

## **ESPERANZA, SIGNIFICADO Y CONTINUIDAD:**

### **UN PROGRAMA PARA AYUDAR A LAS FAMILIAS CUANDO LOS PADRES SUFREN UNA DEPRESION**

---

Proyecto de intervención preventiva  
Judge Baker Children's Center  
Three Blackfan Circle  
Boston, Massachusetts 02115

---

Estos materiales son propiedad conjunta del Preventive Project and the Center for Mental Health Services y no deben ser reproducidos o distribuidos sin su permiso.

Este trabajo representa la colaboración de muchos individuos: William R. Beardslee, M.D., como investigador principal de todos los aspectos del proyecto. Beth Hoke, Ph.D., y Patricia Salt, Ph.D., como co-investigadores principales. Ellen Wright, M.A., directora del proyecto. En la producción del manual para la intervención inicial, el Dr. William R. Beardslee tuvo un rol directivo asistido por Beth Hoke, Ph.D., y Donna Podorefsky, Ph.D., Lynn Focht-Birkerts, MSW, LICSW, Susan Swatling, MSW, LICSW, y Polly van de Velde, MSW LICSW, R.N. En el manual de seguimiento, Lynn Focht-Birkerts tuvo un rol directivo asistido por los Dres. Podorefsky y Beardslee, y por Phyllis Rothberg, MSW. En el manual de adaptación a contextos culturales diferentes, Dr. Donna Podorefsky tuvo un rol de liderazgo asistido por los Dres. Beardslee y Gladstone, y por Ms. Lynn Focht-Birkerts. Ms. Ellen Wright ha sido el arquitecto primario del manual de valoración e instrumentos revisados siendo asistido por Phyllis Rothberg, MSW, Carol Tee, B.A., y Ellen Murachver, MSW. Dr. William Beardslee, Ms. Ellen Wright, Dr. Tracy Gladstone, y Ms. Marcy Burstein escribieron el artículo de revisión conceptual.

Se pueden obtener copias de este material the Preventive Intervention Project, Judge Baker Children's Center, Three Blackfan Circle, Boston, Massachusetts 02115, or the Center for Mental Health Services.

Este trabajo ha sido financiado por the National Institutes of Mental Health, the W. T. Grant Foundation, the Klingenstein Foundation, and by a W. T. Grant Foundation Faculty Scholar Award to Dr. William Beardslee. La producción de estos materiales y su distribución están financiadas por recursos del Center for Mental Health Services.

Traducción al español: Consuelo Escudero. Servicio de Salud Mental de Getafe, Madrid.

## **ESPERANZA, SIGNIFICADO Y CONTINUIDAD:**

### **UN PROGRAMA PARA AYUDAR A LAS FAMILIAS CUANDO LOS PADRES SUFREN UNA DEPRESION**

## **INTRODUCCION**

En colaboración con el Centro de Servicios de Salud Mental, presentamos a continuación un conjunto de materiales diseñados para poner a disposición de una amplia gama de clínicos, gestores de salud mental y médicos, un abordaje de intervenciones preventivas para familias en las que los padres sufren depresión u otros trastornos relacionados. El trabajo es producto de dos décadas de investigaciones científicas dirigidas a comprobar los descubrimientos en los abordajes preventivos para familias con riesgo de sufrir una depresión.

Concretamente, presentamos primero una panorámica general sobre la revisión conceptual de artículos que apuntan a la adaptación de un programa desarrollado en un encuadre de investigación para otros encuadres clínicos, y particularmente para poblaciones de entornos culturales y socioeconómicos distintos. Presentamos cuatro manuales específicos que describen diferentes aspectos de nuestro trabajo. Primero, incluimos un manual que describe un abordaje general para intervenir con familias en 6 o 10 sesiones, para proporcionar información básica sobre la depresión y sobre los riesgos y resiliencia en niños de padres deprimidos, para ayudar a tomar conciencia de la enfermedad, y para que sean capaces de hablar entre ellos y planificar como ayudar a sus hijos. Segundo, incluimos un manual que especifica el trabajo de seguimiento con las familias. Tercero, incluimos un manual que señala formas de adaptar este abordaje para discapacitados o poblaciones con diferentes culturas. Es un ejemplo de una forma de adaptación pero se puede adaptar a diferentes poblaciones utilizando los mismos principios, indudablemente llegaríamos por diferentes caminos a la comprensión de las familias, al concepto de resiliencia y a la conexión con una comunidad más amplia. Cuatro, incluimos un breve manual para el procedimiento de evaluación que se puede usar para valorar los progresos de la prevención. Finalmente, proporcionamos una lista de referencias para los clínicos sobre trastornos del humor.

Pensamos que la mayoría de los sujetos, clínicos o sistemas de salud mental que utilicen este abordaje lo harán en varias fases.. Lo que implica primero, la comprensión del programa, el establecimiento de compromisos, la decisión de implementar el programa y la búsqueda de los recursos necesarios. Usualmente a esto sigue una fase de entrenamiento previa que implica revisar como hacer las intervenciones, seleccionar un numero reducido de familias, valorar todas sus características culturales, raciales y económicas; después viene la fase piloto, los clínicos y los gestores de salud mental deberían revisar

las características encontradas, decidir que partes de este abordaje se pueden utilizar y cuales cambiar, y después planificar e implementar una amplia serie de intervenciones, y valorar sus efectos. Eventualmente esperamos que se produzca una integración de nuestro abordaje con las novedades encontradas en los servicios clínicos.

después de todo, nuestro trabajo ha sido una investigación sobre lo que las familias necesitan para obtener un tratamiento adecuado y un intento para desarrollar intervenciones preventivas en los servicios. Por tanto al examinar lo que hemos hecho, hemos encontrado, por ejemplo, que es absolutamente necesario para cualquier miembro de una familia que lucha con una depresión obtener una buena atención. Este es el elemento esencial de una intervención preventiva para la generación siguiente, pero esto requiere enfrentarse con la complejidad del actual sistema de salud con muchos sujetos no asegurados, otros con una cobertura en salud mental inadecuada y muchos mas que no saben como acceder al sistema. De igual forma, en nuestro trabajo, hemos encontrado que los mayores factores de riesgo en la salud publica como la exposición a la violencia, la pobreza y el asilamiento social, son los que tienen mas peso en la etiología de la depresión y, por lo tanto, cualquier programa integral de prevención para la depresión requiere la reforma de los cuidados de salud y el abordaje de estos factores de riesgo.

De igual forma, como planteamos en nuestra intervención desde el contexto de una clase media tradicional en Dorchester, esto transforma lo que hacemos. Creemos que este proceso de transformación es fundamental para cualquier éxito en la adaptación de una intervención diseñada en un contexto y con un grupo cultural para una clase social diferente. En este sentido, esperamos que la intervención deberá ser modificada y adaptada para cualquier otro contexto. Es normal y natural para la evolución del programa.

## **ESPERANZA, SIGNIFICADO Y CONTINUIDAD:**

### **UN PROGRAMA PARA AYUDAR A LAS FAMILIAS CUANDO LOS PADRES SUFREN UNA DEPRESION**

#### **INDICE**

- I.      revisión conceptual
- II.     Manual para la intervención inicial
- III.    Seguimiento del manual
- IV.    Manual de adaptación a un contexto cultural diferente
- V.     Manual de valoración e instrumentos revisados
- VI.    Referencias generales para clínicos sobre trastornos del humor

## **REVISION CONCEPTUAL**

**William R. Beardslee, M.D., y colaboradores**

---

Estos materiales no pueden ser copiados o distribuidos  
Sin permiso escrito de William R. Beardslee, M.D.  
O del Center for Mental Health Services

Ellen Wright, M.A., Tracy Gladstone, Ph.D., y Ms. Marcy Burstein  
Han contribuido sustancialmente al desarrollo de estas ideas y a escribir este  
manual, mientras que el autor principal ha sido William R. Beardslee, M.D.

© William R. Beardslee

## **ESPERANZA, SIGNIFICADO Y CONTINUIDAD:**

### **UN PROGRAMA PARA AYUDAR A LAS FAMILIAS CUANDO LOS PADRES SUFREN UNA DEPRESION**

En las ultimas décadas, se han producido extraordinarios progresos en el estudio de los trastornos mentales en los niños, y particularmente en el campo de la depresión infantil (Instituto Nacional de Salud Mental, 2001; Instituto de Medicina, 1994). Se han señalado avances en tres áreas distintas. Primero se han desarrollado protocolos de tratamiento (Ej., algoritmos para la administración de medicación psicotropica y manual de terapias) que han resultado ser efectivos en pruebas empíricas. Segundo, se han identificado factores que incrementan el riesgo y la resiliencia en jóvenes que viven situaciones adversas (Luthar, Cicchetti and Becker, 2000). Lo que ha incrementado la comprensión de cómo diseñar y conducir intervenciones preventivas (IOM, 1994). Se ha producido un progreso similar en la evaluación de estrategias de intervención preventiva que se han desarrollado recientemente. Tercero se han hecho notables progresos en neurociencias y en el desarrollo de la epidemiología. Estos avances ofrecen una base científica para nuestro estudio de la salud en los niños a lo largo de todo el desarrollo. Dado que se ha comprendido mejor el genoma humano, la ciencia del diagnostico es mas precisa, se ha acumulado evidencia empírica de las pruebas clínicas, y hay una perspectiva mucho más clara para delimitar factores de riesgo que producen dificultades en la infancia para desarrollar intervenciones preventivas.

A fecha de hoy, la mayoría de los estudios que examinan los efectos de cualquier tratamiento o pruebas de prevención pueden ser clasificados como estudios eficaces. Un estudio eficaz contrasta un tipo de intervención con un grupo control bajo condiciones bien controladas. Por primera vez en la historia de la salud mental infantil, hay un numero de estudios eficaces y bien controlados que proporcionan una fuerte base empírica para la elección de un tratamiento para los niños (Burns, Hoagwood y Mrazek, 1999). Estos estudios siguen diseños utilizados durante décadas dentro de la medicina. Los tratamientos se han realizado de una forma estándar con un manual bien definido y con entrenamiento amplio de quienes dirigen los tratamientos con la misma fidelidad del intento original del investigador. Hay una valoración rigurosa antes y después de terminada la intervención. Los evaluadores y los clínicos no conocen el grupo asignado de pacientes. Los pacientes con múltiples trastornos son normalmente excluidos, se incluyen pacientes con un único diagnostico. Los pacientes son seguidos con una cuidadosa batería de evaluación por un periodo determinado después de la terminación del tratamiento.

En contraste, investigadores recientes han designado como inicio de pruebas eficaces que dirigen el tratamiento y la prevención de la depresión infantil y de otros trastornos en la infancia (NIMH, 2001), estudios eficaces que investigan

los resultados de los tratamientos o programas preventivos bajo condiciones que son típicas de lo que existe en el campo. Por ejemplo, en la mayoría de las pruebas de eficacia, la duración de la psicoterapia no esta fijada. Los investigadores y los clínicos han sido informados acerca de dificultades con el traspaso de intervenciones desde la investigación a encuadres clínicos (NIMH, 2001; National Advisory Mental Health Council, 2001; Weisz, Donenberg, Weiss y Han, 1995; Wiesz, 2000) y han notado diferencias entre los resultados derivados de entornos de investigación con resultados derivados de la practica clínica (Weisz y col., 1995). Por lo tanto, solo a través de la aplicación de los descubrimientos de estudios eficaces más amplios que la practica clínica se beneficiaran los niños y sus familias de los nuevos abordajes. Por lo tanto la traducción de protocolos de tratamiento desde la eficacia a las pruebas de efectividad es esencial.

Hay numerosos y posibles obstáculos para el cambio desde la eficacia a las pruebas de efectividad, que serán discutidos detalladamente mas adelante. Brevemente, los investigadores han señalado dificultades al trasladar programas a escala (por Ej.. utilizando un programa en 20 lugares en vez de en un solo lugar), lo que incluye dificultades para mantener la fidelidad y cualidad de la intervención original cuando se traslada a diferentes lugares, y las diferencias entre sujetos seleccionados para pruebas con grupos control y aquellos que se presentan en la clínica. Específicamente, los sujetos investigados tienen típicamente menos trastornos comorbidos que aquellos que están en encuadres clínicos. Los sujetos investigados tienen a menudo diferentes expectativas y recursos disponibles que los que son atendidos en la practica clínica. Es mas, los sujetos en la clínica presentan a menudo crisis que requieren recursos intensivos para su estabilización. Además, en el actual contexto de salud mental se pone el énfasis en atender a un gran numero de pacientes que mantienen sus citas, mientras que los investigadores enfatizan la importancia de mantener a los sujetos que han sido incluidos en el estudio, a pesar de lo que cueste (por Ej. las citas se fijan con flexibilidad y si se cancela alguna, se vuelve a dar). Por todo esto, las muestras clínicas que se presentan en las clínicas, hospitales, y consultas clínicas son a menudo bastante diferentes en aspectos culturales, étnicos, religiosos y económicos de aquellas seleccionadas para estudios de eficacia, que tienden a ser principalmente clase media y alta, angloparlantes y bien educados.

En general, un numero de pruebas de eficacia de gran éxito se ha utilizado en tratamientos y prevención a lo largo de los últimos diez años, pero hasta ahora, no hay estudios de efectividad para la mayoría de estos abordajes. Sin embargo, en la esfera medica, tenemos considerable experiencia en la realización de programas a escala (OIM, 1994). Además, tenemos experiencia en llevar programas sociales del laboratorio al publico, así como en la implementación de Head Start (Richmond, 1995) u otros programas más amplios (Schorr, 1997). Los clínicos y gestores buscan continuamente formas de mejorar sus practicas adaptando abordajes desarrollados y probados en estudios de eficacia para el uso clínico. La adaptación de este enfoque preventivo al encuadre clínico representa en muchos aspectos un intento de cambiar desde la eficacia a la efectividad.

En el informe siguiente, presentamos nuestro abordaje al problema de la depresión en la familia para clínicos y gestores de salud mental. Enfocamos las formas en que pensamos que nuestro abordaje se puede emplear en encuadres clínicos. Primero, presentamos una secuencia estándar de salud pública para el desarrollo de la intervención y revisamos brevemente como seguimos esta secuencia en nuestro trabajo. Presentamos esta secuencia para proporcionar un contexto para nuestra discusión sobre la adaptación. Segundo, presentamos diversos elementos clave de adaptación que pensamos se deben considerar en la transposición de nuestra intervención a cualquier otro encuadre. Finalmente, revisamos la literatura sobre los obstáculos para realizar la adaptación y discutimos soluciones para superarlos.

Esperamos que nuestro enfoque, que ha sido diseñado para ser accesible a una amplia gama de encuadres clínicos, sea útil para clínicos y gestores de salud mental. Celebramos la oportunidad de colaborar con el Centro de los Servicios de Salud Mental para proporcionar estos materiales.

### Una secuencia de Salud Pública para el desarrollo de la intervención

Nuestro trabajo empírico ha seguido una secuencia estándar de salud pública a través de cuatro primeras etapas (IOM, 1944): (1) identificando y definiendo los riesgos de los niños con padres que padecen trastornos del humor; (2) identificando factores protectores en la misma población; (3) diseñando un programa preventivo para reforzar el desarrollo de aquellos factores protectores y la reducción de factores de riesgo asociados, que hemos detectado en un trabajo piloto con una pequeña muestra de familias; (4) implementando una amplia escala de pruebas de eficacia para probar en mayor medida los beneficios del programa de prevención. Hemos realizado un estudio de escala más pequeña para examinar el proceso de adaptación del programa de prevención a otros encuadres. Describiremos nuestros descubrimientos por orden.

### Identificación y definición de los riesgos

Entendemos la depresión como un trastorno que debería ser comprendido desde muy diferentes perspectivas. Aunque es claramente un trastorno biológico, es, al mismo tiempo, un trastorno interpersonal con grandes efectos sobre el funcionamiento y las relaciones en la familia. Para examinar los riesgos de los hijos de padres con un trastorno del humor, realizamos valoraciones múltiples sobre 275 jóvenes de más de 140 familias. También realizamos una revisión extensa del trabajo de otros investigadores.

En general, los niños de padres con trastornos del humor tienen de dos a cuatro veces más probabilidades de desarrollar trastornos del humor comparados con niños de familias cuyos padres no están enfermos. En algunos estudios, las ratios de depresión llegan a un 50% en la tardía adolescencia y en la juventud, en niños de padres gravemente enfermos (Beardslee, Versage y Glandstone, 1998). Además numerosos estudios



señalan un incremento de las ratios de otros trastornos psiquiátricos en estos niños en riesgo (Beardslee, Keller, Lavori, Klerman, Dorer y Samuelson, 1988; Hammen, Burge, Burney y Adrian, 1990; Radke-Yarrow, Nottelman, Martínez, Fox y Belmont, 1992). Estos niños presentan también riesgos para la internalización (Rubin, Both, Zahn-Waxler, Cummings y Wilkinson, 1991) y la externalización de problemas (Harnish, Dodge y Valente, 1995), incluyendo un funcionamiento negativo (Forchand y McCombs, 1988), incremento de la culpa (Zahn-Waxler, Kochanska, Krupnick y McKnew, 1990), dificultades interpersonales (Rubin y col., 1991), y dificultades del vínculo (Teti, Gelfand, Messinger e Isabella, 1995).

En un sentido etiológico, tanto el factor genético como el ambiente están involucrados en la causa de la depresión (Beardslee y col., 1998). La depresión puede producirse a causa de numerosas adversidades del entorno tales como, ser víctima de la violencia, sufrir privaciones, perder una compañía o un trabajo, o puede resultar de tener algún pariente en primer grado con la enfermedad no declarada. La mayoría de las depresiones son combinaciones de ambos factores y el peso de cada uno todavía es desconocido. Claramente, no hay un único gene causante de la depresión. A modo de ejemplo, el mayor factor de riesgo para la depresión del informe IOM (1994) fue: tener un progenitor u otro familiar biológico cercano con un trastorno del humor; experimentar un grave malestar tal como una pérdida, divorcio, separación, desempleo, insatisfacción en el trabajo, una enfermedad física crónica, una experiencia traumática, o, en niños, problemas de aprendizaje, u otras enfermedades psiquiátricas; presentar baja autoestima, un sentimiento de baja autoeficacia, o un sentimiento de desesperanza o impotencia; ser mujer; y vivir en la pobreza.

### Indicadores de hechos adversos

En términos de causalidad la depresión parental esta siempre asociada a una constelación de factores de riesgo en las familias. Incluyendo perturbaciones en el funcionamiento de la pareja, en el funcionamiento de la familia y en los roles parentales (Beardslee y Gladstone, 1991; Gotlib y Whiffen, 1989; Keitner, Miller, Epstein y Bishop, 1986), Nuestra investigación y el trabajo de otros sugieren que es la combinación de adversidades lo que predice, que niños llegaran a estar enfermos mas que la presencia de cualquier adversidad concreta. Michael Rutter y colaboradores (Rutter y Quinton, 1977; Rutter, 1990) y el Dr. Arnold Sameroff y colaboradores (Sameroff, Bartko, Baldwin y Siefer, 1998) han descrito indicadores de hechos adversos que predicen malos resultados bien con muestras epidemiológicas o en muestras de padres con una enfermedad mental grave. Cuanto mayor es el numero de hechos adversos mayor es la probabilidad de malos resultados, y una adversidad por si sola, incluso la presencia de una enfermedad mental en los padres, solo incrementa el riesgo en alguna medida. En nuestra propia investigación sobre los riesgos, desarrollamos un índice de hechos adversos y mostramos que cuantas más adversidades, mayores probabilidades de que el niño pueda llegar a estar deprimido. Los tres factores claves en la determinación de la trasmisión de la depresión a los niños fueron depresión mayor en los padres, comorbilidad asociada en los diagnósticos psiquiátricos en los padres, y una historia previa

de enfermedades psiquiátricas en el niño. Los problemas en la pareja, el divorcio y el género femenino son también importantes (Beardslee, Keller y col., 1996).

### Identificación de factores protectores

A pesar de circunstancias difíciles, nuestra investigación sobre los riesgos reveló que un gran número de niños de familias con padres deprimidos estaban bien. A tenor de este resultado, centramos nuestra atención en la descripción de factores que estaban asociados con la resiliencia en esta muestra de niños. Apoyados en nuestro trabajo y en la revisión de importantes investigaciones previas, identificamos tres factores que pensamos están asociados con la resiliencia en esta población: (1) incremento e implicación de relaciones de confianza y apoyo; (2) mayor implicación en la escuela y en actividades fuera del hogar; y (3) una mayor auto comprensión (Ej. una adecuada valoración del estrés para manejarlo, una valoración realista de la propia capacidad para actuar y expectativas realistas de las consecuencias de la acción, y acciones congruentes con su comprensión) (Beardslee y Podorefsky, 1988). Específicamente, aquellos jóvenes se sentían separados de las enfermedades de sus padres y no se responsabilizaban de ellos. Actuaban sin depender de sus padres, tenían relaciones independientes, y funcionaban autónomamente en el trabajo y en la escuela. Estos descubrimientos fueron consistentes con un gran número de referencias nuevas sobre resiliencia y formaron la base para nuestro enfoque preventivo de intervención. La autocomprensión que había sido un constructo central en un temprano trabajo de Beardslee sobre el Movimiento de los derechos civiles y sobre los supervivientes del cáncer, y el desarrollo de la auto comprensión, llegó a ser el foco central para los padres y los niños en la intervención (Beardslee, 1989).

### Diseño y ensayo del enfoque preventivo

El objetivo fundamental de nuestro trabajo fue ayudar a aumentar la salud mental y la capacidad de los padres para cuidar de sus hijos. El núcleo de esta convicción es que los padres pueden efectivamente cuidar de sus hijos a pesar de sus trastornos del humor o de otras adversidades con las que se enfrenten. Sin embargo, creemos también que los sistemas de cuidados de salud centrados únicamente en adultos han fracasado al enfocar el aumento de la fuerza natural y los recursos de la familia como un todo. Apoyados en nuestra comprensión de la vulnerabilidad y de los factores protectores en los niños, hemos desarrollado dos formas estándar de programas preventivos, diseñados para enseñar a los padres a aumentar los factores de resiliencia y a modificar los factores de riesgo familiares, asociados con trastornos del humor (Ej. mejorar la atención de los padres sobre sus hijos, incrementar la resolución de problemas familiares, enriquecer la comunicación y la comprensión de la familia).

Las dos formas de intervención que usamos las elegimos por ser compatibles con las estrategias de prevención en salud pública. Desarrollamos un formato

de grupo debate en el que se presentaba información sobre los trastornos del humor y su impacto sobre la familia a los padres solos, así como detalles sobre los riesgos y los factores protectores de sus hijos, y estrategias de comunicación diseñadas para mejorar la comprensión en la familia. También desarrollamos un formato clínico que en 4 o 10 sesiones recogiera la historia de la familia, para proporcionar a los padres la información trabajada en la charla, para evaluar a los jóvenes en sus dificultades y recursos personales, y para asesorar a los padres en la realización de reuniones familiares para discutir sus dificultades. El abordaje demostró ser seguro y factible, y los padres aseguraron que recibieron una considerable ayuda.

Los datos recogidos en los tres años de intervalo indicaron que los padres hicieron cambios tanto en sus actitudes sobre los trastornos del humor, como en la forma en que la depresión afectaba a sus familias, y en conductas diseñadas para promover la resiliencia en sus hijos, se mejoró la comunicación y la comprensión en la familia y en el manejo de los riesgos cuando eran evidentes para los niños. Sin embargo, los padres del programa clínico mostraron mas cambios que aquellos incluidos en el grupo debate. Estas diferencias entre los grupos se mantuvieron durante las tres sesiones de seguimiento (Beardslee, Wright, Rothberg, Salt y Versage, 1996).

#### Demostración de la eficacia del programa preventivo

A continuación comparamos las dos formas de intervención en una prueba a mayor escala que involucraba una muestra adicional de 80 familias (Beardslee, Versage y col., 1997; Beardslee, Salt y col., 1997; Beardslee, Wright y col. 1997). En el estudio de eficacia todas las familias habían sido seguidas al menos los últimos 5 años. El análisis de los descubrimientos en los padres indicaban que ambos grupos hicieron cambios en las áreas de disminución de los problemas de pareja, mejoría en la relación familiar, mejoría en la resolución de los problemas familiares, incremento de la atención sobre los hijos, e incremento de la comprensión individual y familiar. Por lo tanto, había un significativo incremento en el aumento de factores protectores y un descenso de los factores de riesgo. Como media, los padres del grupo clínico hicieron mas cambios que los padres del grupo debate. Hemos tenido considerable experiencia en el uso de las intervenciones debate y creemos que puede ser bastante útil, pero únicamente cuando se combina con un seguimiento y un asesoramiento sistemático, y proporcionando atención cuando sea necesaria. Por lo tanto hemos concentrado nuestra presentación sobre la intervención de base clínica.

Hemos continuado evaluando los descubrimientos de este estudio y hemos encontrado que la mejoría en la resolución de los problemas familiares, la comunicación y la comprensión han permanecido firmes incluso al valorarlos varios años después de la intervención inicial. Recientemente hemos terminado un libro para padres y otros miembros de la familia, y para el publico en general sobre nuestro enfoque (Beardslee, in press). El trabajo analítico es la base para examinar el impacto del proyecto en un amplio rango de resultados en los jóvenes en riesgo implicados en el.

## Adaptación del programa preventivo a otras poblaciones

Escogimos una muestra altamente contrastada para compararla con la muestra de nuestro estudio de eficacia original. En nuestro estudio original, la mayoría de las familias fueron extraídas de un grupo de sujetos que tenían seguros médicos y que habían estado implicados activamente en tratamientos para padres deprimidos. En nuestra primera adaptación, reclutamos familias que eran pobres, a menudo sin seguros médicos, y a menudo de color. Esto fue necesario para transformar algunas de las técnicas que usamos en el estudio de eficacia original (ver a continuación); sin embargo, el principal objetivo fue mantener el encuadre, comprobando resultados similares (Podorefsky, Beardslee y McDonald-Dowdell, 2001). Además, hemos comenzado a supervisar esta estrategia de prevención en Saskatchewan, Canada, Delaware y Finlandia. Nuestra experiencia con estas adaptaciones será también utilizada en este artículo para proporcionar un modelo general de adaptación, de este tipo de trabajo de prevención, a otros lugares.

### Elementos claves de adaptación

Hay varias ideas básicas que pensamos deben ser tomadas en consideración para la transposición de cualquier programa de prevención a un nuevo encuadre. serán discutidas a continuación.

#### La atención a la enfermedad debe ser asequible

Para hacer posible que las familias participen en el proceso de aumentar los factores de protección de sus hijos, deben sentirse libres para atenderlos. Por lo tanto, debe existir y ser fácilmente accesible la atención a la depresión de los padres o a cualquier otro problema. Indudablemente, uno de los factores con mayor poder de protección para los niños de padres deprimidos, es la provisión de cuidados adecuados para todos los episodios que sufran sus padres. Debido a la dificultad del acceso a los cuidados en salud mental hoy en día, esto es todavía algo a conseguir. De forma similar, si un niño desarrolla una enfermedad –una enfermedad medica, u otra enfermedad psiquiátrica como trastornos de ansiedad, un problema de lectura o depresión- la atención debe estar fácilmente disponible y se debe buscar activamente. Gran parte de nuestro trabajo ha consistido en la defensa de las familias para que consigan la atención que necesitan, incluso en familias que tienen seguro medico.

#### El proceso de adaptación de una intervención transforma la intervención

De acuerdo con el punto de vista de Rogler (1989), pensamos que el proceso de adaptación de las intervenciones de un encuadre a otro es un constante proceso de interacción, en el que la intervención original se transforma. Por lo tanto, proporcionamos una serie de guías y principios que se pueden adaptar de forma flexible a diferentes encuadres, en tanto que las ideas centrales permanecen. La transposición de esta intervención no se consigue con una

replica literal o parcial. Si un clínico utiliza esta intervención, esperamos que los principios centrales proporcionen guías, pero las necesidades y estructuras de los diferentes encuadres inevitablemente cambiarán la intervención de alguna forma, y esta es una parte del éxito del proceso de adaptación.

### Material escrito

Siempre proporcionamos materiales escritos a las familias, tanto si utilizamos nuestro abordaje de discusión como el clínico. Estos materiales describen la depresión, los tratamientos estándar, algo de nuestro propio trabajo de resiliencia y otros temas. Ayudar a las familias a desarrollar un espíritu de cuestionamiento y descubrir materiales sobre ellos mismos, es una parte importante y la mejor forma de tratar con la enfermedad. Además, algunas familias pueden utilizar el material escrito para hacer los contactos cara a cara más efectivos.

### Los clínicos deben tener apoyos y tiempo para trabajar

Una transposición con éxito de la intervención requiere tiempo adecuado, tanto para el proceso de adaptación, como para el trabajo efectivo con las familias. Debido a que nuestro trabajo fue diseñado en un encuadre de investigación, ponemos especial énfasis en conseguir fidelidad y fiabilidad. Aunque empezamos con clínicos experimentados, eran nuevos en el trabajo de la prevención. Como en cualquier situación de aprendizaje, el mejor entrenamiento para cualquiera, un clínico o una familia, se produce después de la crisis psiquiátrica. En situaciones de crisis, intervenimos con las familias para proporcionar soporte y realizar la intervención cuando se han recuperado. En nuestro abordaje no limitamos el tiempo de las sesiones o el número de sesiones necesarias para atender a una familia particular, y recomendamos a los clínicos que hagan lo que sea necesario para descubrir las necesidades de la familia y de esta forma establecer una alianza. Esto exige tiempo y apoyo para el clínico. Además, es necesario bastante tiempo para aprender la intervención al principio y para desarrollar la reflexión grupal del equipo que la haga efectiva.

### Reuniones periódicas sobre el proceso de adaptación-reflexión de equipo

Durante el intervalo necesario para aprender y adaptar este programa psicoeducativo, es esencial que haya reuniones periódicas de los clínicos, que permitan la supervisión y reflexión sobre el proceso de adaptación. Nuestros equipos de intervención y evaluación celebran reuniones semanales diferentes para discutir cada caso. De esta forma los que tratan directamente con las familias reciben la mejor perspectiva del grupo. Pensamos que las reuniones de los clínicos son esenciales para realizar con éxito una intervención.

### Programar después de la crisis

Aunque contactamos familias cuando estaban gravemente enfermas, solo fijamos citas cuando habían pasado la crisis. Esto está claramente en oposición con la práctica clínica usual del trabajo con familias gravemente enfermas, y todavía pensamos que esto es absolutamente esencial en nuestra adaptación del trabajo a otros encuadres. Muchos clínicos piensan que hay que contactar con las familias gravemente enfermas y proporcionar alguna ayuda cuando un padre de un niño está enfermo. Estamos completamente de acuerdo, pero sostenemos que es importante hacer el primer trabajo de este programa de intervención cuando la familia no esté preocupada con la crisis. Durante las pruebas estandarizadas, excluimos a las familias en las que había un sujeto en una fase psicótica aguda, hospitalizado, consumiendo drogas, o en medio de un divorcio problemático. En tanto que reconocemos que estas circunstancias exigen atención inmediata, creemos que, en beneficio del programa de intervención, los recursos de la familia no se deben enfocar para abordar una crisis aguda. Nuestras estrategias de prevención se centran sobre la capacidad de los padres para incorporar material psicoeducativo y para aprender nuevas estrategias para manejar la depresión, y pensamos que es mejor hacerlo cuando las familias no estén sobrepasadas por la crisis de una enfermedad. Nuestros clínicos deben estar disponibles para las familias a lo largo de toda la crisis, pero los elementos esenciales de la intervención se deben proporcionar en el momento de una calma relativa.

A pesar de insistir en no intervenir en el momento de una crisis, pensamos que las familias que sufren una depresión o cualquier otra enfermedad mental grave, necesitan clínicos responsables que estén disponibles día y noche para atender las urgencias. Siempre proporcionamos tal recurso, y recomendamos que nadie utilice la intervención en servicios de urgencia.

### Flexibilidad

Pensamos que gran parte de nuestro éxito se apoya en la habilidad de nuestros clínicos para ser flexibles, capaces de reunirse con las familias en diferentes momentos y de diferentes formas. Como ejemplo, debido a que nuestro trabajo está dirigido a familias cuyos adolescentes no están enfermos, muchos de ellos prefieren que las reuniones familiares se celebren en sus casas o lugares fuera de los hospitales. Se programaron reuniones extra cuando fue necesario, y hubo flexibilidad sobre los horarios de las reuniones de forma que se ajustara a las necesidades de las familias. Esto contrasta con el estándar de la práctica clínica. La mayoría de las familias en el estudio de eficacia cumplió el horario de las citas, pero la flexibilidad ocasional fue útil en el proceso de cambio.

### La evaluación es esencial

Nos comprometimos a valorar desde el principio este proyecto porque diseñábamos un nuevo enfoque preventivo y comparábamos los resultados de

dos formas diferentes de intervención. Sin embargo, para aprender con éxito un enfoque clínico o preventivo, es esencial un periodo de aprendizaje para asegurar al clínico en la utilización de la intervención tal como se ha diseñado, y para comprender las características de la muestra a utilizar. Hemos proporcionado un abordaje breve y limitado para valorar si se puede utilizar por los clínicos, así como información sobre la evaluación mas detallada y sistemática. Sobre todo, la inclusión de un componente de evaluación no se debe utilizar como un juicio acerca de si la intervención funciona, sino como una herramienta importante de comprensión de cómo esta funcionando, para quien funciona mejor y para quien no.

### Evaluación e intervención simultaneas

Al seguir a las familias durante algún tiempo, comprobamos que la evaluación periódica de la investigación proporcionaba elementos clínicos cruciales. Nuestra evaluación consistía en una revisión de los acontecimientos individuales y familiares desde la ultima evaluación. Mediante este procedimiento podíamos preguntar a las familias si habían obtenido lo que necesitaban, si se habían atendido sus preocupaciones, y, en particular en que no se les había ayudado. Además el proceso capacitaba a las familias para revisar lo que habían dicho previamente, y a percibir el progreso que habían hecho. De esta forma, las evaluaciones servían como un importante enganche para el proceso clínico y ayudaba a las familias a ser mas optimistas para vivir con la depresión. Creemos que, en encuadres donde los objetivos de investigación son menos importantes, se deben combinar las evaluaciones y las funciones clínicas.

