificultad para acatar indicaciones, interfiere con otros niños, berrinches y molesta a otros niños.

El estudio realizado por Hill J et al., concluyó que los niños cuyas madres tenían depresión postnatal no se diferenciaban significativamente del nivel cognitivo de los niños que fueron controles. Los hijos de madre con depresión postnatal si tenían más posibilidades de haber sido expuesto a episodios depresivos en la madre y a discordias maritales entre los 18 meses y los 5 años de vida (Hill et al, 2008).

En los resultados publicados en este estudio no se encontró asociación entre los síntomas de trastorno de conducta, la clase social, la edad del niño y la depresión materna (Hill et al, 2008).

4.12 Kochanska G, Barry A, et al (2008)

El estudio publicado por Kochanska G et al, en el 2008 realizado en Canadá, llamado: “Un modelo de desarrollo de las contribuciones maternas y del niño a la

conducta disruptiva: los primeros 6 años”, habla sobre la relación madre-hijo en 102 pacientes y su posible implicación en el desarrollo del trastorno de conducta en diferentes edades del niño (Kochanska et al, 2008).

Kochanska G et al, realizó varias valoraciones sobre la respuesta de la madre hacia su hijo durante interacciones cotidianas como: limpieza, meriendas, hora de juego, etc. Estas actividades fueron valoradas a los 7 y 15 meses de vida del niño. Se realizó una nueva valoración a los 25 meses y la última fue a los 38 meses de edad del infante (Kochanska et al, 2008).

Los parámetros de la interacción madre-hijo que se valoraron a los 25 meses fueron: la orientación hacia la madre, la disponibilidad y prontitud del niño de responder a las pistas sociales que da la madre, el grado de positividad de la madre, la coordinación y sinceridad de las respuestas, el entusiasmo del niño hacia la madre, y el afán de seguir las direcciones maternas. A los 67 meses de edad se valoró a los niños por trastorno de conducta, utilizando los criterios del DSM-IV (Kochanska et al, 2008).

Este estudio concluyó que las respuestas maternas en edades tempranas predicen el grado de respuesta del niño a la edad de 3 años, que en consecuencia predice la conciencia del niño a la edad de 52 meses. La conciencia son los valores que el menor va a tener en un futuro. Este hallazgo es significativo, ya que se asocia con el desarrollo de conducta disruptiva a la edad de 67 meses (Kochanska et al, 2008).

Este artículo concluye que la conducta materna en etapas tempranas del desarrollo del niño puede influenciar el grado de respuesta del niño hacia la madre y

esto afecta la conciencia a futuro del infante. La conciencia en un futuro va a proteger al niño de desarrollar conductas disruptivas. Si el niño no logra incorporar una conciencia saludable, esto lleva al desarrollo del trastorno de conducta. También se sugiere que aquellos niños en etapas preescolares que tienen valores morales muy internalizados desarrollan mejores conductas adaptativas cuando cumplen 6 años. El hecho de que los padres sean positivos con la crianza de los hijos, sirve como factor protector para el desarrollo del trastorno de conducta (Kochanska et al, 2008).

4.13 Hall L, Rayens M, Peden A (2008)

El estudio realizado por Hall L et al, llamado “Factores Maternos Asociados con la Conducta de Niño” identifica posibles factores que puedan predecir los problemas de conducta en un futuro (Hall et al, 2008).

Los sujetos utilizados en esta investigación fueron 205 madres y sus niños, que provenían de un estatus socioeconómico bajo. Un 62% de las madres eran solteras, con una edad promedio de 27 años, el 80% había terminado el colegio, el 35% mantenía un empleo a tiempo completo y tenían niños entre los 2 y 6 años de edad. Un 53% de los niños del estudio eran varones (Hall et al, 2008).

Las variables que utilizaron estos autores en su estudio fueron las siguientes: evaluación de síntomas depresivos en la madre, evaluación de pensamientos negativos maternos, autoestima en la madre, estresores crónicos y conducta del niño (Hall et al, 2008).

El estudio encontró que las percepciones de la madre sobre la conducta de su hijo se correlacionaban con la presencia de síntomas depresivos, pensamiento negativo, autoestima y estresores crónicos. Las variables que más se relacionaban con la aparición de problemas de conducta fueron los estresores crónicos y la sintomatología depresiva (Hall et al, 2008).

El artículo concluye que un tratamiento para el trastorno depresivo mayor de la madre puede resultar en una disminución de la percepción de problemas de conducta en sus hijos. Además las madres depresivas tienen visiones más negativas de las conductas de sus hijos probablemente porque extienden hacia ellos sus propias percepciones (Hall et al, 2008).

4.14 Ewell C, Garber J, Durlak J (2008)

En el artículo “Depresión Materna Actual y Pasada, Comportamientos de la Interacción Materna y los síntomas externalizantes e internalizantes”, publicado por Ewell C et al, en el 2008 plantea la hipótesis de que las madres con sintomatología depresiva expresan mayor negatividad hacia sus hijos. Además observa la relación de la madre con su hijo antes, durante y después del episodio depresivo (Ewell et al, 2008).

En este estudio se reclutaron 204 madres y sus hijos, de las cuales 157 padecía algún trastorno depresivo y 47 nunca había presentado una enfermedad mental. Se utilizó una entrevista para tomar la historia de episodios depresivos previos y actuales. Se clasificó a las madres de acuerdo al número de episodios depresivos que habían presentado: el grupo leve (43 participantes) no presentó más de 2 episodios depresivos,

nunca habían sido hospitalizada y jamás habían presentado ideación suicida, el grupo moderado (70 participantes) había tenido de 1 a 3 episodios que habían durado por más de un año o había experimentado un episodio depresivo que había requerido hospitalización, había presentado ideación suicida o síntomas severos y el grupo crónico (44 participantes), consistía de madres que habían estado deprimidas por más de 4 años o que tenían historia de haber presentado más de 4 episodios depresivos severos (Ewell et al, 2008).

