

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DEPRESIÓN INFANTIL EN LA ETAPA ESCOLAR  
“UNA GUÍA PARA PADRES”**

**TESINA  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**VIRGINIA ESTELA GONZÁLEZ ROMERO**

**DIRECTORA DE TESINA:**

**DRA. GEORGINA MARTÍNEZ MONTES DE OCA**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **DEDICADA A**

### **MI MADRE**

*Al ser parte fundamental de mi existir, porque nunca más estará físicamente aquí pero siempre vivirá en mi pensamiento. Su vida es mi inspiración para superar los eventos difíciles y disfrutar lo que la vida me da.*

### **MI PADRE**

*Con todo mi amor y admiración. Por que me haz sabido guiar por la vida en los momentos fáciles pero sobre todo en los difíciles. Por ser una persona en la cual me inspiro para seguir adelante, por todas tus enseñanzas que por ellas soy la mujer que al día de hoy soy. Para ti este trabajo que se lo haz esperado durante mucho tiempo pero al fin está en tus manos.*

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS**

Por darme la oportunidad de llevar a cabo esta tesina y ponerme en el camino los recursos necesarios para que esto fuera una realidad.

### **A MI HERMANO**

Porque siempre has estado junto a mi en lo emocional y académico. Todo el apoyo que me haz dado para que pudiera llegar hasta aquí.

### **A AARÓN**

Sin ti no hubiese sido posible la realización de este trabajo, el apoyo que me diste al regalarme tus comentarios que fueron de gran ayuda; eres parte angular de esta tesina, pero lo más importante que me diste y me das cada que es tu amor.

TE AMO

### **A LA DRA. GEORGINA**

Por acompañarme en este proceso, por las asesorías y todo el conocimiento que compartiste conmigo y la paciencia que fue clave para ver terminado el trabajo.

### **A LA UNAM**

Por aceptarme como parte de su alumnado hace ya muchos años. Es un orgullo ser parte de esta Universidad la cual me dio el conocimiento para poder desarrollar de manera adecuada mi profesión.

### **A MIS SINODALES**

Por su tiempo, sus comentarios y sugerencias que sirvieron para enriquecer esta tesina.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	6
<b>CAPITULO I. DEPRESIÓN INFANTIL</b>	
Definiciones .....	9
Antecedentes .....	11
Teoría de las relaciones objetales. ....	12
Teoría del apego materno. ....	14
Depresión Anaclítica. ....	17
Teoría cognitivo-conductual. . . . .	17
Teoría neurobiológica. ....	20
Cuadro clínico .....	22
<b>CAPITULO II. FACTORES DE RIESGO</b>	
Autoestima .....	27
Familia. ....	31
Escuela. ....	36
Otros. ....	39
Tratamiento. ....	39
<b>CAPITULO III. PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL</b>	
Prevención. ....	44
Resiliencia. ....	52
<b>CAPITULO IV. CUADERNILLO INFORMATIVO.</b> .....	57
<b>CONCLUSIONES.</b> .....	73
<b>BIBLIOGRAFÍA.</b> .....	80

## INTRODUCCIÓN.

Al hablar de la enfermedad mental el grueso de la población de inmediato lo relaciona con la "locura", que es el término que, coloquialmente le dan las personas al conjunto de síntomas característicos de la enfermedad mental. Este concepto va cargado de mitos que viene arrastrando la sociedad occidental, desde hace varios siglos. Cuando a un padre de familia se le informa que su hijo en edad escolar está cursando por un padecimiento mental le es muy difícil aceptarlo y algunas veces puede ser ofensivo y se rehúsa a que sus hijos acudan y sean tratados por un profesional de la salud mental. Estos niños pueden llegar a la vida adulta con un problema mayúsculo y con un peor pronóstico si no son atendidos durante la infancia. La depresión en la infancia es una enfermedad mental que cada día es más común; es por ello que se considera importante realizar una revisión de la depresión infantil.