### Construcción de la historia de la familia

Un presupuesto central de nuestro trabajo es que la depresión destruye la capacidad de la familia para hablar y comprender juntos la enfermedad (Beardslee, in press). Restaurar estas funciones es absolutamente esencial. En este sentido, tanto los clínicos como los evaluadores levantan las historias familiares. En las reuniones con las familias, los clínicos y los evaluadores deben centrarse en la revisión del contenido de las sesiones previas, de esta forma muestran un interés en la historia de la familia y la ayudan a mantener un registro de su historia. Además los clínicos y los evaluadores necesitaran rastrear el curso de la enfermedad, reforzar el contenido de las intervenciones, y anotar el progreso que la familia ha hecho a lo largo del tiempo.

### Seguimiento

Es esencial un seguimiento a largo plazo de las familias para que cualquier intervención preventiva sea efectiva. De esta forma, los clínicos que quieran utilizar esta intervención necesitan estar disponibles para las familias al menos durante un año después de realizada la intervención. Cuando las familias saben que los clínicos les verán periódicamente para comprobar lo que han

aprendido y proporcionarles apoyo para los temas que les surjan, se dan cuenta de que los clínicos se harán cargo de la responsabilidad de lo que se esta empezando y que no los abandonaran en momentos difíciles. La realización de sesiones de seguimiento deja claro que el aprendizaje para tratar con la depresión y sus problemas asociados no se puede realizar en unas pocas sesiones. Pensamos que la expectativa de continuar el seguimiento iniciado por el clínico refuerza mas la alianza terapéutica y aumenta el compromiso de la familia para aprender a manejar los riesgos asociados con la depresión de una forma nueva. Las sesiones de seguimiento permiten a los clínicos reforzar el foco sobre la resiliencia, lo que es más común en el cuidado del niño sano que en el cuidado de familias mentalmente enfermas. Pensamos que eventualmente el principio del seguimiento será adaptado para otras muchas condiciones además de para la depresión parental. Tanto en salud publica como en encuadres pediátricos, hay una expectativa de que sé vera a los adolescentes de una forma predecible y regular aunque no estén enfermos. Igualmente, las sesiones de seguimiento periódico que no estén dirigidas por necesidades de los cuidados clínicos, sirven para la verificación y revisión del material psicoeducativo que se proporciona en nuestra intervención preventiva. Estamos convencidos de que tales verificaciones son uno de los elementos principales para el éxito de este programa.

adaptación de la intervención a un nuevo encuadre-desde la eficacia a la efectividad

#### Una revisión de la literatura

En las comunidades científicas y clínicas, ha surgido recientemente el interés sobre el dilema de la aplicación de los descubrimientos de las investigaciones a la practica (NAMHC, 2001; NIMH 2001; Weisz 1995, 2000). Aunque hay un numero de tratamiento e intervenciones que han demostrado su eficacia en encuadres de investigación, los problemas surgen a menudo cuando se aplican estos tratamientos a otros encuadres o poblaciones (NAMHC, 2001; NIMH 2001). Numerosos investigadores han discutido sobre la cuestión de que, los programas de tratamiento e intervención frecuentemente obtienen resultados más significativos en las investigaciones de laboratorio y no fuera. Weisz (1995) argumenta que las características inherentes al encuadre de investigación (Ej. selección selectiva de los sujetos con más bajos niveles de psicopatología, con una enfermedad mas uniforme, entrenamiento de los clínicos más intensivo, utilización de unas pocas técnicas en vez de un abordaje más ecléctico, fidelidad al manual o al plan fijado) pueden contribuir a obtener resultados más favorables que al aplicar la investigación. Weisz plantea que el paradigma de la investigación científica, el modelo medico-farmacológico, es inadecuado para el estudio de las ciencias sociales. Debido a que el entorno en el que serán utilizados los tratamientos experimentales es considerado únicamente en la ultima etapa del desarrollo de la investigación. Para solucionar este problema, Weisz (2000) sugiere que la investigación puede ser mas útil si se realiza en encuadres de la vida real en oposición al “paradigma” del laboratorio. De esta forma, el ajuste a los diferentes contextos



sería una parte inicial y necesaria del desarrollo de la investigación, en vez de una etapa final del proceso.

De forma similar, los grupos de trabajo del Instituto Nacional de Salud Mental (2001; NAMHC, 2001) confirman que uno de los problemas centrales en la difusión de los tratamientos e intervenciones es la ausencia de previsión. Junto con Weisz (1995, 2000), creen que el actual modelo de tratamiento es impracticable para utilizarlo en la práctica clínica. Igualmente señalan que la investigación falla al considerar el contexto sociocultural o el lugar de la intervención después del desarrollo de la investigación. Complicando el problema está el hecho de que, se pasa por alto a poblaciones que a menudo son grupos de individuos que pueden beneficiarse más de los descubrimientos de las investigaciones. Como consecuencia, las intervenciones estimadas con éxito en el laboratorio no son muy prácticas en la vida real. Recomendamos un modelo de investigación más adecuado que “requiere que se incluya el foco sobre el lugar final y su contexto –el lugar último del tratamiento y el servicio– en el diseño, desarrollo, ajuste, e implementación de la intervención desde el principio” (NAMHC, 2001, p.94).

En el trabajo que sigue, intentamos dirimir estos problemas para ayudar a tender puentes entre la investigación y la práctica siguiendo estas recomendaciones. Nuestro objetivo es hacerlo a través del examen de una población que podría beneficiarse ampliamente de la intervención, la población urbana pobre. Con esta evaluación, nos proponemos identificar algunas de las características definidas y asociadas a la población urbana pobre, y la forma en que pueden afectar al programa de implementación. Es más, deseamos describir los métodos y prácticas que se pueden utilizar para adaptar el programa a esta población y al entorno. Finalmente, perfilaremos los posibles obstáculos para una implementación efectiva, y las ideas para reducir tales obstáculos, identificadas por nuestro propio trabajo con la población urbana pobre y la literatura reciente. Proporcionamos esta revisión como una forma para pensar sobre la adaptación de la intervención a una población particular. Para otras poblaciones (Ej. poblaciones de diferentes culturas o diferentes antecedentes económicos), se necesitaría utilizar distintas estrategias. Sin embargo, pensamos que se pueden aplicar los mismos principios fundamentales. Discutimos a continuación el tema más ampliamente en el manual de adaptación a otros encuadres.

### Contexto y entorno en un encuadre urbano

Quizá el factor más significativo que se debe considerar en la evaluación de una población urbana pobre es el contexto en el que reside. El contexto urbano tiene una serie de adversidades que incluyen la pobreza, la violencia y el aislamiento. Mientras que cada una de estas circunstancias se asocia con un riesgo significativo, en realidad se encuentran asociadas (Tuma, 1989; Day y Roberts, 1991). La exposición a tales factores diariamente causa indudablemente gran estrés. Es bien conocido que acontecimientos estresantes como estos suponen considerables riesgos para el desarrollo de

psicopatología (Tuma, 1989; Day y Roberts, 1991; Brown, Ahmed, Gary y Milburn, 1995; Reinherz, Giaconia, Wasserman, Silverman y Burton, 1999).

Pobreza. Una de las más obvias características de la población urbana pobre es su nula financiación. Numerosos investigadores han demostrado que la pobreza esta asociada a significativos y altos grados de rasgos depresivos o malestar psicológico. Por ejemplo, Tuma (1989) cita la pobreza como uno de los factores de riesgo del entorno más perturbador, en la adquisición de problemas de salud mental. Otros análisis coinciden con este resultado, señalando un incremento del riesgo de una depresión mayor en relación con la pobreza y un estatus socioeconómico bajo (Bruce, Takeuchi y Leaf, 1991; Barreto y McManus, 1997). Se han encontrado estos resultados en población adulta (Turner y Lloyd, 1999) así como en niños (Sameroff, Bartko, Baldwin, Baldwin y Seifer, 1998; Mc Loyd, 1998).

Mientras la pobreza causa tensión por si misma, las necesidades de financiación pueden jugar un rol en la emergencia de otros problemas o procesos que se relacionan con una salud mental deteriorada. Un numero de investigadores (Turner y Lloyd, 1999; Sameroff y col., 1998; McLoyd, 1998) han señalado que la pobreza y el estatus socioeconómico bajo proporcionan un contexto para la aparición de otros factores de riesgo de depresión. Turner y Lloyd (1999), por ejemplo, aseguran que la pobreza puede influir en los síntomas depresivos porque altera el grado de exposición al estrés, el soporte social, y los recursos personales que se tiene o se es capaz de obtener. Citan alto estrés, bajo soporte social, bajo sentimiento de manejo de situaciones, baja autoestima, y una alta dependencia emocional como algunos de los principales mediadores en este proceso. De forma similar, otros investigadores han señalado que la situación de pobreza engendra problemas sociales y emocionales en los niños, principalmente por una crianza errática y hostil o por desatención parental debido a la depresión (Conger y col., 1992; Conger, Ge, Elder, Lorenz y Simons. 1994; McLoyd, 1998).

Igualmente, otros investigadores advierten contra la identificación de la pobreza como el único elemento explicativo en los malos resultados socio emocionales en niños. Sameroff y col. (1998) describen una orientación ecológica (Bronfenbrenner, 1979) donde se evalúan los elementos e influencias que pueden afectar los resultados en los niños. De esta forma, los investigadores toman en consideración un orden de factores que forman parte del entorno del niño, variando cada uno en la extensión y proximidad del impacto. Los factores examinados pueden ser parte del macrosistema del niño (Ej. contexto histórico, comunidad, o situación económica), o pueden ser partes mas especificas de su microsistema (Ej. relaciones con los pares, actividades parentales, interacciones familiares). A pesar de la diversidad de cada sistema y de las variables comprendidas en cada uno de ellos, tal perspectiva afirma que el estatus socioeconómico es el que tiene un espacio mayor, alcanzando numerosos niveles de la ecología del niño.. Así, por ejemplo, los recursos financieros de un niño pueden influir en la forma en que es tratado por sus padres, en las interacciones familiares, y en las instituciones comunitarias que lo rodean e impactan.

Por ejemplo, en el estudio longitudinal Rochester (Sameroff y col. 1998), los autores encontraron que un pobre desarrollo socioemocional, en niños de preescolar, fue una consecuencia de los factores de riesgo del entorno que se concentraban en familias con un estatus socioeconómico bajo. Algunos de tales factores de riesgo incluían enfermedad mental de la madre o alta ansiedad, actitudes y valores inflexibles en cuanto al desarrollo del niño, interacciones positivas limitadas entre las madres y los niños durante el periodo postnatal, empleos sin vocación, baja educación maternal, y estatus minoritario.

De forma similar, en el estudio de Filadelfia (Sameroff y col., 1998) el factor de pobreza del entorno no fue únicamente el que produjo diferencias significativas en los resultados del desarrollo de los niños, sino el impacto de los factores de riesgo que acompañaban a la pobreza. Además, estos autores señalan que cuanto mayor es el numero de riesgos presentes en un contexto, mayor es la posibilidad de resultados insatisfactorios en el desarrollo. Este descubrimiento esta en consonancia con Rutter (1999), quien inicialmente sugería que la cantidad de factores de riesgo en la vida puede ser más significativa que la presencia de cualquier factor por sí solo.

Una clase de factores vinculados repetidamente con la condición de pobreza son las actividades parentales. Un numero de estudios mencionados antes, citan variables o factores de riesgo que pueden ser considerados en la línea de las actividades parentales o proceso familiar (Conger y col., 1992; Conger, Ge, Elder, Lorenz y Simons, 1994; McLoyd, 1998; Sameroff y col., 1998). En el estudio de Filadelfia (Sameroff y col., 1998), por ejemplo, se identificaron seis niveles ecológicos relacionados a malos resultados psicológicos en niños, incluyendo el proceso familiar, características de los padres, estructura familiar, manejo familiar de la comunidad, relaciones con los pares, y con la comunidad. Para cada nivel identificado se eligieron un numero de factores de riesgo. Es de señalar el hecho de que, de 20 factores, aquellos que evidenciaban el mayor impacto sobre los resultados del niño fueron categorizados como factores del proceso familiar. Estos factores incluían clima familiar negativo y ausencia de apoyo parental para la autonomía del niño. Estos descubrimientos apoyan la idea de la influencia del proceso parental en el desarrollo socio emocional de los niños.

Otros investigadores han encontrado que la pobreza parece debilitar la habilidad parental para cuidar de forma eficaz a los hijos (Earls, McQuire y Shay, 1994). Esto parece jugar un rol en la transmisión insidiosa de trastornos psicológicos de una generación a la siguiente. Algunos autores señalan que las dificultades económicas de las madres están asociadas con un incremento en el malestar psicológico. Es mas, el malestar psicológico de las madres esta relacionado con el sufrimiento psicológico de los niños, y la disminución de la capacidad de maternaje parece contribuir significativamente a ello (McLoyd, 1998). Este hecho puede ser debido en parte a la concentración de los padres sobre asuntos más urgentes. Por ejemplo, Mathura y Baer (1990) han señalado que la situación inmediata es el núcleo central de individuos que viven en condiciones duras.

Es evidente desde la literatura que tanto las condiciones psicológicas de los padres como las actividades parentales parecen empeorar con la pobreza. En contextos urbanos, los rasgos de la pobreza son frecuentemente exagerados. Infortunadamente el abuso doméstico y el abuso de niños son hechos comunes en los hogares urbanos pobres. Peterman (1981) asegura que la masificación y la falta de espacio personal, encontradas frecuentemente en hogares urbanos pobres, producen padres bloqueados. Señala que estas condiciones que hacen que los padres no puedan escapar pueden, a su vez, traducirse en dificultades en las relaciones parentales y en conductas abusivas. Quizá es aun más perturbador que la exposición a cualquier abuso físico, sexual o psicológico incrementando la probabilidad de desarrollar conductas de riesgo para la salud (Felitti y col., 1998). La mayoría de estas conductas de riesgo están entre las causas primarias de morbilidad y mortalidad en Estados Unidos hasta la fecha (Felitti y col., 1998).

La pobreza puede estar también asociada con malestar psicológico por problemas físicos. Los ingresos bajos están relacionados con una salud física pobre (Lunch, Kaplan y Schema, 1997). Las condiciones de pobreza que contribuyen a una salud pobre incluyen nutrición insuficiente, cuidados de salud precarios, vivienda o higiene inadecuadas, y producción de conductas o estilos de vida insanos (Aber, Bennett, Conley y Li, 1997; Brunner, 1997, Call y Nonnemaker, 1999; Kawachi, Kennedy y Wilkinson, 1999; Link y Phelan, 2000; Lynch y Phelan, 2000; Lynch y col., 1997; Massey, 1996; Rogler, 1996; Wilkinson, 1997). Un problema añadido es que la pobre salud física ha sido identificada como un importante predictor de la depresión mayor (Brown y col., 1995).

Es evidente que la pobreza puede impactar de una forma importante en la salud mental en múltiples formas. En anteriores investigaciones y en nuestro propio trabajo en este contexto, queda claro que por encima de todo, es esencial encontrar las necesidades esenciales de los individuos empobrecidos, (Matura y Baer, 1990; Podorefsky y col., 2001) antes de que los clínicos sean capaces de explorar temas que son percibidos como menos urgentes. En casos de pobreza, las pruebas de la supervivencia y las crisis diarias son más importantes que las necesidades emocionales más profundas (Mathura y Baer, 1990). Encontrar estas necesidades puede tener mas efectos sobre la salud mental. En las mejores circunstancias, por ejemplo, cuando se atiende inicialmente lo más urgente, hay menos carga física y mental para el individuo. Se puede obtener un examen físico o una adecuada nutrición y como resultado mejorar la salud. De esta forma, a la vez, se mejora el estado emocional. Alternativamente, los padres serán capaces de dedicar mayor tiempo a examinar sus propios problemas emocionales o cuidar de sus hijos.

Aislamiento. Otra característica asociada de los individuos que viven en un entorno urbano pobre es el aislamiento social. Es evidente que los individuos que viven en la pobreza tienen mayores necesidades de recursos sociales (Tigges, Browne y Green, 1998). Aunque tengan redes sociales son más pequeñas y menos diversificadas que los individuos de otros grupos socioeconómicos ( Tigges y col., 1998). Además, en un estudio, se encontró que los altos niveles de vecinos pobres estaban asociados con mayores

probabilidades de vivir solo, o con adolescentes (Tigges y col., 1998). El vecindario pobre también predecía menores relaciones con compañeros, tanto dentro como fuera de la casa, y menores redes sociales. De acuerdo con los autores de este estudio, tales situaciones de vida dejan menos oportunidades para abordar los problemas diarios, el estrés y las crisis. Esta comprobado que la falta de soporte social es un factor considerable en el comienzo de trastornos psicológicos y puede entorpecer la capacidad de recuperación (Reinherz y col., 1999).

Peterman (1981) ha examinado la eficacia de soporte de un grupo de apoyo en el contexto de un entorno urbano. Sin embargo el propósito final del grupo fue promover habilidades parentales positivas y prevenir el maltrato infantil entre las madres urbanas pobres, se discutieron varios tópicos. Desde el punto de vista de Peterman, el descubrimiento mas impactante fue el hecho de que el aislamiento social y todo lo que va asociado a él, fue un tema redundante en las reuniones de discusión. Peterman (1981) cree que el grupo sirve para aliviar parte del aislamiento social al ofrecer a “los miembros una red de apoyo” que estuviera disponible fuera de las reuniones grupales.

Nuestro trabajo en este entorno se desarrollo en una línea de grupo educativo para padres. Las reuniones educativas servían como un contexto de apoyo entre familias, proporcionándolas contactos necesarios que no podían tener de otra forma. Estos contactos parecían aliviar el aislamiento social al permitir a los miembros de la comunidad compartir sus discursos, iniciar la discusión de temas comunes, y debatir sobre la experiencia de los otros. De esta forma, las experiencias individuales compartidas servían para normalizar la lucha de cada familia con la depresión y para reducir el estigma que esta asociado con el trastorno (Podorefsky y col., 2001).

Violencia. Algunos investigadores (Barreto y McManus, 1997) proponen que los niños de minorías étnicas, que viven en entornos urbanos pobres, soportan vecindarios violentos. Otorgando un papel sustancial a los acontecimientos estresantes de la vida en la aparición de una depresión mayor (Brown y col., 1995; Turner y Lloyd, 1999), No es sorprendente que la exposición a la violencia esta asociada con síntomas de malestar (Cooley-Quille, Turner y Beidel, 1995; McAlister-Groves, Zuckerman, Marans y Cohen, 1993). La duración de la violencia experimentada parece ser el factor determinante en la distinción entre una clase de síntomas y otros. Por ejemplo, se ha encontrado que episodios agudos de violencia generan síntomas de malestar que son de naturaleza interna (por Ej. síntomas depresivos, ansiosos, somáticos y de abstinencia) (Reinherz y col., 1999; Cooley-Quille y col., 1995). Por otro lado, los niveles de violencia están asociados con la emergencia de síntomas externalizados (Ej. agresión y problemas de conducta) (Cooley-Quille y col., 1995). Como consecuencia desde el interior de las ciudades el vecindario es a menudo el lugar donde se producen los niveles crónicos de violencia (Barreto y McManus, 1997), los niños que son sujetos de esta violencia contribuirán ellos mismos a su persistencia. Cooley-Quille y col. (1995) explican que el mayor grado de predilección para la externalización de conductas, mas que la internalización, en estos grupos es un producto del aprendizaje vicario. Otros, sin embargo, sugieren que no se ha demostrado porque las conductas

internalizadas no son aceptadas entre los jóvenes de poblaciones urbanas pobres, mientras que el estilo agresivo si. Además argumentan que, mostrar conductas internalizadas como síntomas de abstinencia, ansiedad, depresión y síntomas somáticos puede servir para presentarles como temerosos y vulnerables, y hacerles objeto de futura violencia (Earls, 1991; Barretto y McManus, 1997).

Otra forma en que la violencia puede afectar el bienestar psicológico de los niños son las actividades parentales distorsionadas. Los investigadores (McAlister-Groves y col., 1993) proponen que la ansiedad y el temor, que surge en los padres que viven en vecindarios violentos, les impulsan a limitar las actividades de sus hijos. Las investigaciones indican que la participación en actividades fuera del hogar están asociadas con la resiliencia de niños en riesgo de depresión (Beardslee y Podorefsky, 1988). De esta forma, estas restricciones pueden impedir el desarrollo de los niños y pueden hacerles más vulnerables en cuanto a unos resultados malos en salud mental.

Siguiendo esta línea, los autores recomiendan la intervención temprana en la vida del niño (Earls, 1991; McAlister-Groves y col., 1993). Los investigadores enfatizan la necesidad de que los clínicos animen a los padres y a los niños a expresar sus temores en torno a la violencia, en el contexto de una atmósfera de apoyo. Estas interacciones entre las familias y los clínicos están dirigidas a servir de modelo para los padres, cuando hablan con sus hijos sobre la violencia (McAlister-Groves y col., 1993). En nuestro trabajo, hemos desarrollado estas ideas de varias formas, animando a las familias para que verbalicen sus sentimientos sobre la violencia, mientras al mismo tiempo les ofrecemos apoyo. Es mas, ofrecemos a los padres información en el área del desarrollo infantil y promovemos el refuerzo de las actividades parentales. Esto se realizo para compensar las restricciones que los padres pueden imponer cuando crían niños en entornos violentos (Podorefsky y col., 2001).

### Temas culturales dentro de entornos urbanos

Rogler (1989) sugiere que se debe hacer la investigación a través de una preocupación cultural sensible, básica y activa con la cultura del grupo a investigar o tratar. Este procedimiento es un proceso de orientación mas que una estrategia de codificación. En la fase pre-test de un estudio, el investigador necesita sumergirse en la cultura del grupo a estudiar, preferiblemente a través de la observación participante y de entrevistas con informantes conocedores del medio (Rogler, 1989). El uso de una cierta flexibilidad para armonizar el investigador al entorno, puede sugerir un nuevo foco de tratamiento o de investigación. Este proceso puede también sensibilizar al investigador al problema de imponer un concepto no aplicable al entorno cultural (Rogler, 1989). Esto es particularmente importante cuando se esta haciendo un trabajo diagnostico o terapéutico con una muestra étnica diferente. Revisaremos a continuación la literatura que aborda temas culturales, que se deben tomar en cuenta, en el proceso de adaptación de una intervención desarrollada en el laboratorio a diversas etnias de una población urbana.

## Problemas de acceso y continuidad de cuidados

Se conoce de forma amplia que el trastorno de depresión es mas prevalente entre grupos de estatus socioeconómico bajo, dentro de los cuales las minorías étnicas están muy presentes (Brown, 1990; Bruce, Takeuchi y Leaf, 1991). Esta población a menudo comprende el segmento conocido como población urbana pobre.

Los niños de población urbana pobre están entre los grupos más vulnerables a desarrollar algún tipo de psicopatología (McKay y col., 1998; Tolan, 1996; Tuma, 1989). A pesar de la urgente necesidad de servicios de salud mental para este grupo (Bruce y col., 1991; Nettles y Pleck, 1994), tienen irónicamente las menores probabilidades de recibir servicios adecuados (Day y Roberts, 1991; McKay y col., 1998). Además, se ha demostrado que esta población terminara a menudo los tratamientos prematuramente, recibiendo solo una evaluación inicial que suele ser el contacto final con el profesional de salud mental (McKay, McAdams y Gonzales, 1996).

En la literatura anterior, los autores han identificado un numero de factores que explican la escasa utilización de los cuidados de salud mental por la población urbana pobre. Mientras que algunos factores son mas fácilmente manejables porque existen obstáculos materiales (Ej. transporte, escaso tiempo, problemas de lengua), otros son más teóricos y pueden ser más difíciles de manejar (Ej. racismo institucional, el estigma de los trastornos mentales, dificultades culturales). Por lo tanto, la infrautilización de los cuidados de salud mental y las barreras a su acceso se pueden ver como la contribución de uno, o de todos, estos factores. En particular, se ha demostrado que los sujetos de esta población tienen mas probabilidades de ser atendido por agentes que no tienen nada que ver con la salud mental (Ej. curas, médicos de atención primaria) (Podorefsky y col., 2001). Las investigaciones indican que una variedad de circunstancia, tanto dentro como fuera de la familia, influyen en la utilización y el mantenimiento de los servicios. Algunas de tales influencias incluyen la ineficacia de los padres, poco interés en la búsqueda de ayuda, experiencias negativas previas con los servicios de salud mental, restricción de tiempo y falta de transporte (McKay y col., 1998). Un ultimo descubrimiento es que parece que hay mayores probabilidades de una ruptura entre la diáda clínico y paciente si son de diferente raza (Mathura y Baer, 1990).

Las practicas del programa se pueden modificar de diversas formas para atenuar las barreras de acceso y la discontinuidad de los cuidados que se producen entre la población urbana pobre. Algunos estudios (McKay y col., 1998; Podorefsky y col., 2001) han enfatizado la practica del contrato cuando trabajan con esta población. El proceso del contrato incluye desarrollar una alianza con los clientes, que actúe como un lazo entre el cliente y los sistemas externos al campo de la salud mental, para identificar probables barreras a su utilización (Ej. problemas de transporte, tiempo limitado), y que proporcione soluciones a estas barreras si es posible. Los elementos que constituyen el proceso de contrato han demostrado ser eficaces para mantener la asistencia a las citas iniciales cuando se utilizan en entrevistas telefónicas (McKay y col., 1998). Adicionalmente, en nuestro propio trabajo con población urbana pobre,

utilizamos características del contrato activo durante todo el periodo de intervención comprobando su eficacia (Podorefsky y col., 2001).

Dificultad para comprender los valores culturales. Es importante reconocer que las diferencias existen dentro de cada cultura. Los investigadores y clínicos necesitan evitar el deseo de generalizar (Liberman, 1990) cuando atienden familias de diversas comunidades étnicas. La investigación y la experiencia clínica ha dejado clara la importancia de utilizar la lengua de la familia, tanto literal como metafóricamente, como un vehículo para el tratamiento (Liberman, 1990). Utilizar la propia lengua, culturalmente relevante, de los participantes estimula la sensibilidad. Los participantes responderán gustosamente a las peticiones de información, si se demuestra que los investigadores están interesados en su bagaje cultural (Liberman, 1990).

Para presentar conceptos terapéuticos en la lengua de los participantes, es esencial comprender los valores culturales de la familia. Para ofrecer una terapia relevante a nivel cultural a individuos de diferentes culturas, necesitamos intentar comprender desde sus perspectivas los valores que creen necesarios mantener, que problemas creen que tienen que evitar, y que tristezas necesitan soportar (Liberman, 1990). Además, es importante buscar una comprensión de cómo los valores culturales, que pueden ser inconvenientes para nosotros profesionalmente (Ej. valorar objetivos colectivos/familiares por encima de lo individual), encajan en el marco de lo individual. Una investigación culturalmente sensible solo se realiza cuando los investigadores hacen cualquier esfuerzo para respetar los valores culturales articulados por los individuos aun cuando choquen con nuestros propios valores (Liberman, 1990). Por ejemplo, algunas de las culturas indias americanas pueden enfatizar el hecho de compartir y la redistribución sobre la adquisición, la cooperación sobre la competición, la no interferencia sobre las actuaciones, la orientación actual sobre los planes futuros, y la preferencia de la familia extensa sobre la familia nuclear (Sue, Zne y Young, 1994). Estos valores culturales centrales deben estar presentes y focalizar los esfuerzos de la intervención.

Es imposible trabajar con las familias y simplemente comprender el marco de su cultura; mas bien, debemos comprender a las familias con las que trabajamos dentro del marco de un entorno culturalmente pluralista (Szapocznik y Kurtines, 1993). Las familias se pueden impregnar de un contexto cultural diferente, en el que los padres y los niños estén expuestos, tanto a su cultura de origen, como a los valores y costumbres de la cultura dominante. Siguiendo las curvas tradicionales de aprendizaje, los niños pueden adaptarse mas rápidamente a la cultura dominante, y los padres pueden permanecer mas vinculados a su tradición (Szapocznik y Kurtines, 1993). Cuando los niños luchan por su autonomía mientras los padres luchan por retenerlos, los niños pueden sentir que han perdido el apoyo emocional y social de sus familias, mientras que los padres pueden sentir que han perdido sus posiciones de liderazgo. Se debe incorporar el impacto del pluralismo cultural en las relaciones dentro del sistema familiar, en los esfuerzos de la intervención en contextos urbanos cuando prevalecen las diferencias culturales.



Problemas de lengua. Rogler (1989) acentúa la importancia de hablar la lengua de los sujetos de la intervención cuando se trabaja con poblaciones de culturas diferentes. En la investigación, esto puede exigir investigadores bilingües que comprendan que miembros de la familia de diferentes generaciones pueden presentar diferentes niveles de adaptación y preferir hablar en diferentes lenguas. Por ejemplo, Rogler (1989) ofreció a los miembros de una familia de una población hispana que eligieran el inglés o el español y encontró que, el 91% de la generación de los padres eligió el español, mientras que el 75% de la generación de los hijos eligió el inglés. Cuando hay que utilizar los instrumentos de un estudio con gente que habla diferentes lenguas, las traducciones deben dar cuenta de la equivalencia de sentido y del idioma.

Un tema relacionado es cuando hay que adaptar instrumentos para utilizarlos en entornos urbanos que implican factores culturales distintos del lenguaje corriente. Un estudio realizado en Manhattan señaló que, los participantes puertorriqueños presentaban un número significativamente mayor de síntomas psiquiátricos que los miembros de su misma clase social en otros grupos étnicos (Rogler, 1989). Sin embargo, un análisis más detallado indicó que los puertorriqueños consideraban el síntoma en escalas menos indeseables socialmente que otros grupos, lo cual podía llevarles a admitirlos en mayor medida. De esta forma, el análisis e interpretación de los datos se debe guiar por una sensibilidad y comprensión cultural del lenguaje literal y más aun del simbólico (Rogler, 1989).

Efectos del racismo y los prejuicios. La investigación indica que las personas de color están periódicamente sujetas a los efectos de actitudes racistas y diversos tipos de prejuicios, aun cuando no sean objeto de discriminación (Koss-Chioino y Vargas, 1992). El impacto de los elementos de la mayoría cultural dominante, sobre una minoría étnica, varía en intensidad dependiendo de cómo se hayan establecido en los Estados Unidos, de la organización étnica y social de la comunidad en la que viven, de su preparación para incluirse en un nuevo país y de las experiencias previas a la inmigración; así como de su ajuste personal anterior a todo el impacto del proceso de adaptación (Koss-Chioino y Vargas, 1992).

Los estereotipos sociales sobre las diferencias raciales y étnicas produce un número de consideraciones difíciles en la terapia. De hecho, la mayoría de las terapias, más frecuentemente utilizadas con niños de culturas étnicas minoritarias, se han desarrollado en la cultura occidental (Koss-Chioino y Vargas, 1992). Muchos terapeutas entienden que la forma y el proceso de la intervención son aplicables de forma universal. De esta forma, las investigaciones indican que, cuando los terapeutas y los pacientes pertenecen a contextos raciales, étnicos o culturas diferentes, los pacientes tienen más probabilidades de terminar las terapias prematuramente (Ej. Sue y col., 1982). Otras investigaciones sugieren que la similitud entre el terapeuta y el paciente es de más ayuda durante las primeras etapas del tratamiento (Rogler, 1989). Los resultados de los estudios afirman que los terapeutas de raza diferente pueden ser tan eficaces como los de la misma raza, especialmente cuando tienen una amplia cultura y están abiertos para percibir y comprender

las influencias del peso de los aspectos raciales en los problemas de sus pacientes (Mathura y Baer, 1990).

## Conclusiones

El objetivo central de nuestro trabajo tanto en cuanto a la resiliencia como en la realización de intervenciones preventivas ha implicado el desarrollo de estrategias que las familias pueden utilizar para enfrentar la depresión y otras adversidades. Pensamos que es esencial para los niños y sus familias desarrollar una comprensión de la depresión y su impacto en la familia, y para los niños, verse a sí mismos separados de sus padres enfermos. Igualmente, pensamos que, el éxito de los programas de intervención preventiva depende del constante cuestionamiento de los clínicos, sobre enfoque de los tratamientos, en la medida que esto les hace capaces de abordar las necesidades individuales de cada familia a la que atienden.

Pensamos que nuestro trabajo, junto con el trabajo de muchos otros, señala de forma importante que el sistema de cuidados de salud necesita reorganizarse para apoyar a las familias. En la actualidad, muchos sistemas de salud están configurados para apoyar al individuo mas que a la familia y de esta forma no se pueden atender las necesidades parentales. Creemos que el cuidado de la enfermedad mental, medica y física es inseparable, y que el tratamiento de los individuos debe simultanearse con el tratamiento del sistema familiar en el que esta inserto. El acceso universal a los cuidados de salud, durante las primeras etapas de la enfermedad, es esencial para incrementar las oportunidades de manejar las dificultades de los individuos y de las familias.

también planteamos que, mas que pensar en el abordaje tradicional de la psicopatología, los clínicos y los gestores de salud deben centrarse en la resiliencia. Hemos encontrado una rica variedad de recursos en familias de diferentes grupos culturales, étnicos y religiosos, y pensamos que reforzando el desarrollo de factores protectores en los niños, podemos preservarlos del riesgo de la psicopatología parental y otras adversidades en su entorno. Una revisión de la literatura nos indica, que una vez que la depresión aparece, persiste frecuentemente y esta asociada con numerosas dificultades para los jóvenes. Esperamos que nuestro trabajo estimulara a los clínicos y responsables de la salud mental a enfocar la cuestión de la prevención en familias, e invertir en programas preventivos de intervención que se centren en la resiliencia, para que las familias obtengan el cuidado que necesitan antes de que los niños hagan síntomas o desarrollen una psicopatología importante.

## Referencias:

Aber, J.L., Barnett, N.G., Conley, D.C., & Li, J. (1997). The effects of poverty on child and health development. Annual Review of Public Health, 18, 463-483.

Barreto, S., & McManus, M. (1997). Casting the net for "depression" among ethnic minority children from high-risk urban communities. Clinical Psychology Review, 17, 823-845.

Beardslee, W.R. (1989). The role of self-understanding in resilient individuals: The development of a perspective. American Journal of Orthopsychiatry, 59, 266-278.

Beardslee, W.R. (1990). The development of clinician-based preventive intervention for families with affective disorders. Journal of Preventive Psychiatry and Allied Disciplines, 4, 39-61.

Beardslee, W.R. (In Press). Out of the darkened room: Protecting the child, strengthening the family when a child is depressed. New York, NY: Little, Brown and Company.

Beardslee, W.R., & Gladstone, T.R.G. (2001). The prevention of depression in at-risk adolescents: Current and future directions. Biological Psychiatry, 49, 1101-1110.