Los resultados del estudio realizado por Ewell C y colaboradores, mostraron que un 73% de las madres evaluadas presentó síntomas depresivos leves, 20% tuvo síntomas moderados y un 7% presentó síntomas depresivos severos. Un 12% de los niños presentó criterios para el trastorno de conducta. Se observó que el aumento de los síntomas depresivos se asociaba a un menor nivel de afecto positivo por parte de la madre hacia el niño y que la cronicidad de la depresión se asociaba con un mayor comportamiento negativo. Por lo tanto, los niveles de positividad y negatividad por parte de la madre afectan el desarrollo del trastorno de conducta en los niños. Además las madres con síntomas depresivos tienden a expresar más negatividad hacia sus hijos que las no depresivas (Ewell et al, 2008).

4. 15 Weaver C, Shaw D, Dishion T et al (2008)

En el 2008, Weaver C et al, publicaron un artículo llamado “ La autoeficacia parental y los problemas de comportamiento del niño en alto riesgo para problemas de conducta: el rol de la depresión materna”, que habla sobre cómo la eficacia parental está

asociada de una manera negativa a la depresión materna, llegando a producir trastornos de conducta en los niños (Weaver et al, 2008).

La eficacia parental se define como el grado en que los padres ejercen su rol de una manera competente y eficaz. Éste estudio utiliza una muestra de 652 niños y sus madres que se encuentran en un riesgo alto para el desarrollo de trastorno de conducta. Toma en cuenta para el desarrollo del trastorno de conducta la presencia de factores socioeconómicos, la familia factores asociados al propio niño (Weaver et al, 2008).

La depresión materna representa un filtro muy importante, mediante el cual se pueden ver sus efectos en la conducta de los hijos. Los sentimientos de desesperanza y sentimientos de inutilidad pueden llevar a una eficacia parental deficiente que conduce al desarrollo de problemas de conducta en los hijos (Weaver et al, 2008).

El estudio realizado por Weaver C et al, incluyó las siguientes variables: conducta del niño, caracterizada por problemas de conducta y conflictos constantes con los adultos, problemas familiares como depresión materna, uso de sustancias ilícitas por parte de los padre y madres adolescentes, y por último el riesgo sociodemográfico caracterizado por un estatus socioeconómico bajo. Se realizó una entrevista a las madres cuando sus hijos tenían 2 años y nuevamente a los 4 años del niño (Weaver et al, 2008).

Los resultados encontrados en esta investigación fueron que la baja eficacia parental a la edad de 2 años del niño predice un aumento de los problemas de conducta cuando el niño cumpla 4 años. Además se encontró que la depresión materna se relaciona con una baja eficacia parental y que provoca un incremento en los problemas

de conducta cuando el infante cumpla los 4 años. Por lo tanto, se puede concluir que la depresión materna es un factor de riesgo importante que se relaciona con la baja eficacia parental y en consecuencia el desarrollo del trastorno de conducta (Weaver et al, 2008).

4.16 Tronick E, Reck C (2009)

El estudio publicado por Tronick E et al, “Infantes de Madres Depresivas”, en el 2009, presenta una revisión sobre el impacto de la depresión materna en el estado afectivo del niño. Se utilizó una muestra de 111 madres y sus hijos (Tronick et al, 2009).

Tronick E et al, argumentan que la depresión postparto tiene efectos significativos sobre el niño, debido a que produce efectos negativos sobre la vinculación madre-hijo, la interacción entre ambos y el desarrollo cognitivo y motor del menor. Todo lo anterior conlleva al desarrollo de depresión y trastorno de conducta del niño (Tronick et al, 2009).

De acuerdo al estudio, la interacción madre-hijo debe ser sincrónica y si existe una disparidad de esta relación, por ejemplo que el niño exprese un afecto positivo y la madre uno negativo, genera una experiencia de estrés en el infante. Si este estrés continúa, se va a desarrollar en el niño un afecto negativo que a largo plazo produce depresión o estados de ánimo negativos. Por lo tanto, si una madre se encuentra depresiva va a tener dificultad en generar un afecto positivo hacia su hijo y a largo plazo esto puede ocasionar daños en el futuro del niño (Tronick et al, 2009).

Ellos descubrieron que las madres diagnosticadas con depresión postparto continuaban con la misma sintomatología a los 3,6 y 12 meses. También hallaron que los síntomas depresivos eran más elevados a los 3 meses y si las mujeres tenían un hijo de sexo masculino. Por este motivo, se propone que los niños masculinos son más reactivos a las emociones maternas, controlan menos sus emociones y demandan más de la madre que las niñas (Tronick et al, 2009).

Es importante señalar que en esta publicación, se hace énfasis de que los síntomas depresivos que inician en el período postparto no son transitorios. Estas madres continúan experimentando niveles altos de estrés y de ánimo depresivo a través del primer año de vida del bebé. Además las madres con síntomas depresivos altos reportaban mayor ansiedad, más afectos negativos, menos autoestima y menos confianza en su rol como madres (Tronick et al, 2009).

El estudio realizado por Tronick et al (2009), concluye que los niños masculinos de madres con depresión postparto tienen mayores problemas de conducta y actúan de una manera más agresiva debido a su reactividad emocional (Tronick et al, 2009).

4.17 Bagner D, Pettit J, Lewinsohn M, et al (2010)

La investigación realizada en el 2010 por Bagner D et al, titulada “Efecto de la depresión materna en la conducta del niño: ¿un período sensible?”, involucró a 175 madres que presentaban depresión mayor. El estudio fue realizado en Oregon, Estados Unidos y el propósito fue examinar los efectos de la depresión materna en el primer año de vida del niño (Bagner et al, 2010).

En el artículo Bagner D et al, se utilizaron 3 variables (Bagner et al, 2010):

- i. Depresión materna: se valoró la sintomatología al inicio del estudio y un año después.
- ii. Conductas problemáticas en el niño reportadas por la madre.
- iii. Trastornos depresivos en los abuelos del niño.