La depresión es una patología mental que ha sido abordada por muchos teóricos, los primeros registros que existen son de Hipócrates quien la llamó melancolía, a éste le siguieron muchos otros que la han abordado dándole diferentes nombres, pero todos refiriéndose a los mismos síntomas y añadiendo otros. Se revisará la Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10 así como el Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición revisada DSM –IV TR es importante tener un consenso de los síntomas que caracterizan esta patología y en específico de la depresión infantil. Sin embargo, aunque la compilación de síntomas puede ser adecuada y su exposición muy explícita, hay que ir más allá de la serie de signos y síntomas y para ello se necesita realizar una revisión de algunas de las teorías explicativas como son las psicodinámica, la cognitivo-conductual y la psicobiológica, éstas toman en cuenta aspectos psicológicos que son determinantes en el desarrollo de la misma, considerando que la depresión es un padecimiento que afecta el ajuste emocional, cognoscitivo y social al individuo. Otro punto a tratar son los factores de riesgo que influyen en la aparición de dicha enfermedad, ya que tomando en cuenta

estos se puede saber que puntos atacar y de esta manera poder llegar a una mejor comprensión de la depresión infantil. Es de gran beneficio hacer una detección oportuna en la infancia La Secretaria de Salud (2001) reporta que de acuerdo a los pronósticos que realiza la OMS en cuanto a la prevalencia de las enfermedades mentales se estima que el 15.6% de la población infantil presentará un trastorno mental. En lo que se refiere a la depresión en los niños se estima que en la etapa preescolar afecta a menos del 1% , ya en la etapa escolar que incluye de los 6 a los 11 años se cree que entre el 2 y 3% esta presentando esta patología, pero se a observado que cada vez se presenta con mayor frecuencia a menor edad.

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México reportada en 2003 que realizó el Instituto Nacional de Psiquiatría, se encontró que en la población adulta oscila entre los 18 y 65 años el 9% presenta trastornos afectivos solo después de los trastornos de ansiedad para mujeres y en hombres el uso de sustancias es el de mayor prevalencia.

En el programa de acción salud mental de la Secretaria de Salud en México reporta que entre el 14 y 20% de la población infantil presenta un trastorno psiquiátrico y de estos el 7% requiere atención especializada por la severidad. El Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" en el año 2000 reporta que en la última década ha ido en aumento los sujetos que presentan un trastorno depresivo que requieren hospitalización, también se observo que las adolescentes presentan más episodios depresivos que los de sexo masculino.

Por la gran demanda de personas que requieren atención por alguna enfermedad mental a sido insuficiente le número de personal dedicado a la atención de las enfermedades mentales y las instituciones de salud cada día se encuentran más saturadas por no poderse dar a vasto en la demanda que existe.

Por todo lo anterior es importante el realizar acciones para que se disminuya la prevalencia de las enfermedades mentales y así tener en la sociedad individuos sanos y funcionales que podrán tener calidad de vida, pero esto solo se puede lograr incidiendo en edades más tempranas y educando a los adultos. Un primer paso para la prevención es la información. La propuesta de este trabajo es dar esta información en un formato de pregunta respuesta, al final de este se tendrá una idea clara de lo que es esta psicopatología con esto se cumple el objetivo de informar pero no es posible quedarnos en este punto ya que como personal dedicado a la atención y tratamiento de las enfermedades mentales se debe llegar más allá de solo informar.

## **CAPITULO I.**

### **DEPRESIÓN INFANTIL**

#### **Definición**

El término depresión es utilizado en la vida cotidiana para describir un estado de ánimo pasajero, el cual se genera por un evento doloroso con una duración no mayor a una semana. Este término no es empleado por los no especialistas, para referirse a un padecimiento y mucho menos se le considera una enfermedad mental. Por lo que es importante recurrir a definiciones que tomen como punto de partida la enfermedad mental y no sólo se mencionen características que duran poco tiempo.

Una definición de depresión: “Trastorno orgánico o emocional que se traduce en un profundo desánimo, así es como la define la Gran Enciclopedia del Mundo (1978) pág. 609 y añade que existen varios grados de depresión. Se consideran normales, capaces de afectar a la mayoría de la gente, las sensaciones o vivencias pasajeras de desaliento o desánimo. Las depresiones psíquicas ligeras se expresan e incluyen corrientemente cambios temperamentales de humor que oscilan de la actividad y euforia a la indolencia y el descorazonamiento”. Esta es una definición a la cual la población en general tiene acceso y con esta definición las personas pueden tener una idea de lo que es la depresión.

A continuación se presentan algunas definiciones desde el punto de vista clínico, y psicosocial.