Beardslee, W.R., Keller, M.B., Seifer, R., Lavori, P.W., Staley, J., Podorefsky, D., Shera, D. (1996). Prediction of adolescent affective disorder: Effects of prior parental effective disorders and child psychopathology. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 774-782.

Beardslee, W.R., Keller, M.B., Lavori, P.W., Klerman, G.K., Dorer, D.J., & Samuelson, H. (1988). Psychiatric disorder in adolescent offspring of parents with affective disorders in a non-referred sample. Journal of Affective Disorder, 15, 313-322.

Beardslee, W.R., & Podorefsky, D. (1988). Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: The importance of self-understanding and relationships. American Journal of Psychiatry, 145, 63-69.

Beardslee, W.R., Salt, P., Versage, E., Gladstone, T.R.G., Wright, E., & Rothberg, P.C. (1997). Sustained change in parents receiving preventive interventions for families with depression. American Journal of Psychiatry, 154, 510-515.

Beardslee, W.R., Versage, E.M., & Gladstone, T.R.G. (1998). Children of affectively ill parents: A review of the past ten years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37, 1134-1141.

Beardslee, W.R., Versage, E.M., Wright, E., Salt, P., Rothberg, P.C., Drezner, K., & Gladstone T.R.G. (1997). Examination of preventive interventions for families with depression: Evidence of change. Development and Psychopathology, 9, 109-130.

Beardslee, W.R., & Wheelock, I. (1994). Children of parents with affective disorders: Empirical findings and clinical implications. In W.M. Reynolds et al. (Eds.), Handbook of depression in children and adolescents (pp.463-479). New York, NY: Plenum Press.

Beardslee, W.R., Wright, E., Rothberg, P.C., Salt, P., & Versage, E. (1996). Response of families to two preventive strategies: Long-term changes in behavior and attitude change. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 774-782.

Beardslee, W.R., Wright, E., Salt, P., Gladstone, T.R.G., Versage, E., & Rothberg, P.C. (1997). Examination of children's responses to two preventive intervention strategies over time. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 196-204.

Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Brown, D.R. (1990). Depression among blacks: An epidemiological perspective. In D.S. Ruiz (Ed.), Handbook of mental health and mental disorder among black americans (pp. 71-93). New York, NY: Greenwood Press.

Brown, D.R., Ahmed, F., Gary, L.E., & Milburn, N.G. (1995). Major depression in a community sample of African Americans. American Journal of Psychiatry, 152, 373-378.

Bruce, M.L., Takeuchi, D.T., & Leaf, P.J. (1991). Poverty and psychiatric status: Longitudinal evidence from the New Haven Epidemiological Catchment Area Study. Archives of General Psychiatry, 48, 470-474.

Brunner, E. (1997). Socioeconomic determinants of health: Stress and the biology of inequality. British Medical Journal, 314, 1472-1476.

Burns, B.J., Hoagwood, K., & Mrazek, P.J. (1999). Effective treatment for mental disorders in children and adolescents. Clinical Child and Family Psychology Review, 2, 199-254.

Call, K.T., & Nonnemaker, J. (1999). Socioeconomic disparities in adolescent health: Contributing factors. Annals of NY Academy of Science, 896, 352-355.

Conger, R.D., Conger, K., Elder, G., Lorenz, F., Simons, R., & Whitbeck, L. (1992). A family process model of economic hardship and adjustment of early adolescent boys. Child Development, 63, 526-541.

Conger, R., Ge, X., Elder, G., Lorenz, F., & Simons, R. (1994). Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. Child Development, 65, 541-561.

Cooley-Quille, M.R., Turner, S.M., & Beidel, D.C. (1995). Emotional impact of children's exposure to community violence: A preliminary study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, 1362-1368.

Day, C., & Roberts, M.C. (1991). Activities of the child and adolescent service system program for improving mental health services for children and families. Journal of Clinical Child Psychology, 20, 340-350.

Downey, G., & Coyne, J.C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. Psychological Bulletin, 108, 50-76.

Earls, F. (1991). A developmental approach to understanding and controlling violence. In H.E. Fitzgerald et al (Eds.), Theory and research in behavioral pediatrics (pp. 61-88). New York, NY: Plenum Press.

Earls, F., McGuire, J., & Shay, S. (1994). Evaluating a community intervention to reduce the risk of child abuse: Methodological strategies in conducting neighborhood surveys. Child Abuse and Neglect, 18, 423-485.

Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., & Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. American Journal of Preventive Medicine, 14, 245-256.

Fendrich, M., Warner, V., & Weissman, M.M. (1990). Family risk factors, parental depression, and psychopathology in offspring. Developmental Psychology, 26, 40-50.

Forehand, R., & McCombs, A. (1988). Unraveling the antecedent-consequence conditions in maternal depression and adolescent functioning. Behavioral Research and Therapy, 26, 399-405. 40 879-886

Gotlib, I.H., & Whiffen, V.E. (1989). Depression and marital functioning: An examination of specificity and gender differences. Journal of Abnormal Psychology, 98, 23-30.

Hammen, C., Burge, D., Burney, E., & Adrian, C. (1990). Longitudinal study of diagnoses in children of women with unipolar and bipolar affective disorder. Archives of General Psychiatry, 47, 1112-1117.

Harnish, J.D., Dodge, K.A., & Valente, E. (1995). 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, 66, 739-753.

Institute of Medicine. (1994). Risk and protective factors for the onset of mental disorders: Depressive disorders. In Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research (pp. 163-171). Washington, D.C.: National Academy Press.

Kawachi, I., Kennedy, B.P., & Wilkinson, R.G. (1999). Introduction. In I. Kawachi et al. (Ed.), The society and population health reader, (Vol. 1 ). New York, NY: The New Press.

Keitner, G.I., Miller, I.W., Epstein, N.B., & Bishop, D.S. (1986). The functioning in families of patients with major depression. International Journal of Family Psychiatry, 7, 11-16.

Koss, J.D., & Vargas, L.A. (1992). Through the cultural looking glass: A model for understanding culturally responsive psychotherapies. In L.A. Vargas & Koss-Chiono (Eds.), Working with culture: Psychotherapeutic interventions with ethnic minority children and adolescents. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Lieberman, A.F. (1990). Culturally sensitive intervention with children and families. Child and Adolescent Social Work, 7, 101-120.

Link, B.G., & Phelan, J. (2000). Social conditions as fundamental causes of disease. Journal of Health and Social Behavior, Extra Issue, 80-94.

Luthar, S.S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. Child Development, 71, 543-562.

Lynch, J.W., Kaplan, G.A., & Schema, S.J. (1997). Cumulative impact of sustained economic hardship on physical, cognitive, psychological, and social functioning. The New England Journal of Medicine, 337, 1889-1895.

Massey, D.S. (1996). The age of extremes: Concentrated affluence and poverty in the twenty-first century. Demography, 33, 395-412.

Mathura, C.B., & Baer, M. (1990). Social factors in diagnosis and treatment. In D.S. Ruiz (Ed.), Handbook of mental health and mental disorder among black americans (pp. 167-179). New York, NY: Greenwood Press.

McAlister-Groves, B., Zuckerman, B., Marans, B., & Cohen, D.J. (1993). Silent victims: Children who witness violence. Journal of the American Medical Association, 269, 262-264.

McKay, M., McCadam, K., & Gonzales, J.J. (1996). Addressing the barriers to mental health services for inner-city children and their caretakers. Community Mental Health Journal, 32, 353-361.

McKay, M., Stoewe, J., McCadam, K., & Gonzales, J.J. (1998). Increasing access to child mental health services for urban children and their caregivers. Health and Social Work, 23, 9-15.

McLoyd, V.C. (1998). Socioeconomic disadvantage and child development. American Psychologist, 53, 185-204.

National Advisory Mental Health Council Workgroup on Child and Adolescent Mental Health Intervention Development and Deployment. (2001). Blueprint for change: Research on child and adolescent mental health. Washington, D.C.: Government Printing Office.

National Institute of Mental Health. (2001). Bridging science and service: A report by the National Advisory Mental Health Council's Clinical Treatment and Services Research Workgroup. (NIH Publication No. 99-4353). Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.

Nettles, S.M., & Pleck, J. (1994). Risk, resilience, and development: The multiple ecologies of black adolescents in the United States. In R.J. Haggerty, et al. (Eds.), Stress, risk, and resilience in children and adolescents (pp. 147-181). New York, NY: Cambridge University Press.

Peterman, P.J. (1981). Parenting and environmental considerations. American Journal of Orthopsychiatry, 51, 351-355.

Podorefsky, D.L., Beardslee, W.R., & McDonald-Dowdell, M. (2001). Adaptation of preventive interventions for use in a low-income culturally diverse community. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40, 879-886.

Radke-Yarrow, M., Nottelman, E., Martinez, P., Fox, M.B., & Belmont, B. (1992). Young children of affectively ill parents: A longitudinal study of psychosocial development. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31, 68-77.

Reinherz, H.Z., Giaconia, R.M., Wasserman, M.S., Silverman, A.B., & Burton, L. (1999). Coming of age in the 1990's: Influences of contemporary stressors on major depression in young adults. In P. Cohen, C. Slomkowski, and L.N. Robins (Eds.), Historical and geographical influences on psychopathology (pp. 141-161). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Richmond, J.B. (1995). The hull house era: Vintage years for children. American Journal of Orthopsychiatry, 65, 10-20.

Rogler, L.H. (1989). The meaning of culturally sensitive research in mental health. American Journal of Psychiatry, 146, 296-303.

Rubin, K.H., Both, L., Zahn-Waxler, C., Cummings, E.M., & Wilkinson, M. (1991). Dyadic play behaviors of children of well and depressed mothers. Development and Psychopathology, 3, 243-251.

Rutter, M.L. (1990). Commentary: Some focus and process considerations regarding effects of parental depression on children. Developmental Psychology, 26, 60-67.

Rutter, M.L. (1999). Psychosocial adversity and child psychopathology. British Journal of Psychiatry, 174, 480-493.

Rutter, M.L., & Quinton, D. (1977). Psychiatric disorder: Ecological factors and concepts of causation. In H. McGurk (Ed.), Ecological factors in human development (pp.173-187). Amsterdam: North-Holland.

Sameroff, A.J., Bartko, W.T., Baldwin, A., Baldwin, C., & Seifer, R. Introduction: Family and social influences on the development of child competence. In M. Lewis and C. Feiring (Eds.), Families, risk, and competence (pp. 161-185). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Schorr, L.B. (1997). Common purpose: Strengthening families and neighborhoods to rebuild America. New York, NY: Doubleday Press.

Sue, S., Zane, N., & Young, K. (1994). Research on psychotherapy with culturally diverse populations. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (4<sup>th</sup> ed., pp. 783-820). New York, NY: Wiley.

Szapocznick, J., & Kurtines, W.M. (1993). Family psychology and cultural diversity: Opportunities for theory, research and application. American Psychologist, 48, 400-407.

Teti, D.M., Gelfand, D.M., Messinger, D.S., & Isabella, R. (1995). Maternal depression and the quality of early attachment: An examination of infants preschoolers and their mothers. Developmental Psychology, 31, 364-376.

Tharp, R.G. (1991). Cultural diversity and treatment of children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 799-812.

Tigges, L.M., Browne, I., & Green, G.P. (1998). Social isolation of the urban poor: Race, class, and neighborhood effects on social resources. The Sociological Quarterly, 39, 53-77.

Tolan, P.H., & Henry, D. (1996). Patterns of psychopathology among urban poor children: Comorbidity and aggression effects. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 1094-1099.

Tuma, J.M. (1989). Mental health services for children: The state of the art. American Psychologist, 44, 188-198.

Turner, J.R., & Lloyd, D.A. (1999). The stress process and the social distribution of depression. Journal of Health and Social Behavior, 40, 374-404.

U.S. Public Health Service. (2000). Report of the Surgeon General's conference on children's mental health: A national action agenda. Washington, D.C.: Department of Health and Human Services.



Weisz, J.R., Donenberg, G.R., Weiss, B., & Han, S.S. (1995). Bridging the gap between laboratory and clinic in child and adolescent psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63, 688-701.

Weisz, J.R. (2000). Agenda for child and adolescent psychotherapy research: On the need to put science into practice. Archives of General Psychiatry, 57, 837-838.

Wilkinson, R.G. (1997). Socioeconomic determinants of health: Health inequalities: Relative or absolute material standards? British Medical Journal, 314, 591-595.

Zahn-Waxler, C., Kochanska, G., Krupnick, J., & McKnew, D.H. (1990). Patterns of guilt in children of depressed and well mothers. Developmental Psychology, 26, 51-59.

## **MANUAL PARA LA INTERVENCION INICIAL**

**William R. Beardslee, M.D., y colaboradores**

---

Estos materiales no pueden ser copiados o distribuidos  
Sin el permiso escrito de William R. Beardslee, M.D.  
O del Center for Mental Health Services

Beth Hoke, Ph.D., Susan Swatling, MSW, Polly van de Velde, MSW, MPH,  
Donna Podorefsky, Ph.D., y Lynn Focht-Birkerts, MSW, LICSW,  
Han contribuido sustancialmente al desarrollo de estas ideas y a escribir este  
manual, mientras que el autor principal ha sido William R. Beardslee, M.D.

© William R. Beardslee

## **MANUAL PARA LA INTERVENCION INICIAL**

### **ESQUEMA DEL MANUAL PARA LA INTERVENCION–SESIONES INICIALES**

- I. Introducción
  - A. Objetivos de la intervención
  - B. Como utilizar el manual
- II. Descripción de la intervención
  - A. Construcción de la historia de la familia y de la enfermedad
  - B. Material psicoeducativo
  - C. Centrarse en el niño
  - D. La familia es el centro
  - E. Tiempo limitado y seguimiento a largo plazo
  - F. Orientaciones futuras
- III. Principios terapéuticos
  - A. Alianza terapéutica
  - B. Definición de un foco
  - C. Desarrollo de un discurso compartido y centrado en la familia
  - D. Vinculación de la educación a la experiencia
  - E. Material psicoeducativo: contenido del material sobre la enfermedad
    - 1. Etiología
    - 2. Curso
    - 3. Signos y síntomas
    - 4. Resiliencia y riesgos para los niños
  - F. Enfoque de los recursos
- IV. Protocolo de intervención
  - A. Esquema de la sesión
  - B. líneas específicas para realizar la intervención
- V. Lecturas recomendadas
- VI. Referencias

## **I. INTRODUCCION**

### A. Objetivos de la intervención - Sesiones iniciales

La intervención preventiva descrita en este manual ha sido desarrollada para familias en las que uno o ambos padres han presentado un trastorno afectivo y tienen al menos un hijo entre 9 y 14 años. Se eligió este arco de edad porque el aumento del riesgo para una enfermedad afectiva se da en la adolescencia. El trabajo empezó como un estudio de investigación que incluía la evaluación de las familias que estaban recibiendo intervención y el criterio de selección era que tuvieran al menos un hijo entre los 9 y los 14 años. La intervención se ha utilizado con familias que tenían hijos entre los 4 y los 25, pero al menos con un hijo en edad adolescente. El protocolo se ha utilizado de forma eficaz tanto con uno como con ambos padres. El número de sesiones es variable, pero normalmente se requieren 6 u 8, en las que se incluyen entrevistas individuales con los padres y los hijos y una reunión familiar. En el estudio de investigación, la intervención se realizó por un clínico que no estaba atendiendo a los padres en ningún tipo de tratamiento. Sin embargo, son posibles otras aplicaciones, por ejemplo, esperamos que los clínicos que tratan la enfermedad del adulto combinarán el tratamiento con la prevención familiar. También pensamos que si los niños están identificados con la enfermedad, este abordaje es más útil que si no lo están.

Este manual es un elemento de un proceso de entrenamiento. Diferentes individuos en diferentes centros pueden emprender distintas formas de entrenamiento. En nuestro trabajo, el proceso de entrenamiento incluye una detallada revisión de casos y de literatura apropiada, tanto para proporcionar el conocimiento básico sobre el trastorno afectivo, como para proporcionar una orientación teórica al manual de intervención a corto plazo. Los clínicos que utilicen la intervención deberían tener experiencia con la enfermedad mental y con niños y adolescentes. Es importante señalar que el manual está diseñado para que lo utilicen únicamente terapeutas experimentados. Por lo tanto, es de esperar que los pediatras, internistas, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, consejeros eclesiásticos y orientadores escolares lo encontraran útil.

El formato es de una intervención breve, intensiva, psicoeducativa, centrada en la familia y con un seguimiento intermitente a largo plazo. Se utilizan una variedad de estrategias para ayudar a las familias. Estas estrategias son, enseñar sobre la depresión y el trastorno bipolar; evaluar a todos los miembros de la familia y hacer consultas cuando es necesario; ayudar a desarrollar un sentimiento de esperanza en el futuro; y articular la información cognitiva con las perspectivas tanto individuales como familiares sobre la enfermedad afectiva y las experiencias vitales de la familia.

## Objetivos

1. Informar a los padres sobre la depresión y los riesgos y resiliencia de los hijos
2. Ayudar a las familias a comprender la resiliencia y a reforzarla en sus hijos
3. Ayudar a las familias a reconocer las necesidades actuales de los niños y saber como obtener ayuda si se desarrollan dificultades
4. Ayudar a las familias a planear el futuro
5. Ayudarles a desarrollar nuevas estrategias para hablar sobre la enfermedad y las dificultades asociadas a largo plazo
6. Desarrollar nuevas conductas y actitudes sobre la enfermedad
7. Desarrollar procesos nuevos para reforzar la resiliencia y la comunicación

En la intervención, el clínico obtiene una historia de las experiencias de la familia con el trastorno afectivo y evalúa las dificultades actuales. El clínico ayuda a la familia a articular el conocimiento sobre el trastorno afectivo con su propia experiencia. Al enseñar sobre la enfermedad afectiva es esencial ayudar a cada miembro de la familia a tener un sentido de control y dirección, sin el cual puede vivir una situación incontrolable. Se alerta la habilidad de los padres para reconocer las señales de aviso de la depresión y su conciencia de cómo reafirmar los recursos de sus hijos, para contrabalancear el sentido de impotencia que a menudo invade a una familia que lucha con una enfermedad psiquiátrica grave.

La intervención enfoca la prevención de los trastornos psiquiátricos en la infancia en los niveles primario, secundario y terciario. La prevención primaria consiste en el incremento de la resiliencia en los niños, estimulando la comprensión de la familia para reducir las posibilidades de aparición de la depresión de los hijos en el futuro. La prevención secundaria se apoya en que, la información cognitiva, particularmente sobre los signos de depresión en los niños, incrementa la identificación de los niños con los síntomas emergentes. La prevención terciaria se consigue a través del incremento de la conciencia de los padres; para procurar la identificación y el tratamiento de una depresión infantil no reconocida previamente.

La intervención se realiza en 6-8 sesiones y solo se comienza cuando la familia ha hecho un compromiso de participación. Las sesiones se realizan en la propia casa de la familia o en la consulta. Esta posibilidad es un componente importante del trabajo con familias afectivamente enfermas; particularmente para conectar con los niños, por tanto es necesario a menudo acudir a la casa de la familia.

## B. Como utilizar el manual

Este manual inicial esta organizado para presentar una introducción para la intervención así como delinear estrategias específicas para cada sesión. Se presenta una breve introducción de la estructura y objetivos de la intervención en las Secciones I y II, los principios terapéuticos se discuten en la Sección III, y el contenido de cada sesión se revisa en la Sección IV. Se presenta un caso clínico en las referencias. El manual se puede leer desde el principio hasta el final; sin embargo, esta también estructurado de forma que cada sección tiene su propia estructura y se puede leer de forma independiente. A menudo, los clínicos encontraran útil cambiar el orden de las sesiones o revisar el material de una sesión previa.

En nuestro trabajo, nos hemos dado cuenta de que es útil para el entrenamiento incluir: la adquisición de conocimientos sobre la depresión y los efectos de la depresión de los padres en los hijos; una detallada revisión del manual; las sesiones de entrenamiento permiten aprender de forma individual las habilidades para la intervención o bien hacerlo en grupo, revisando cada uno el trabajo de los otros; y alguna discusion de los casos en los que se interviene con los colegas. También es necesaria una comprensión mas profunda del proceso de desarrollo. Los clínicos deben integrar sus propias orientaciones sobre los niños con los objetivos de la intervención. La cantidad de entrenamiento necesario depende, tanto de la gravedad de la depresión de los padres, como del conocimiento previo del clínico.

También proporcionamos una serie de etapas de entrenamiento con breves secciones de cada una de las sesiones, realizadas con un equipo de actores y con el Dr. Beardslee. Se utiliza para el entrenamiento y para estimular la discusión.

Hemos encontrado que es esencial un proceso continuo de reflexión por parte de los clínicos mientras dura la intervención, tanto en nuestro estudio original como en la adaptación a otros países y en otros lugares de nuestro país. Es mas, el trabajo se ha diseñado específicamente para ser compatible con las practicas de una amplia gama de clínicos: internistas, pediatras, trabajadores sociales, orientadores escolares, religiosos, psicólogos, psiquiatras, y otros profesionales de la salud mental.

Igualmente importante es que el lugar donde se realice el trabajo (clínicas, escuelas, hospitales, etc.) apoye el esfuerzo y que se asigne el tiempo adecuado para el entrenamiento, la realización de la intervención, la flexibilidad para trabajar con las familias, el tiempo de reflexión del equipo y el seguimiento.

Si se planea una evaluación independiente de la intervención, y recomendamos que se haga así, también la evaluación de los casos piloto requiere tiempo adicional (ver la Sección IV de evaluación).

## **II. Descripción de la intervención**

### **A. Construcción de la historia de la familia y de la enfermedad**

Se realiza una historia durante las dos primeras sesiones, cuando ambos padres están presentes si la familia esta intacta. El clínico habla con los padres sobre su experiencia actual y pasada de la enfermedad y les ayuda a articular su comprensión de las causas y efectos del trastorno. El clínico comienza la evaluación del niño preguntando a los padres sobre su pasado y el funcionamiento presente y sobre posibles efectos de la enfermedad de los padres sobre él. Se pregunta a los padres por sus preocupaciones y como esperan que les ayude la intervención.

Desde el principio, es importante respetar la experiencia de los padres, tanto en lo que tiene que ver con su enfermedad como con sus hijos. Uno de los objetivos centrales es desarrollar el compañerismo entre el niño y los padres con la esperanza de que esta relación ayudara a los padres a reforzar la habilidad del niño para afrontar el futuro.

En una sesión individual con cada niño, el clínico pregunta sobre su experiencia en la escuela, con los amigos, en la familia y sobre actividades fuera de la casa. Se realiza una evaluación de los síntomas y se pregunta sobre las preocupaciones que el niño puede tener sobre la enfermedad afectiva de los padres.

Frecuentemente, los padres tienen preguntas sobre su propio tratamiento, o necesidades de tratamiento para otro miembro de la familia. El clínico debe ser capaz de valorar estas necesidades inicialmente y también reevaluarlas durante el curso de la intervención. Debe saber que numerosos estudios han señalado que la depresión, particularmente en niños, es mal reconocida y tratada.

### **B. Material psicoeducativo**

Una característica significativa de la intervención es la presentación de información cognitiva. Consiste en la enseñanza de aspectos de la depresión parental y la enfermedad bipolar y sobre los riesgos y resiliencia de los niños expuestos a un trastorno afectivo de los padres. En las revisiones clínicas la etiología de la depresión o del trastorno bipolar; su base biológica/psicológica; sus manifestaciones psicosociales; y el riesgo para los niños que crecen en familias con graves enfermedades afectivas. Se describen características específicas de la resiliencia en niños. Se puede presentar la misma información en diferentes momentos de la intervención y ser experimentada de diferente manera. Por ejemplo, los padres integraran la nueva información de forma mas completa en la medida que la intervención continúe y pueden cambiar su foco de atención, en función de que diferentes miembros de la familia se unan a la discusión. La sesión familiar es a menudo un momento en que la información cognitiva es revisada, posiblemente con un foco de atención diferente y en un

contexto distinto. Las familias y los individuos aprenden nueva información y nuevas estrategias de diferentes formas. Siempre presentamos y facilitamos referencias sobre la depresión en las reuniones. Panfletos del Instituto Nacional de Salud Mental sobre la depresión y su tratamiento en adultos y en niños, nuestro propio artículo sobre la resiliencia (Beardslee y Podorefsky), para trabajar con familias en tratamiento durante largo tiempo. En nuestra newsletter para familias, proporcionamos también una lista de libros que las familias han encontrado útiles y se enfatiza que muchas familias han encontrado que la Maniac Depressive Association u otros grupos similares son valiosos y les animamos a participar en estos grupos.

También animamos firmemente a las familias a preguntar a sus cuidadores o terapeutas, si no han comprendido un tratamiento o porque se ha utilizado o como se ha evaluado. En este sentido, tratamos de acompañarlos pero también les ayudamos a adquirir no solo información, sino también una serie de habilidades que les ayuden a mantener el esfuerzo de educarse a sí mismos.

Hay una función adicional de la información cognitiva que impartimos. Como Aaron Beck (1963) y otros (Seligman y col., 1979) han demostrado, hay distorsiones cognitivas profundas en las enfermedades afectivas graves. Las terapias enfocadas en el cambio de estas distorsiones son efectivas. Se puede esperar que los padres, particularmente los sujetos con enfermedades afectivas, experimenten distorsiones cognitivas significativas. Las más obvias están en relación con las valoraciones no realistas sobre la propia valía; ej., “no valgo para esto” o “las cosas no tienen remedio”. Estas distorsiones tiñen a menudo las percepciones de los padres o las atribuciones sobre la conducta de sus hijos. Es de esperar que la intervención corregirá algunas de estas distorsiones y quizá promueva valoraciones más realistas de los padres hacia el desarrollo de sus hijos.

De esta forma, el componente cognitivo de la intervención enfatiza la transmisión de información así como la corrección de las distorsiones asociadas con la enfermedad afectiva.

### C. Centrarse en el niño

En nuestro trabajo los padres han demostrado a menudo y de forma sorprendente, capacidad para centrarse en sus hijos y planear su futuro. A pesar de estar recobrándose de un trastorno afectivo grave, los padres han sido capaces de movilizar sus mayores esfuerzos para ayudar a sus hijos a manejar la enfermedad afectiva. Esta fuerza a menudo esta preservada a pesar de la enfermedad, utilizando estas habilidades se puede realzar el sentido de competencia de los padres así como incrementar la esperanza sobre el futuro.

Es esencial que los padres reconozcan el impacto de la enfermedad sobre los hijos. Aunque puede ser difícil para ellos admitir que su enfermedad ha sido estresante para sus hijos, es bastante posible que sus temores sobre el daño que estos han sufrido sea exagerado –esta seria la clase de distorsión cognitiva que puede darse con la depresión. Por lo tanto, una valoración



realista de los recursos del hijo y las áreas problemáticas, es frecuentemente muy tranquilizador para los padres.

Parte de la tarea de los padres es pensar sobre como los niños han interpretado los acontecimientos. El trabajo en curso para los padres incluye explicitar y ayudar al niño a articular su experiencia sobre la enfermedad de los padres y reforzar el hecho de que el niño no es ni culpable ni responsable de la enfermedad. Los padres deberían planear activamente estrategias que protejan a sus hijos y aumenten sus habilidades de manejo. Los clínicos deberían dejar a los padres tiempo para que elaboren completamente sus inquietudes.

Las sesiones exploran estrategias específicas que se pueden emplear en discutir la enfermedad de los padres y la planificación del futuro. Las áreas cubiertas incluyen:

1. Clarificar al niño que le ha sucedido al padre y a la familia
2. Asegurar que el niño no se sienta responsable de la enfermedad de su padre
3. Ayudar al niño a articular sus propias experiencias y reforzar el hecho de que necesita no estar limitado por la enfermedad del padre
4. Identificar apoyos para el niño, con particular atención para restablecer aquellos rotos por la enfermedad parental
5. Discutir las dificultades actuales a las que se enfrenta el niño
6. Anticipar y buscar tratamiento para el niño si es necesario
7. Identificar los recursos de la familia y las capacidades de adaptación
8. Enfatizar la necesidad de seguir discutiendo las experiencias y necesidades del niño

Al final de estas sesiones, los padres definen lo que esperan que suceda en las sesiones familiares. Entonces, se realizan una o dos sesiones familiares para presentar este material a los hijos.

#### D. La familia es el centro

La intervención involucra a la familia entera. A pesar de que el niño es el foco de la intervención, un objetivo de la misma es que los padres comuniquen lo que han comprendido de su enfermedad a sus hijos. La familia entonces comienza a construir una comprensión compartida, mas allá del sentido individual o personal que ha desarrollado cada miembro de la familia. La perspectiva que ofrece la intervención es que la familia tiene considerables recursos y que la tarea de los clínicos es ayudarlos a identificarlos y movilizarlos para el bienestar de los hijos. El clínico es un facilitador mas que un experto que dicta lo que se debe hacer. La principal tarea de la intervención es ayudar a los miembros de la familia a llegar a una comprensión de la enfermedad que les deje libres para continuar con sus vidas. Las experiencias de la vida acaban siendo comprendidas en el contexto de la información cognitiva ofrecida.

#### E. Tiempo limitado y seguimiento a largo plazo

La intervención se debería realizar en 6-8 sesiones aproximadamente. Las metas centrales de esta intervención son: 1) facilitar la discusión familiar de la enfermedad afectiva de los padres y 2) ayudar a los padres a identificar y a fomentar estrategias de manejo saludables en sus hijos. Es de esperar que los padres continuaran incorporando los objetivos de la intervención en su vida familiar, largo tiempo después del contacto inicial intensivo. La estructura de la intervención es una fase inicial intensiva, con un seguimiento periódico a largo plazo. Esto se debería plantear a la familia desde el principio.

La frase “largo plazo” tiene dos niveles. Primero, implica que el profesional debería tener contacto con la familia y estar disponible indefinidamente. Segundo, esto supone que la familia misma necesitara discutir, reflexionar y manejar los efectos de la enfermedad de los padres muchas veces a lo largo de los años futuros. La intervención consiste en estar desde el principio del proceso. Aunque algunas familias pueden no utilizar o necesitar contactos frecuentes con los clínicos después de la intervención, es importante para los clínicos estar disponibles y tomar contacto con las familias que encuentran en esto una ayuda. El objetivo del tiempo limitado de la intervención es trabajar el material sistemáticamente y permitir a la familia y al clínico sostener contactos a lo largo del tiempo.

#### F. Orientaciones futuras

Quizás mas que nada, la intervención trata con las esperanzas y sueños para el futuro de las familias y como están afectadas por la presencia de una enfermedad mental grave. Por eso, la cuestión central enfoca los pensamientos de los padres sobre sus hijos, sus esperanzas de futuro para ellos y como estas esperanzas se han visto afectadas por la enfermedad.

Subsecuentemente, los clínicos aprenden que la intervención debe examinar sus propios puntos de vista sobre la crianza de los niños. Deben tener conciencia de sus ideas y experiencias para comprender la fuerza del investimento de los padres en las vidas de sus hijos y ayudarlos a identificar formas positivas y realistas para aumentar las habilidades de manejo de sus hijos. Esta es la premisa de la intervención para muchas familias que han tenido sus esperanzas de futuro disminuidas por enfermedades mentales graves. Una meta fundamental de la intervención es reforzar la esperanza de futuro apoyada en el conocimiento de una acción realista que se puede iniciar en el presente.

### **III. Principios terapéuticos**

#### **A. La alianza terapéutica**

El clínico debe poner gran atención a la alianza terapéutica con la familia, tanto a lo largo del proceso de intervención como en el contenido que enfoca la comprensión y protección del niño. Los padres están frecuentemente motivados para participar en la intervención porque se les ofrece información concreta sobre la enfermedad afectiva, así como acciones directas para reforzar las habilidades de manejo de sus hijos. En el proyecto de investigación, los padres percibieron el ofrecimiento del material psicoeducativo como algo inmediatamente útil y menos invasor que otros tipos de contacto con los profesionales de salud mental.

La alianza terapéutica esta fomentada inicialmente porque el clínico reconoce el deseo de los padres de ayudar a sus hijos, así como por su habilidad para identificar y reforzar los esfuerzos y recursos de la familia. El ofrecimiento de estrategias sinceras debería ayudar también a fomentar una alianza positiva. Las parejas, para quienes la intervención ha resultado mas útil, han sido aquellas que podían anticipar posibles dificultades en sus hijos, apoyadas en las experiencias cotidianas de estos. Estos padres no tienen que ver a sus hijos necesariamente trastornados, pero pueden ver sus necesidades actuales para ayudarles a comprender lo que esta sucediendo en su familia. La habilidad de los padres para centrarse en sus hijos, de forma independiente y como una pareja, parece tener mucha mas influencia en el éxito de la intervención que el nivel de gravedad del padre afectivamente enfermo.

Como en otros tipos de terapia, es esencial comunicar respeto por los miembros de la familia y sus particulares formas de conducirse. De hecho, mas que enfatizar las dificultades individuales, esta intervención utiliza el estilo de la familia para resolver los problemas. Este enfoque se especifica en los principios de la terapia breve de pareja descritos por Budman y Gurman (1988), quienes señalan que el clínico debe trabajar no como un experto conferenciante para la familia, sino como un facilitador que se une a ellos para movilizar sus esfuerzos en ayudar a los hijos. Desde el momento en que todas las familias tienen miembros que han experimentado una perturbación en la capacidad de hablar de temas emocionales, el clínico debería ser consciente de que su rol es un modelo para la comunicación. El desarrollo de la alianza depende de la conducta del clínico, de la esperanza y sensibilidad de la familia, y del ajuste entre la familia y el clínico. La alianza depende en parte de una creencia compartida entre el clínico y la familia de que la intervención será beneficiosa. Es esencial indicar que la ayuda profesional esta disponible, siendo las dificultades una forma de desarrollar y aumentar el conocimiento, y

que unido a una voluntad de trabajar juntos, proporcionara a la familia beneficios a largo plazo.

## B. Definición del foco

Parte de la tarea del clínico es identificar los temas clave que pueden trabajarse en un periodo de tiempo limitado. La necesidad de definir el principal interés de la familia se dará de forma reiterativa en el curso de la intervención y estará incluida por una variedad de factores, incluyendo acontecimientos de la vida de la familia, crisis en el curso de la enfermedad, o respuestas a la intervención misma. Los padres generalmente desarrollan intereses que implican un foco sobre los hijos y un deseo de saber e incrementar la comprensión sobre la enfermedad afectiva. El clínico proporcionara un foco que sirve para identificar los esfuerzos y recursos en los hijos y en la familia. Es esencial apoyar a los padres en reforzar el éxito de sus hijos con los pares, escuela, y actividades en la comunidad, todo ello aumenta su resiliencia. Trabajar con estos temas exige la seguridad de que se abordaran otros intereses en otro lugar, o pueden ser trabajados mas tarde.