En el estudio, se encontró que no había relación entre la depresión en los abuelos y el desarrollo de trastorno de conducta en los niños. Además de 34 mujeres con diagnóstico de depresión postparto el 44% tuvo un solo episodio en los primeros 6 meses después de haber tenido el parto, el 35.3% tuvo un episodio en los segundos 6 meses después de haber dado a luz y un 20.6% tuvo un episodio después del primer año de vida del bebé (Bagner et al, 2010).

Bagner D et al, halló que la edad materna y la edad del hijo se correlacionaba con el desarrollo del trastorno de conducta. No se encontró asociación entre la duración de la depresión y síntomas depresivos actuales en la madre con el desarrollo de problemas de conducta (Bagner et al, 2010).

Las conclusiones de este estudio fueron que si la madre presenta síntomas depresivos durante el primer año de vida del niño, ésta va a reportar mayor número de problemas conductuales en el infante. También se concluyó que la depresión materna

antes del embarazo y durante el período prenatal no predecía significativamente el desarrollo de dificultades conductuales (Bagner et al, 2010).

4.18 Giles L, Davies M, et al (2011)

Giles L et al, en el 2011 en su artículo “Síntomas depresivos maternos y el cuidado del niño durante la infancia relacionado con la conducta del niño a la edad de 5 años”, realizaron un estudio para examinar si la depresión materna intermitente y recurrente durante la infancia del niño generaba consecuencias negativas en la conducta del menor a la edad de 5 años (Giles et al, 2011).

Se tomó una muestra de 438 mujeres y sus hijos y se valoraron al nacimiento del niño y cuando éste tenía 3,6,9 y 12 meses y posteriormente a las edades de 2,3 y 5 años. Las madres fueron evaluadas mediante cuestionarios para la depresión y también se recaudó información sobre quién cuidaba al niño a la edad de 2 y 3 años. El análisis también consideró el sexo del niño, edad materna al nacimiento del menor, la educación de la madre, el número de hermanos del infante y cambios en la pareja materna (Giles et al, 2011).

Los resultados de la investigación encontraron que la edad materna era aproximadamente de 30 años, el 20% de las 438 mujeres tenía educación superior y el 95% tenía pareja. Además el 69% no mostró síntomas depresivos cuando su hijo tenía entre 2 y 3 años, un 20% presentó sintomatología depresiva intermitente y un 11% tenía síntomas recurrentes. El uso de cuidado del menor aumentó de un 40% a los 2 años a un

52% a la edad de 3 años del niño. Cuando los niños cumplieron 5 años el 6% presentó problemas de conducta, un 8% presentó problemas depresivos-ansiosos y 6% presentó ambos (Giles et al, 2011).

De lo expuesto por Giles L et al, se puede concluir que los síntomas depresivos recurrentes en la madre tienen una asociación marcada con problemas de conducta y de depresión –ansiedad cuando el niño tiene 5 años, mientras que los síntomas depresivos intermitentes en la madre no afectaba significativamente el resultado. Entre los niños cuyas madres presentaban síntomas depresivos, el riesgo de problemas de conducta era más del doble (Giles et al, 2011).

Cuando los niños eran cuidados por otra persona a la edad de 2 años modificaba el efecto de los síntomas depresivos maternos sobre los problemas de conducta, ya que los disminuye (Giles et al, 2011).

La recurrencia de los síntomas depresivos en la madre durante la infancia del niño es un factor de riesgo significativo para el desarrollo de trastorno de conducta a la edad de 5 años. Los síntomas depresivos maternos que ocurren sólo una vez durante la infancia del menor no se asocian con un riesgo elevado de problemas de conducta. Aparentemente que el niño sea cuidado por otra persona a la edad de 2 años disminuye los efectos de los síntomas depresivos recurrentes de la madre sobre el trastorno de conducta (Giles et al, 2011).

Se llega a la conclusión que si las madres con episodios depresivos recurrentes tienen ayuda con el cuidado del niño durante la infancia esto puede ocasionar un beneficio emocional y del patrón de conducta del menor cuando éste entra a la escuela (Giles et al, 2011).

4.19 Nicholson J, Farris J, Borkowski J (2011)

La investigación realizada por Nicholson J et al, titulada “Síntomatología depresiva y la conducta del niño: una relación transaccional con acoplamiento simultáneo bidireccional”, trata sobre la relación entre la sintomatología depresiva de la madre y el comportamiento del niño en madres adolescentes (Nicholson et al, 2011).

El método de estudio utilizado por Nicholson J et al, fueron 122 madre adolescentes y sus hijos. La edad de la madre se encontraba entre los 14 y 19 años y había una representación equitativa entre niños y niñas. Se realizaron evaluaciones a las madres, cuando los niños tenían 3,5,8 y 10 años (Nicholson et al, 2011).

La información recolectada en esta investigación indicó que los síntomas depresivos maternos se tornan más o menos severos dependiendo de las conductas buenas o malas del niño. Por lo tanto, si la sintomatología depresiva empeora, esto va a provocar peores problemas de conducta en los hijos. En otras palabras, los cambios en la severidad de los síntomas depresivos maternos tienen un gran impacto en los comportamientos del niño, a diferencia del comportamiento del niños que no ocasiona grandes cambios en la depresión de la madre (Nicholson et al, 2011).

4.20 Piché G, Bergeron L, Cyr M, Berthiaume (2011)

Piché G et al, en el año 2011 realizaron un artículo llamado: “Efectos de la interacción de los desórdenes depresivos-ansiosos en la madre durante la vida y las correlaciones con la externalización de síntomas en los niños”, investiga sobre la importancia de la interacción de los síntomas depresivos-ansiosos de la madre sobre los síntomas de conducta de niños entre los 6 y 11 años de edad. El estudio mantiene la hipótesis de que los trastornos depresivos-ansiosos interactúan con diferentes variables como la edad y el género del niño, la relación con la madre, y el estatus socioeconómico y que éstas pueden predecir el desarrollo del trastorno de conducta en etapas posteriores de la vida del menor (Piché et al, 2011).

El estudio utilizó una muestra de 1490 niños y sus madres. La mayoría eran niños varones , el 23.4% de las familias provenían de un estatus socioeconómico bajo, y el 35.5% de las madres habían presentado al menos un episodio depresivo o un trastorno ansioso a lo largo de su vida (Piché et al, 2011).