La depresión en los niños se manifiesta a través de un conjunto de signos y síntomas que afectan tanto el estado afectivo como la esfera cognitiva y la conductual, en donde la experiencia subjetiva de tristeza es un punto central de la definición clínica.

Según Kendall (1991 en Solloa, 2001) la depresión puede ser discutida como un: **Síntoma.** La palabra depresión, cuando se utiliza como un síntoma individual, tiene un significado muy amplio, desde un estado de ánimo triste o de infelicidad, hasta sentirse desdichado o melancólico, o bien indicar un estado de ánimo disfórico. Estos síntomas depresivos son relativamente comunes a lo largo de la vida, pero también pueden formar parte de un trastorno psiquiátrico determinado, aunque no necesariamente de tipo afectivo.

**Síndrome.** Hay un conjunto de signos y síntomas que ocurren juntos regularmente y no están asociados por casualidad. Se acepta de un modo generalizado que la depresión como síndrome consiste en nueve síntomas primarios junto con un estado de ánimo depresivo y la pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, por lo menos durante dos semanas.

Dichos síntomas no se refieren exclusivamente a cambios afectivos, sino que también incluyen trastornos vegetativos y psicomotores, cognitivos y motivacionales. Un síndrome depresivo puede ocurrir como un problema concomitante con una amplia variedad de otros trastornos médicos o psicológicos, como la ansiedad, la esquizofrenia, el alcoholismo y algunos trastornos de conducta, o bien, tener lugar como consecuencia de ciertos tipos de estrés vital; por ejemplo la pérdida de un ser querido.

**Trastorno.** Posee connotaciones más específicas que un síndrome. El uso de depresión para designar a un trastorno no sólo significa que existe un síndrome depresivo que es hasta cierto punto incapacitante en importantes áreas de la vida (como el rendimiento escolar y relaciones interpersonales), sino que también existe un cuadro clínico característico con un tiempo de duración, una historia característica, una respuesta particular al tratamiento y determinados correlatos familiares, ambientales, biológicos, cognitivos o una combinación de ellos.

## **ANTECEDENTES.**

La depresión viene acompañando al ser humano desde su aparición, ya que es un estado de ánimo por el cual puede cursar cualquier persona en algún momento de la vida, y este estado puede ser recurrente. El ser humano ha expresado este sentimiento de diferentes maneras a través de la pintura, la música, la literatura, la televisión, por mencionar algunas.

Hipócrates aproximadamente en el siglo IV a.C. realizó una descripción de la depresión llamándola melancolía.

Solloa (2001) menciona que en el siglo II Areteo de Cappadocia, realizó una descripción más completa de lo que es la depresión, sugirió que ésta era causada por factores psicológicos y enfatizó la importancia de las relaciones interpersonales en el transcurso del episodio depresivo; así mismo hizo notar que es un padecimiento recurrente y que la recuperación del mismo no aseguraba la cura.

A mediados del siglo XIX, Kraepelin (1856-1926) consideraba que los desordenes psiquiátricos tenían una causa orgánica aún cuando no se pudiera observar, y discriminar los factores comunes entre los síndromes descritos individualmente y los agrupó en tres categorías: demencia precoz, parafrenia y psicosis maniaco-depresiva. Estas descripciones son de la depresión que se observaba en los adultos pero hasta el momento nadie había realizado una descripción de la depresión infantil.

Es en el siglo XIX cuando Griesinger y Descuret ya realizaban el diagnóstico de nostalgia en niños.

En 1921 Kraepelin presentó un trabajo epidemiológico de 900 maniaco-depresivos donde encontró que el 4% habían presentado el primer episodio antes de los 10 años.

En 1924, Sanche de Santics en su libro *Psiquiatría Infantil* dedicó dos capítulos a la depresión.

Alrededor de los años treinta los psicoanalistas consideraban que la depresión en niños no existía por considerarla una patología relacionada con el desarrollo del superyó, no todos los psicoanalistas estuvieron de acuerdo con esta postura como son Klein, Spitz, Bowlby y Anna Freud quienes sí reconocen la depresión infantil.

En 1971 la Unión Europea de Paidopsiquiatras, en el IV congreso de Paidopsiquiatría de Estocolmo Suecia, eligieron como tema monográfico los *Estados Depresivos en el niño y el adolescente*.