Se debe definir en la primera sesión lo que la familia espera lograr. El clínico debe tener claro que la intervención es una forma de organizar las metas de la misma. La familia debe comprender, por ejemplo, que no es una terapia familiar de larga duración. Sin embargo, el intento es hacer que la familia tenga, mas que el clínico, identificadas sus propias metas así como los recursos para realizarlas. En alguna forma, el clínico ayuda a consolidar y enfocar los intereses de la familia actuando como un historiador, esto es, recordando y reiterando el contenido de otras sesiones y de las descripciones de otros miembros de la familia. Por ejemplo, el clínico debería recordar las preguntas e intereses de los niños a los padres durante la planificación de la sesión antes de la reunión familiar. De esta forma, el clínico trabaja para asegurar que el foco esta en ayudar a los padres a comprender la enfermedad y en movilizar los recursos de la familia para ayudar a los hijos. La integración de las metas generales de la intervención con la experiencia particular de la familia es la principal tarea de colaboración para los padres y el clínico.

## C. Desarrollo de un discurso compartido y centrado en la familia

El propósito de las sesiones de comienzo es ayudar al clínico a construir una historia de la enfermedad con la familia. Las experiencias de los miembros individuales de la familia son explicitadas e integradas de una forma nueva, capacitándoles para manejar los malentendidos y confusiones, y dirigiéndoles hacia una comprensión compartida y a una concienciación de en que medida la experiencia de cada uno es diferente. En este proceso, es muy importante que el clínico articule acontecimientos que la familia identifica de un particular valor afectivo. El clínico proporciona continuidad entre las sesiones, recuerda el desarrollo de la historia de una sesión a otra y anima a los miembros de la familia a revisar los recuerdos de cada uno sobre la enfermedad. De esta forma, se facilita un proceso en el que la familia aprende junta.

#### D. Vinculación de la educación a la experiencia

El foco clínico de la intervención es ayudar a los miembros de la familia a comprender, y discutir entre todos, los efectos de la depresión parental sobre los individuos y la familia. Nuestra idea es que la enfermedad afectiva en la familia llega a ser parte de su identidad. La construcción de las historias, familiar e individual, descubre las experiencias vitales de la familia que están relacionadas con la enfermedad de los padres y facilita la apertura de la discusión sobre lo que no se ha podido hablar previamente.

La introducción del componente psicoeducativo en sesiones con la pareja, los niños, y la familia cumple varios objetivos. Instruir sobre la enfermedad afectiva sirve de estímulo o foco alrededor del que se presentan y organizan las experiencias vitales. Es un esfuerzo por articular la experiencia vital con el material educativo, con el propósito de proporcionar esperanza, desestigmatización y comprensión. Ayudar al paciente identificado, a la pareja y a los niños, a describir los efectos particulares de la enfermedad afectiva en su familia, en el contexto de una información general sobre la enfermedad, normalmente permite mayor grado de conciencia y aceptación de la enfermedad de los padres. Cuando se incrementa la conciencia, es de particular relevancia en muchas familias, una reducción de la culpa y una disminución de la vergüenza que esta asociada al hecho de tener un miembro con una enfermedad mental.

Generalmente, incorporar información sobre la enfermedad, a la propia experiencia de la depresión o la enfermedad bipolar, la personaliza mas y de esta forma se integra y se comprende mas rápidamente.

El clínico cubre áreas específicas al proporcionar el material psicoeducativo en la intervención. Como factores etiológicos, curso de la enfermedad, signos y síntomas depresivos, y resiliencia de los niños. Nuestra experiencia es que mientras el proceso de enseñanza marcha, cada familia encuentra numerosas formas de personalizar la información. Esto hace que la información sea más significativa y normalice las experiencias individuales.

#### E. Material psicoeducativo: contenido del material sobre la enfermedad

##### 1. Etiología

Se proporciona a las familias una revisión de los factores etiológicos, genéticos y psicosociales.

La depresión y el trastorno bipolar se presentan como enfermedades biológicas que tienen múltiples etiologías, con manifestaciones físicas y una constelación específica de signos y síntomas. Se discute la importancia de las tensiones psicosociales, tales como la pérdida del trabajo o transiciones familiares, como precipitantes de la sintomatología afectiva. Se enfatiza la capacidad de respuesta de la enfermedad a tratamientos apropiados. El proporcionar

información sobre la etiología a menudo sirve de estímulo para la asociación de experiencias vitales individuales con aspectos particulares de esta información, tales como la identificación de tensiones psicosociales tempranas.

## 2. Curso

Es útil discutir el curso de la depresión o de la enfermedad bipolar, haciendo una comparación con otros síndromes biológicos que se pueden comprender de forma más personalizada, siendo así relevante. Ofrecer otra enfermedad como analogía parece desestigmatizar la experiencia y clarificar las etapas que se pueden experimentar en el curso de la enfermedad afectiva. Es posible introducir la eficacia de la medicación para tratar enfermedades afectivas, cuando se compara la depresión o el trastorno bipolar con por ejemplo, una úlcera o una diabetes.

Nos hemos dado cuenta que utilizar analogías es útil para moldear la explicación de una experiencia particular del paciente. Por ejemplo, en el caso en que un padre haya tenido un curso crónico depresivo, es útil subrayar que una enfermedad del corazón o una úlcera, también son potencialmente trastornos crónicos que se pueden tratar con medicación, reducción del estrés, y con contactos permanentes con los servicios de salud. En familias con enfermedades episódicas, que puede subrayar que los episodios depresivos o maníacos son parecidos a una enfermedad aguda en cuanto a la urgencia y recuperación del episodio. Por ejemplo, la enfermedad afectiva y el infarto de miocardio incluyen un posible inicio repentino de síntomas prodrómicos, una fase aguda, y un periodo de recuperación caracterizado por avances lentos y recaídas. Es especialmente útil para las familias comprender que hay un periodo de recuperación seguido por una etapa aguda. Dando esta información se puede ayudar a la familia a modificar sus expectativas sobre una recuperación rápida y la perplejidad y resentimiento consecuentes cuando esto no sucede. Ayudar a la mujer o al marido y a los hijos, a comprender que el padre enfermo puede continuar mostrando cambios en la conducta, aun después de haberse producido la recuperación, puede proporcionar a la familia el soporte necesario.

## 3. Signos y síntomas

La revisión de los signos y síntomas de la enfermedad afectiva (bipolar o depresión) es útil para la mujer y los hijos, aun en familias que conocen la enfermedad.

Los síntomas depresivos que son más confusos son la irritabilidad y la pérdida de energía. La irritabilidad produce una gran tensión en otros miembros de la familia, se sienten a menudo atacados o rechazados por el padre enfermo, y a su vez, tienen dificultades para ofrecer apoyo. Cuando el clínico insiste en que la irritabilidad, como la tristeza, es un indicador de un trastorno del humor, y que es independiente de las conductas de los otros miembros de la familia, la tensión y la culpa generalmente se reducen. Los hijos, en particular, tienden a

interpretar la falta de energía como una ausencia de interés. Una descripción de las formas de depresión que compromete la disponibilidad de los padres, puede ayudar a otros miembros de la familia a comprender la conducta del sujeto deprimido de forma menos personal.

Un área relacionada muy de cerca en el componente psicoeducativo de la intervención es una discusión de las formas de los síntomas depresivos o maníacos que frecuentemente irrumpen en la vida cotidiana de la familia. Muchas familias estarán de acuerdo en que los mayores cambios han ocurrido en su vida social y en la organización y planificación de su rutina familiar y acontecimientos importantes. A menudo es una fuente de tensión y resentimiento para el compañero y los hijos del padre enfermo. La clarificación de las formas en que los síntomas depresivos o maníacos pueden afectar a la vida familiar esta asociada a una mayor comprensión y tolerancia de la disrupción.

#### 4. Resiliencia y riesgos en los hijos

Informar sobre la resiliencia en los hijos refuerza las conductas que ya existen. En muchas familias, la discusión de las características de la resiliencia proporciona a los padres una oportunidad de expresar orgullo con los éxitos de sus hijos. Proporcionar ejemplos de las cualidades de la resiliencia en el hijo, tales como la habilidad para resolver problemas y la implicación en actividades fuera del hogar y en las relaciones con los pares, usualmente produce una identificación en los padres con las cualidades de resiliencia de sus hijos o una decisión de ayudar a su desarrollo.

Los investigadores enfatizan la autocomprensión como un elemento esencial en el mantenimiento de la resiliencia en respuesta a la depresión parental (Beardslee y Podorefsky, 1988). El niño con una capacidad de autocomprensión es capaz de reconocer y saber los efectos de la enfermedad de los padres sobre sí mismo y su familia. Como resultado de esta conciencia, el niño es capaz de mantener un sentido de sí mismo de forma separada del interés por su padre, lo que le permite continuar el investimento de energía sobre sus propios intereses, actividades y relaciones, a pesar de la disrupción en el funcionamiento de la familia que representa la depresión de los padres. Este sentido separado del yo hace posible para el niño admitir el interés por su padre sin asumir la carga de responsabilidad por la enfermedad.

La información sobre la resiliencia se puede dar a los niños en todas las etapas del desarrollo. Incluso un niño pequeño puede comprender que las ocupaciones individuales son importantes para uno mismo y que el padre desea que él permanezca ocupado en ellas. El niño entonces puede dedicarse mas a actividades independientes sin sentirse obligado a permanecer con su padre para hacer que la situación en casa sea mejor.

Es útil discutir con los miembros de la familia la importancia de reforzar las relaciones con otros adultos significativos. Cuando el clínico indica que las relaciones fuera de la familia pueden proporcionar soporte esencial, el padre

puede experimentar un alivio de la culpabilidad producida por la falta de disponibilidad, y el niño puede buscar soporte sin sentir que traiciona al padre enfermo.

#### F. Enfoque de los recursos

La habilidad del clínico para percibir y articular los recursos de la familia es crucial en cualquier terapia, pero particularmente trabajando con sujetos con una enfermedad afectiva y sus familias. C. Hammen, en su libro, *Depression runs in families* (1991), describe detalladamente como los adultos deprimidos y los niños son especialmente sensibles a recibir información negativa, particularmente si se refiere a sí mismos. Es más probable construir y recordar imágenes negativas de sí mismos que positivas, reforzando una y otra vez sus puntos de vista negativos y sentimientos depresivos.

Así, es especialmente importante que el clínico ayude a la familia a reconocer y utilizar sus esfuerzos y recursos. Los clínicos que han trabajado en la intervención frecuentemente hablan sobre el componente de “la fuerza del yo familiar” al trabajar con estas familias. Repetidamente, los clínicos se han sorprendido por el hecho de que no hay una clara correlación entre la gravedad de la enfermedad parental y los resultados, esto es, muchos padres con graves enfermedades han mantenido relaciones positivas con sus hijos, y han continuado siendo padres eficaces en todo el curso de la enfermedad. Evaluar la relación con el niño y la capacidad del padre así como la gravedad de la enfermedad y las necesidades de información de las familias, es central en toda la intervención. El clínico tomará decisiones en función de la secuencia y el ritmo del material a cubrir, apoyado en su valoración del material clínico y de las necesidades de los individuos en la familia.

### **IV. Protocolo de intervención**

#### A. Esquema de las sesiones

1. Primera sesión: presentación, historia parental y consenso
  - a. Encuadre de la intervención
    - explicación del propósito de la intervención
    - tiempo de la intervención
    - foco de cada sesión
  - b. Historia
    - construcción de la historia de la enfermedad del paciente identificado



- énfasis en el periodo mas reciente (dependiendo de la naturaleza de la enfermedad, el episodio mas reciente o el ultimo año)
  - cambios dramáticos experimentados en la naturaleza o reacción a la enfermedad
- c. identificación de los principales temores de la familia y definición de las metas de la intervención
- d. Establecimiento de la alianza terapéutica y de colaboración en la intervención, punto de vista empático de las experiencias de la familia
- e. Obtención del permiso para hablar con el terapeuta de referencia
2. Segunda sesión: experiencia de la enfermedad y material psicoeducativo
- a. revisión de la sesión anterior
- reacciones y preguntas sobre el material de la sesión inicial
  - revisión del funcionamiento desde la sesión anterior
  - resumen de la historia del padre enfermo
- b. Perspectiva del padre no enfermo sobre el que lo esta
- c. Material psicoeducativo
- signos y síntomas de la depresión
  - resiliencia – características de la resiliencia y riesgos en los hijos
  - cargas en el otro cónyuge
- d. Perspectivas de los padres sobre el funcionamiento de los hijos
- foco sobre los refuerzos y las áreas de interés
  - discusión del formato y preparación de los niños para la reunión familiar
3. Tercera sesión: reunión con los niños
- a. Con las ideas de los padres y las líneas directrices, explicación del propósito de la intervención en un nivel conceptual asequible a los niños
- b. valoración del funcionamiento del niño en la escuela, en las actividades fuera del hogar, y en las relaciones con los pares y la familia
- c. valoración de la comprensión de la enfermedad de los padres

- d. Explicitación de intereses y preguntas para discutir en la reunión familiar
4. Cuarta sesión: planificación de las reuniones familiares
- a. revisión del funcionamiento del niño
  - b. discusión de cualquier pregunta que tenga el niño
  - c. planificación de la reunión familiar con los padres
    - que información se debe dar
    - quien dará la información
    - temores y preguntas a discutir en la reunión familiar
5. Quinta sesión: reunión familiar
- revisión de la información sobre la depresión y resiliencia
  - presentación del material aplicado específicamente a la familia
  - b. Facilitación de la discusión
    - facilitar la oportunidad para los padres y los hijos de preguntarse unos a otros
    - animar a que compartan las perspectivas individuales
    - clarificar las diferentes percepciones
6. Sexta sesión: revisión y planificación del futuro
- a. revisión de la reunión familiar
    - impresión de los padres de la reunión
    - investigar sobre la respuesta de los niños a la reunión
  - b. revisión de cualquier información que necesite clarificarse
  - c. Enfatizar la importancia de la intervención como el principio de un proceso que la familia puede continuar
  - d. Señalar la disponibilidad del profesional como referente para consultar en cualquier momento
  - e. Implicar a los padres en una revisión de sus propios objetivos y logros en la intervención haciendo énfasis sobre lo positivo
  - f. Revisar lo que no se ha conseguido y destacar algún interés surgido en la reunión familiar

7. reunión de seguimiento: refuerzo de los objetivos de la intervención
  - a. Animar a la familia a que utilice al clínico como un recurso
  - b. Revisar y reforzar el material psicoeducativo con un foco particular sobre la experiencia de la familia con la enfermedad
  - c. Valorar el funcionamiento de la familia desde la ultima reunión
  - d. Preguntar si la participación en la intervención a ayudado a la familia y como
  - e. Trabajar preguntas e intereses

## B. líneas específicas para realizar la intervención

### 1. sesión inicial: presentacion, historia parental y consenso

La primera sesión es de presentación de la intervención y del profesional a los padres. Es imprescindible que el clínico encuadre la intervención desde el principio para clarificar la estructura y los objetivos del trabajo. El profesional habrá hablado con los padres por teléfono antes de la primera reunión, explicándoles brevemente la intervención.

El clínico debe ser directo y claro sobre todos los detalles de la intervención. Las parejas suelen comenzar con la expectativa errónea de que va a ser una psicoterapia para el padre enfermo. El profesional explicara que la intervención no es un tratamiento para el trastorno afectivo o para el niño.

En la primera sesión, el clínico explica que el objetivo de la intervención es proporcionar ayuda a los padres y a los hijos para evitar el desarrollo de problemas graves. Se pasa revista al proceso de la intervención incluyendo el compromiso sobre el tiempo de duración, esto es, el numero de sesiones, quien asistirá a ellas, y su contenido específico. Es útil revisar brevemente el formato de cada sesión. Se anima a los padres a preguntar sobre el formato y el proceso. Se presentan también los aspectos de investigación, si se esta realizando un estudio.

Se aclara desde el principio el tema de la confidencialidad. Se debe pedir permiso verbal para hablar con otros profesionales implicados en la atención a la familia. El clínico informa a los padres de que, lo que miembros de la familia digan en las sesiones individuales o de pareja será también confidencial. Como se ha planteado en la sección sobre la focalización, es importante explicitar rápidamente los intereses de la familia. El clínico pregunta sobre los objetivos de los padres en la intervención y se refiere a ellos en las sesiones siguientes, entendiendo que los objetivos pueden cambiar en la medida que la intervención progrese. Durante la sesión inicial, es importante detectar que se ha establecido la comunicación y que las preguntas se han aclarado.

El foco de la primera sesión con ambos padres, siguiendo el trabajo introductorio descrito antes, es obtener la historia del trastorno afectivo del padre enfermo. El clínico comienza preguntando sobre el episodio mas reciente. Las cuestiones centrales son 1) tensiones o acontecimientos que pueden haber precipitado el episodio o exacerbado su curso; 2) la fenomenología del episodio, Ej., signos y síntomas, cambios de conducta, y áreas de empeoramiento incluyendo inhibición social, incapacitación hospitalización; 3) tratamiento recibido; 4) curso y duración del episodio; 5) evidencias de la recuperación; y 6) la perspectiva del padre enfermo de cómo la enfermedad puede afectar a los miembros de la familia. El relato de la historia puede llevar una o dos sesiones.

El clínico también pregunta sobre el inicio y la fecha del trastorno afectivo y sobre los episodios siguientes, si es apropiado, o del curso de una enfermedad más crónica. Aunque las preguntas están dirigidas primero al padre enfermo, el clínico también pregunta sobre las perspectivas del otro cónyuge. Esta perspectiva del impacto de la enfermedad sobre la familia es importante por numerosas razones. Primero, es una rápida oportunidad para valorar y apoyar la perspectiva. Segundo, es importante incorporar al otro cónyuge a la intervención de forma positiva, para facilitar la alianza y para involucrarle en la resolución del problema.

## 2. Segunda sesión: experiencia de la enfermedad y material psicoeducativo

La segunda sesión, a la que de nuevo asisten ambos padres, tiene tres objetivos: 1) continuar explicitando una historia de la experiencia familiar con la enfermedad, con particular atención a la perspectiva del otro cónyuge; 2) presentar la información psicoeducativa sobre la etiología, síntomas y tratamiento del trastorno, Ej., depresión o trastorno bipolar; 3) presentar la información sobre las características de la resiliencia en los niños; y 4) ayudar a los padres a revisar el actual funcionamiento de sus hijos y a expresar las preocupaciones particulares sobre su ajuste.

Al principio de la sesión, el clínico reitera cuidadosamente las metas y el formato de la intervención y subraya las tareas específicas a trabajar durante la segunda reunión. Se pregunta a los padres como han ido las cosas en la familia desde la reunión anterior y se les pide que consideren sus respuestas a la sesión inicial. El clínico anima a los padres a reconocer algún interés que pueda haber aparecido desde su participación en la primera reunión y trabaja las ansiedades que los padres puedan expresar. De esta forma, se refuerza el desarrollo de una alianza terapéutica apoyada en el reconocimiento de la importancia de la experiencia de cada miembro de la familia y se comienza a modelar el proceso de la perspectiva hablada.

La investigación de la experiencia de ambos padres en la intervención semanal, establece el escenario para continuar explicitando la percepción de cada uno de ellos sobre la historia familiar de la enfermedad. En la segunda sesión, el énfasis se desplaza hacia la experiencia del cónyuge sano que, frecuentemente ha sido percibida incorrectamente o no reconocida en la lucha

de la familia por manejar la enfermedad. Para algunas parejas, el proceso de comprensión de la perspectiva del otro puede echar por tierra malentendidos y temores que han permanecido ignorados. Debido a que la depresión afecta negativamente el humor y el auto-concepto, los sujetos deprimidos son vulnerables a las distorsiones del pensamiento que incluyen un alto grado de culpa. De forma parecida, el otro cónyuge expresa culpa que, puede haber contribuido a su incapacidad para aliviar la depresión de su compañero. Cuando estos temas se puede aclarar, los padres a veces comienzan a experimentar una mejoría en la comunicación y algún alivio de la ansiedad y la culpa, en tanto se despliegan las similitudes y diferencias en la percepción de cada uno sobre la experiencia de la enfermedad. El clínico anima a los padres a elaborar los acontecimientos particulares o las creencias asociadas a la enfermedad, especialmente cuando llega a ser evidente que sus puntos de vista son divergentes. La capacidad para expresar y tolerar la perspectiva del otro es una cuestión central en la eficacia de la intervención y se modela a lo largo de todas las sesiones.

En la continuación de la sesión, el clínico pide a los padres su valoración del funcionamiento actual de sus hijos y que planteen alguna dificultad específica que les pueda interesar. De nuevo, se explicita el punto de vista de cada uno de ellos, respetando sus similitudes y diferencias y con atención a las atribuciones de los padres sobre sus intereses, su causalidad y sus efectos. El clínico también solicita la evaluación de los padres sobre los recursos de sus hijos así como sus observaciones sobre el ajuste de las áreas más importantes de la vida de los niños. Antes de intervenir con el niño, es importante haber establecido una alianza con los padres que les permita visualizar el resultado de la reunión del profesional con su hijo, como una ayuda y un soporte a la participación de este.

Las preocupaciones de los padres sobre esto son múltiples y variadas, por ejemplo, puede aparecer la percepción de un daño para el hijo derivado de su cuidado inadecuado. Trabajar los temores de los padres sobre los efectos de la intervención en su hijo, es esencial para reforzar la alianza terapéutica y el reconocimiento de la importancia de su perspectiva. Es importante recordar a los padres que la reunión con su hijo no constituye una evaluación psicológica psicométrica.

Sin embargo, se asegura a los padres de que, lo que aparezca con respecto a su hijo durante la entrevista, será discutido con ellos y el clínico recomendará una evaluación más amplia si fuera necesario, ayudando a los padres a conseguir los recursos necesarios.

En algún momento durante la segunda entrevista, cuando el momento es adecuado, se introduce la información psicoeducativa y se intercala con las percepciones de los padres de su propia experiencia con la enfermedad. El componente psicoeducativo presenta una panorámica de las investigaciones actuales y de material clínico, dirigido a incrementar la comprensión de los padres sobre áreas como posibles etiologías, variaciones en la presentación de los síntomas en niños y adultos, y opciones de tratamiento de la enfermedad afectiva. Segundo, este segmento informativo de la intervención proporciona

una explicación de las características de la resiliencia en los niños y de cómo los padres pueden fomentar el desarrollo de estas características en sus hijos. El clínico debe cuidar la introducción de la información psicoeducativa en el contexto de la propia construcción de los padres sobre sus experiencias con la enfermedad, para facilitar la integración de la perspectiva cognitiva y afectiva. Al articular la información psicoeducativa con la presentación de las experiencias de los padres, el clínico fomenta su habilidad para definir abordajes que reforzaran la resiliencia de sus hijos. Para los padres enfermos, la emergencia de la idea de que pueden emplear una influencia positiva en el futuro funcionamiento de sus hijos, a pesar de sus síntomas, puede proporcionar un significativo alivio de los temores acerca de que la vida de sus hijos se ha visto afectada negativamente por la depresión. Es frecuente que los efectos de la enfermedad hayan erosionado el sentido de los padres sobre su eficacia como cuidadores. El marco psicoeducativo les permite reconocer su influencia positiva sobre los hijos en el pasado, e identificar la forma en que pueden continuar empleando esta influencia en el futuro.

Los malentendidos sobre la naturaleza de la enfermedad y las etiquetas de los síntomas como características negativas, a menudo conduce a la autocrítica o, alternativamente, a la culpabilización, de otros miembros de la familia por el padre deprimido. De forma similar, los niños son vulnerables al interpretar que son culpables de la conducta de sus padres o de sus cambios de humor. Estas creencias suelen permanecer implícitas y pueden darse incluso en familias en las que los miembros parecen bastante unidos en sus esfuerzos para enfrentarse con la enfermedad. Adicionalmente, la habilidad de muchas familias para manejar los efectos de la depresión parental esta minada por la profunda vergüenza asociada con la enfermedad. Presentar la conceptualización de la depresión como una enfermedad en la que, ni el enfermo ni cualquier otro miembro de la familia es culpable, disminuye la necesidad de censurar los sentimientos de temor y resentimiento asociados con la enfermedad parental.

A lo largo de la intervención, es a veces evidente que los padres necesitan información general sobre el desarrollo de sus hijos, para intentar valorar su funcionamiento y planificar una respuesta a sus intereses. Las explicaciones del desarrollo cognitivo ha demostrado ser particularmente útiles. Frecuentemente, los padres desconocen las capacidades cognitivas o las limitaciones de un niño en una etapa concreta de su desarrollo. Un malentendido frecuente es que un niño no participa de un acontecimiento, por ejemplo, un argumento entre los padres, si no tiene conocimiento de algo no le afectara. En la medida que un niño madura, su habilidad cognitiva refleja estos cambios en el desarrollo. Por lo tanto, los niños interpretaran su experiencia de la depresión parental de forma diferente a como lo harán en la adolescencia.

Los padres necesitaran ajustar sus explicaciones en función no solo de los intereses de sus hijos, sino también de su nivel de desarrollo cognitivo. En la medida que los padres revisan su comprensión de la depresión a la luz del material psicoeducativo presentado en la intervención, pueden dar mas información sobre las relaciones de pareja y la cualidad de su interacción. Si el conflicto es muy importante, puede ser necesaria una valoración más amplia.

Incluso cuando la relación de pareja se ha deteriorado con el conflicto, la intervención a veces permite a los padres tener una experiencia positiva al trabajar juntos, al aprender sobre la enfermedad afectiva y al comprender la perspectiva de cada uno. En este sentido, el clínico refuerza la comunicación en la pareja y participa en la interacción constructiva alrededor de su interés por los hijos.

### 3. Tercera sesión: reunión con el niño

La reunión con el niño tiene varios objetivos: 1) conocer la importancia de la perspectiva del niño y desarrollar una relación con él; 2) valorar su actual funcionamiento con particular atención a la naturaleza de su comprensión y respuesta a la depresión parental; y 3) ayudar al niño a articular preguntas o intereses que se puedan llevar a la reunión familiar.

Cuando es apropiado, un objetivo adicional de la sesión con el niño es dar información psicoeducativa sobre la depresión ajustada a la expresión individual del niño sobre sus intereses y a su nivel de desarrollo. La decisión sobre si incorporar información en la sesión se apoya en el juicio del clínico, sobre la comprensión del niño acerca de la enfermedad de los padres y sus intereses específicos. En muchos casos, particularmente con niños pequeños, esta información parece tener mayor impacto cuando se da por los padres o por el clínico durante la sesión familiar.

Al entrevistar al niño, es importante conocer que se le ha dicho sobre la entrevista y que espera. Muchos niños niegan saber algo sobre la sesión. El clínico debe dar una explicación clara de la razón de la entrevista, así como un esquema de cada etapa de la intervención. Es importante enfatizar la utilidad de la participación del niño para la familia. Desde el principio de la sesión, el clínico recoge información sobre el funcionamiento del niño de una forma parecida a una entrevista diagnóstica estándar. Valora, por ejemplo, el discurso del niño, el funcionamiento psicomotor, la capacidad de concentración, el tono afectivo, así como si es capaz de describir acontecimientos y expresar sentimientos. Al desarrollar un juicio sobre el funcionamiento del niño, el clínico apoya su comprensión en sus impresiones clínicas de la presentación del niño y en las observaciones e intereses de los padres sobre él.

Mientras que el clínico puede ser flexible en cuanto a la técnica y al estilo de la intervención para captar al niño, es importante centrarse directamente en su experiencia con la enfermedad afectiva de los padres. Este proceso comienza con la impresión del niño acerca de los propósitos de la entrevista, lo que permite una valoración de su nivel de comprensión. Si el niño demuestra una conciencia de los síntomas del padre y está comfortable hablando de su experiencia, el clínico puede ampliar la investigación. Sobre todo, es importante captar al niño de una forma que le permita conectar sus percepciones a la experiencia de sus padres.

Debido a que los niños y los padres son entrevistados al principio de forma separada, se plantea la cuestión de mantener la confidencialidad,

especialmente alrededor del material producido en las entrevistas con el niño. En tanto que el mantenimiento de la confidencialidad es prioritario, se produce cierta confusión al decidir que información de la entrevista del niño puede ser apropiada y útil para compartir con los padres.

Muchos padres se animan a participar en la intervención a causa de sus intereses y preocupaciones sobre el funcionamiento de sus hijos. Estos intereses se expresan en términos generales como preocupaciones sobre el ajuste del hijo o más específicamente, como un temor de que el niño haya sufrido un daño por las conductas de los padres o los acontecimientos que han ocurrido en la vida de la familia, debido a la enfermedad de los padres. En ambos casos, los padres buscan la confirmación de que el desarrollo psicológico de sus hijos es normal y de que no existen dificultades graves sin detectar. Esta confirmación, cuando es apropiada, se puede dar sin romper la confidencialidad del niño. En el curso de la entrevista, se debería indicar al niño que, si lo desea, lo que diga será confidencial. El clínico debería también pedir permiso al niño para compartir la información general de la entrevista con sus padres. Es a menudo muy útil preguntarle si hay temas específicos que no quiere discutir con sus padres. Esta pregunta enfatiza el respeto por los deseos del niño y explicita áreas de particular interés para él, que se pueden explorar mas extensamente. La única excepción para aceptar el deseo de confidencialidad del niño es la aparición de pensamientos suicidas o de asesinato que deben ser compartidas con los padres. El clínico debe animar al niño a determinar la mejor forma para comunicar estos sentimientos a sus padres y ofrecerle soporte en este proceso, o comunicar estos temas a los padres en su nombre. Si el niño continua negando el permiso para desvelar sus ideas de suicidio, es responsabilidad del profesional comunicarle que, en interés de su propia seguridad, la información debe ser compartida con los padres.

La mayoría de los niños están dispuestos a compartir el material de la entrevista con sus padres, y algunos parecen aliviados de que estos conozcan sus sentimientos. El clínico le pide que considere que le gustaría discutir o que preguntas puede tener para hacer a sus padres durante la sesión familiar. Muchos niños se resisten a desvelar sus intereses por si mismos, se sienten mejor si es el profesional quien plantea sus preguntas a los padres durante la reunión familiar.

Esta secuencia de valoración del funcionamiento del niño, determinando su comprensión de la depresión de sus padres y los efectos sobre el mismo y otros miembros de la familia, y ayudándole a identificar cuestiones e intereses que puede compartir con sus padres durante la reunión familiar, estimula su participación en el proceso. La investigación de su capacidad para manejarse con los desafíos presentados por la enfermedad de sus padres, proporciona la base de una retroalimentación valiosa para estos y un reconocimiento de la importancia de las percepciones del niño sobre las tensiones que afectan al funcionamiento de la familia.

La evaluación de las historias de niños con padres que sufren trastornos afectivos, han demostrado que los niños resistentes tienen bastante



conocimiento sobre la enfermedad de sus padres. Nuestra experiencia ha indicado que los niños pueden reconocer y hablar sobre las manifestaciones conductuales de la enfermedad afectiva de sus padres, mientras que son menos conscientes de los síntomas que no se manifiestan a través de la conducta. En nuestra muestra inicial, los niños más resistentes parecían capaces de hacer observaciones sobre la conducta de otros miembros de la familia y dar alguna valoración de las mismas. Esta capacidad parecía apoyarse en la habilidad de los niños para percibirse separados de los otros, incluso de los más cercanos, y de esta forma hacer juicios sobre si la conducta de los otros es apropiada y lo que significa, lo que fue muy útil para comprender los acontecimientos desagradables, o las reacciones perturbadoras de los padres. En segundo lugar, los padres de estos niños también se mostraron separados y fueron capaces de tolerar esta percepción de forma que protegían a los hijos de la proyección de sus propios síntomas. Estos padres pudieron reconocer la fuerza y éxitos de sus hijos, así como su malestar, que a su vez, les permitía apoyar el mantenimiento de la resiliencia de los niños, a pesar de los efectos debilitadores de la depresión en su propio funcionamiento.

Mientras muchos niños adscriben síntomas específicos, tales como la irritabilidad y la tristeza, a sus padres, muy frecuentemente no tienen nombre ni clara conceptualización de la depresión. Debido a que estos niños no tienen un marco de referencia sobre la depresión, ni en el lenguaje ni en la conceptualización, se incrementa su vulnerabilidad para interpretar los síntomas parentales como respuestas a su conducta.

Adicionalmente, muchos niños expresan gran ansiedad ante el reconocimiento de que el funcionamiento de sus padres es bastante peculiar. Por ejemplo, varios niños señalaron como causa de su preocupación, durante la intervención, la sensibilidad aletargada o amortiguada de sus padres. Un tema frecuente entre los niños entrevistados fue el deseo de poder hacer algo para que su padre estuviera mejor.

Algunos niños tienen una conciencia de enfermedad que se puede expresar de forma directa o indirecta. El síntoma parental mas consistentemente conocido por los niños es la irritabilidad, aunque muchos minimizan o niegan que les perturbe. Esta tendencia a minimizar el malestar generado por los síntomas parentales, especialmente en niños pequeños, puede reflejar su intento de manejar la ansiedad creada cuando los síntomas empeoran. De la misma forma, muchos niños insisten en que sus padres se han recuperado completamente y solo pueden reconocer el malestar pasado, una vez que han establecido que esta preocupación no se ha producido durante mucho tiempo. Muchos niños tienen gran cuidado de no criticar a sus padres y dan explicaciones que justifican los síntomas parentales como una explosión de rabia.

Algunos niños se acercan a la entrevista con cuidado e incluso con inquietud. Otros parecen aprovechar la oportunidad de compartir sus observaciones y parecen bastante confortables al responder a las preguntas del clínico. Mientras que la forma de estar de los niños durante las sesiones cubren un

espectro de respuestas afectivas dependiendo de su edad, nivel de desarrollo, preparación para la reunión, y nivel de perturbación y tensión en la familia, es tarea de los clínicos ayudar al niño a ver la sesión familiar como un marco de ayuda para la discusión familiar.