Durante la investigación se midieron las siguientes variables: características socioeconómicas, progreso en la escuela (presencia o ausencia durante los días escolares, existencia de adecuación curricular, presencia de trastornos emocionales o de conducta), eventos estresantes en la vida del niño, habilidades sociales en el niño, características de la familia (estructura familiar compuesta por 2 padres biológicos, un solo padre biológico o familia compuesta) y presencia de sintomatología depresiva-ansiosa en la madre (Piché et al, 2011).

Los resultados de la investigación encontraron que la historia de abuso físico o sexual en las madres se asociaba con un aumento de problemas de conducta, reportados por ellas. También se encontró que los niños que fueron víctimas de abuso físico o sexual y que sus madres padecieron alguna vez de un trastorno depresivo o ansioso presentaban mayores trastornos de conducta. Este hallazgo se observó más en los niños de sexo masculino (Piché et al, 2011).

El artículo concluye que el abuso físico o sexual y la existencia de una sintomatología depresiva-ansiosa en la madre contribuye al desarrollo del trastorno de conducta en los niños. Además una actitud punitiva por parte de la madre hacia sus hijos facilita la aparición de problemas de conducta en sus hijos (Piché et al, 2011).

4.21 Barker E, Jaffee S, Uher R, Maughan B (2011)

El estudio realizado por Barker E et al, titulado “La contribución prenatal y postnatal de la depresión y ansiedad materna al malajuste del niño”, realizado en el 2011 trata sobre la existencia de los efectos de la depresión y ansiedad materna y la psicopatía que provocan estos trastornos sobre el niño. Además habla sobre los efectos postnatales de la depresión materna y su correlación con el riesgo psicosocial (Barker et al, 2011).

La muestra utilizada en este estudio fueron 3298 madres y sus hijos. A las madres se les realizó una entrevista para evaluar síntomas depresivos cuando tenían 32 semanas de gestación y cuando el bebé tenía 1.5 años. Además se valoró el riesgo psicosocial al que estaba expuesta la madre mediante diferentes indicadores: estatus socioeconómico,

estado civil, embarazo adolescente y uso de sustancias. En cuanto al niño, se valoró a las edades de 7 y 8 años por trastorno de conducta (Barker et al, 2011).

Los resultados encontrados por Baker E y colaboradores, demostraron que el 10% de las madres provenían de un estatus socioeconómico bajo, 16% eran madres adolescentes y 8% consumía algún tipo de sustancia. Durante el embarazo el 14% reportó sintomatología depresiva y cuando el niño tenía 1.5 años los niveles de depresión disminuyeron. El hecho de tener síntomas depresivos prenatales se correlaciona con un aumento en el riesgo de padecer un trastorno de conducta en los niños varones y una disminución en el coeficiente intelectual verbal de niños de ambos sexos (Barker et al, 2011).

El estudio concluye que la depresión materna en etapas prenatales afecta el funcionamiento postnatal del niño. Se relaciona sobretodo con el desarrollo del trastorno de conducta y con una disminución del coeficiente intelectual verbal. El artículo también concluye que los riesgos psicosociales se asocian a un aumento en el riesgo de conductas problemáticas en los niños (Barker et al, 2011).

4.22 Callendar K, Olson S, et al (2012)

En el artículo publicado por Callendar K et al, llamado “Los efectos de los síntomas depresivos, y castigo físico en las conductas del niño”, publicado en el 2012, realizaron una investigación sobre cómo los síntomas depresivos en los padres aumentan el riesgo en los niños de problemas de conducta y cómo el comportamiento de los padres también afecta la disciplina física que ellos ejercen y las críticas positivas que realizan (Callendar et al, 2012).

Los comportamientos inefectivos de los madres, como la disciplina física muestra una asociación existente entre los síntomas depresivos parentales y los problemas de conducta en niños. En este estudio, los autores proponen que los síntomas depresivos llevan a críticas negativas de los padres hacia sus hijos, y por lo tanto, éstos responden de manera negativa hacia ellos. En consecuencia, este comportamiento lleva a un aumento del castigo físico y a un incremento en los problemas de conducta del niño (Callendar et al, 2012).

La investigación utilizó 245 niños y sus madres, y se les realizaron 2 evaluaciones en diferentes períodos de tiempo, cuando tenían 3 años y nuevamente a los 5 años y medio. La mayoría de las madres estaban casadas. Las variables que utilizó el estudio fueron los siguientes: síntomas depresivos en la madre, percepciones negativas sobre el niño a la edad de 3 años, uso de castigo físico y presencia de síntomas de trastorno de conducta (Callendar et al, 2012).

Durante la primera evaluación el 29% de las madres y 8.3% de las profesoras evaluaron a los niños en el límite de síntomas para trastorno de conducta. El 11.6% de las madres y el 5.8% de las profesoras, clasificaron a los niños como portadores de un trastorno de conducta. Cuando los niños cumplieron 5 años y medio, se realizó la segunda evaluación y 7.1% de las madres y 8.3% de las profesoras evaluaron a los niños en el límite para trastorno de conducta. El 5.8% de las madres y 5.4% de las profesoras aseguraron que los niños se encontraban clínicamente con un trastorno de conducta (Callendar et al, 2012).

Las percepciones negativas de los padres sobre la respuesta comportamental y afectiva del niño se encuentra mediada por los síntomas depresivos de la madre y el castigo físico que ella impone. Un aumento en el castigo físico en las etapas preescolares tempranas predice un aumento en los problemas de conducta del niño (Callendar et al, 2012).

Además los padres que presentan síntomas depresivos fallan en percibir los comportamientos positivos de sus hijos, y por lo tanto desarrollan una actitud más hostil que se refleja en una disciplina más dura en el niño. Los padres debido a su estado depresivo, tienden a sobrereactuar a comportamientos del niño que pueden ser normales para su edad y ejercer métodos de castigo físico más duros (Callendar et al, 2012).

El estudio concluyó que los síntomas depresivos maternos, las cogniciones, y la disciplina física predice moderadamente en etapas tardías de la vida los problemas de conducta del niño (Callendar et al, 2012).