Por todo lo anterior se realizará una revisión de las diferentes teorías que abordan a la depresión infantil para tener un panorama general de las dificultades que han existido para aceptarla como una patología con características propias. Se revisarán sólo tres de todas las teorías que explican la depresión infantil como son: la teoría psicodinámica, cognitivo-conductual y la biológica, porque revisarlas todas es muy pretencioso y no es la finalidad de este trabajo.

### **TEORÍA PSICODINÁMICA.**

#### **TEORÍA DE LAS RELACIONES OBJETALES.**

Se mencionará como primer punto la teoría de Melanie Klein (1882-1960), ya que es una de las primeras en abordar la depresión infantil de una manera detallada y menciona que el bebé se puede deprimir, contradiciendo lo expuesto en la teoría de S. Freud (1856-1939) y el papel del superyó que su creador propuso.

A continuación se expone la teoría de las relaciones objetales la cual explica la depresión en el bebé.

Segal (1992) menciona que Klein describe la posición esquizoparanoide que va desde el nacimiento hasta aproximadamente los 5 meses de vida, donde el bebé trata de adquirir, guardar e identificarse con el objeto ideal y éste es quien le da la vida y le provee la protección que necesita y mantiene fuera el objeto malo y la parte del yo que tiene el instinto de muerte.

En esta posición la ansiedad va en función del objeto u objetos persecutorios porque se pueden introducir en el yo y acabar con el objeto ideal y con el yo. Denominó a estas características como posición esquizoparanoide porque la ansiedad tiene características paranoide y porque la percepción del objeto y el yo lo percibe escindido, además el objeto malo amenaza con destruir al yo.

Después de la posición esquizoparanoide aparece la posición depresiva, donde el bebé reconoce y se relaciona con el objeto, en este punto de desarrollo el niño ya no sólo la percibe como una madre buena y una madre mala sino como un todo; un objeto total, además ya reconoce a otras personas y él se percibe como un ser individual que puede tener relación con externos. El bebé se da cuenta que está desamparado y depende de su madre totalmente. En esta posición las ansiedades generan la ambivalencia y el motivo principal de la ansiedad, es que sus impulsos puedan llegar a destruir al objeto amado/odiado (ahora el objeto total) del cual depende totalmente.

El bebé integra más su yo, ya que comienza a disminuir la proyección y se da cuenta de su dependencia hacia un objeto externo y percibe su existencia y la de sus objetos como independientes. Reafirma más su prueba de realidad y se vincula más con la realidad psíquica. Reconoce sus impulsos ya sean buenos o malos pero está pendiente de cómo éstos influyen en el objeto y le hace ver el poder de sus impulsos y la resistencia que muestra el objeto hacia éstos, por todo lo anterior el yo se hace más fuerte puesto que ha introyectado objetos buenos en el yo y superó. La ansiedad depresiva está muy ligada a la culpa y con la tendencia a la reparación.

En conclusión en esta posición el bebé ya puede percibirse como individuo y por lo tanto como un ser diferente de su madre, el cual puede relacionarse con otras personas y comienza a integrar el yo. Cuando esta posición no se supera del todo, en la vida futura va a tener enfermedades mentales neuróticas.

Contreras (2000) explica que para Klein (1957), la depresión no depende de un trauma, sino de la relación que existe en el primer año de vida entre madre e hijo. Klein propone que la depresión no es otra cosa que el fracaso al no poder superar las primeras ansiedades depresivas y al no poder establecer un nivel adecuado de autoestima.

Otro autor importante en relación a la depresión infantil es Bowlby (1980), autor que estudió el apego materno y las consecuencias que éste conlleva en el individuo.

### **TEORÍA DEL APEGO MATERNO.**

Santrock (2003) describe las fases que Bowlby planteó para explicar el desarrollo del apego. El apego no surge de forma espontánea sino que se va desarrollando de lo general a lo particular, esto es del nacimiento a los dos meses el bebé dirige su apego de manera indistinta, cualquier persona puede provocar llanto o una sonrisa del niño. De los dos a los siete meses el bebé aprende a diferenciar a su cuidador primario de la gente externa y por lo tanto se genera el apego hacia éste. De los siete a los veinticuatro meses el bebé ya ha desarrollado habilidades locomotoras, por lo que es en esta etapa donde se da el apego específico, el niño busca de manera activa el contacto con su cuidador. De los veinticuatro meses en adelante el niño ya se da cuenta de que es un ser individual y que los demás tienen necesidades y él toma esto en cuenta para saber de que manera conducirse.