#### 4. Cuarta sesión: preparación de la reunión familiar

La cuarta sesión en la que el clínico ve a los padres de nuevo, tiene varios objetivos: 1) proporcionar a los padres una revisión general del funcionamiento de su hijo, 2) ligar la percepción de los padres sobre la depresión o la manía con la experiencia del niño sobre la enfermedad, y 3) facilitar la participación de los padres en la tarea conjunta de planificar la reunión familiar. Estos objetivos son particularmente importantes porque se necesita el reconocimiento de cada uno de los padres, así como de la perspectiva del hijo, e integrar esta comprensión en la creación de una presentación de la experiencia de enfermedad, que responda a los temores e intereses específicos del niño. Como el acercamiento de los padres es un proceso planificado, el profesional revisa la información psicoeducativa subrayando las características de la resiliencia en los niños y enfatizando la habilidad de los padres para realzar estas cualidades en sus hijos. Se anima a los padres a incorporar este material, así como a pensar que pueden actuar a favor de sus hijos de formas específicas y definidas, en sus esfuerzos para planificar la reunión familiar. Incluso en parejas muy conflictivas, los padres a menudo son capaces de cooperar en la planificación de la sesión familiar cuando reconocen que pueden trabajar juntos activamente para beneficiar a sus hijos.

Al presentar una evaluación del funcionamiento del niño, el clínico debe ser cuidadoso para enmarcar sus impresiones como una visión general y no como una valoración psicológica profunda. Se enfatizan los indicadores de la capacidad del niño y áreas de ajuste positivo, así como las evidencias de malestar emocional o de un funcionamiento menos óptimo. Cuando la evaluación llega a los temores sobre la situación emocional del niño, el clínico puede sugerir a los padres que busquen una terapia u otros recursos para ayudarles. El clínico permanece sensible a las reacciones de los padres acerca de sus recomendaciones sobre una terapia. Las reacciones de los padres pueden cubrir un amplio espectro de respuestas.

Por ejemplo, pueden expresar alivio porque sus propios temores se han confirmado y porque sus hijos recibirán ayuda a través de una psicoterapia, o pueden transmitir considerable culpa de que sus temores sobre el malestar de sus hijos se hayan confirmado.

Para ayudar a los padres a desarrollar un foco para la reunión familiar, el clínico comunica los intereses o cuestiones específicas que los niños desean discutir. Al tiempo que se les pide que identifiquen los intereses particulares sobre su propia experiencia familiar acerca de la depresión o enfermedad bipolar, que deseen trabajar con sus hijos. La preparación de la reunión familiar puede implicar, por ejemplo, la decisión de los padres de revisar el curso de la enfermedad, para reasegurar a los niños de que ellos no son culpables de los

síntomas de los padres, y para discutir sus temores para el futuro. Algunos padres eligen discutir acontecimientos específicos ocurridos en el curso de la enfermedad, por ejemplo, una hospitalización o intento de suicidio, mientras otros optan por una presentación mas general enfocada sobre la descripción de los síntomas y del tratamiento de la enfermedad. A pesar de que pueden poner alguna resistencia, la expectativa de que ellos dirigirán la sesión familiar les ayuda a admitir mas ampliamente su propia experiencia sobre la enfermedad.

En el intento por decidir que discutir con sus hijos, puede aparecer ambivalencia y conflicto en los puntos de vista de los padres. El clínico conoce, estas disparidades y les ayuda a centrarse y a retomar la tarea de planificar la reunión familiar, cuidando que los aspectos problemáticos de la relación de los padres no interrumpan el proceso de planificación.

En algunos casos, cuando el funcionamiento de la familia permanece bastante comprometido por los efectos de la depresión, el clínico puede necesitar jugar un rol mas activo en la organización de la reunión familiar. Por ejemplo, los padres pueden solicitar que el profesional actúe como moderador de la reunión, presentando información psicoeducativa sobre la depresión y dirigiendo activamente la discusión.

Otras familias se pueden sentir confortables guiando el proceso de la reunión con menos dirección del clínico. Al ayudar a los padres a considerar todos los aspectos del encuadre de la reunión, incluyendo detalles relativos a la estructura así como al material a discutir, el clínico continua reforzando la idea de que los padres pueden actuar a favor de sus hijos.

En familias donde el reconocimiento y la comprensión de la depresión parental ha sido mínima y la expresión de los sentimientos se ha inhibido, el intento de trabajar directamente la experiencia de la enfermedad se puede vivir como una amenaza para los miembros de la familia. En la reunión con el profesional para preparar la reunión familiar, se puede animar a los padres a clarificar sus temores sobre la discusión de su experiencia y se les puede ayudar a desarrollar un perfil para la sesión que ellos y sus hijos puedan tolerar. Para algunos padres, el hecho de estar juntos como una familia, es el paso más importante hacia la percepción de la depresión como una enfermedad que se puede identificar y tratar. Es una premisa fundamental de la intervención que, las habilidades de los padres para cambiar sus perspectivas sobre la experiencia de la depresión de forma que alivie la culpa, conducirá a un mayor grado de tolerancia de la expresión individual dentro de la familia. En el formato de la intervención, la planificación de la sesión con los padres representa un paso importante hacia este objetivo.

## 5. Quinta sesión: reunión familiar

El primer objetivo de la reunión familiar es facilitar la creación de una comprensión compartida de la enfermedad familiar, que incorpore la experiencia afectiva de todos sus miembros. Segundo, la reunión familiar sirve

para reforzar a los padres a conceptualizar y presentar la depresión a sus hijos como una enfermedad que puede haber afectado de varias formas a la familia y que puede ser discutida y comprendida ahora. Como un precursor del desarrollo de esta comprensión, el clínico o los padres presentan una visión general de los síntomas y del tratamiento de la enfermedad. El clínico ayuda a los miembros de la familia a relacionar esta información general sobre la depresión con la experiencia específica de la familia. Cuando los padres son capaces de describir sus síntomas y asociar reacciones que han sido molestas o confusas por los efectos de la depresión, los niños a menudo son capaces de expresar, de forma mas abierta, sus propias respuestas a las conductas o cambios en el humor de sus padres.

La reunión familiar representa una oportunidad para los individuos de empezar a desarrollar una experiencia compartida alrededor de los acontecimientos asociados con la depresión parental. Para algunas familias, la reunión supone una discusión mínima con considerable participación del profesional, mientras que en otros momentos, las familias pueden centrarse sobre un tópico específico la sesión entera. Es importante recordar que la forma de la reunión, no obstante lo limitada que pueda parecer, es menos importante que la habilidad de los miembros de la familia para compartir aspectos de su experiencia individual sobre la enfermedad, en una atmósfera que les empuje a aceptar las diferencias y los desacuerdos.

## 6. Sexta sesión: revisión y planificación del futuro

La sexta sesión proporciona una oportunidad al profesional para revisar la reunión familiar con los padres y discutir los objetivos de la intervención, en el contexto de las experiencias que se están produciendo con la enfermedad afectiva después de terminar la intervención. Revisar la reunión familiar ayuda a los padres a comprender e integrar cualquier nueva información y les dé la oportunidad de anticipar futuros desafíos relacionados con la enfermedad. El clínico se informa sobre las reacciones del niño a la intervención y, si es necesario, ayuda a los padres a trabajar intereses y temores sobre sus hijos y cuestiones que estos puedan seguir planteando.

Durante esta sesión, el clínico anima a los padres a hablar entre ellos sobre sus reacciones a la reunión familiar y sus diferentes puntos de vista sobre la experiencia de la enfermedad. Se clarifica la información y se reconocen las preocupaciones que quedan sin resolver. Es también un momento para revisar los factores de riesgo y formas de cuidar la resiliencia en los niños, con especial énfasis en las experiencias particulares de la familia.

En este aspecto, una de las principales metas de la reunión es animar a los padres a ver la intervención como el comienzo de un proceso en marcha. Es poco realista esperar que todos los temores y dudas se puedan resolver en esta intervención de breve duración, en vez de esto, se espera que los padres aprendan nuevas vías para comprender la experiencia de la enfermedad y nuevos enfoques para los problemas, que pueden continuar utilizando. Para facilitar este proceso, el clínico asegura su disponibilidad para que la familia

consulte y recuerda a los padres que la reunión de seguimiento esta programada seis meses mas tarde. Se puede presentar como una oportunidad para ayudar a la familia con las preocupaciones relacionadas con la enfermedad, para revisar la información presentada en la intervención, y reforzar los objetivos.

El tono y las tareas de la sexta sesión normalmente reflejan los acontecimientos de la reunión familiar. Algunos padres harán gran parte del trabajo de enseñanza y explicación en la reunión familiar, y muchos hijos serán activos preguntando y compartiendo sentimientos. En este caso, es importante realzar y reforzar las habilidades de comunicación de la familia. Otras familias no son capaces de expresar sus sentimientos, por eso confían mas en que el clínico explique sus diferentes perspectivas. Cuando la experiencia de los miembros de la familia al compartir la información no es perjudicial, puede ayudarles a empezar a comunicarse mas abiertamente, y en este caso, el clínico puede señalar este proceso. Algunos padres no pueden discutir la reunión familiar entre ellos, y la sexta sesión asegura que puedan hablar sobre esto con la ayuda del profesional.

La investigación sobre la intervención ha demostrado que las familias raramente la describen como disruptiva, pero en ocasiones, los padres pueden llegar a concienciar problemas de sus hijos o asumir nueva información que les produce un aumento de preocupaciones. En esta situación, es útil asumir las inquietudes de los padres, replantear que es importante conocer estos problemas, reforzar la comunicación que se esta dando en la familia, revisar planes para manejar los problemas y enfatizar la disponibilidad. Durante nuestra investigación, hemos encontrado unos pocos padres que participaban en la intervención como su ultima esperanza para aliviar la carga de malestar atribuida a la enfermedad afectiva. A menudo estos padres vivían un conflicto de pareja importante, y sus objetivos en la intervención eran poco realistas, o inapropiados. En este caso, es importante discutir las limitaciones de la intervención, trabajar las decepciones de los padres, y quizá recomendar un tratamiento.

En todas las familias, el clínico debería revisar si se han trabajado sus preocupaciones, si algunos objetivos no se han cumplido, y la forma en que los padres pueden trabajar estos temas después de terminar la intervención. El proceso de desarrollo, de un sentido compartido de la enfermedad, esta en marcha y se debe animar a los padres a comunicarse entre ellos y con sus hijos. Es de máxima importancia reforzar las posibilidades de la familia y reconocer el trabajo realizado en la intervención. Proporcionando un refuerzo positivo se ayuda a tratar con la enfermedad y a infundir sentimientos de esperanza para encarar el desafío más difícil.

## 7. reunión de seguimiento: refuerzo de los objetivos de la intervención

Los objetivos de la reunión de seguimiento son tres: 1) animar a la familia a utilizar al clínico como recurso; 2) revisar y reforzar los objetivos de la intervención con particular interés sobre la experiencia de enfermedad de la

familia; y 3) valorar el funcionamiento de la familia desde la última sesión de la intervención. Cada seguimiento consiste normalmente en una reunión con los padres, aunque se puede incluir a los hijos a petición de los padres, si es necesario se pueden hacer reuniones adicionales. Antes de programar el seguimiento, puede ser útil enviar una carta a los padres recordándoles el seguimiento y subrayando brevemente el objetivo. Ocasionalmente, las familias se pueden resistir a la reunión, y en vez de esto proponer un contacto por teléfono. El Manual de seguimiento está a continuación de este (Manual II).

Aun cuando los padres y los hijos hablen de forma positiva de la intervención, puede que no vivan al clínico como un recurso. La reunión de seguimiento restablece el contacto con los padres y sirve para recordar a la familia la disponibilidad del clínico. Uno de los objetivos de esta reunión es ayudar a los padres a sentirse libres para contactar con el profesional, en el caso de una crisis relacionado con la enfermedad afectiva de los padres y los hijos. El clínico puede actuar como una fuente de información y soporte, y puede hacer una derivación apropiada, si es necesario. Adicionalmente, la prevención secundaria del trastorno emergente en el niño se puede facilitar y reforzar, animando a los padres a contactar con el clínico cada vez que tengan preguntas o preocupaciones sobre el funcionamiento de sus hijos. El clínico intenta atender a las familias con sus propios recursos de adaptación para reforzar el uso activo de sus recursos.

Los estudios de las terapias breves sugieren que las reuniones de seguimiento intermitentes son esenciales para mantener la mejoría realizada en la intervención inicial (Frank y col., 1990). Durante la reunión de seguimiento, el material psicoeducativo sobre los síntomas de la depresión, alerta sobre los signos de problemas en los hijos y se revisan las características de la resiliencia. Un objetivo continuo de la intervención es ayudar a los padres a integrar esta información para que les sirva en sus decisiones posteriores con sus hijos y para manejar la enfermedad afectiva. El clínico relaciona este material con la experiencia particular de la enfermedad en la familia. Se explora también en que medida la participación en la intervención ha sido útil.

La revisión de la información psicoeducativa tiene lugar en el contexto de valoración del actual funcionamiento de la familia. Se revisan las preocupaciones que se identificaron durante la intervención y se discute algún nuevo desarrollo. Si se identifican problemas graves, el clínico discute varias posibilidades de acción con los padres.

Durante el proyecto de investigación, los padres habrán respondido a las reuniones de seguimiento de diferentes maneras. Algunos padres están deseosos e interesados en reunirse con el clínico, otros se resisten. Tal vacilación se puede derivar de la insatisfacción general con la intervención, pero más frecuentemente, hemos encontrado que está relacionado con la resistencia de los padres a profundizar en el tópico más doloroso de la enfermedad y de sus efectos sobre sus hijos. Estas reacciones ilustran las dificultades de los padres para reconocerse hablando de la enfermedad y para manejarse de forma activa con su impacto en la familia, y subraya la importancia de la reunión de seguimiento. A menudo los padres que

experimentan estas reacciones son capaces de hablar de una forma mas abierta, cuando se reúnen con el clínico cara a cara en la reunión de seguimiento.

Algunos padres no pueden recordar numerosos detalles de la intervención, aunque la hayan vivido positivamente. Otros utilizaran el seguimiento para relatar mejorías realizadas por la familia y describir como han sido capaces de poner en marcha lo que han aprendido, aun cuando no hayan hablado mucho entre ellos sobre la intervención y la enfermedad. La investigación señala que la evaluación de la intervención preventiva sugiere que los cambios en la conducta y las actitudes se pueden generalizar a otras áreas. Por ejemplo, los padres describen un incremento de satisfacción en el trabajo, como resultado de una mayor apertura con sus colegas sobre la enfermedad. Durante la sesión de seguimiento, el clínico refuerza lo aprendido en la intervención, proporciona a los padres animo, y ayuda a la familia a consolidar las mejorías.

## **V. Lecturas recomendadas**

Dos de nuestros artículos clínicos describen más ampliamente casos y muestran esta orientación que se puede encuadrar dentro de la orientación de la terapia dinámica (Beardslee y MacMillan, 1993) o de la terapia narrativa (Focht y Beardslee, 1996). También hemos explorado la compatibilidad de este enfoque con el enfoque cognitivista (Beardslee y Schwoeri, 1994). El artículo sobre resiliencia ha demostrado su utilidad para las familias y los clínicos.

Beardslee, W. R. & MacMillan, H. (1993). Preventive intervention with the children of depressed parents: A case study. Psychoanalytic Study of the Child, 48, 249-276.

Beardslee, W. R. & Podorefsky, D. (1998). Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorder: the importance of self-understanding and relationships. American Journal of Psychiatry, 145, 63-69.

Beardslee, W.R. & Schwoeri, L. (1994). Preventive intervention with children of depressed parents. In The Transmission of Depression in Families and Children: Assessments and Interventions. Sholevar, G. P. (ed.) Guilford Press, 319-339.

Focht, L. & Beardslee, W. R. (1996). "Speech after long silence": The use of narrative therapy in a preventive intervention for children of parents with affective disorder. Family Process, 35, 407-422.

## VI. Referencias

Beardslee, W. R., & Podorefsky, D. (1988). Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorder: the importance of self-understanding and relationships. American Journal of Psychiatry, 145, 63-69.

Beck, A. T. (1963). Thinking about depression: idiosyncratic content and cognitive Distortions. Archives of General Psychiatry. 9, 324-333.

Budman, S. H. & Gutman, A. S. (1988). Theory and practice of brief therapy. New York: The Guilford Press.

Frank, E., Kupfer, D .J., Perel, J. M., Comes, C., Jarrett, D. B., Malinge, A. G., Thase, M. E., McEachran, A. B., & Grochocinski, V. J. (1990). Three year outcomes for maintenance therapies of recurrent depression. Archives of General Psychiatry, 47, 1093-1099.

Hammen, C. (1992). Depression runs in families: The social context of risk and residence in children of depressed women. New York: Springer-Verlag.

Keller, M. B., Lavori, P. W., Beardslee, W. R., Wunder, J., & Ryan, N. (1991). Depression in children and adolescents: new data on "undertreatment" and a literature review on the efficacy of available treatments. Journal of Affective Disorders, 21, 163-171.

Seligman, M., Abramson, L., Semmel, A., & von Baeyer, C. (1979) Depressive attributional style. Journal of Abnormal Psychology, 88, 242-247.



## **MANUAL DE SEGUIMIENTO**

**Lynn Focht-Birkerts, MSW, LICSW, y colaboradores**

---

Estos materiales no pueden ser copiados o distribuidos  
sin permiso escrito de William R. Beardslee, M.D.  
o del Center for Mental Health Services

Donna Podorefsky, Ph.D., William R. Beardslee, M.D., y Phyllis Rothberg, MSW, han contribuido sustancialmente al desarrollo de estas ideas y a escribir este manual, siendo el autor principal Lynn Focht-Birkerts, MSW, LICSW

© William R. Beardslee

## **MANUAL DE SEGUIMIENTO**

### **Guías para el Proyecto de intervención Preventiva**

#### **I. Estructura general**

El seguimiento es una parte vital de esta intervención preventiva por la simple razón de que, la comprensión y recuperación de experiencias muy estresantes solo puede darse a lo largo de un periodo de tiempo. Un episodio de depresión o manía crea a menudo una serie de disrupciones para la familia, que solo pueden ser reconocidas y aceptadas a lo largo de varios años, y para los niños, a través de varias fases del desarrollo. Además, las estrategias en las que han participado las familias inicialmente, llegan a ser familiares y parte de su repertorio solamente cuando las utilizan a lo largo del tiempo.

El protocolo de seguimiento, para el proyecto de investigación inicial, fue diseñado para proporcionar ayuda a las familias, así como para continuar recogiendo datos para nuestra investigación. Por lo tanto fue estructurado para servir como registro, realizado por un terapeuta a intervalos regulares (aproximadamente cada año), así como para realizar evaluaciones para el equipo de investigación y recoger los datos. Pensamos que el seguimiento conducido por el investigador o el clínico, ha sido terapéutico para las familias en nuestro estudio. Hemos intentado extraer y combinar estos protocolos en un conjunto de guías, para utilizar este abordaje de intervención preventiva en diferentes encuadres de salud mental. De esta forma, hemos diseñado nuestro seguimiento en muestras de clase media y en varias muestras contrastadas al hacer el manual.

Uno de los mayores beneficios terapéuticos de esta intervención se da, cuando las familias desarrollan la expectativa de que un profesional de la salud mental esta interesado en tomar conciencia de su desarrollo a lo largo del tiempo. El clínico que realiza la post-intervención podría ser parte de un amplio equipo de asesoramiento para el tratamiento de nuevos trastornos afectivos.

#### **II. Un seguimiento racional**

Es parte del planteamiento clínico que el reconocimiento e integración completa de experiencias excepcionalmente difíciles requieren el paso del tiempo –lo más difícil, el largo periodo de latencia necesario para la estabilización antes de que la experiencia adquiriera un sentido. Muchos veteranos de la guerra de Vietnam están ahora trabajando su experiencia de la guerra, 30 años después de que han mantenido un periodo de relativa calma en su vida cotidiana.

Se puede hacer una analogía con las familias que han experimentado episodios repetidos de trastornos afectivos –necesitan tiempo para comprender

como la depresión o la manía de los padres pueden afectar la vida familiar. Nuestra intervención estuvo en principio estructurada para reconocer la necesidad de un periodo de normalización después de la crisis. Por esto, un criterio de selección de las familias voluntarias para nuestro proyecto de investigación fue, que estuvieran recuperadas, al menos parcialmente, de un episodio de depresión mayor o de manía. Hemos descubierto que la ventaja del momento de la intervención después de un episodio de la enfermedad es que, los padres tienen mas energía para centrarse en las necesidades de sus hijos. Además, después de que lo peor de la crisis ha pasado, la mayoría de las familias han experimentado directamente la eficacia del tratamiento; tienen la esperanza de que la enfermedad no será para siempre. En resumen, pueden permitirse bajar la guardia de alguna forma y su necesidad de ocultar defensivamente sus propias emociones para proteger al padre enfermo, decrece gradualmente así como la misma enfermedad. Pueden sentirse libres para reflejar lo que ha sucedido y volver su atención hacia otros miembros de la familia.

Mientras que esto puede ser ideal para hablar con familias, después de que un episodio de depresión mayor o de manía ha remitido, otras no han tenido la oportunidad de experimentar la calma después de la tormenta. De hecho, había varias familias que participaron en nuestra intervención que a pesar de haber continuado manejándose con una serie de crisis, continuaban con sus trastornos afectivos. Y a pesar de que las necesidades de las familias en mitad de un episodio o de una crisis son diferentes de las que se han recuperado recientemente, hemos visto, en todos los casos, los abrumadores beneficios de los padres que hablan con sus hijos sobre su enfermedad afectiva.

Dado que la intervención preventiva no es un tratamiento a largo plazo, el seguimiento intermitente a largo plazo es un componente vital para ayudar a las familias a construir una historia vital coherente, que incluya sus experiencias con el trastorno afectivo. Las familias son más capaces de reflejar como la enfermedad ha conformado sus vidas en la medida que toman distancia.

Es mas, el valor protector de las relaciones familiares para los niños, sobre las consecuencias de experiencias estresantes, ha sido bien documentado aun cuando la enfermedad de los padres ha sido la fuente del malestar (Focht y Beardslee, 2000). Facilitar una reconexión entre los padres y los niños después de una enfermedad de los padres es un factor importante para reforzar la resiliencia en los niños.

### **III. Funciones terapéuticas del seguimiento**

Las citas estructuradas de un seguimiento periódico proporcionan un lugar para que los padres se centren en las necesidades de sus hijos. La inclusión de citas de seguimiento periódico en la estructura de la intervención proporciona un mensaje claro a los padres de que, la continuidad de la discusión acerca de cómo su enfermedad afecta a sus hijos es una parte esencial del cuidado de la salud familiar. A través de la invitación de hablar sobre la totalidad de la familia,

los padres reciben una recomendación implícita para incluir a sus hijos y al otro cónyuge, en las consideraciones sobre las necesidades de tratamiento de su enfermedad afectiva. Además, las familias reciben una oportunidad única para cumplir esta recomendación en la que se les ofrece asistencia profesional para articular y resolver las necesidades de la familia conjuntamente.

El seguimiento proporciona una estructura en la que las necesidades de los miembros de la familia son atendidas individualmente y como grupo y las recomendaciones de tratamiento están hechas a la medida de cada situación familiar.

La Tabla 1 relaciona las funciones terapéuticas que un clínico puede proporcionar a los miembros de la familia durante las visitas de seguimiento. Estas estrategias se deberían dar enfatizando y articulando los recursos de la familia. Muchas de ellas se dan en la misma sesión de seguimiento o bien se pueden enfocar solo unas pocas. Sin embargo, las sesiones de seguimiento a menudo suponen una discusión del material psicoeducativo presentado en la intervención familiar previa. A continuación se discute cada una mas ampliamente.

En un apéndice de este manual hay un conjunto de preguntas útiles para el seguimiento con familias. Estas preguntas se suelen hacer en la mayoría de las sesiones de seguimiento, con una revisión de lo que ha sucedido en la entrevista anterior y con preguntas sobre lo que ha sucedido en el intervalo.

## C. TABLA 1

### Lista de las funciones de seguimiento

1	revisión del curso de la enfermedad de los padres durante el ultimo año
2	revisión del desarrollo de los niños durante el ultimo año
3	Ayudar a las familias a aceptar y manejar las recurrencias de la enfermedad
4	Consultar con los padres la necesidad de tratamientos específicos para sus hijos
5	Consultar con la pareja las dificultades entre ellos asociadas con la enfermedad afectiva
6	Servir como historiador o recordatorio de los intereses de la familia
7	Ayudar a construir alianzas y expectativas positivas con los profesionales de salud mental
8	Reforzar y apoyar las cualidades de resiliencia que los miembros de la familia utilizan
9	Proporcionar psicoeducación sobre la necesidad de que los padres estén en armonía con las necesidades emocionales de sus hijos
10	Ampliar la capacidad de los padres para reconocer los riesgos de los hijos y buscar tratamiento adecuado
11	Proporcionar un encuadre confidencial y seguro para que los adolescentes hablen sobre la enfermedad de sus padres
12	Reiterar las características relevantes de los riesgos y la resiliencia
13	Normalizar las tensiones que acompañan la enfermedad afectiva
14	Proporcionar ayuda y recomendaciones a las familias de comunidades con malestar y bajos ingresos
15	Proporcionar ayuda, apoyo y recomendaciones a familias monoparentales
16	Disminuir la culpa y vergüenza de los padres relacionadas con la enfermedad
17	Alimentar la esperanza

**1. revisión del curso de la enfermedad de los padres durante el ultimo año.** Se investiga específicamente sobre los posibles efectos en los niños. A menudo, los padres están tan ocupados en detectar las mejorías y empeoramientos de su trastorno, que no pueden percibir los efectos que sus síntomas han podido causar en sus hijos. Al revisar las fluctuaciones de sus síntomas, se ayuda a los padres a pensar si necesitan mas o menos tratamiento así como las disrupciones que su enfermedad puede causar en la familia. Se anima a los padres a que estén alertas sobre la forma en que sus hijos pueden haber experimentado sus síntomas, y se invita a sus hijos a hablar aunque no haya aparente e inmediata razón para hacerlo.

**2. revisión del desarrollo de los niños durante el último año.** Se pregunta sobre las relaciones, intereses y actividades, rendimiento académico y síntomas de depresión o manía. (Ver preguntas específicas subrayadas en las secciones siguientes).

**3. Ayudar a las familias a aceptar y manejar las recurrencias de la enfermedad.** Muchos padres están alarmados y sorprendidos de descubrir que su enfermedad ha vuelto. A pesar de su comprensión intelectual de que la enfermedad frecuentemente retorna, los padres y las familias se sienten muy trastornados cuando se encuentran a sí mismos en medio de otro episodio. Frecuentemente caen en el implícito de que su enfermedad se ha curado después de experimentar un tratamiento efectivo en un episodio previo. El seguimiento estructurado con un experto en trastornos afectivos ayuda a normalizar esta experiencia perturbadora y a disminuir los sentimientos de culpa que a menudo la acompañan. Aunque muchas familias han hablado de su impacto cuando se han enfrentado ya con otro episodio de manía o depresión, una familia en particular fue devastada por el episodio de recurrencia. Esa madre experimentó un periodo de alrededor de seis meses sin síntomas. había encontrado una medicación efectiva y un terapeuta individual comprometido; había hablado a su hijo sobre un episodio bastante grave. había hecho todo bien, y estaba optimista y animada pensando que tenía controlada su enfermedad. Poco tiempo después de dejar su medicación, esta madre hizo un intento de suicidio, experimentó el retorno de episodios de abuso, y precisó hospitalización y tratamiento en hospital de día. Inicialmente, el conjunto de la familia se enfrentó al impacto de este inesperado episodio y luchó por mantener la estructura de sus rutinas diarias. Sin embargo, cuando la madre recobro lentamente su equilibrio, ella y su familia fueron más capaces de integrar su nueva comprensión de la naturaleza recurrente de la enfermedad, con la ayuda de su clínico y del equipo de seguimiento.

**4. Consultar con los padres la necesidad de tratamientos específicos para sus hijos.** Esta es quizá la demanda más común de los padres. La mayoría de las familias de nuestro estudio habían iniciado un contacto con su clínico para discutir su preocupación sobre uno de sus hijos. A veces una breve entrevista telefónica es suficiente para tranquilizar a los padres o para corroborar la necesidad de una evaluación más amplia. Los profesionales pueden entonces reunirse con los padres una vez, para discutir si se precisa un tratamiento y si es así, que tipo de tratamiento. Los clínicos también se han reunido ocasionalmente con el niño solo, para valorar la necesidad de una psicoterapia o de medicación. Por ejemplo, una madre llamó para comprobar si su hija que estaba a punto de entrar en la universidad, una chica con una historia previa de depresión mayor, podía de nuevo necesitar una medicación. Cuando el clínico confirmó que la chica reunía todos los criterios de una depresión mayor, la madre recomendó a su hija reanudar la medicación, lo que la permitió centrarse en su trabajo académico y sobre el proceso de entrada en la universidad. Entonces mantuvo su rendimiento académico y el nivel de altos honores y fue admitida en una universidad académicamente muy rigurosa. Otro tipo de consulta se dio cuando una madre soltera en nuestro estudio, llamo a su clínico varias veces durante un periodo de siete años, para pedir consejo sobre su hijo adolescente. Tenía múltiples factores de riesgo y había seguido varias clases

de tratamiento, incluyendo medicación por trastorno por déficit de atención y psicoterapia. Esta mujer necesitó ayuda para solucionar que problemas eran específicos de su hijo y a que se debía el conflicto entre su novio, ella misma y su hijo. La breve consulta con alguien fuera de su familia fue inestimable para esta mujer, quien eventualmente se dio cuenta de que su novio atribuía muchas de sus propias cualidades negativas a su hijo. Se ayudo a otra pareja en proceso de separación a mantener a su hijo al margen de sus disputas. Estos padres siguieron nuestra recomendación de psicoterapia individual para su hija y cooperaron para mantenerla fuera de sus discusiones sobre su conflicto.

**5. Consultar con la pareja las dificultades entre ellos asociadas con la enfermedad afectiva.** Proporcionar apoyo al cónyuge durante las crisis o recurrencias del trastorno afectivo. En una familia, la madre padecía una depresión severa, no respondía a los antidepresivos ni a psicoterapia intensiva. Como muchos otros con trastornos afectivos, esta mujer tenía también características de trastorno de personalidad. Su marido, con quien había tenido una relación de amor previa, sentía que los síntomas de fatiga e irritabilidad se mostraban únicamente en casa y solamente con él y sus hijos. Este hombre utilizó el apoyo del seguimiento para comprender la conducta de su mujer, en el contexto de un trastorno afectivo grave y para comprender que la carga emocional estaba depositada en él. Se le ayudó para que invitara periódicamente a sus hijos a hablar sobre los síntomas de su madre. En otra familia, ambos padres padecían un trastorno afectivo grave y estrés post traumático. Su matrimonio estuvo a punto de romperse en la intervención inicial. Las citas anuales de seguimiento ayudaron a esta pareja a mantener una atención sobre el bienestar de su hija y proporcionó consejo y apoyo para su terapia individual y de pareja. Las citas de seguimiento también ayudaron a esta pareja a valorar el progreso que habían hecho desde su crisis inicial, y de que se las habían arreglado para salvar su matrimonio, a pesar de los graves problemas que habían vivido.

**6. Servir como historiador o recordatorio de los intereses de la familia.** Al mantener recuerdos simples del foco primario de una familia durante la visita anual, el terapeuta ayuda a las familias a visualizar su propio progreso a lo largo del tiempo.. Se ayuda a las familias a recordar los intereses de cada año sucesivo y a percibir los patrones de cambio de los esfuerzos y habilidades de la familia. Compartir estos recuerdos con las familias inicia un proceso de reflexión y ayuda a los padres a desarrollar un discurso coherente sobre el curso de su enfermedad (Focht y Beardslee, 1996). Este es un aspecto de la valoración del protocolo de seguimiento que ha sido sorprendentemente útil para las familias. Esto es, cuando los asesores han recordado a los miembros de la familia su lista de intereses del año anterior, los participantes han respondido de forma consistente que este recordatorio es útil. Un padre señaló su impacto cuando recordó que solo un año antes, la familia había estado muy afectada con la hospitalización de su mujer y el posterior tratamiento en hospital de día. Sintió que la familia se había estabilizado de forma significativa desde aquella vez, sin embargo las discusiones sobre este periodo difícil no se habían producido entre los miembros de la familia. Este padre agradeció que se le recordara plantear este asunto con sus hijos, darles permiso para hablar

de sus reacciones después de que la crisis se hubo resuelto y cuando se sintieron seguros para reconocer su ira y su desagrado. Otra madre, que se había sentido inicialmente perturbada al descubrir que necesitaría mantener una medicación indefinidamente, se sintió gratificada cuando recordó el progreso que había hecho. Las citas de seguimiento le dieron una oportunidad de recordar años anteriores, cuando había sido incapaz de levantarse de la cama, enfrentada a un trabajo como autónoma, no estructurado y de alguna forma aislada. Ahora, con un trabajo mas relajado, mas estructurado, con un buen manejo de las interacciones sociales, esta mujer había mantenido un humor estable con una dosis relativamente baja de medicación antidepresiva. A través de la revisión del curso de su enfermedad, se ayudo a esta mujer y a su marido a reconocer por si mismos la necesidad de continuar con la medicación e incluso de sentir orgullo de la estabilización que ella había conseguido.

**7. Ayudar a construir alianzas y expectativas positivas con los profesionales de salud mental.** Ofrecer a las familias un contacto continuo con un clínico de salud mental antes de que se dé una crisis, ayuda a los cónyuges y a los hijos a familiarizarse con el proceso de la psicoterapia y a desestigmatizar la experiencia, de forma que puedan ser menos resistentes para buscar un tratamiento en salud mental, si fuera necesario en el futuro. Esto es especialmente importante en familias con bajos ingresos que pueden tener difícil acceso al sistema de salud mental. En una familia, un hijo adolescente y su madre se sintieron destrozados por la muerte del abuelo materno, tuvieron dos formas diferentes para expresar su tristeza. Durante una reunión entre la madre y su hijo, el clínico apoyó el estilo de duelo del chico, interpretando su estoicismo como lealtad al pensamiento de su abuelo, de “mirar el lado positivo” de las experiencias difíciles. La aceptación de cómo el chico manejaba su pérdida, le ayudó a estructurar una actitud mas confiada sobre su rigidez y facilitó el refuerzo para que el chico se implicara en una terapia individual.

La vergüenza es una emoción que siempre acompaña a la depresión, y es especialmente prominente en individuos pobres y aislados que no pueden tener acceso a una buena atención de la salud. A menudo acompañando esta acusación implícita a sí mismo hay una desconfianza del sistema sanitario, y especialmente del sistema de salud mental. Tal desconfianza es la norma para muchas comunidades con bajos ingresos, en las que los obstáculos para cuidar bien de la salud son desalentadores, incluso para los que tienen la mejor salud. Por lo tanto, es especialmente importante que estos individuos tengan acceso a un cuidador que sea conocido para ellos, alguien que acepte, que no juzgue y que comprenda las formas en que las múltiples adversidades pueden contribuir a la depresión. Una madre soltera y trabajadora autónoma de nuestro estudio, vivía en una de estas comunidades de bajos ingresos y no tenía seguro medico. Después de ocho o nueve cancelaciones, se estableció una relación entre esta mujer y su clínico, una relación que la ayudó a superar los sentimientos de vergüenza que la habían impedido hablar con su hijo sobre su enfermedad y la permitió tomar medicación antidepresiva.