Capítulo 5

Resultados y Conclusiones

5.1 Resultados

Para la presente investigación se analizaron 22 artículos, de los cuales se encuentran 3 artículos de revisiones internacionales (Murray et al, 1995; Grace et al, 2003; Dorado et al, 2001) y 19 artículos sobre estudios clínicos realizados internacionalmente, de los cuales 1 habla sobre depresión prenatal (Barker et al, 2011), 5 hablan de depresión postparto (Murray et al, 1997; Joseffsson et al, 2007; Hill et al, 2008; Tronick et al, 2009, Bagner et al, 2010), 3 hablan de depresión mayor (Kim et al, 2005; Bagner et al, 2010; Callendar et al, 2011), 7 hablan sobre depresión materna (Harnish et al, 1995; Dorado et al, 2001; Hall et al, 2008; Weaver et al, 2008; Piché et al, 2010; Giles et al, 2011; Nicholson et al, 2011) y el resto de artículos hablan sobre otros tipos de depresión. La tabla 5 indica los artículos revisados con su autor y año de publicación y en el gráfico 1 se observan los tipos de depresión de los diferentes artículos de acuerdo a la frecuencia absoluta en la que aparecen.

Estudios de Revisión	Estudios Clínicos
Murray et al, 1995	Bordallo et al, 1995
Dorado et al, 2001	Harnish et al 1995
Grace et al, 2003	Kim et al, 2005
	Ewell et al, 2007
	Trapolini et al, 2007
	Joseffsson et al, 2007
	McCue et al, 2007
	Weaver et al, 2008
	Hall et al, 2008
	Kochanska et al, 2008
	Olino et al, 2008
	Hill et al, 2008
	Tronick et al, 2009
	Piché et al, 2010
	Bagner et al, 2010
	Giles et al, 2011
	Barker et al, 2011
	Nicholson et al, 2011
	Callender et al, 2011

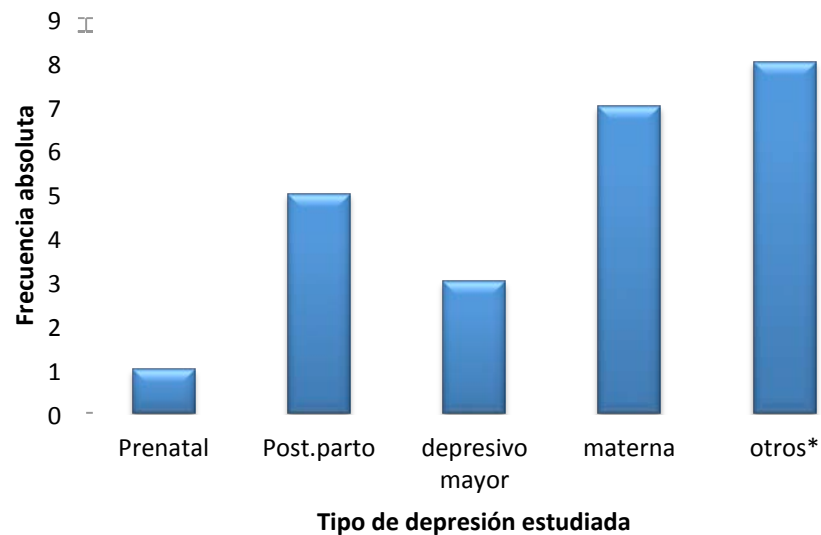
Tabla 5: Artículo revisados por autor y por año

Tipo de depresión estudiado	Número de estudios
Prenatal	1
Postparto	5
Depresión mayor	3
Materna	7
Otros	8

Tabla 6: Frecuencia de tipos de depresión según artículo

□

Gráfico 1 Tipo de estudio y su frecuencia.



De acuerdo a la literatura estudiada, 10 artículos refieren que si la madre presenta un trastorno depresivo, existen mayores posibilidades que se desarrolle un trastorno de conducta en niños del sexo masculino (Bordallo et al, 1995; Harnish et al, 1995; Dorado et al, 2001; Grace et al, 2003; McCue et al, 2007; Olinio et al, 2008; Hall et al, 2008; Giles et al, 2010; Piché et al, 2010; Bagner et al, 2010), quedando en evidencia lo que la literatura afirma de que el trastorno de conducta se presenta más en niños del sexo masculino que del sexo femenino. Al estudiar la relación con la madre, 9 artículos hablan sobre la diada madre-hijo y sobre la importancia que esta ejerce cuando

la madre está deprimida y los efectos de la depresión sobre esta relación (Harnish et al, 1995; Murray et al, 1997; Hill et al, 2008; Kochanska et al, 2008; Hall et al, 2008; Ewell et al, 2008; Weaver et al, 2008; Tronick et al, 2009, Bagner et al, 2010).

En las investigaciones realizadas por Harnish et al (1995), Murray et al (1997), Hall et al (2008), Kochanska et al (2008), y Weaver et al (2008), encontraron que las madres depresivas interactúan de una manera diferente con sus hijos, ya que el trastorno depresivo materno puede influenciar el grado de respuesta del niño hacia la madre, y por eso los niños que tienen padres positivos se protegen de desarrollar el trastorno de conducta. Incluso, debido a la depresión, las percepciones de la madre acerca de la conducta de su hijo pueden estar sesgadas, y reportar más síntomas conductuales. Además las madres depresivas pueden tener una baja eficacia parental hacia sus hijos y por lo tanto estos desarrollar un trastorno de conducta; además según lo concluido por Callender et al (2012), los síntomas depresivos maternos causan técnicas parentales ineficaces y por lo tanto aumenta el riesgo de desarrollar un trastorno de conducta.