El apego temprano es fundamental para el desarrollo del niño y está estrechamente relacionado con su conducta social, pero se sabe que no siempre ocurre un apego eficaz por lo que a continuación se plantean las consecuencias que surgen cuando el apego ha sido estéril para el niño.

Teoría del apego materno: durante los primeros cinco años de vida del individuo son de crucial importancia, puesto que el cursar con periodos de desapego materno el niño puede presentar depresión. Por lo que a continuación se realizará un breve recordatorio de dicha teoría.

Para Bowlby el trastorno depresivo se basa en que la persona no puede entablar relaciones afectivas y que tiene problemas para conservarlas, pero todo esto es causa de las vivencias que ha tenido en su familia durante su infancia y que seguramente seguirán hasta la adolescencia. Se proponen tres postulados los cuales pueden combinarse y son los siguientes:

1. Explica que el individuo no logró tener una relación estable con sus padres por más esfuerzos que haya realizado, y los padres tuvieron expectativas muy altas con respecto al hijo y éste nunca iba a poder cumplirlas. Con lo antes expuesto el individuo puede interpretar como un fracaso más cuando no puede mantener una relación afectiva.
2. Los padres le pudieron haber dicho al individuo que era un incapaz o que lo aborrecían, si esto ocurrió se pudo haber formado una idea de sí mismo como un ser no querido y a las figuras de apego como personas inaccesibles y que son los encargados de dar castigos. Cuando a un individuo le ha ocurrido esto y tenga algún problema verá a los demás como personas hostiles y que no le van a proporcionar ayuda.

3. Cuando en la niñez se experimenta la pérdida de un padre el niño no puede modificar esta situación y se forma la creencia de que haga lo que haga no podrá remediar esta situación y está condenado al fracaso.

Bowlby (1969) se encargó de estudiar el proceso de separación materno infantil y encontró estas tres fases por las que pasa el niño cuando es separado de su madre o sustituto.

- a) Fase asténica y reactiva. En esta fase el niño presenta ansiedad, gritos, regresión en la actividad alimentaria, terrores nocturnos entre otras.
- b) Fase depresiva. El niño comienza a tener una disminución de la movilidad y plasticidad psicomotriz, indiferencia ante los estímulos que se le presentan, limitación de la vida de relación a sólo los automatismos, pérdida de la iniciativa.
- c) Fase autodestructiva. Se caracteriza por la reducción de la vida de relación a sólo las necesidades primarias, apatía, indiferencia. En esta fase ya no se logra hacer reversible los síntomas depresivos aún y cuando se restituya a la madre.

La teoría de Bowlby nos muestra las consecuencias que un niño puede tener si es separado de la figura de apego o al existir un apego inseguro y menciona a la depresión infantil como una fase que tiene ciertas características que el niño presenta. También refiere algunas experiencias sobre todo con los padres que repercutirán de manera importante en el desarrollo de la depresión y el como se va integrando la personalidad del individuo.

No se puede dejar de mencionar a otro autor que aborda la depresión en los niños Spitz (1969), él le llama depresión anaclítica porque argumenta que el aparato psíquico del niño está incompleto, para él los factores que produce la depresión son muy específicos y considera que no se puede dar el mismo nombre a lo observable en los adultos y en los niños por lo que decide llamarla depresión anaclítica . Este autor realizó una investigación en una casa cuna donde observó las características que presentan los niños al ser separados de su madre y son llevados a la casa cuna, estos niños presentan una serie de signos y síntomas durante los dos o tres primeros meses al cual llamo conducta de retraimiento lloriqueón, en el cual está presente la pérdida de peso, otros sufren de insomnio, o bien son más propensos a tener resfriados, también hay un retraso en el desarrollo de la personalidad el cual va siendo gradual. Después de este tiempo es cada vez menor el llanto y la conducta del niño cambia a ser fría, con un rostro inexpresivo, parece que no se percata de lo que ocurre a su alrededor; después de los tres a cinco meses las conductas antes mencionadas se hacen permanentes en él. Pero si durante éste tiempo la madre vuelve, el niño tiene una mejoría evidente. Al no ser así el niño presenta un retraso general en su desarrollo, es más susceptible de enfermar y esto lo puede conducir a la muerte.