**8. Reforzar y apoyar las cualidades de resiliencia que los miembros de la familia utilizan.** Los recordatorios periódicos ayudan a reforzar la utilización del repertorio de habilidades de manejo y recursos de la familia. Una madre que estaba preocupada manejando su grave enfermedad bipolar, se sintió ayudada, simplemente con el señalamiento de que se centrara sobre la necesidad de su hijo para implicarse en actividades fuera de la casa. La tensión en su relación se redujo cuando ella le ayudó a conseguir sus propios intereses y amigos. Se ayudó a otra adolescente a manejar el conflicto progresivo con sus padres, cuando el clínico reforzó la estrategia de “distanciamiento” que había aprendido en Alanon. La reunión de seguimiento ayudó a esta chica a transferir un concepto que había aprendido en un contexto (manejarse con el alcoholismo de su padre) para usarlo en otro (manejarse con la enfermedad bipolar de su madre y la separación de sus padres).

**9. Proporcionar psicoeducación sobre la necesidad de que los padres estén en armonía con las necesidades emocionales de sus hijos.** Hay una necesidad, en particular, de facilitar una discusión permanente sobre las respuestas emocionales de los niños a la enfermedad de sus padres. Los clínicos deben ayudar a los padres a trabajar activamente una reconexión con sus hijos después de una exacerbación de sus síntomas. Al dar a los hijos permiso para articular su propio malestar, los padres son capaces de reparar las relaciones que se han deteriorado por la ausencia, la irritabilidad o la manía (Focht y Beardslee, 2000).

**10. Ampliar la capacidad de los padres para reconocer los riesgos de los hijos y buscar tratamiento adecuado.** Los padres atormentados y preocupados por su propia enfermedad pueden necesitar a veces subestimar el malestar de sus hijos. Los clínicos pueden ayudar a reducir estas defensas, en primer lugar, aumentando y reforzando los recursos de los padres. Cuando se refuerza la confianza de un padre, cuando ha reunido un sentido sobre su propia competencia como padre y confía en el juicio benevolente del clínico, esta más capacitado para ser capaz de escuchar información sobre los riesgos de sus hijos. Entonces, en la revisión del curso de la enfermedad de los padres y el desarrollo del niño, el clínico puede, junto con el padre, identificar áreas de malestar del niño y sugerir formas para reducir o aminorar la dificultad. Muchos padres de nuestro estudio sintieron que habían ocultado eficazmente sus síntomas a los hijos. Con la simple sugerencia, a los padres, de que invitaran a sus hijos a expresar sus percepciones sobre como lo estaban haciendo, éstos se animaban a revisar sus ideas directamente con sus hijos. De hecho, los niños pueden percibir correctamente que, sus padres son también vulnerables al ser capaces de escuchar como se sienten realmente. En estos casos, es importante para el clínico estar alerta a las señales de que, los niños pueden no tener permiso para articular sus experiencias, y proporcionarles la oportunidad para hacerlo. Los padres pueden ser capaces de aceptar la idea de que están “demasiado cerca” de sus hijos para abrirse y, quizá, sea necesaria una tercera parte más objetiva (tal como una terapia individual para el hijo). Esto es especialmente verdad e importante para los adolescentes.

**11. Proporcionar un encuadre confidencial y seguro para que los adolescentes hablen sobre la enfermedad de sus padres.** En nuestro proyecto, la rutina, las valoraciones anuales, a menudo proporcionan la clase de espacio privado que necesitan los adolescentes para expresar su ira y frustración sobre la enfermedad de sus padres. Las preguntas repetitivas y sinceras de la valoración, enfocadas sobre la experiencia del niño, permiten asumir que algún grado de malestar es una reacción natural a la enfermedad crónica. El proceso de valoración da permiso explícito al adolescente para articular las dificultades de vivir con padre deprimido o bipolar. Las revisiones regulares y esta clase de invitación directa a hablar puede ser de enorme importancia para el adolescente que vive con la ira y la ausencia de sus padres, pero que están atemorizados de que los síntomas de sus padres empeoren con su propio malestar.

**12. Reiterar las características relevantes de los riesgos y la resiliencia.** Mirar las preguntas específicas subrayadas en la sección siguiente, así como el material psicoeducativo proporcionado en el manual de intervención.

**13. Normalizar las tensiones que acompañan la enfermedad afectiva.** La depresión es contagiosa. Muchos estudios de investigación (Downey y Coyne, 1990) han documentado el malestar causado a los cónyuges y a los hijos por la depresión o la manía de otros miembros de la familia. El termino “carga conyugal” se ha utilizado para categorizar las variadas reacciones de malestar que los compañeros con un cónyuge deprimido experimentan. Como cualquier otra enfermedad física, la depresión de un padre requerirá que otros miembros de la familia asuman responsabilidades adicionales que el padre enfermo no puede manejar. En el nivel más básico, habrá cuidados adicionales para el hijo y trabajo en la casa para otros miembros de la familia. En un nivel mas personal, las reacciones emocionales tales como la ansiedad, la depresión, la frustración, la ira, el abuso de sustancias, el malestar somático, y la culpa son comunes para los que viven con un cónyuge o padre enfermo. Un padre, hablando de sus hijos en una reunión familiar, articulaba este sentimiento de culpa muy elocuentemente, diciendo, “para mí, lo que es duro es que, sé intelectualmente que no es mi culpa, pero todavía lo siento así. Sabe? Por eso tenemos que hablar de esto, porque usted todavía siente que es su culpa”. Además muchos de los niños de nuestro estudio hablaron de su tendencia a reflejar la depresión de sus padres, diciendo cosas como esta, “la casa entera llega a estar mas sombría”, y “había un limite para ser feliz”, con un padre deprimido. De esta forma los cónyuges y los hijos se sienten aliviados cuando escuchan a un profesional de salud mental nombrar y validar estas reacciones como normales. A través de nuestras reuniones anuales de seguimiento, este mismo padre se dio cuenta gradualmente de que él como sus hijos, podía hacer cosas para promover la resiliencia en él mismo. Se dio cuenta de que necesitaba organizarse intereses y amigos fuera de la vida familiar y de esta forma pudo sentirse más capaz de manejar las responsabilidades adicionales que la enfermedad de su mujer precisaba.

**14. Proporcionar ayuda y recomendaciones a las familias de comunidades con malestar y bajos ingresos.** Tener disponibilidad de un contacto a largo plazo en el sistema de salud mental es especialmente importante para las

familias de bajos ingresos o aisladas que no pueden tener adecuados cuidados de salud. La adversidad es la norma en estas comunidades (Podorefsky y Beardslee, 2001) y, quizá también, malestar psicológico y emocional. La necesidad de un profesional en el que puedan confiar y que pueda actuar como guía a través de las complejidades del sistema de salud mental, una persona familiar que pueda realizar este enlace, consejero y consultor, es aun más crítico para las familias de comunidades pobres y con malestar. Los clínicos pueden proporcionar asesoramiento crucial y culturalmente sensible sobre si un tratamiento es necesario y ayudar a las familias a encontrar tratamiento competente y profesional. En una familia de clase trabajadora, los padres utilizaban las visitas anuales de seguimiento con el clínico, para pedir consultas y recomendaciones dentro de los sistemas escolar y de salud mental. Cuando uno de los chicos llegó a estar seriamente deprimido, sus padres no fueron capaces por si mismos de obtener una cita a tiempo con un clínico de salud mental. Lo mejor que el sistema les pudo ofrecer fue una cita un mes mas tarde de su llamada. El clínico del Proyecto de intervención Preventiva fue capaz de abogar con éxito por el chico y consiguió una cita en una semana. Otro niño en la misma familia padecía de una serie de problemas médicos, dificultades de atención y con los impulsos y trastornos del lenguaje. El clínico sugirió a los padres pedir una evaluación para su hijo y les ayudó a solicitar servicios específicos y la intervención de un profesor en la escuela. Estos padres obtuvieron ventajas por ser capaces de llamar al clínico varias veces al año, durante el tiempo que sus hijos estuvieron en edad escolar. Se les ayudo a comprender los problemas y necesidades de sus hijos y a pedir y recibir servicios apropiados.

**15. Proporcionar ayuda, apoyo y recomendaciones a familias monoparentales.** Además de tratar con las cargas de una enfermedad afectiva, las familias monoparentales se encuentran con la carga adicional de tener un solo progenitor. Estos padres o madres solos deben trabajar a menudo a jornada completa para cubrir las necesidades materiales de sus hijos y simultáneamente, manejar los ocupados programas de sus hijos, así como sus necesidades emocionales. Con todas estas actividades, el aislamiento, la vergüenza y la desesperanza son riesgos particulares en estas familias. Los riesgos de las familias divorciadas y monoparentales son bien conocidos y todavía, porque esto se da en el 50% aproximadamente de las familias hoy, deben ser reconocidos los desafíos del desarrollo que los padres con hijos deben afrontar, como una norma actual, como algo esperado, aunque difícil. Y cuando se afronta una norma cultural, es de mas ayuda ver de que manera la cultura puede responder en términos positivos y activos, que enfatizar los riesgos de los padres que ya están bastante sobrepasados con la evidencia de todas las facetas de su fracaso.

Dado que la retirada es uno de los síntomas primarios de la depresión, las familias monoparentales tienen la particular necesidad de tener cerca su sistema de salud. No pueden contar con el contacto diario de otro adulto como otros padres. Por lo tanto, el contacto continuado con un profesional de salud mental conocido a fiable es vital. La mayoría de las madres solas de nuestro estudio afrontaron extraordinarias dificultades para cubrir las necesidades materiales para ellas mismas y sus hijos. A pesar de esto, fueron

excepcionalmente resolutivas y tenaces en sus esfuerzos para cuidar de sus hijos de la mejor manera posible. La historia de una madre ilustra la clase de “combate” situación que los padres solos afrontan. Esta mujer, abogada en el sistema de salud mental, fue obligada a dejar su trabajo, debido a no ser beneficiaria de cuidados de salud. Ella necesitaba desesperadamente un seguro médico, para tratar su propia depresión y para su hijo, que había sufrido abusos sexuales de un vecino que le cuidaba mientras ella trabajaba. Ella peleó y eventualmente volvió a su trabajo con seguro, después de haber facilitado su recuperación y la de su hijo de esta experiencia traumática. Otra madre de dos chicos adolescentes necesitaba ayuda para evaluar y manejar la intensa rivalidad fraterna entre sus hijos. Esta madre trabajaba a jornada completa durante el día, asistía a clases durante la noche, y era demasiado tímida y estaba demasiado agotada para buscar otro contacto social distinto al que tenía por sus hijos. A través de nuestras recomendaciones, se la ayudó a mantener su medicación antidepresiva y a reconocer que los dolorosos y recurrentes dolores de estómago de su hijo eran una evidencia del exceso de tensión que había experimentado.

**16. Disminuir la culpa y vergüenza de los padres relacionadas con la enfermedad.** Esta es una de las más importantes funciones del seguimiento a largo plazo. Cuando los padres están incapacitados por la culpa y la vergüenza, son menos capaces para atender a las necesidades de su cónyuge e hijos. Este ciclo destructivo se puede interrumpir con una estrategia orientada y apoyada por la actitud clínica. Se ayudó a una madre soltera de nuestro estudio a sobreponerse de su persistente vergüenza sobre los sentimientos de suicidio, cuando el clínico la ayudó a reencuadrar su enfermedad como un trastorno biológico, mas que como un rasgo de carácter. Se la ayudó a percibir de varias formas, que había sido una excelente madre a pesar de su grave depresión, y de esta forma se le dio la fuerza para hablar con su hijo de los periodos de depresión, así como a continuar facilitando su crecimiento.

**17. Alimentar la esperanza.** Una cuestión para un clínico de salud mental hacia las familias con una enfermedad afectiva, debería ser encuadrada en términos de la comunicación de la esperanza. El clínico debe señalar el aumento de los tratamientos eficaces; la eficacia de las estrategias de resiliencia de los niños; y, sobre todo, el poder de los vínculos de los padres con sus hijos.

## **MANUAL DE SEGUIMIENTO**

### **Apéndice**

#### **II. Inventario de seguimiento – Preguntas para padres e hijos**

##### **Muestra de preguntas para padres**

El clínico debe consultar primero lo hablado en la intervención anterior y resumirlo en la discusión, diciendo, por ejemplo “esto es lo que hablamos el ultimo año.... estas fueron las cosas que funcionaron bien.... estas eran sus preocupaciones....”. Por tanto las siguientes preguntas pueden ayudar a estructurar los recuerdos de la entrevista.

1. Cómo han marchado las cosas para la familia desde la ultima reunión? Cómo ha sido para el cónyuge?
2. Sobre el curso de la enfermedad durante el ultimo año – síntomas de recurrencia? algún síntoma nuevo? Impacto en la rutina diaria, el manejo de las tareas domesticas?
3. Sobre cada hijo individualmente – preguntar sobre la escuela, amigos, actividades, conducta en general?
4. Alguna preocupación en general sobre alguno de los hijos?
5. Sobre signos de depresión en los hijos (ver el manual para la lista de síntomas de depresión infantil)?
6. Cómo ha afectado la enfermedad a los hijos, (si es oportuno)?. Ej. “Que impacto piensa que ha tenido el episodio de depresión en su familia?”
7. Cómo ha afectado la enfermedad las relaciones con el cónyuge (si es oportuno)?
8. Ha habido alguna discusión con los hijos y el cónyuge sobre la depresión o la manía en el ultimo año?
9. Hay temas actuales o nuevos sobre la enfermedad? Comparar con los temas de la entrevista anterior

### **Posibles preguntas para los niños**

El clínico puede recordar al niño lo que se ha hablado en el año anterior, y entonces preguntar:

1. Sobre el rendimiento escolar?
2. Sobre los intereses del niño y actividades?
3. Sobre los amigos, el mejor amigo?
4. Sobre las relaciones familiares: cómo ha marchado la familia? Que cosas has disfrutado con la familia? Cómo describirías las relaciones con tu madre? Con tu padre? Con tus hermanos?
5. El niño ha notado algún síntoma de trastorno en el padre/madre?
6. Se ha producido alguna discusión en la familia sobre la enfermedad?
7. algún síntoma de trastorno afectivo en el niño?

### III. Lecturas recomendadas

En nuestro propio trabajo con familias, hemos señalado el conjunto de principios curativos centrales, similares a los principios terapéuticos que hemos identificado y descrito en el manual anterior.

Están descritos en el artículo "From cognitive information to shared meaning" (ver mas abajo). Los principios centrales curativos que hemos señalado eran la desmitificación de la enfermedad, modulación de la vergüenza y la culpa, la capacidad para hablar en perspectiva, en particular, el conjunto del mundo del niño, desarrollo de una perspectiva esperanzadora y desarrollo de la creencia en la propia competencia, y sobre todo, el movimiento desde la información cognitiva a la comprensión colectiva y compartida y la creencia de que la depresión se puede superar.

También descubrimos que un discurso con perspectiva era absolutamente esencial. Esto esta descrito mas ampliamente en Foch y Beardslee, 1996, *Speech after long silence: The use of narrative therapy in preventive intervention for children of parents with affective disorder*. Family Process, 4, 407-472.

También discutimos directamente para familias y cuidadores, en general, elementos claves curativos en "Out of the Darkened Room: Protecting the Children and Strengthening the Family When a Parent Is Depressed," Little, Brown & Company, New York, 2002.

Beardslee, W. R., Swatling, S., Hoke, L., Rothberg, P. C., van de Velde, P., Focht, L., & Podorefsky, D. (1998). From cognitive information to a shared meaning: Healing principles in preventive intervention. Psychiatry, 61, 112-129.

Focht-Birkerts, L., & Beardslee, W. R. (2000). A child's experience of parental depression: encouraging relational resilience in families with affective illness. Family Process, 39, 4, 417-434.

#### **IV. Referencias**

Downey, G., & Coyne, J. C. (1990) Children of depressed parents: An integrative review. Psychological Bulletin, 108, 50-76.

Focht-Birkerts, L., & Beardslee, W. R. (2000). A child's experience of parental depression: encouraging relational resilience in families with affective illness. Family Process, 39, 4, 417-434.

---



## **ADAPTACION A UN CONTEXTO CULTURAL DIFERENTE**

**Donna Podorefsky, Ph.D., y Colaboradores**



Estos materiales no se pueden copiar o distribuir

Sin permiso escrito de William R. Beardslee, M.D.

O del Center for Mental Health Services

William R. Beardslee, M.D., Tracy Gladstone, Ph.D., y Lynn Focht-Birkerts, MSW, LICSW, han contribuido sustancialmente al desarrollo de estas ideas y a escribir este manual, el autor principal ha sido Donna Podorefsky, Ph.D.

© William R. Beardslee

## **ADAPTACION A UN CONTEXTO CULTURAL DIFERENTE**

### **Directrices para transponer la intervención**

Este manual ha sido diseñado para ayudar a los profesionales en la puesta en marcha de nuestro programa de intervención preventiva, apoyado en la familia, para una gama de poblaciones en diversos contextos. La intención es que se utilice con la Introducción Conceptual, el Manual de intervención Preventiva, la Guía de Seguimiento, la Sección de Valoración, y las lecturas adicionales que hemos sugerido.

Esta presentación esta dividida en dos secciones principales. En la primera sección, subrayamos un modelo general para la transposición de nuestros programas de prevención a nuevos contextos. En la segunda sección, como un ejemplo de nuestro modelo, presentamos con detalle nuestra experiencia de adaptación para la utilización de las intervenciones en una comunidad urbana. Nuestro deseo es que este manual capacitará a los clínicos en una serie de disciplinas para modificar e implementar nuestros programas de prevención con éxito.

#### **Un modelo para la transposición de programas de intervención preventiva**

La depresión es un problema significativo mas allá de los grupos étnicos y socioeconómicos. Hasta la fecha, pocos investigadores han dirigido la prevención a la depresión en las familias. El adaptar con éxito cualquier abordaje a un nuevo grupo de opuestas o diferentes características étnicas, religiosas, culturales o económicas, es una labor intensiva y un proceso que lleva tiempo. Esto requiere examinar las asunciones iniciales, inherentes a la eficacia y los estudios de efectividad, si están disponibles.

Nuestros programas de intervención fueron inicialmente diseñados para familias de clase media, la mayoría con seguro medico. Una revisión de la literatura señala la escasez de trabajos dedicados a la transposición de programas de intervención, para su utilización en familias de minorías étnicas. Según el modelo de adversidad (Rutter y Quinton, 1977; Sameroff, Bartko, Baldwin, Baldwin y Seifer, 1998) en la trasmisión de la depresión de padres a hijos y de sus consecuencias para los chicos, cuantos más factores de riesgo hay, mayores probabilidades, en general, de que los niños desarrollen una enfermedad psiquiátrica. Por lo tanto, aparte de las diferencias culturales o comunitarias de una población urbana, la presencia de mas factores de riesgo significa mayores riesgos para los niños y la necesidad de intervenciones más intensivas para llegar a los mismos resultados. Decidimos trabajar con este grupo de familias precisamente porque su necesidad era muy grande, y porque deseábamos contrastar nuestra intervención con una muestra bastante opuesta. Esta sección empezará con la introducción de las bases teóricas de nuestro abordaje, para transponer las intervenciones a una amplia gama de

contextos y poblaciones. Después discutiremos varios pasos importantes que se deben utilizar en la adaptación de cualquier programa de intervención a un nuevo contexto. Además, ilustraremos varios principios que pensamos son generales en el proceso de adaptación.

## Teoría

El modelo para la transposición de intervenciones desarrollado por nuestro grupo, está basado en principios ecológicos descritos por Bronfenbrenner (1979). Estos principios enfatizan funciones interrelacionadas, ofertadas en varios niveles de atención para una familia determinada. Esto es, para intervenir con éxito en nombre de un niño, es necesario comprender y abordar las necesidades y recursos de la familia en particular, de los cuidadores y de la organización de la comunidad. Además, es necesario comprender la forma en que estos diferentes niveles interactúan entre sí y la forma en que el niño es acogido en la familia, entre los cuidadores y en la comunidad. Sugerimos que el punto de partida para un grupo de investigadores y/o clínicos es desarrollar competencia cultural en los tres niveles de compromiso.

Ponemos de relieve la perspectiva descrita por Rogler (1989), que mantenía que el adaptar una intervención a un nuevo contexto conduce a su propia transformación. No obstante, esperamos modificar estas directrices cuando nuestro trabajo se aplique a otros contextos nuevos. Es más, creemos que muchos aspectos de la intervención se pueden modificar, mientras permanezcan fielmente los principios centrales que guían la forma de la intervención. En este sentido, el proceso de adaptación es intensivo. Para adaptar con éxito una intervención, los cuidadores y las familias deben ser miembros del equipo que haga la adaptación. Los profesionales que intervengan con las familias deben tener amplio conocimiento de la cultura o diferentes culturas de las familias con las que se interviene y en nuestra experiencia, la adaptación tendrá más éxito cuando algunos miembros del equipo tengan los mismos antecedentes étnicos, religiosos y raciales que los que reciben los servicios.

## Pasos de la adaptación

El proceso de una adaptación con éxito requiere varios pasos claves. Describiremos cada uno de ellos a continuación.

1. Detectar organizaciones comunitarias o sistemas de cuidados de salud para valorar conjuntamente las necesidades de la comunidad diana. La valoración de los recursos y necesidades se puede realizar de varias formas, y es más eficaz cuando se hace en colaboración con una organización activa ya en la comunidad. Por ejemplo, realizamos valoraciones conjuntas con una asociación de vecinos y con una iglesia apoyada en una iniciativa de prevención de la violencia, para determinar los servicios necesarios e identificar los intereses principales. Los beneficios de este abordaje incluyen mayor grado

de comprensión de las necesidades de la comunidad, así como la valoración de las relaciones con los miembros del vecindario y los proveedores de servicios.

2. Reunir información. Es necesario reunir la mayor información posible sobre las características de la comunidad, la presencia de factores de riesgo (Ej., exposición a la violencia), la disponibilidad de recursos de tratamiento, dificultades para el tratamiento y sobre factores culturales y étnicos que sean iguales o diferentes a las características de la comunidad y de las familias con las que se han realizado los estudios de eficacia. La información se obtiene leyendo la literatura apropiada sobre la comunidad diana y comunidades parecidas, asistiendo a reuniones con los líderes de la comunidad, visitando centros comunitarios, centros de salud, escuelas; así como haciendo preguntas directas sobre como se comprenden las ideas relevantes en la comunidad. Reunir esta información conduce a profundizar la comprensión de las ideas culturales, económicas y políticas de una comunidad concreta. Los trabajadores sociales, dentro o fuera del sistema de salud mental, pueden proporcionar anécdotas útiles, así como ratios clínicas estimadas de depresión y estrés psicosocial, entre sus miembros.

Un componente significativo, al reunir información en nuevas poblaciones, es el desarrollo de una conciencia sobre la importancia de los temas culturales y comunitarios en relación con esa población concreta. Es esencial una comprensión de la provisión de servicios comunitarios, las ideas culturales que inciden en la utilización de servicios de salud mental y sobre las manifestaciones de las enfermedades. Por ejemplo, muchas familias urbanas de color, de un estatus socioeconómico bajo, han infrautilizado tradicionalmente los servicios de salud mental (McKay, Stoewe y Gonzales, 1998). Entre las razones de este fenómeno se encuentran la falta de servicios apropiados; la falta de educación sobre tratamientos y prevención en salud mental; el estigma asociado a la enfermedad mental; la inaccesibilidad de los servicios debido a limitaciones económicas; problemas de transporte o barreras lingüísticas (Day y Roberts, 1991). Además, para aquellos usuarios con conocimiento y experiencia relacionados con la utilización de servicios de salud mental, los obstáculos para encontrar servicios siguen existiendo, tales como la disconformidad con un encuadre que se anticipa desconocido, intimidatorio y discriminatorio (Podorefsky, Beardslee y McDonald-Dowdell, 2000).

3. Reuniones con los proveedores de cuidados. Solamente con un trabajo conjunto con los proveedores de cuidados, la adaptación se puede dar con éxito. Estas reuniones son necesarias para determinar el interés y la colaboración de los proveedores comunitarios, para posibilitar la prestación de la intervención preventiva. Esto incluye, en primer lugar, una descripción de la prestación, el compromiso de recursos adecuados para implementar la intervención y para asesorar a los cuidadores sobre sus propios intereses, y finalmente, alguna estimación sobre cuanto tiempo y esfuerzo llevará realmente realizar la prestación. En la medida que se desarrollen las relaciones entre los investigadores y los proveedores locales de cuidados, su experiencia puede

perfilar el contenido y estructura de las intervenciones, ya que son importantes en la comunidad. En particular, su comprensión del sentido y presentación de la depresión entre los individuos a los que atienden, es esencial para el proceso de adaptación.

Además, los proveedores locales de cuidados son importantes fuentes de derivación de familias para recibir las intervenciones. Es vital desarrollar un proceso de derivación de familias para la intervención, porque es diferente de la mayoría de las actuaciones de los servicios de salud mental y por lo tanto desconocida para los potenciales participantes, así como para los clínicos y otras fuentes de derivación. En las reuniones con los proveedores locales de cuidados, los investigadores tienen la oportunidad de describir la naturaleza de la intervención preventiva y de que forma es útil. El proceso de derivación lleva bastante tiempo, requiere un periodo de introducción, seguido de un compromiso y un seguimiento. Es útil enviar un lote de información sobre la depresión en los padres y sus efectos en los hijos. Nuestro grupo se ofrece normalmente a dar entrenamiento para concienciar sobre la depresión a los equipos de profesionales y agencias comunitarias, y para asistir a reuniones regulares en las que se pueden identificar, que familias son apropiadas para derivar a nuestro estudio. Es mas, como el proceso de intervención, tanto con las familias como con el sistema de cuidados es a largo plazo, el objetivo es desarrollar una relación interactiva de trabajo y colaboración, también a largo plazo. Además, los cuidados que se están prestando en algunos problemas con los que se encuentran los miembros de la familia, médicos o psiquiátricos, son un prerrequisito para cualquier otra intervención y los cuidadores locales son la fuente primaria para tal atención.

4. Modificaciones. Se deben realizar las modificaciones en el contenido y el formato de la valoración y de los programas de intervención, apoyándose en la información recogida de los proveedores locales de cuidados y de la revisión de la literatura relevante. Mas adelante describimos un conjunto de modificaciones basadas en nuestro trabajo en Dorchester pero, en general, la intervención se debe modificar para detectar las necesidades de una comunidad concreta y para utilizar solamente los recursos disponibles.

5. Abrir el dialogo con los participantes. El proceso de solicitud para introducir la participación de las familias es esencial para determinar si la intervención es bien tolerada y útil. Se debe utilizar la retroalimentación de las familias para hacer mas modificaciones en los programas de intervención.

Principios centrales. Hay varios principios centrales que pueden guiar el proceso de adaptación. A continuación discutimos cada uno.

Colaboración. La clave del éxito en la adaptación de las intervenciones a otros contextos es la colaboración. Es mas, se ha sugerido que los abordajes para prevenir la enfermedad tienen mas éxito cuando se consideran las necesidades y recursos de la comunidad, de la familia y de los individuos (Instituto de Medicina, 1994; Instituto Nacional de Salud Mental, 1993). Trabajar en red con

las agencias de servicios comunitarios facilita la conducción de la intervención de varias formas. Tal colaboración proporciona una oportunidad para ampliar las derivaciones al programa, ayuda a clarificar las necesidades de la comunidad y de los usuarios derivados al programa, y se identifican opciones adicionales a la prestación. La colaboración con los trabajadores de la comunidad es necesaria para la identificación de grupos de población que, tradicionalmente, no utilizan los servicios de salud mental. Por ejemplo, nuestro grupo articuló relaciones de colaboración con una iglesia urbana y un grupo de trabajo comunitario, encargados de la prevención de la violencia y con grupos familiares fuertes de la vecindad.

Alianza. Como hemos indicado, la alianza terapéutica se debe establecer primero con las organizaciones y cuidadores dentro de la comunidad. En un sentido diferente, se debe desarrollar una alianza con la familia. La alianza terapéutica se promueve inicialmente por el reconocimiento y respeto del clínico al deseo de los padres por ayudar a sus hijos y por la habilidad del clínico para identificar y reforzar la fuerza y recursos de la familia. El clínico pretende promover un mayor sentido de control sobre el entorno y un sentido de refuerzo en el usuario. Como en otras intervenciones, esto es esencial para comunicar respeto por los miembros de la familia y sus particulares modos de hacer.

Dado que muchas familias pueden tener miembros que han experimentado una perturbación primaria en su capacidad para la relación emocional, el clínico debería también ser consciente de su rol como modelo de comunicación. El desarrollo de la alianza depende de la conducta del clínico, de la esperanza y sensibilidad de la familia y del ajuste entre la familia y el clínico. El éxito de la alianza está determinado, en parte, por la habilidad del clínico para conectar con la familia en la convicción de que la intervención será beneficiosa.

En la misma medida que hemos enfatizado la importancia de la alianza en el manual inicial, es crucial en la adaptación. En nuestra muestra original, nos dimos cuenta que necesitábamos emplear gran atención en educar a las familias sobre la prevención como opuesta al tratamiento. Esto es todavía más importante cuando se interviene con familias con múltiples factores de riesgo, a quienes las necesidades diarias impiden los proyectos a largo plazo. Los padres están frecuentemente motivados a participar en la intervención porque se les ofrece información concreta sobre la enfermedad afectiva; así como líneas de conducta directas para reforzar las habilidades de manejo de sus hijos. El ofrecimiento de psicoeducación se percibe como una herramienta con la que los padres pueden comprender mejor su propia enfermedad afectiva, síntomas y conducta específica, en la información proporcionada sobre la enfermedad.

Flexibilidad en la programación. El clínico debe ser flexible en las reuniones de programación, para detectar las necesidades y límites del usuario. La mayoría solicitan reuniones en sus casas, lo que parece incrementar su nivel de calma y relax al trabajar inicialmente con el clínico. El desarrollo de la alianza terapéutica se promueve por la buena voluntad del clínico, al permitir a los

padres establecer el ritmo del trabajo y determinar conjuntamente la forma mas adecuada para percibir sus necesidades y experiencias.

Autoexamen por parte del clínico. Los clínicos que conducen la intervención deben examinar sus puntos de vista sobre la crianza de los niños. Su conciencia sobre sus propios valores, prejuicios, asunciones y experiencias vitales permitirán la comprensión de la intensidad del investimento de los padres en las vidas de sus hijos. A pesar de la enfermedad depresiva que puede haber comprometido su rol parental. La franqueza del clínico para comprender las preocupaciones de los padres por sus hijos y su propia practica en el rol parental, permitirá una asociación con los padres centrada en la esperanza de que sus hijos lleven una vida satisfactoria y estén protegidos de algunas de las dificultades con las que tengan que luchar.

Redefinición de la depresión. Para muchos individuos de otras culturas, la depresión definida con la nomenclatura estándar es un concepto extraño. Para estos individuos, un diagnostico de depresión es inaceptable, alienante y vergonzoso, porque evoca un sentido de fallo, así como una rendición del rol y funciones típicamente desempeñado por los padres. Los clínicos y agencias que ofrecen la intervención deben captar, en la exploración de las influencias culturales, la experiencia y presentación de la depresión y la resiliencia, lo que puede conducir a una redefinición de estos términos, para que sean congruentes con la experiencia de una familia particular. Sobre todo, nos hemos dado cuenta que, en áreas en las que las familias afrontan los mayores riesgos, múltiples factores de riesgo, la necesidad de un énfasis sobre los roles parentales positivos y la posibilidad de factores de resiliencia y prevención es aún mayor.

Proporcionar materiales de lectura. Recomendamos poner particular atención a las formas en que la sintomatología depresiva se puede expresar de forma culturalmente aceptable (Ej. Síntomas somáticos, tristeza). Recomendamos que el clínico proporcione a las familias materiales de lectura estándar sobre la depresión, así como literatura dirigida a los intereses específicos de las familias de minorías étnicas. En nuestras adaptaciones de la intervención en Dorchester y en el trabajo en otros países, encontrar materiales apropiados ha sido esencial. La enseñanza del material educativo, que esta vinculado a la experiencia vital del usuario, sirve también para ampliar los conceptos positivos sobre sí mismo, tanto de los miembros de la familia, como de la familia en su conjunto. Proporcionar información psicoeducativa sobre la depresión, la resiliencia y el desarrollo del niño, pertinente a las experiencias de la familia, sirve como un foco alrededor del que se presentan y organizan las experiencias vitales, tanto individuales como familiares. La presentación de este material también sirve para normalizar las experiencias de la familia y disminuye la estigmatización y la vergüenza. Los miembros de la familia, a través de este proceso, desarrollan un incremento de la conciencia y de la aceptación de la enfermedad, experimentada por el miembro de la familia. Las áreas específicas incluyen factores etiológicos, curso de la enfermedad, signos y síntomas de la enfermedad afectiva y resiliencia en los niños. Al presentar la intervención a familias que han experimentado discriminación, acceso limitado a los recursos, acontecimientos vitales dramáticos y/o adversidades, es esencial que el

material didáctico aborde acontecimientos traumáticos y adversidades como factores significativos que afectan la vida familiar y el desarrollo de los niños, para asegurar que la intervención sea significativa y relevante para la familia.

Resumen. La intervención preventiva es más efectiva cuando la puesta en marcha es apoyada por la colaboración con organizaciones comunitarias y los proveedores de cuidados de salud. Este proceso permite una comprensión más amplia de las necesidades y recursos de la comunidad en la que los usuarios residen. La atención a estas ideas mejora la puesta en marcha de la prestación y facilita el desarrollo de una estructura, dejando en el lugar unas relaciones de colaboración que benefician a las familias y comunidades después de la finalización de la intervención. El éxito del compromiso con familias de color precisa una conciencia activa y permanente y sensibilidad al sentimiento de la diferencia y de la ausencia de derechos, experimentada por aquellos que no pertenecen a un grupo racial mayoritario. Una apreciación y comprensión de los efectos del racismo experimentado por esta población, refuerza una perspectiva mas empática y permite a los usuarios sentirse mejor comprendidos y aceptados, además de promover la confianza necesaria para construir una alianza terapéutica. La visita domiciliaria puede estar indicada en casos en los que no se pueden obtener servicios ambulatorios.