En los artículos realizados por Murray et al (1997), al igual que en el realizado por Ewell et al (2008), y en el de Tronick et al (2009), llegan a la conclusión que la severidad y la duración del episodio depresivo materno es lo que realmente propicia el desarrollo o no del trastorno de conducta, mientras que Giles et al (2011), argumenta que son los síntomas depresivos recurrentes en la madre son los que se asocian con el desarrollo del trastorno de conducta. En cambio, en el artículo publicado por Bagner et al (2010), no se encuentra una asociación entre la duración del episodio depresivo materno y el desarrollo del trastorno de conducta en niños. A diferencia de estos autores que sí encontraron una relación entre cómo la depresión materna afecta el vínculo

madre-hijo, el artículo publicado por Hill et al., difiere ya que en él se llega a la conclusión que no existe una asociación entre la relación madre-hijo, el trastorno de conducta y la depresión materna.

Otra de las variables estudiadas en los diferentes artículos fueron las relacionadas con la familia, ya que 14 de los 22 artículos relacionan la estructura familiar con el desarrollo de depresión en la madre (Bordallo et al, 1995; Harnish et al, 1995; Cohen et al, 2005; McCue et al, 2007; Jossefsson et al 2007; Trapolini et al 2007; Hill et al, 2008; Olino et al, 2008; Hall et al, 2008; Bagner et al, 2010; Nicholson et al, 2011; Barker et al, 2011; Piché et al, 2011). Las conclusiones de 6 investigaciones (Bordallo et al, 1995; Harnish et al, 1995; Dorado et al, 2001; Trapolini et al 2007; Hall et al, 2008; Piché et al, 2011) fueron que los niños de madres solteras o de familias monoparentales, eran más propensos a desarrollar el trastorno de conducta porque estas madres estaban más expuestas a estresores crónicos y por lo tanto desarrollan con más facilidad un trastorno depresivo.

La investigación realizada por Olino et al (2008), concluye que la depresión tanto en la madre como en el padre genera conductas parentales maladaptativas e inconsistentes y el resultado de esto, es el desarrollo del trastorno de conducta en los hijos. El artículo realizado por Piché et al (2011), es el único que correlaciona el abuso físico y sexual sufrido en la madre con un aumento en el reporte de síntomas del trastorno de conducta. En cuanto al estudio realizado por Cohen et al (2005), se llega a la conclusión que una madre con rasgos antisociales es más propensa a buscar una pareja que tenga un trastorno antisocial, y por lo tanto el hijo de ambos puede desarrollar un trastorno de conducta. La edad materna es otra variable importante que se

describe en 6 artículos (Cohen et al, 2005; McCue et al, 2007; Josséfsson et al, 2007; Bagner et al, 2010; Nicholson et al, 2010; Barker et al, 2011), ya que está íntimamente relacionada con la educación materna. Se observó que si la educación materna era escasa o insuficiente, la madre es más propensa a tener técnicas parentales ineficaces, y por lo tanto su hijo tiene más riesgo de desarrollar el trastorno de conducta. Además en el estudio de Nicholson et al (2010), que es el único de los 22 artículos de esta revisión, que se realizó en madres adolescentes, se observó que el trastorno de conducta de los hijos de madres adolescentes aparece en etapas más tempranas en comparación con la población general.

En cuanto al estatus socioeconómico, en 8 de los 22 artículos se aborda este tema (Murray et al, 1997; Grace et al, 2003; McCue et al, 2007; Josséfsson et al, 2007; Hall et al, 2008; Weaver et al, 2008; Piché et al, 2011, Barker et al, 2011) y todos coinciden en que un estatus socioeconómico bajo se correlaciona con la depresión materna y el desarrollo del trastorno de conducta en los niños. Las condiciones ambientales adversas, como vivir en barrios marginales facilita el desarrollo del trastorno de conducta.

En la tabla 7, se describen las variables encontradas en los diferentes artículos de acuerdo al autor:

Variables de acuerdo al autor	Año	Tipos de Depresión	Sexo	Relación con la madre	Variables familiares	Estatus socioeconómico	Otras variables
Bordallo et al.	1995	Depresión	Niños de sexo masculino		Ambiente y estructura familiar		Características de los padres, colegio público
Harnish et al	1995	Depresión postparto	Niños de sexo masculino	Relación madre-hijo	Familia monoparental		
Murray et al	1997	Depresión postparto		Relación madre menor		Estatus económico bajo	Nivel de problemas de conducta
Dorado et al	2001	Depresión materna	Niños de sexo masculino		Contexto familiar		
Grace et al	2003	Depresión postparto	Niños de sexo masculino			Estatus económico bajo	Severidad episodio depresivo
Cohen et al	2005	Depresión materna			Edad materna		Rasgos antisociales maternos
Mc Cue et al	2007	Depresión	Niños de sexo masculino		Edad de la madre, madre soltera	Estatus económico bajo	
Jossefsson et al	2007	Depresión postparto			Edad materna	Estatus económico bajo	
Trapolini et al	2007	Depresión materna			Problemas maritales		Severidad de episodio depresivo
Olino et al	2008	Depresión	Niños de sexo masculino		Depresión en ambos padres		Técnicas parentales ineficaces
Hill et al	2008	Depresión prenatal		Relación madre hijo	Dificultades en padres		Calidad de de apego
Kochanska et al	2008	Depresión		Relación madre hijo			
Hall et al	2008	Depresión materna	Niños de sexo masculino	Relación madre hijo	Madres solteras	Estatus económico bajo	Estresores crónicos
Ewell et al	2008	Depresión leve, moderada		Relación madre hijo			Severidad de episodio depresivo
Weaver et al	2008	Depresión materna		Relación madre hijo		Estatus económico bajo	Eficacia parental
Tronick et al	2009	Depresión postparto		Relación madre hijo			
Bagner et al	2010	Depresión postparto	Niños de sexo masculino	Relación madre hijo	Edad materna		Educación materna
Nicholson et al	2011	Depresión materna			Edad materna	Estatus económico bajo	Madres adolescentes
Giles et al	2011	Depresión materna	Niños de sexo masculino				Educación materna
Piché et al	2011	Depresión materna	Niños de sexo masculino		Características familiares	Estatus económico bajo	Abuso sexual y físico en la madre
Barker et al	2011	Depresión postnatal			Edad materna	Estatus económico bajo	
Callender et l	2012	Depresión mayor					Técnicas parentales ineficaces