#### Ejemplo de adaptación a una población urbana pobre

Al adaptar nuestra intervención para utilizarla en un vecindario urbano de alto riesgo, nos dimos cuenta de que las experiencias con la violencia y el trauma eran profundas y que el vecindario cotidiano, por sí mismo, era inseguro para la mayoría de los niños. También nos dimos cuenta de los extraordinarios esfuerzos de los cuidadores y agencias de cuidados en la comunidad y decidimos no ver a ninguna familia, hasta que hubieran establecido una fuerte alianza de colaboración con un cuidador.

#### Colaboración

Como primer paso, nuestro grupo organizó una relación de colaboración con una organización comunitaria amplia y bien establecida (Dorchester CARES) en una sección de Boston con altas ratios de desempleo, pobreza y violencia. Esta colaboración proporcionó datos extensos sobre el vecindario, obtenidos de un examen detallado realizado durante el año anterior. Los proveedores de la comunidad informaron sobre altas ratios de depresión entre los padres y sobre riesgos relativos a los niños. CARES proporcionó una serie de prestaciones continuas a los residentes, entre ellas nuestra intervención preventiva. Los proveedores pensaban que en la relación de colaboración faltaba un componente de salud mental y deseaban mucho la inclusión de nuestro programa. Aportamos nuestros propios recursos para financiar el proyecto por lo que no fue visto como una carga o una competencia para limitar recursos.

Debido a que, en la literatura, se han descrito pocos ejemplos de adaptación de programas con minorías étnicas que hayan tenido éxito, nuestro grupo tenía



que aprender como intervenir en una comunidad distinta, que presentaba diferentes recursos y desafíos de las comunidades que tradicionalmente habíamos atendido. Nos acercamos a los líderes clínicos y de la comunidad, como a expertos de los que teníamos mucho que aprender. Por ejemplo, en el momento de empezar nuestro trabajo, había comenzado una reforma en bienestar social que había producido un recorte en los servicios; necesitábamos ser sensibles a los intereses de las familias y cuidadores en esta cuestión.

### Compromiso

Comenzamos este estudio piloto trabajando durante muchos meses un compromiso con los líderes de la comunidad y los cuidadores, antes de contactar con las familias. El clínico de atención primaria y el asesor fueron del mismo contexto racial y competentes en la cultura de los participantes en la intervención (americanos de origen africano y caribeño).

La participación de nuestro grupo, en el contexto de la comunidad urbana elegida para el estudio piloto de efectividad, comenzó como parte de un sistema de servicios integrados y de educación familiar que se proporcionaron para articular las relaciones de vecindad, así como la solidez de las familias. Se esperaba que añadir un programa de prevención de la depresión a los servicios existentes complementara un multimodelo de servicios de prevención ya existentes en la comunidad.. Para desarrollar la colaboración, nuestro grupo asistió a reuniones periódicas del equipo clínico central en uno de los centros, se ofreció para acontecimientos comunitarios, reparto de comida e intercambio de ropa, asistió a discusiones y mesas redondas en la comunidad y ofreció los recursos disponibles de la intervención, en las casas y en la comunidad (Departamento de Psiquiatría del Hospital Infantil). El contacto regular con los cuidadores, el intercambio de información y la provisión de educación sobre el reconocimiento y tratamiento de la depresión por nuestro staff, permitió el establecimiento de una base de derivación y una profunda comprensión de las necesidades y experiencias de las familias. Los clínicos y los trabajadores familiares comprendieron las tensiones diarias que las familias experimentaban, y fueron capaces de despertar la buena voluntad y habilidad de los padres para participar en la intervención. Sirvieron como vínculo entre las familias y nuestro equipo; durante el proceso de derivación, durante la intervención propiamente dicha y en el periodo de seguimiento. Continuamos reuniéndonos con los cuidadores periódicamente para consultar casos y discutir recursos que se pudieran utilizar para ayudar a familias particulares.

Por lo tanto hemos sostenido un foco, en respuesta a los intereses de los padres, a su apoyo y educación. Este foco ha sido apreciado particularmente por las madres que viven en contextos urbanos donde sienten que les falta apoyo, modelos de roles positivos y recursos para sus funciones paternas, y cuyas capacidades de elección se han visto limitadas por la discriminación, la violencia y la pobreza. También vinculamos a estos padres a fuentes más amplias de recursos para sus funciones paternas, tales como clases para padres ofrecidas en los centros de barrio.

## Modificaciones en la realización de la intervención

La aplicación de una intervención contrastada, a una muestra urbana de alto riesgo, precisa importantes modificaciones conceptuales y prácticas y una atención permanente a las influencias comunitarias y culturales sobre la expresión del malestar y la utilización de cuidados. Este proceso estuvo apoyado en constructos discutidos con investigadores interesados en la competencia cultural y sensibilizados en temas contextuales (Rogler, 1989; Szapocznick y Kurtines, 1993). Los principios centrales de la intervención original se han mantenido en la intervención adaptada.

Después de un periodo de compromiso con la comunidad, empezamos una relación de colaboración con los cuidadores para ver a varias familias piloto. Esto llevo unos cuantos meses y a través de estas familias aprendimos mucho. Fue un proceso de modificación mutuo al dar y recibir, en el que los cuidadores fueron capaces de ofrecer líneas importantes de lo que habían trabajado, que es lo que no habían hecho en su experiencia y que familias no acudieron. Una vez que las familias fueron incluidas en el estudio, se planteo una comunicación permanente entre nuestro equipo y los miembros de la familia, para obtener información sobre que abordajes, formatos y contenidos eran los preferidos, eran útiles y podían ayudar. Las familias indicaban a menudo una amplia gama de necesidades e intereses relacionados con la vida, en situación de adversidad crónica y crisis recurrentes. La información de las familias se utilizó para modificar el lenguaje de la evaluación y la intervención, la técnica y el contenido.

1. Reconceptualización de la depresión. Se enfatiza en particular el significado de los factores psicosociales en el comienzo y mantenimiento de la depresión, en las vidas de muchos individuos de minorías étnicas. Muchas familias, incluso en medio de la depresión, no podrían identificarla como una depresión, sino como una respuesta a la vida real y a las adversidades. La información proporcionada por las familias y los cuidadores en nuestra muestra, demostró que la experiencia de la depresión era consistentemente descrita como inscrita en una serie de acontecimientos vitales adversos, tales como una historia de traumas, desempleo crónico, privaciones económicas, asesinato de los niños, abuso de sustancias y enfermedades medicas crónicas. A través del trabajo con las familias, empezamos a comprender el rol que jugaban estos acontecimientos adversos en la experiencia de la depresión, que no se describía como un acontecimiento interno, sino como reacción a los acontecimientos externos. Dado el extraordinario nivel de estrés que muchas de nuestras familias afrontaban, compartimos su idea de que muchas de sus reacciones se debían, de hecho, a las imposibles circunstancias de la vida.

2. Lenguaje. De forma concomitante con la reconceptualización de la depresión pusimos atención al lenguaje utilizado, para promover una comprensión compartida de la depresión. Nuestro equipo utilizó las palabras pronunciadas por individuos, permitiendo un lenguaje que reflejara la experiencia de los participantes. De esta forma, cuando los padres no se describían como deprimidos, sino como “luchando” o “abrumados”, los entrevistadores utilizaban estos mismos términos, y en el proceso se circunscribió un grupo de síntomas

de depresión tales como, síntomas vegetativos, cambios de humor y funcionamiento deficitario. Se enfatizó la experiencia, la conducta y los síntomas por encima de términos como “depresión”. Durante las sesiones, el lenguaje utilizado por los padres para describir tales experiencias, se introdujo en el léxico de las reuniones; palabras utilizadas por los miembros de la familia para describir la depresión y otras experiencias significativas, llegaron a ser las palabras utilizadas por el clínico. Fue muy interesante, cuando reconceptualizamos la depresión y preguntamos en la evaluación el inventario estándar de síntomas necesarios para hacer un diagnóstico, muchos usuarios reunían los criterios, aunque no los hubieran reunido en los términos tradicionales utilizados en la clase media.

3. Reconceptualización de la resiliencia. Una de las ideas centrales en nuestro trabajo, con una población urbana que padece malestar, era como se producía el constructo central de resiliencia y de que forma ayudaba a las familias a organizar sus recursos.

Las cualidades específicas, que habíamos identificado en los hijos más resistentes de padres con trastornos del humor (Beardslee y Podorefsky, 1988), eran constructos útiles mas allá de lugares y culturas, aunque tenían que ser redefinidos y reexpresados de forma diferente, en contextos culturales diferentes. Por ejemplo, las rutinas diarias y la realización de actividades fuera de la familia son importantes para la resiliencia, porque las familias con un pariente deprimido piensan que las rutinas perturban y que los padres con depresión tienen poca energía para realizar actividades fuera de casa. La continua motivación y participación en actividades significativas son factores protectores en la vida de los niños, porque mantienen su autoestima y autoeficacia, amplían el marco de experiencias positivas y roles a los que los niños están expuestos y proporcionan un significado de funcionamiento independiente fuera de la familia. Una de las formas, sin embargo, en la que tuvimos que redefinir el significado cultural de la resiliencia estaba relacionado directamente con la participación en las actividades del vecindario. En contextos de clase media, con un vecindario relativamente seguro, parques y programas escolares disponibles fuera de las horas de clase, la participación en tales actividades es muy útil para los niños y están apoyadas por los padres. Por el contrario, en algunas de las ciudades del interior en las que trabajamos, era simplemente peligroso para los jóvenes estar fuera en el vecindario y, de hecho, una actitud activa y segura de los padres exigía mantener a los niños fuera de las tensiones, en tanto que encontraban actividades estructuradas en un centro comunitario o en cualquier sitio en el que los niños pudieran participar.

Los padres, preocupados por la seguridad en una comunidad insegura, se han preguntado como obtener actividades para sus hijos fuera de su casa, y han participado en discusiones sobre potenciales recursos de actividades extraescolares y de verano. El clínico ha llegado a ser, en cada una de estas situaciones, un recurso para las derivaciones a salud mental, las actividades en el vecindario, apoyo a grupos y consejero en las escuelas.

En toda la literatura sobre la depresión se señala que la gente con relaciones de apoyo está mas protegida de la depresión. Hemos detectado que los niños que tienen relaciones estrechas con amigos y con un cuidador adulto, confían en estas relaciones de apoyo y confort. Un adulto que apoye puede servir como un modelo alternativo para niños que viven con la fatiga, irritabilidad y apatía de un padre deprimido. En nuestros estudios, estos adultos han sido el padre sano de un niño con un padre deprimido, un pariente que puede o no vivir con la familia, un profesor o entrenador, o el padre de un amigo. Estos adultos han servido de muchas formas para proporcionar educación y claridad a un niño confundido y furioso por la depresión de un padre; para participar en actividades con el niño fuera de la familia y para servir como un confidente.

Pensamos que estas cualidades son universales, pero se pueden expresar de forma diferente en diferentes culturas. Por ejemplo, en culturas que enfatizan la experiencia comunitaria sobre la individual, las nociones de autocomprensión y conducta significan un funcionamiento independiente, de un padre que puede ser problemático. En tales casos, se necesita redefinir la resiliencia en términos que sean culturalmente significativos y aceptables. En función de esto, el apoyo de las necesidades del grupo y la coincidencia con la perspectiva comunitaria son manifestaciones esenciales de la resiliencia. Es mas, en comunidades en las que los recursos materiales son escasos, y/o en las que la violencia en las calles lleva a restringir las actividades de los niños a la casa o quizá a la iglesia, buscar actividades fuera del hogar se puede percibir como peligroso. En estas comunidades, es útil para los clínicos familiarizarse con los recursos que proporcionan los centros comunitarios e iglesias que son seguros y accesibles a los niños. Para cumplir con el modelo de intervención con familias, sus cuidadores y la comunidad, los clínicos deberían trabajar las relaciones con tales estructuras comunitarias, para colaborar en la planificación de las necesidades de las familias.

4. intervención continua durante y después de las crisis. En nuestro estudio inicial sobre eficacia, en el que trabajamos con familias de clase media principalmente, probamos a no intervenir durante el tiempo de crisis aguda. Sin embargo, en un contexto urbano en el que las familias viven con la amenaza de crisis continuas y con exacerbaciones frecuentes, era mas frecuente verlos durante las crisis. Lo que parecía ser una crisis aguda en este contexto podía ser de hecho una exacerbación de una adversidad crónica. Mientras el foco de una familia que esta cambiando sus estrategias y puntos de vista fundamentales, requiere un compromiso a lo largo del tiempo y un periodo sin crisis, la incorporación de familias y la construcción de alianzas pueden darse durante las crisis. De hecho, incorporamos a muchas de nuestras familias durante las crisis y solamente organizamos una alianza con ellas por primera vez en mitad de la crisis. Además, en muchas familias con las que empezamos en una crisis, mas tarde consecuentemente, a causa de la recurrencia de la enfermedad, hicieron crisis adicionales (Ej. hospitalizaciones, perdida de trabajo, duelos, o recurrencias de la enfermedad que no fue fácilmente tratada). El compromiso permanente de estar con las familias a lo largo del tiempo y de tratar con cualquiera que ayudara a construir la alianza, daba a las familias confianza en lo estábamos tratando de hacer. Reconocemos que tal relación a largo plazo es la llave. Muchas familias que experimentan adversidades

significativas, ven las graves circunstancias de la vida como un instrumento que desarrolla las dificultades de manejo. Estas adversidades son a menudo más significativas en la vida de las familias que la lucha de los padres con la depresión, y se pueden promover por el clínico, que anima al padre a describir sus experiencias sin haber hecho a priori asunciones sobre la etiología y presentación de la depresión. La sensibilidad a estos acontecimientos y su impacto sobre el sentimiento de competencia de los padres y su autoeficiencia, demuestra que es la llave en el establecimiento de la alianza con las familias.

5. Construyendo una alianza. La decisión de los padres para incorporarse en el programa está determinada a menudo por el interés en sus hijos; sin embargo, el compromiso a participar y el investimento del trabajo esta determinado generalmente por el bienestar que sienten al trabajar con el clínico. En nuestro trabajo anterior nos centramos en fomentar y orientar recursos en torno a los intereses de las familias. En el trabajo con familias que viven en condiciones adversas, tal abordaje es aun más importante. Como hay muchas más necesidades sin cubrir, centrarse en los intereses inmediatos de la familia ayuda a articular una alianza. De formas muy variadas, los clínicos pueden presionar para ayudar en las necesidades inmediatas y, cuando sea posible, flexibilizar los roles y con buena voluntad localizar recursos para las familias que se beneficiaran enormemente de la alianza.

Insistimos a los clínicos que trabajan con familias monoparentales, con intervenciones en salud mental y que desconfían de los extraños, a mantener la consistencia de los cuidados y evitar que una sucesión de personas desconocidas entren en la casa. Nos dimos cuenta, al adaptar la intervención, que nuestra practica habitual de hacer reuniones con un investigador que dirija la evaluación, seguido por el comienzo de la intervención con un clínico, producía ansiedad y resentimiento entre los participantes. Hicimos por lo tanto varias modificaciones en los procedimientos de evaluación para reducir la carga de las familias e incrementar la probabilidad de desarrollar una relación de confianza con el clínico. Entre estas modificaciones figuran la inclusión del clínico en las reuniones de evaluación, reducir la batería de evaluación, y reforzar a las familias para contactar con el clínico sobre las bases necesarias. Adicionalmente aseguramos que el clínico hablara o se reuniera con el cuidador derivante para discutir la forma de aliviar las preocupaciones de las familias sobre la participación en el proyecto, antes de reunirnos con una familia, y preguntamos repetidamente por el nivel de bienestar de las familias en los contactos con nuestro equipo. Estas modificaciones fueron muy útiles, y produjeron un incremento en la retroalimentación positiva de nuestro estaf con los participantes y los cuidadores de la comunidad. Aunque muchos cuando utilicen esta intervención no quieran hacer el proceso de evaluación tan extenso como lo hicimos, ni quieran, en la parte principal, incorporar a familias aleatorias en diferentes intervenciones, todas las modificaciones que hicimos fueron necesarias en la adaptación y serán parte inevitable del proceso de adaptación.

6. Flexibilidad y servicios más intensivos. La flexibilidad es la llave de la realización de las intervenciones. Esto es aun más cierto al adaptar intervenciones a nuevos contextos, para utilizarlas con familias de diferentes

culturas. Nuestros puntos de vista en este aspecto se perfilaron por la comprensión de que las familias precisarían asistencia en el manejo de las necesidades básicas y problemas específicos. Al adaptar la intervención a una muestra urbana pobre, ofrecimos a muchas familias reuniones adicionales. La duración de la intervención clínica que iba de seis a quince sesiones, se produjo semanalmente, o a intervalos más largos o más cortos a petición de la familia. En algunos casos, las madres pedían reuniones adicionales para centrarse sobre los roles parentales. Varias madres también vieron al clínico como un modelo potencial para una hija, y pidieron que el clínico se reuniera con un niño para proporcionarle un entorno confortable en el que charlar sobre sus intereses. Las visitas se hicieron en las casas de los sujetos, para ayudar a las familias con recursos limitados tales como transporte y canguros.

A menudo se pide apoyo para los miembros de la familia. Vimos que a menudo nos llamaban para ayudar a las familias a obtener garantías para las necesidades básicas, incluyendo alimentos y cosas útiles. En varios casos, ayudamos a madres a solicitar un trabajo cuando perdían beneficios sociales. El apoyo para los niños fue necesario a menudo. Frecuentemente intervinimos con el sistema de salud mental para obtener servicios para los niños con trastornos emergentes, y contactamos con las agencias comunitarias para localizar programas de actividades de verano y extraescolares. Los clínicos al utilizar nuestro abordaje pueden obtener relaciones en múltiples niveles que combinan el manejo de casos con la intervención clínica.

Como en el estudio original, a las familias se les ofrecía la oportunidad de comunicarse con el clínico si era necesario. Después de la finalización de la intervención. Pensamos que las familias continúan experimentando significativas adversidades y pueden necesitar confiar en el clínico.

7. Enfasis en los roles parentales. Como señalamos mas arriba, centrarse sobre los temas relacionados con los niños y la ausencia de apoyo a los padres, es clave para desarrollar una alianza con los padres y el área de mayor importancia para la mayoría de los padres que participan en la intervención. Hemos notado, en el estudio de eficacia así como en nuestro trabajo con poblaciones de diversas culturas, que los compromisos de los padres hacia sus hijos y las preocupaciones sobre su desarrollo, son quizá el recurso más importante de la intervención. Por ejemplo, un sujeto del estudio inicial, una madre soltera, que vivía con adversidad crónica y una historia de traumas severos, llegó a la intervención buscando formas de explicar su enfermedad a sus hijos. A pesar de varios años de tratamiento, había continuado experimentando depresiones significativas y se sentía comprometida en su rol parental, lo que estaba asociado con sentimientos de desesperanza e inadecuación. El clínico tuvo éxito al aliarse con esta madre sobre los intereses de sus hijos, y esto se asoció con una discusión de ideas sobre el refuerzo de la sensibilidad hacia sus hijos y la asunción del éxito en su rol parental no reconocido. Este enfoque produjo cambios en la autoimagen, mejoró su eficacia y los síntomas depresivos, así como aumentó la confianza en su habilidad para manejarse con la adversidad.

## Desarrollo de la confianza – un obstáculo crítico

Llevó meses establecer unas relaciones viables y de confianza. Encontramos una profunda desconfianza en nuestro intento de utilizar un diseño de investigación. Eramos vistos como extraños porque no teníamos una historia larga en la comunidad, y se había dado una desafortunada historia de fracaso, entre otros proveedores de cuidados para percibir las necesidades de las familias y/o de la comunidad. Vimos que estas experiencias se repetían cada vez que intentábamos articular relaciones de colaboración con grupos fuera del vecindario.

Durante este periodo, se nos pidió para probarnos que tomáramos casos complejos y particularmente difíciles que precisaban un manejo clínico extenso, antes de que pudieramos comenzar a ofrecer servicios preventivos, a las familias que no estaban en una crisis aguda. Adoptamos la postura de que habíamos trabajado hombro con hombro con proveedores de cuidados de primera línea, aceptando cuidados urgentes y otros problemas encontrados por las familias a nuestro cuidado. Esta fue una postura que habíamos adoptado con familias en nuestro estudio anterior; nuestro compromiso fue que mantendríamos un contacto estrecho con las familias si era necesario, localizando recursos y cuidados para ellos si se producía una crisis. En ambas comunidades, pensamos que era nuestra obligación resolver necesidades a través del sistema; esto además permitía nuestra integración en el sistema y la oferta de servicios.

### El resultado

El resultado de estos esfuerzos de colaboración fue un programa adaptado a las necesidades de la comunidad y sus residentes. Los participantes en el estudio fueron todos miembros de grupos étnicos minoritarios. Como en el estudio original, se ofreció la intervención preventiva a familias en las que un padre había experimentado un trastorno afectivo y en la composición familiar estaba incluido un niño entre 7 y 15 años. Se animó a los padres a incluir a todos los niños de la familia, incluso aquellos que no entraban en el arco de edad especificado, así como a los miembros de la familia extensa, en las discusiones familiares sobre la depresión y el funcionamiento familiar. El foco de la intervención se centró en la prevención de la depresión en niños y adolescentes.

Ofrecimos el programa de intervención a 20 familias monoparentales de minoría étnica, todas ellas habían luchado con trastornos parentales del humor afrontando extremas adversidades. 16 familias completaron el programa. Las familias recibieron bien la intervención facilitada a los clínicos o la del grupo de discusión, y se evidenciaron beneficios similares a las familias en el estudio de eficacia inicial. Los principios básicos de nuestras hipótesis se confirmaron. Específicamente, después de un largo periodo de adaptación, la intervención demostró ser segura y fiable, ambos grupos de familias experimentaron beneficios, y el grupo del modelo clínico experimentó mas beneficios que el grupo de discusión. Sin embargo, este ultimo hecho no fue tan amplio como en el estudio de eficacia. Creemos que es porque, al adaptar la intervención para

esta comunidad, se habían ofrecido muchos mas servicios al grupo de discusión, quienes se beneficiaron de mas contactos con nuestro equipo.

Además de adaptar este programa a una muestra étnica minoritaria, hemos colaborado con proveedores en Canadá, Europa y otras zonas de Estados Unidos, a desarrollar modificaciones que haran las intervenciones más relevantes para la población de la que se trate. Hemos animado a grupos, que hemos entrenado, para utilizar aspectos del programa de intervención que son relevantes para sus poblaciones, consideraciones sobre presupuestos, y limitación de personal. Hemos, por ejemplo, entrenado a clínicos que trabajan en una extensa y bien desarrollada situación del sistema de salud mental, quienes debido a sus limitaciones de presupuesto eligieron proporcionar y evaluar únicamente la parte del grupo de discusión de nuestro programa. Trabajando con ellos, hemos desarrollado una estructura para continuar una colaboración entre los clínicos, a través del sistema de salud mental así como modificaciones en el lenguaje, realización y encuadre utilizados en el grupo didáctico.

### Conclusiones

Para realizar con éxito programas de prevención o tratamiento, los profesionales deben reunir individuos y familias con sensibilidad cultural. Los proveedores de servicios deben ser sensibles a las experiencias anteriores de las familias, a sus expectativas y al sentido de vergüenza y estigma que puede rodear la enfermedad mental en muchas culturas. El éxito del programa de intervención preventiva depende de la comprensión del clínico acerca de las necesidades y creencias de los miembros de grupos y poblaciones minoritarias diferentes, observando sus experiencias de la depresión y la utilización de los recursos de cuidados de salud. Los procedimientos se deben desarrollar para minimizar el malestar de los sujetos, las barreras a la confianza, y reflejar consideraciones demográficas y de la estructura familiar. Sin embargo, los clínicos y los gestores de salud mental deben continuar preguntandose que hacen, como hacer las intervenciones más efectivas y las implicaciones de lo que ven en la practica clínica.

A pesar de las dificultades asociadas con la transposición de programas de intervención preventiva a nuevos contextos, creemos que el éxito de la adaptación se puede dar. De hecho, la adaptación es necesaria para proporcionar cuidados adecuados a la población entera, y para hacer que los servicios estén disponibles para las poblaciones desfavorecidas. Sin embargo, el éxito de la adaptación de un programa a menudo enseña mucho a los clínicos y a los gestores de salud mental sobre el programa mismo. En este sentido, los programas de intervención se perfeccionan, y la comprensión de los clínicos sobre la enfermedad y el tratamiento se realza.



### Lecturas recomendadas

Beardslee, W. R. (1998) Prevention and the clinical encounter. American Journal of Orthopsychiatry, 68, 4, 521-533.

Podorefsky, D., Beardslee, W.R., & McDonald-Dowdell, M. (2001). Adaptation of preventive interventions for use in a low-income culturally diverse community. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40, 879-886.

## Referencias

Beardslee, W.R., & Podorefsky, D. (1988). Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: The importance of self-understanding and relationships. American Journal of Psychiatry, 145, 63-69.

Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Day, C., & Roberts, M.C. (1991). Activities of the child and adolescent service system program for improving mental health services for children and families. Journal of Clinical Child Psychology, 20, 340-350.

Institute of Medicine. (1994). Risk and protective factors for the onset of mental disorders: Depressive disorders. In Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research (pp. 163-171). Washington, D.C.: National Academy Press.

McKay, M., Stoewe, J., McCadam, K., & Gonzales, J.J. (1998). Increasing access to child mental health services for urban children and their caregivers. Health and Social Work, 23, 9-15.

National Institute of Mental Health. (1993). The prevention of mental disorders: A national research agenda. Bethesda, M.D.: National Institute of Mental Health.

Podorefsky, D., Beardslee, W.R., & McDonald-Dowdell, M. (2001). Adaptation of preventive interventions for use in a low-income culturally diverse community. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40, 879-886.

Rogler, L.H. (1989). The meaning of culturally sensitive research in mental health. American Journal of Psychiatry, 146, 296-303.

Rutter, M., & Quinton, D. (1977). Psychiatric disorder: Ecological factors and concepts of causation. In H. McGurk (ed.), Ecological factors in human development. Amsterdam: North Holland.

Sameroff, A.J., Bartko, W.T., Baldwin, A., Baldwin, C., & Seifer, R. (1998). Family and social influences on the development of child competence. In M. Lewis & C. Feiring (eds.), Families, risk and competence. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Szapocznick, J., & Kurtines, W.M. (1993). Family psychology and cultural diversity: Opportunities for theory, research and application. American Psychologist, 48, 400-407.

## **Esperanza, Significado y Continuidad**

**Un programa para ayudar a las familias cuando los padres sufren una  
depresión**

### **MANUAL DE EVALUACION**

**Ellen Wright, M.A., y colaboradores**

---

Estos materiales no pueden ser copiados o distribuidos  
Sin permiso escrito de William R. Beardslee, MD  
o del Center for Mental Health Services

Phyllis Rothberg, MSW, Carol Tee, B.A., and Ellen Murachver, MSW,  
han contribuido sustancialmente al desarrollo de estas ideas y a escribir este  
manual, el autor principal ha sido Ellen Wright, M.A.

© William R. Beardslee

## INDICE

### Tema

Historia del desarrollo de la batería de evaluación del proyecto de intervención preventiva

evaluación de la presencia de trastornos del humor

evaluación de riesgos familiares y factores de protección

    evaluación de adultos

    evaluación de los niños

Tabla de medidas específicas de resultados

    Estrategias adicionales de evaluación

Niveles de evaluación del programa

    evaluación de la eficacia de la mejoría clínica individual

    evaluación de la eficacia de la mejoría clínica programada

    evaluación de la eficacia de la mejoría clínica comparada

    Tabla del abordaje original y abreviado de evaluación

Abordajes abreviados de evaluación

    La entrevista

    Escalas de clasificación (ratios)

    Escalas estándar

Referencias

Apéndice Uno Formularios revisados

    Formularios de adultos

        Entrevista pre-intervención para adultos

        Entrevista post-intervención para adultos

        Escalas de ratios del impacto del proyecto

Formulario demográfico

Contactos de cuidados de salud para adultos

Hoja de intereses

GAS para adultos

#### Formularios de niños

Entrevista semi-estructurada pre-intervención para niños y adolescentes

Entrevista semi-estructurada post-intervención para niños y adolescentes

Ratios de mejoría en niños

Contactos de cuidados de salud para niños

GAS para niños

## **I. Historia del desarrollo de la batería de evaluación del proyecto de intervención preventiva**

La importancia de la evaluación de resultados, de cualquier nuevo protocolo de tratamiento, no se puede subestimar si lo importante es dar una fuerte base empírica para la elección de los tratamientos para niños. Para examinar la eficacia de cualquier programa de prevención, se deben identificar los objetivos fijados, y se deben desarrollar estrategias de medida apropiadas. El objetivo principal del proyecto de intervención preventiva es disminuir el riesgo de trastornos graves del humor en los niños de padres afectivamente enfermos, a través del incremento de factores de protección y de la disminución de factores de riesgo en la familia. Cuando los trastornos del humor aparecen, nuestro objetivo es incrementar la habilidad de los padres para reconocer dificultades en sus hijos y para obtener el tratamiento apropiado para estos trastornos, así como disminuir su duración y reforzar el funcionamiento de los niños.

### Evaluación de la presencia de trastornos del humor

Elegimos el Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children, Epidemiologic Version Revised (KSADS-E-R), y el Kiddie Streamlined Longitudinal Interview Continuation Evaluation (KSLICE) para extraer información sobre trastornos psiquiátricos, presentes y pasados, en los niños. Estas medidas son adaptaciones para niños y adolescentes del SADS-L y SLICE (Puig-Antich y col., 1980). The KSADS, utilizado como línea básica, ha sido diseñado para obtener una historia de episodios, presentes y pasados, de trastornos psiquiátricos que pueden afectar el curso de la prevención. El Kiddie-SADS-E-R fue administrado a la madre para que informara sobre el niño e, independientemente, al niño. La información de ambas entrevistas se combinó siguiendo un procedimiento estándar (Puig. Antich y col., 1980) para obtener una serie de diagnósticos para cada niño. El K-SLICE proporcionaba información en intervalos sobre la emergencia de nuevos diagnósticos.

Para manejar las necesidades de tratamiento apropiado de trastornos emergentes se desarrolló, para nuestro proyecto, la Health Care Contacts - Children's Form. Se utilizó para obtener información acerca de cada servicio médico y psiquiátrico de cada niño como línea básica y de nuevo en la parte de evaluación del seguimiento.

Para obtener información sobre los niveles de los síntomas, como línea básica y para posteriores pasos de la evaluación, administramos el Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach y Edelbrock, 1983), ampliamente utilizado, a las madres de nuestra muestra, y el Youth Self Report (YSR; Achenbach y Edelbrock, 1987) a los niños. Ambos el CBCL y el YSR se han administrado a diversas poblaciones (Achenbach y Edelbrock, 1983) y se han estandarizado y normalizado para edad y género. Ambas medidas proporcionan puntuaciones en subescalas para dificultades internalizadas y externalizadas. Además utilizamos el Child Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1981, 1983; Kovacs y Beck, 1977) para obtener niveles actuales de sintomatología depresiva. El CDI es un auto cuestionario de 27 ítems adaptado del Beck Depression Inventory y diseñado para niños entre 7 y 17 años. El CDI contiene síntomas afectivos,

cognitivos y conductuales de la depresión (Ej., trastornos del sueño, tristeza, pérdida de apetito e ideas de suicidio).

Finalmente, para detectar niveles de ajuste en los niños, los evaluadores puntuaron el nivel de funcionamiento de cada niño en el momento de la entrevista y en el mes más difícil durante el intervalo. Esta ratio se cumplimento utilizando el Child Global Assessment Scale (CGAS; Shaffer y col., 1983). Esta escala se puntuó basándose en el nivel de sintomatología y dificultad del niño o, a la inversa, en el grado de funcionamiento en la escuela, en la casa, en el contexto social y actividades de ocio.

### Evaluación de riesgos familiares y factores de protección

Para realizar estos objetivos de la prevención, dirigimos nuestros esfuerzos hacia la promoción de los factores de protección en la familia que, pensábamos, deberían disminuir el riesgo para los niños en estos hogares. Estos factores protectores incluían: reforzar la comunicación de la familia, mejorar los problemas de la familia para resolver habilidades, incrementar la atención de los padres sobre sus hijos, mejorar la comprensión compartida de la familia sobre los trastornos del humor, incrementar la realización de actividades fuera del hogar de los niños, y asegurar que los niños tuvieran alguien en quien confiar.

Cuando empezamos este programa de prevención a finales de 1980, no había instrumentos estándar que se pudieran utilizar para examinar el impacto de un abordaje de prevención, cognitivo y psicoeducativo, basado en la familia. En particular, no existía ningún instrumento o conjunto de instrumentos capaces de valorar cambios en los factores protectores y de riesgo, para ello se diseñó nuestro programa. Combinamos las medidas estándar del funcionamiento adaptativo con entrevistas semi-estructuradas, diseñadas por el equipo del proyecto para valorar la experiencia de las familias con la enfermedad afectiva y para valorar sus respuestas a la intervención. Desarrollamos, específicamente, una serie de entrevistas para valorar estos constructos en adultos (the Semi-structured Interview about the Intervention; SII; Beardslee, Versage y col., 1997) y otra serie para valorar estos mismos constructos en los niños (the Semi-structured Children Interview; SCI; Beardslee, Wright y col., 1997).

Evaluación de adultos. Las primeras medidas de las respuestas de los padres a la intervención y al impacto del trastorno del humor parental en la familia, se obtuvieron del SII. Esta entrevista semi-estructurada se diseñó para obtener información sobre: el impacto del trastorno afectivo parental en cada miembro de la familia y sobre la familia como una unidad; el impacto de las intervenciones en varios aspectos del funcionamiento de la familia; y las preocupaciones de los padres sobre la enfermedad (y de T2 adelante, el grado en el que la intervención cambiaba sus preocupaciones e intereses).

El SII se diseñó para proporcionar 4 tipos de datos: 1) escalas, puntuadas por el sujeto, sobre el impacto del trastorno afectivo parental en la familia (obtenida pre y post intervención); 2) escalas, puntuadas por el sujeto, sobre el impacto

de la intervención en el funcionamiento de la familia (obtenidas solamente en las entrevistas post intervención); 3) ratios de las preocupaciones o intereses del sujeto, tanto en el grado en el que se sintieron implicados, como en el grado de ayuda que les proporcione la intervención (en todos los pasos de la evaluación en la post intervención); y 4) escalas puntuadas por el entrevistador de los cambios en la conducta y actitudes. En las escalas tipo Likert sobre el impacto de los trastornos afectivos parentales sobre la familia, los padres valoraron el grado en el que el trastorno del humor parental había impactado en una serie de áreas familiares (Ej., comunicación, funcionamiento de la pareja). Las ratios likert del total de satisfacción con el proyecto y el grado en el que la intervención fue útil, en las áreas programadas del funcionamiento de la familia (Ej., aumento de la comprensión de los niños acerca del trastorno en los padres), se obtuvieron durante la administración del SII en la post intervención.

En cada evaluación, se pedía a los padres que identificaran las mayores preocupaciones sobre la enfermedad y que puntuaran su grado de inquietud en escalas Likert de 7 puntos. Estas preocupaciones fueron agrupadas en 4 categorías: preocupaciones sobre los hijos, pareja, la enfermedad en sí misma, y otras enfermedades relacionadas (Ej., bulimia). En las evaluaciones posteriores, se leyeron de nuevo a los sujetos las preocupaciones, previamente identificadas, para obtener las ratios de preocupación actuales. En todas las evaluaciones de la post intervención, se pidió a los padres que valoraran el grado en el que la intervención les había ayudado a resolver aquellas preocupaciones. Además de permitirnos evaluar la utilidad del proyecto en la resolución de las preocupaciones individuales, este procedimiento sirvió también al evaluador para levantar una historia sobre la disminución y fluctuación de las preocupaciones. Muchos sujetos mencionaron esto como uno de los aspectos más útiles del procedimiento de las entrevistas, ya que servía para recodarles lo mucho que habían cambiado a lo largo de los años, generalmente en una dirección positiva.

Finalmente, los entrevistadores utilizaron información de la administración pre y post intervención del SII, para identificar cambios específicos en la conducta y actitudes, relacionados con la enfermedad. Para puntuar positivamente, era necesario que los padres apreciaran un cambio y que lo atribuyeran a la intervención. Estos cambios en la actitud y la conducta relacionadas con la enfermedad, estaban vinculados directamente con los factores protectores que deseábamos que los padres promovieran en sus familias e incluían: aumento de la comunicación sobre los trastornos del humor entre conyuges, niños y otros fuera de la familia; refuerzo de la comprensión de las experiencias del niño; aumento de la utilización de las estrategias de manejo dirigidas a la experiencia de la enfermedad del padre, y a la promoción de la implicación del niño en actividades y relaciones de apoyo; y refuerzo de la comprensión de la familia (Ej., normalización y desestigmatización, aumento del optimismo, descenso de la culpa).

Evaluación de niños. En la batería de evaluación del proyecto de intervención preventiva, se valoraron los tres factores de mayor protección para los niños: la implicación de los niños en actividades fuera del hogar, en relaciones de apoyo y su comprensión acerca de los trastornos del humor del padre y de la familia.



La comprensión del niño se consideró particularmente importante, tal como han mostrado los estudios, los niños más resistentes con trastornos afectivos, hacen una adecuada valoración del estrés para manejarlo, tienen una valoración realista de su capacidad para actuar, tienen expectativas realistas de las consecuencias de su acción y actúan congruentemente con esta comprensión (Beardslee y Podorefsky, 1988). Específicamente, estos jóvenes se ven a sí mismos alejados de las enfermedades de sus padres y no se consideran responsables de ellos (Beardslee y Podorefsky, 1988). Se manejaron estas tres dimensiones principales a través de la combinación de autoinformes estándar y entrevistas semi-estructuradas.

La implicación del niño en actividades fuera del hogar se valoró con las subescalas de actividad adaptativa incluidas en el CBCL y el YSR. Como mencionaba antes, el CBCL y el YSR son utilizados ampliamente y las medidas del autoinforme estandarizado proporcionan factores dimensionales, utilizando el formato de puntuaciones directas y típicas. Al obtener puntuaciones pre y post intervención del CBCL y del YSR, es posible examinar la eficacia del proyecto en el aumento de la implicación de los niños en las actividades fuera del hogar.

El aumento de la competencia en las relaciones sociales de los niños, fue evaluado de forma similar, utilizando las subescalas de adaptación social del CBCL y del YSR. Las subescalas de actividad y relaciones sociales de ambas medidas proporcionan los datos centrales del conjunto de la puntuación en competencia, establecida por estas dos medidas. Además, los cambios en las relaciones de confianza atribuidas a la participación en el proyecto se investigaron utilizando el SCI. El SCI incluía escalas tipo likert, que exploraban en que grado pensaba el sujeto que el proyecto había mejorado las relaciones con sus padres y en que medida, la participación en el mismo, había mejorado la comunicación en la familia. Además, se administraron dos escalas similares elaboradas por el evaluador, que puntuaban los datos cualitativos sobre las percepciones de los niños acerca de las diferencias producidas en la familia como resultado del proyecto, sobre una escala de 4 puntos, desde ningún cambio (1) hasta dos o más cambios específicos (4). Se aplicaron estas escalas en todos los pasos de la evaluación post intervención.

Finalmente, apoyados en nuestra creencia de que la autocomprensión era central para la prevención de un futuro trastorno del humor en los hijos, los niños completaron una escala tipo likert similar, relacionada con su creencia de que el grado de su comprensión había mejorado. De la misma forma, los evaluadores elaboraron una escala tipo likert de 5 puntos, basada en los juicios cualitativos del cambio de los niños en la comprensión de los trastornos del humor. Esta escala puntuaba desde ninguna conciencia de enfermedad (0) hasta dos o más cambios específicos en la comprensión (4). Esta información se obtuvo en todos los pasos de la evaluación post intervención. Adicionalmente se recogieron datos en todos los pasos de la evaluación, de la información y comprensión precisa que tenían los niños sobre el trastorno parental, extraídos de sus relatos.

La tabla que viene a continuación refleja las medidas utilizadas para evaluar los resultados identificados en el proyecto, relativos a nuestras hipótesis

### MEDIDAS ESPECIFICAS DE RESULTADOS

HIPOTESIS	MEDIDAS	VARIABLES
<p>1. <u>Diagnostico de trastornos del humor</u></p> <p>Niños que desarrollaran menos y más cortos episodios de trastornos del humor</p>	KSADS KSLICE	Momento de comienzo, numero y duración de los episodios de trastorno depresivo mayor y otros trastornos psiquiátricos, valoración transversal y longitudinal
<p>2. <u>Sintomatología menor</u></p> <p>Niños que mostrarán niveles más bajos de sintomatología internalizada</p>	CBCL YSR CDI	Nivel de sintomatología, valoración transversal y longitudinal
<p>3. <u>Reconocimiento y tratamiento</u></p> <p>Niños que tendrán mas probabilidades de recibir tratamiento, tan pronto como se desarrollen los problemas psiquiátricos</p>	<p>Contactos de cuidados de salud</p> <p>KSLICE KSADS</p>	Reconocimiento por la familia de los síntomas y utilización del tratamiento en diferentes intervalos
<p>4. <u>Incremento del funcionamiento adaptativo</u></p> <p>Niños que mostrarán niveles de mejoría en el funcionamiento adaptativo</p>	CGAS SCI CBCL YSR	Funcionamiento adaptativo
<p>5. <u>Aumento de la comprensión parental</u></p> <p>Padres que aumentarán su comprensión de la enfermedad afectiva y de la experiencia de los niños sobre la enfermedad parental</p>	SII	Conocimiento sobre los trastornos afectivos, comprensión de la perspectiva del niño, comprensión de sí mismo y de los otros

Estrategias adicionales de evaluación. Además de evaluar los resultados relativos a este esfuerzo de prevención, el personal del proyecto recogió otros tipos de datos que pensamos eran relevantes. Igual que en la práctica clínica estándar, obtuvimos información demográfica de los padres, recogida después del Personal History of Depressive Disorders (Larkin & Hirshfeld, 1977). Esta información incluye datos sobre la composición de la familia y estatus socioeconómico. Fue actualizada en las entrevistas post intervención para detectar posibles cambios de estatus en las familias.

Las medidas estándar del funcionamiento de la pareja y de la familia también se obtuvieron en las entrevistas pre y post intervención. El Dyadic Adjustment Scale (DAS; Spanier, 1976) es uno de los autocuestionarios del ajuste de la pareja más ampliamente utilizados. Proporciona una ratio global de la satisfacción de la pareja (Sabetelli, 1988) con 4 factores analíticos derivados de subescalas (Ej., satisfacción de la pareja, cohesión de la pareja, consenso en la pareja, expresión afectiva). El funcionamiento familiar se evaluó utilizando el Family Relationship Inventory (FRI; Holahan y Moos, 1981), que fue administrado a todos los miembros de la familia. El FRI consiste en tres subescalas de relación (cohesión, expresividad y conflicto) del Family Environment Scale.

En un esfuerzo para evaluar el funcionamiento parental desde el principio, se administro para cada padre el Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS-L; Endicott y Spitzer, 1978). El SADS-L es una entrevista semi estructurada utilizada para diagnosticar trastornos del humor y otra psicopatología basada en Research Diagnostic Criteria (Spitzer, Endicott, y Robins, 1978). La evaluación de los episodios ocurridos en la post intervención se realizó utilizando el Streamlined Longitudinal Interval Continuation Evaluation (SLICE; Keller y col., 1987). Los padres completaron también el ítem 21 del Beck Depression Inventory (BDI; Beck y col., 1961) en el momento de la entrevista para evaluar la gravedad actual de la depresión.

También se entrevistó brevemente a cada padre para tener información sobre su utilización del sistema de salud, y particularmente sobre el tratamiento psiquiátrico utilizando el Adult Health Care Contacts scale. Este material nos permitió documentar todas las fuentes de tratamiento. Los entrevistadores evaluaron también el nivel de funcionamiento de los padres utilizando el Global Assessment Scale (GAS; Endicott y col., 1976). La medida no solo toma en consideración la sintomatología del individuo, sino también su deterioro y funcionamiento social; se valoro en todos los pasos de la evaluación pre y post intervención. Finalmente, se creó la Major Life Events Scale después de revisiones detalladas de las medidas existentes, para documentar fuentes adicionales de estrés en estas familias con enfermedad afectiva.

## **II. Niveles de evaluación del programa**

El grado de evaluación que se desea utilizar, en la valoración de la eficacia de una intervención terapéutica, depende del nivel de implementación y otros requisitos programados. Organizamos la evaluación en tres niveles: eficacia clínica individual, evaluación del nivel del programa y evaluación comparada.

Pensamos que los campos utilizados en nuestra evaluación más sistemática y en el juicio comparativo son importantes para la evaluación; sin embargo, los métodos por los que estos campos se han valorado pueden cambiar. Por ejemplo, recogimos información detallada de entrevistas sistemáticas de investigación sobre psicopatología. Sin embargo la misma información se puede obtener de entrevistas clínicas estándar. Es importante obtener información sobre los factores de riesgo de la familia, incluyendo información relativa al diagnóstico (Ej., curso y forma del trastorno parental del humor, otros trastornos parentales comorbidos), la presencia de disarmonía en la pareja o divorcio, y tratamiento de salud mental de la familia; lo que faculta al clínico para identificar factores adversos en la familia. De forma similar, esto permite al clínico conocer si la familia que esta atendiendo es similar a otras familias de la clínica, o a las familias que hemos descrito en nuestra investigación.

En todos los niveles de la evaluación, la valoración de los factores demográficos de la familia, la historia de las dificultades del niño y la psicopatología de los padres, son esenciales para medir los riesgos de la familia. La evaluación de los cambios en los factores protectores de la familia tanto en los adultos como en los niños, son igualmente esenciales y representan nuestras primeras medidas de los resultados de la intervención preventiva. Hemos proporcionado escalas abreviadas para las dimensiones de la resiliencia familiar y de la respuesta a la intervención del niño, y hemos sugerido instrumentos generales disponibles para mediar la psicopatología y el funcionamiento adaptativo de los niños.

Una dimensión crucial de la respuesta a la intervención es la provisión de adecuados cuidados de salud. Esto es importante para asegurar que las familias tendrán ayuda cuando la necesiten. Si los padres y los niños son diagnosticados de algún trastorno, debe ser reconocido y tratado. Es importante valorar si las familias tienen mayores probabilidades de pedir ayuda una vez que se ha ofertado la intervención. Hemos incluido formularios abreviados de contactos de cuidados de salud para niños y adultos. Pensamos que es importante que se realice la evaluación antes y después de la intervención y en la evaluación de seguimiento al cabo de un año. Todos los instrumentos mencionados figuran en la Tabla 2 y en el Apéndice Uno.

#### Evaluación de la eficacia de la mejoría clínica individual

Aunque el tratamiento estándar de salud mental no ha tenido, en el pasado, evaluación estándar de resultados, con los recientes cambios en los cuidados de salud y la exigencia de aumentar la responsabilidad, se ha planteado la importancia de evaluar, si la utilización de un abordaje basado en la familia para la prevención ha sido efectivo para mejorar los factores de protección, disminuir los factores de riesgo, mejorar la habilidad de los padres para detectar signos incipientes de riesgo en sus hijos, y caracterizar el diagnóstico y el nivel de síntomas de padres e hijos, antes y después de la intervención. Para que cada clínico aprenda la intervención, puede ser suficiente una valoración breve antes y después de la misma. Recomendamos que, a nivel clínico individual, se utilicen las escalas que evalúan las respuestas a la intervención de padres e hijos, para valorar los cambios en los factores de

resiliencia en la familia. Para recoger la respuesta a la intervención y el comienzo de la enfermedad, la valoración de los contactos en los cuidados de salud es crucial. La evaluación del diagnóstico y el nivel de síntomas se puede realizar mediante entrevistas clínicas, con entrevistas diagnósticas estándar, o utilizando escalas más estandarizadas del nivel sintomatológico, tales como el CBCL, YSR y CDI. Recomendamos mucho obtener medidas individuales para evaluar los contactos con cuidados de salud, sintomatología y diagnóstico. Esta información se puede detectar a través de entrevistas clínicas generales en la medida que esta registrada en un formato estándar. Si el funcionamiento adaptativo es de interés se puede utilizar el CBCL y el YSR.

De forma similar, si aparecen dificultades en los niños, asegurarles tratamiento adecuado es esencial. De nuevo, esto se puede cumplimentar averiguando si el niño ha recibido tratamiento y que tipo de tratamiento.

### Evaluación de la eficacia de la mejoría clínica programada

Una evaluación programada del abordaje clínico necesita mayor cuidado de las estrategias de intervención en cuanto a la parte clínica, así como documentar las respuestas de las familias al abordaje. La adaptación de una intervención, para la utilización clínica estándar, precisa una revisión frecuente de las técnicas utilizadas para averiguar si el abordaje se está utilizando correctamente, así como modificaciones apropiadas del proceso para ajustarlo a los diferentes problemas que se le presentan a la población clínica. Tal como mencionábamos en el apartado sobre conceptos, sostenemos que es esencial tener reuniones clínicas permanentes que permitan una supervisión para cuidar la adherencia a los principios básicos y una reflexión sobre el proceso de adaptación.

Además, la valoración de la mejoría en los factores protectores identificados, tan importante en la prevención de los trastornos del humor, será vital para determinar si cualquier programa de prevención ha tenido éxito. Recomendamos utilizar las escalas de ratios y entrevistas abreviadas para adultos y niños que evalúan cambios en los factores de protección de la familia (ver Tabla 2).

Recomendamos, así mismo, que se asigne a un profesional el rol de evaluador para asegurar que se administren las escalas, se recojan y se puntúen. Nos embarcamos en un extenso aprendizaje sobre evaluación, en el campo de la entrevista diagnóstica estructurada y en la codificación de cambios en la conducta y actitud de los padres como respuesta a la intervención. Esto exige un compromiso más extenso en cuanto a la evaluación. Recomendamos que sea administrada por un evaluador independiente antes y después de la intervención y que las respuestas de las familias se examinen en el grado de crisis o adversidad que presenten. Es importante recoger datos sobre el contexto cultural en el que los pacientes viven, así como el número de sesiones terapéuticas a las que las familias asisten y cualquier otro dato clínico importante.

La evaluación estándar de la respuesta de los padres a la intervención es el resultado principal. A largo plazo, la respuesta de los niños es también importante. La descripción de las dificultades de los niños se puede complementar utilizando las entrevistas diagnósticas estándar, detallando los servicios utilizados y evaluando el nivel de funcionamiento de los niños. Tal como señalábamos antes, la utilización de tales entrevistas como el Kiddie-SADS u otras entrevistas diagnósticas semi estructuradas, deberían capacitar al clínico para determinar ratios de trastornos presentes en las familias participantes. Las listas de síntomas como el CBCL, YSR y CDI, se pueden utilizar para evaluar la dimensión de los niveles de psicopatología presentes en los niños y el examen de los contactos con el sistema de salud puede ser útil para determinar si se ha buscado el tratamiento apropiado y se ha atendido al niño si es necesario.

#### Evaluación de la eficacia de la mejoría clínica comparada

Los programas que pretendan comparar resultados en las familias relativos a cualquier “tratamiento usual” o a algún otro abordaje, necesitarán identificar objetivos de resultados en las familias y evaluarlos antes de utilizar el tratamiento, así como en la post intervención. Por lo tanto, es muy importante utilizar algún método diagnóstico y de evaluación sintomática, tanto de los padres como de los niños, así como la evaluación de las conductas que se espera que cambien como resultado de la participación en el programa de intervención. El inconveniente de utilizar el SADS y el Kiddie-SADS esta en la duración de la administración y en que se necesitan examinadores entrenados en psicopatología. Tales esfuerzos exigen un compromiso de tiempo amplio, entrenamiento extenso de los examinadores y la utilización de los abordajes descritos en nuestra anterior publicación. Algunos centros pueden usar toda la estrategia de evaluación que nosotros usamos y les proporcionaríamos los instrumentos. Otros pueden preferir utilizar los formatos abreviados.

En nuestro trabajo en Dorchester, modificamos en gran medida el lenguaje de los instrumentos y utilizamos evaluadores muy familiarizados con la cultura y los antecedentes de los participantes. Tales modificaciones serán necesarias para utilizar estos materiales con familias de otros contextos culturales, raciales, étnicos o lingüísticos.

A continuación reseñamos un listado de los diferentes instrumentos que hemos utilizado en nuestro propio abordaje, para comparar la eficacia entre un abordaje educativo y otro clínico. Las entrevistas semi estructuradas utilizadas con los adultos y con los niños se han modificado para minimizar el tiempo de evaluación y para que fueran globalmente mas útiles. Están contrastadas con una lista de instrumentos revisados disponibles.

**Tabla del abordaje original y abreviado de evaluación**

Formularios originales	Formulario	duración	Nuevos formularios abreviados	duración
<u>Medidas de riesgos</u>				
Diagnostico de trastornos del humor parental	SADS-L	1-2 horas	No hay entrevistas abreviadas, se puede usar historia clínica, escalas de ratios o subescalas de entrevistas estándar	Variable dependiendo del método usado
Psicopatología comorbida parental	“ “	“	“ “	“
Factores de cronicidad parental (Ej., diagnostico temprano de trastorno del humor)	“ “	“	“ “	“
Factores de gravedad parental (Ej., hospitalización psiquiátrica, intentos de suicidio)	Contactos de cuidados de salud para adultos	5-10 min.	Contactos de cuidados de salud para adultos	5-10 min.
Funcionamiento parental empobrecido	GAS	5 min.	GAS	5 min.
Síntomas de trastornos del humor en los niños	CDI	5-8 min.	CDI	5-8 min.
Sintomatología en los niños	CBCL/YSR	10-20 min. cada uno	CBCL/YSR	10-20 min. cada uno
Trastornos de ansiedad y otra psicopatología en los niños	KSADS	20 min.-1½ a la madre y al niño	No hay entrevistas abreviadas, se puede usar historia clínica, escalas de ratios, CBCL/YSR, o subescalas de entrevistas estándar	Variable dependiendo del método usado

<u>Indicadores de resultados</u>				
Mejoría en la comprensión de la familia	SCI SII	20-40 min. 1½ -2 horas	SCI abreviado post intervención Ratios de resultados en niños SII abreviado post intervención Escala de conducta y actitudes	20 min. 5 min. 20 min. 5 min.
Aumento de la implicación del niño en actividades	CBCL/YSR	10-20 min. cada uno	CBCL/YSR	10-20 min. cada uno
Aumento de la implicación del niño en actividades sociales	CBCL/YSR  SCI	10-20 min. cada uno 20-40 min.	CBCL/YSR  SCI abreviado	10-20 min. cada uno 20 min.
Mejoría en la comunicación de la familia	SCI SII	20-40 min. 1½ -2 horas	Ratios de resultados en niños Escalas de impacto en la familia Escalas de conducta y actitudes	2-5 min. 5 min. 5-10 min.
Ayuda a las preocupaciones parentales	SII	1½ -2 horas	Escala de preocupaciones e intereses	10 min.
Mejoría en la resolución de problemas en la familia	SII	1½ -2 horas	Escalas de impacto en la familia Escalas de conducta y actitudes	5 min. 5-10 min.
<u>Resultados distales</u>				
Trastornos del humor en niños	KSLICE	20-50 min.	No hay entrevistas abreviadas, se puede usar historia clínica, escalas de ratios –CBCL/YSR, o subescalas de entrevistas estándar	
Síntomas de trastornos del humor en niños	CDI	5-8 min.	CDI	5-8 min.
Sintomatología en el niño	CBCL/YSR	10-20 min.	CBCL/YSR	10-20 min.



Funcionamiento del niño	CGAS	cada uno 5-10 min.	CGAS, se puede obtener con el uso del SCI abreviado, o durante la recogida de la historia clínica Contactos de cuidados de salud para niños revisado	cada uno 5-10 min.
Tratamiento del niño	Contactos de cuidados de salud para niños	5-10 min.		5-10 min.

### III. Abordajes abreviados de evaluación

#### La entrevista

**Entrevista semi-estructurada sobre la intervención.** Las entrevistas pre y post intervención para adultos se han modificado y racionalizado para proporcionar un formulario útil, para averiguar la perspectiva de los padres sobre el impacto de los trastornos del humor en diversas funciones de la familia y para determinar la utilidad de la intervención. Ver las entrevistas pre y post intervención para adultos incluidas en esta sección.

**Entrevista semi-estructurada para niños.** Las entrevistas pre y post intervención para niños se han modificado y racionalizado para proporcionar información relativa a la comprensión del niño de los trastornos del humor en la familia y para evaluar su percepción de la utilidad de la intervención relativa a las relaciones familiares y la comprensión compartida. Ver las entrevistas semi-estructuradas, pre y post intervención, para niños y adolescentes.

**Formulario demográfico.** Este formulario se modificó para poder valorar y recoger datos sobre la composición de la familia y el estatus socioeconómico. Esta información se puede actualizar en la evaluación post intervención, utilizando el mismo instrumento para capacitar a los evaluadores en la detección de los cambios en el estatus de las familias

#### Escalas de clasificación

**Escalas de clasificación del impacto del proyecto.** Las evaluaciones de índices de cambios y actitudes relevantes para la disminución de factores de riesgo y para el refuerzo de factores de protección, se han revisado y transformado en escalas de ratios cumplimentadas por los padres. Estas escalas se pueden utilizar con la entrevista post intervención para adultos.

**Escala de intereses.** La evaluación y seguimiento de los intereses y preocupaciones de los padres permanece como un foco de las entrevistas pre y post intervención de adultos, pero las ratios de malestar y de la utilidad terapéutica, en las evaluaciones del seguimiento, no se han establecido en entrevistas abreviadas. Hemos realizado una hoja de ratios de intereses para aquellos programas que tienen interés en evaluar cambios en el nivel de malestar, y de las impresiones de los padres sobre la utilidad de la intervención sobre estos temas. Se podría utilizar conjuntamente con las entrevistas pre y post intervención para adultos.

**Escala de ajuste global del niño/Escala de ajuste global.** Se han incluido copias de las escalas CGAS y GAS como herramientas útiles para medir el funcionamiento de los niños y sus padres. La información utilizada para medir el CGAS se puede obtener utilizando el SCI abreviado y el nivel de funcionamiento de los padres utilizando las entrevistas pre y post intervención para adultos.

**Ratios de mejoría en niños.** Las escalas tipo Likert originalmente utilizadas dentro del SCI para valorar los cambios en la comunicación de la familia, la mejoría en las relaciones familiares y en la comprensión del niño se han modificado y se pueden utilizar en una escala abreviada junto con las entrevistas semi-estructuradas para niños y adolescentes.

**Contactos de cuidados de salud para niños.** Este formulario representa una entrevista semi-estructurada modificada, para recoger información sobre los contactos de los niños con trabajadores de salud y servicios escolares.

**Contactos de cuidados de salud para adultos.** Este formulario representa una entrevista semi-estructurada modificada, para recoger información sobre los contactos de los adultos con trabajadores de salud.

### Escalas estándar

**Listado de conductas de niños/autoinforme de jóvenes.** Estos formularios de ratios estandarizados pueden ser particularmente útiles para cualquiera que este interesado en evaluar cambios en los resultados de cualquier perspectiva del niño o de los padres. Los cambios en la implicación de actividades fuera del hogar y actividades sociales están bien cubiertos en las escalas de competencia del CBCL y YSR, y el CBCL se puede administrar a cualquier figura parental de la vida del niño. El YSR es para edades entre 11-17, pero se puede utilizar con niños más pequeños si se les lee (Achenbach y Edelbrock, 1987). Además, tanto el CBCL como el YSR proporcionan medidas dimensionales de sintomatología y, de esta forma, permite al clínico detectar niveles subclínicos de psicopatología. Hay una medida similar para utilizar con el profesor del niño, el Teacher Rating Form (TRF, Achenbach, 1991). El inconveniente consiste en su duración y tiempo de administración.

**Inventario de depresión en el niño.** Este formulario es un breve autoinforme cumplimentado por el niño, y capacita al entrevistador para obtener niveles actuales de sintomatología depresiva.

**Inventario Beck de depresión.** Si el clínico esta interesado en obtener niveles actuales de sintomatología depresiva en el adulto, el BDI se puede utilizar para obtener niveles actuales de sintomatología depresiva.

**Inventario de relaciones familiares/Escala de ajuste de la pareja.** Si el foco del interés esta en examinar cambios en la familia o en las relaciones de pareja, el FRI y el DAS, respectivamente, se pueden utilizar para obtener descripciones de la familia en conjunto y del funcionamiento de la pareja.

En resumen, en este manual hemos proporcionado una breve historia del desarrollo de nuestra batería de evaluación, utilizada para evaluar la eficacia relativa de nuestros dos abordajes de intervención. Hemos desarrollado un numero de entrevistas abreviadas y escalas de clasificación que se pueden utilizar con relativa facilidad para cada uno de los tres niveles de evaluación, y hemos indicado que datos son esenciales para indicar como adaptar esta intervención a otras

poblaciones. Estamos dispuestos a proporcionar las medidas originales y el material de aprendizaje que hemos utilizado, a cualquiera interesado en realizar una evaluación más exhaustiva y con medidas más exactas de los resultados asociados con la utilización de esta intervención preventiva.

## REFERENCIAS

Achenbach, T.M. (1991), Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.

Achenbach, T.M., & Edelbrock, C. (1983). Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Burlington, CT: University of Vermont.

Achenbach, T.M., & Edelbrock, C. (1987). Manual for the Youth Self-report and Profile. Burlington, VT: University of Vermont.

Beardslee, W.R., & Podorefsky, D. (1988). Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: The importance of self-understanding and relationships. American Journal of Psychiatry, 145, 63-69.

Beardslee, W.R., Versage, E.M., Wright, E.J., Salt, P., Rothberg, P.C., Drezner, K., & Gladstone, T.R.G. (1997). Examination of preventive interventions for families with depression: Evidence of change. Development and Psychopathology, 9, 109-130.

Beardslee, W.R., Wright, E., Salt, P., Drezner, K., Gladstone, T.R.G., Versage, E.M., & Rothberg, P.C. (1997). Examination of children's responses to two preventive intervention strategies over time. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 196-204.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4, 561-571.

Endicott, J., & Spitzer, R.L. (1978). A diagnostic interview: The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. Archives of General Psychiatry, 35, 837-844.

Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J.L., & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. Archives of General Psychiatry, 33, 766-771.

Holahan, C.J., & Moos, R.H. (1981). Social support and psychological distress: A longitudinal analysis. Journal of Abnormal Psychology, 90, 365-370.

Keller, M.B., Lavori, P.W., Friedman, B., Nielsen, E., Endicott, J., McDonald-Scott, P., & Andreasen, N.C. (1987). The longitudinal interview follow-up evaluation: A comprehensive method for assessing outcome in prospective longitudinal studies. Archives of General Psychiatry, 44, 540-548.

Kovacs, M. (1981). Rating scales to assess depression in school-aged children. Acta Paedopsychiatrica, 46, 305-315.

Kovacs, M., & Beck, A. (1977). An empirical clinical approach towards a definition of childhood depression. In J. G. Schulterbrandt & A. Raskin (Eds.), Depression in children: Diagnosis, treatment, and conceptual models (pp. 1-25). New York: Raven Press.

Larkin, B.H., & Hirshfeld, R.M. (1977). The Personal History of Depressive Disorders. Rockville, MD: National Institute of Mental Health - Clinical Research Branch.

Puig-Antich, J., Orvaschel, H., Tabrizi, M.A., & Chambers, W. (1980). The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children - The Epidemiologic Version (Kiddie-SADS-E). New York: New York Psychiatric Institute and Yale University School of Medicine.

Sabetelli, R.M. (1988). Measurement issues in marital research: A review and critique of contemporary survey instruments. Journal of Marriage and the Family, 50, 891-915.

Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H., & Aluwahlia, S. (1983). A Children's Global Assessment Scale (C-GAS). Archives of General Psychiatry, 40, 1228-1231.

Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. Journal of Marriage and the Family, 38, 15-28.

Spitzer, R.L., Endicott, J. & Robins, E. (1978). Research Diagnostic Criteria: Rationale and reliability. Archives of General Psychiatry, 35, 773-782.

## **APÉNDICE UNO - FORMULARIOS DE EVALUACION REVISADOS**

### Formularios de adultos

Entrevista pre-intervención para adultos

Entrevista post-intervención para adultos

Escalas de ratios del impacto del proyecto

Formulario demográfico

Contactos de cuidados de salud para adultos

Hoja de intereses

GAS para adultos

### Formularios de niños

Entrevista semi-estructurada pre-intervención para niños y adolescentes

Entrevista semi-estructurada post-intervención para niños y adolescentes

Ratios de mejoría en niños

Contactos de cuidados de salud para niños

GAS para niños

**REFERENCIAS GENERALES PARA CLINICOS SOBRE TRASTORNOS DEL  
HUMOR Y TEMAS RELACIONADOS**



## **Referencias generales para clínicos sobre trastornos del humor y temas relacionados**

Para información general sobre tratamiento de trastornos psiquiátricos, ver:

Gabbard, G. (Ed). (2001) Treatment of psychiatric disorders. Washington, D.C.: American Psychiatric Association Press.

Gotlib, I. H., & Hammen, C. L. (Eds.). Handbook of depression and its treatment. New York: Guilford.

Las mejores prácticas estándar las proporcionan organizaciones profesionales. Para tratamiento de la depresión infantil, ver:

Birmaher, B., Brent, D., & Work Group on Quality Issues. (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry, 37, 63S-83S.

Para tratamiento de la depresión del adulto, ver:

American Psychiatric Association. (2000). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision).” American Journal of Psychiatry, 157, suppl., 1-45.

Para el resumen más actual de trastornos del humor en niños, ver:

Birmaher, R., Ryan, N., Williamson, D., Brent, D., Kaufman, J., Dahl, R., Penel, J., & Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past ten years, Part 1. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 1427-1439.

Para un resumen global de la investigación reciente en depresión infantil, ver el volumen entero del Journal of Biological Psychiatry, June 2001.

Otras referencias útiles en depresión infantil son:

Brent, D. A., Holder, D., Kolko, B., Birmaher, M., Baugher, C., Roth, S., Iyengar, S., & Johnson, B.A. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. Archives of General Psychiatry, 54, 877-885.

Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1995). Developmental psychopathology and disorders of affect." In D. Cicchetti, & D. J. Cohen (Eds.), Developmental psychopathology, Vol. 2: Risk, disorder, and adaptation (pp. 369-420). New York: John Wiley and Sons, Inc.

Emslie, G. J., Rush, A. J., Weinberg, W. A., Kowatch, R. A., Hughes, C. W., Carmody, T., & Rintelmann, J. (1997). A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. Archives of General Psychiatry, 54, 1031-1037.

Weller, E. B., & Weller, R. A. (1991). Mood disorders. In M. Lewis (Ed.), Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook (pp. 646-664). Baltimore, MD: Williams and Wilkins.

Para información sobre resiliencia, ver::

Aarons, B., Kumpfer, K., Johnson, J., Windle, M., Beardslee, W., Flynn, B., English, M. J., Masten, A., & Rolf., J. (1999). Resilience working group proceedings. Proceedings of the Center for Mental Health Services, 1-38.

David, N. J. (1999). Resilience: Status of the research and research-based programs. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Developmental Health Services, Division of Program Development, Special Populations and Projects, Special Programs Development Branch. Rockville, Maryland.

Glantz, M. D., & Johnson, J. L. (1999). Resilience and development: Positive life adaptations. Boston: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. Child Development, 71, 543-562.

Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. American Psychologist, 53, 205-220.

Silberg, J., & Rutter, M. (In press). Nature-nurture interplay in the risks associated with parental depression. In S. H. Goodman, & I. H. Gotlieb (Eds.), Children of depressed parents: Alternative pathways to risk for psychopathology. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Para el conjunto de los abordajes de nuevos descubrimientos sobre plasticidad, ver:

Eisenberg, L. (1995). The social construction of the human brain. American Journal of Psychiatry, 152, 1563-1575.

Una perspectiva valiosa de cómo estos abordajes se pueden incorporar en programas de prevención, es:

Earls, F., & Carlson, M. The social ecology of child health and well-being. Annual Review of Public Health, 22, (2001): 143-146.

Para una revisión actual de los descubrimientos en niños de padres deprimidos, ver:

Goodman, S. H., & Gotlieb, I. H. (Eds.) Children of depressed parents: Alternative pathways to risk for psychopathology. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Para una revisión de programas relacionados con el refuerzo de la resiliencia, ver:

Maton, K., Schellenbach, C., Leadbeater, B., & Solarz, A. Investing in children, youth, families, and communities: Strengths-based research and policy. Washington: American Psychological Association. In press.