Tabla 7: Variables más destacadas según artículos

En la tabla 8 se pueden encontrar las variables de acuerdo al número absoluto que se presentan según artículo de revisión:

Indicador	Frecuencia absoluta
Depresión materna, prenatal o postparto	22
Edad materna	6
Sexo del niño	10
Nivel socioeconómico	8
Relaciones de pareja	5
Relaciones familiares	7
Síntomas de trastorno de conducta	7
Edad del niño	2
Características de los padres	2
Raza	2

Tabla 8: Principales variables de acuerdo a los artículos de revisión

5.2 Conclusiones

Dentro de las conclusiones de la presente investigación se demostró que hay una clara correlación entre el trastorno depresivo materno y el desarrollo del trastorno de conducta en niños. Mediante la revisión de la literatura internacional presentada en este estudio, se pudo comprobar que la depresión materna afecta la diada madre-hijo y esto produce consecuencias en el niño cuando este crece, dentro de las que se encuentra el inicio de un trastorno de conducta.

Además las diferentes investigaciones de la literatura internacional demuestran que factores como: el sexo del niño, un bajo estatus económico, ser madre soltera, la edad materna y los conflictos familiares favorecen la aparición del trastorno depresivo en la madre y en consecuencia la afectación del menor.

Por otro lado, la depresión materna sin importar que sea postparto, distimia o de cualquier otro tipo afecta significativamente a la madre produciendo técnicas parentales ineficaces que favorecen la aparición del trastorno de conducta en el menor. Estos

episodios depresivos van a producir consecuencias negativas en el infante si son episodios depresivos recurrentes o severos y si su duración es extensa.

Otra conclusión importante a la que llega esta investigación es que mediante el formulario utilizado para la entrevista psiquiátrica en el Hospital Nacional de Niños y en el Hospital Nacional psiquiátrico se pueden identificar muchos de los factores de riesgo que acompañan una depresión en la madre y mediante los cuales un niño se encuentra en riesgo de desarrollar un trastorno de conducta.

Otras conclusiones del estudio realizado fueron las siguientes:

- i. En Costa Rica el tema de la relación entre la depresión materna y el efecto que produce en los hijos no ha sido abordada por ningún estudio.
- ii. Las consecuencias negativas asociadas a la depresión materna no son únicas de la depresión, por lo que surgen interrogantes sobre si es efectivamente la depresión en sí misma u otros aspectos lo que contribuye negativamente al desarrollo del niño.
- iii. No se le ha dado suficiente atención a las influencias bidireccionales de la relación madre-hijo que pueden agravar la depresión materna.

Debido a que este tema no se ha estudiado en Costa Rica se pueden realizar las siguientes recomendaciones:

- i. Se debe abordar los efectos de la depresión materna en los menores con el fin de indagar qué otros efectos negativos puede producir en el niño.
- ii. Típicamente el tratamiento para el trastorno depresivo materno se enfoca solamente en la paciente, sin considerar atender las necesidades de los niños y del contexto familiar.
- iv. Hay que hacer un énfasis en brindar psicoeducación a las madres portadoras de un trastorno depresivo, mediante métodos como escuela para padres, con el fin de que no se les dificulte la crianza de los hijos.
- v. Mediante la psicoeducación a las madres, se puede mitigar los efectos negativos que cause la depresión materna en los hijos.
- vi. Los formularios de las historias clínicas psiquiátricas utilizados en el Hospital Nacional de Niños y Hospital Nacional Psiquiátrico sirven como una “alerta” para identificar a las mujeres que se encuentran en riesgo de que sus hijos desarrollen un trastorno de conducta.

Bibliografía

Bagner D, Pettit J, Lewinsohn P, Seeley J. “*Effect of Maternal Depression on Child Behavior: A sensitive period?*”, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2010; 49 (7): 699-707.

Barker E, Jaffee S, Uher R, Maughan B. “*The contribution of Prenatal and Postnatal Maternal Anxiety and Depression to Child Maladjustment*”. Depression and Anxiety. 2011; 28: 696-702.

Boden J, Fergusson D, Horwood L. “*Risk Factors for Conduct Disorder and Oppositional-Defiant Disorder: Evidence from a New Zealand Birth Cohort*”. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2010; 49 (11): 1125-1133.

Bordallo A, Zagalaz A, Arenas B. “*Trastornos de conducta infantiles en medios socioeconómicos difíciles*”. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 1995; 15 (55): 609-625.

Callendar K, Olson S, Choe D, Sameroff A. “*The effects of Parental Depressive Symptoms, Appraisals, and Physical Punishment on Later Child Externalizing Behavior*”. Journal of Abnormal Children Psychology. 2012; 40: 471-483.

Campos Villegas, E. “*Características clínicas y manejo terapéutico de la*

depresión y psicosis posparto en el Hospital Nacional Psiquiátrico entre 1997-2004, y su relación con el desarrollo de trastorno afectivos mayores". Tesis. UCR. 2005

CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Meditor, Madrid, 1994

Cohen J, Moffitt T, Taylor A, Pawlb S, Caspi A. "*Maternal Depression and Children`s Antisocial Behavior*". Archives of General Psychiatry. 2005; 62: 173-181.

Cummings E, Keller P, Davies, P. "*Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: exploring multiple relations with child and family functioning*". Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2005; 46: 479-489.

Dorado M, Jané M. "*La conducta agresiva en preescolares: revision de factores implicados y evolución*". Revista Psiquiatría.com. 2001; 5.

Ewell C, Garber J, Durlak J. "*Current and Past Maternal Depression, Maternal Interaction Behaviors, and Children`s Externalizing and Internalizing Symptoms*". Journal of Abnormal Child Psychology. 2008; 36: 527-537.

Fatemi H, Clayton P. "*The Medical Basis of Psychiatry*". 3era edición. Estados Unidos: Humana Press. 2008.

Frances A, Pincus H, First M. "*DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*". España: Masson. 2005.

Frick PJ, Lahey BB, Loeber R, Stouthamer-Loeber M, Christ MA, Hanson K. “Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder: parental psychopathology and maternal parenting”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1992; 60(1): 49-55.

Gelder M, Andreasen N, Lopez-Ibor J. “*New Oxford Textbook of Psychiatry*”. 2da edición. United Kingdom: Oxford University Press. 2000.

Giles L, Davies M, Whitrow M, Warin M, Moore V. “*Maternal Depressive Symptoms and Child Care During Toddlerhood Relate to Child Behavior at Age 5*”. *Pediatrics*. 2011; 128: 78-84.

Goodman S, Gotlib I. “*Risk for Psychopathology in the Children of Depressed Mothers: a Developmental Model for Understanding Mechanisms of Transmission*”. *Psychological Preview*. 1999; 106: 458-490.

Grace S, Evindar A, Stewart D. “*The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature*”. *Archives of Women’s Mental Health*. 2003; 6: 263-274.

Hall L, Rayens M, Peden, A. “*Maternal Factors Associated with Child Behavior*”. *Journal of Nursing Scholarship*. 2008; 40 (2): 124-130.

Harnish J, Dodge K, Valente E. “*Mother-Child Interaction Quality as a Partial Mediator of the Roles of Maternal Depressive Symptomatology and Socioeconomic*

Status in the Development of Child Behavior Problems". Child Development. 1995; 66: 739-753.

Haskett M, Scott S, Grant R, Ward C, Robinson C. "*Child related cognitions and affective functioning of physically abuse and comparison parents*". Child Abuse and Neglect. 2003; 27: 663-686.

Hill J, Murray L, Leidecker V, Sharp H, "*The dynamics of threat, fear, and intentionality in the conduct disorders: longitudinal findings in the children of women with post-natal depression*". Philosophical Transactions of the Royal Society. 2008; 363: 2529-2541.

Jaramillo Borges Y. "*Historia Clínica Psiquiátrica*", Hospital Nacional de Niños. 2001.

Josefsson A, Sydsjo G. "*A follow-up study of postpartum depressed women: recurrent maternal depressive symptoms and child behavior after four years*", Archives of Women's Mental Health. 2007; 10:141-145.

Kim WJ, Zrull JP, Davenport CW, Weaver M. "*Characteristics of adopted juvenile delinquents*". Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1992; 31(3): 525-32.

Kochanska G, Barry A, Aksa N; Boldt L. "*A developmental model of maternal and child contributions to disruptive conduct: the first six years*". The Journal of Child

Psychology and Psychiatry. 2008; 49(11): 1220-1227.

Larkby C, Goldschmidt L, Hanusa B, Day N. “*Prenatal Alcohol Exposure Is Associated With Conduct Disorder in Adolescence: Findings from a Birth Cohort*”. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2011; 47: 262-271.

Maradiegue Montero, S. “*Evolución diagnóstica y manejo terapéutico de la depresión y psicosis postparto de las pacientes egresadas del Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el período comprendido entre el 2000-2007*”. Tesis. UCR. 2009.

Mathew R.J, Wilson WH, Blazer DG, George LK. “*Psychiatric Disorders in Adult Kids of Alcoholics: Data from the Epidemiologic Catchment Area Project.*” American Journal of Psychiatry. 1993; 150 (5): 793-800.

McCue Horwitz S, Briggs-Gowan M, Storfer-Isser A, Carter A. “*Prevalence, Correlates, and Persistence of maternal Depression*”, Journal of Women’s Health. 2007; 16 (5): 678-691

McLennan J, Kotelchuck M, Cho H. “*Prevalence, Persistence and correlates of Depressive Symptoms in a National Sample of Mothers and Toddlers*”. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2001; 40 (11): 1316-1323.

Murray L, Cooper P.J. “*Effects of postnatal depression on infant development*”, Archives of Disease in Childhood. 1997; 77 (2): 99-101.

Navarro Carvajal, J. “*Estudio de las evaluaciones médicas utilizadas para identificar a las mujeres con diagnóstico de depresión postparto en las publicaciones presentadas desde 1998 a 2003*”. Tesis. Universidad Hispanoamericana. Diciembre, 2003.

Nicholson J, Farris J, Borkowski J, Deboeck P, Boker S. “*Maternal Depressive Symptomatology and Child Behavior: Transactional Relationship With Simultaneous Bidirectional Coupling*”. *Developmental Psychology*. 2011; 47: 1312-1323.

Olino T, Pettit J, Klein D, Allen N, Seeley J, Lewinsohn P. “*Influence of Parental and Grandparental Major Depressive Disorder on Behavior Problems in Early Childhood: A Three-Generation Study*”. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2008; 47: 53-60.

Piché G, Bergeron L, Cyr M, Berthiaume C. “*Interaction Effects between Maternal Lifetime Depressive/ Anxiety Disorders and Correlates of Children’s Externalizing Symptoms*”. *Journal of Child Family Studies*. 2011; 20: 596-604.

Rojas Z. “*El examen psiquiátrico del paciente*”. Costa Rica: Editorial Circuito Cinco, S.A. 1992.

Rubin, E. Zorumski, C. “*Adult Psychiatry*”. 2da edición. Estados Unidos: Blackwell Publishing. 2005.

Sadock B, Sadock V. “*Kaplan`s and Sadock`s Comprehensive Textbook of Psychiatry*”. 8va edición. Volumen 1. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 2005.

Toth S, Peltz J. “*Depresión Materna*”. Enciclopedia sobre el desarrollo de la primera infancia. Canadá. 2011: 1-8.

Trapolini T, McMahon C, Ungerer J. “*The effect of maternal depression and marital adjustment on young children`s internalizing and externalizing behavior problems*”. Journal Compilation Blackwell Publishing Ltd. 2007: 794-803.

Tronick E, Reck C, “*Infants of depressed mothers*”. Harvard Review of Psychiatry. 2009; 17(2): 147-156.

Weaver C, Shaw D, Dishion T, Wilson M. “*Parenting Self-Efficacy and Problem Behavior in Children at High Risk for Early Conduct Problemas: The Mediating Role of Maternal Depression*”. 2008; 31(4): 549-605.

http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/