Los autores revisados hasta el momento así como sus teorías dan una visión general de cómo se puede presentar y el porqué se produce la depresión en el niño, estos autores tienen un enfoque psicodinámico. Con la finalidad de tener una visión más amplia de cómo es abordada esta psicopatología por otras corrientes a continuación se revisará el enfoque cognitivo-conductual.

## **ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL**

Se revisará el enfoque cognitivo conductual para ello se revisarán dos autores de los más representativos para este enfoque que son Albert Ellis y la TREC, y Aaron Beck y el enfoque cognitivo.

Lega, Ellis, Caballo (1997) enfatizan que el enfoque cognitivo conductual realiza una intervención conductual y para ello trata de modificar el comportamiento, y otro punto es la intervención cognitiva, cuyo objetivo es disminuir conductas y emociones disfuncionales, realizando una modificación de los patrones de pensamiento. Esta intervención se basa en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas.

Beck (1976), propone un modelo cognitivo de la depresión en el cual propone tres factores cognitivos:

1. La triada cognitiva. Está compuesta por a) expectativas negativas respecto del ambiente, b) autoapreciación negativa, y c) expectativas negativas respecto al futuro.

2. Los esquemas depresógenos. Se refiere a la manera como el sujeto asimila y explica las vivencias que tiene y sólo considera y selecciona los estímulos negativos y los concibe como situaciones pesimistas.

3. Los errores cognitivos. Son esquemas que se van formando desde la temprana infancia como consecuencia el individuo piensa de manera negativa y se reactivan ante una situación de estrés. Con estos esquemas se distorsiona la realidad de manera negativa

En la infancia aún no se ha desarrollado esta triada cognitiva, pero los niños que están deprimidos presentan una autoestima baja, se perciben poco competentes, y hay sentimientos de desesperanza con respecto al futuro.

Al hablar de pensamiento y emociones siempre se estudian o exponen individualmente, pero esta teoría se basa en que el pensamiento y las emociones no son dos funciones diferentes sino que se interrelacionan de una importante manera y en el terreno práctico se podría decir que son en esencia la misma cosa.

La TREC se basa en que las conductas como emociones del individuo son el resultado de sus creencias y como interpreta la realidad. La meta de esta terapia se centra en que el paciente identifique sus pensamientos irracionales y logre cambiarlos por unos más racionales y de esta manera logre tener mejores resultados con respecto a las metas propuestas para su vida personal. Otro objetivo de esta terapia es identificar las inferencias que realiza el individuo sobre su persona, de los demás y la filosofía que tiene de la vida sobre la cual hace sus inferencias.

La TREC expone dos aspectos que se consideran importante para la explicación de la depresión y ansiedad.

1. Si el paciente cuenta con una filosofía rígida y las exigencias son absolutistas se puede decir que el individuo tiene una perturbación emocional y por lo tanto realizará conclusiones y distorsiones cognitivas.
2. Otro aspecto importante es la ansiedad y se mencionan dos tipos la ansiedad del ego, ésta es la que se encuentra relacionada directamente con la depresión, la otra es la ansiedad situacional, ya que el individuo vive alguna situación de incomodidad o tiene baja tolerancia a la frustración

Esta teoría hace una diferenciación de los sentimientos racionales como son la tristeza y la irritación, y de los inapropiados como son la depresión, la ira y autocondena que se generan por la pérdida. De la filosofía del paciente se generan las distorsiones cognitivas como son la sobregeneralización y la desesperanza.

## **ENFOQUE BIOQUÍMICO.**

Hasta ahora se ha visto que son importantes los factores psicosociales para la aparición de la depresión, sin embargo el factor bioquímico juega un papel fundamental, porque no hay que olvidar que somos seres biopsicosociales y no sólo el resultado de las experiencias, sino que también dependemos de la fisiología y por consiguiente a la bioquímica, por lo que a continuación se revisará este enfoque.

Leise (1990) explica que los neurotransmisores tienen una función básica que es la de establecer un código de señales eléctricas y bioquímicas que están determinadas genéticamente. En el ser humano se han encontrado enfermedades que se desarrollan a partir de una alteración en el código antes mencionado por lo que se le da el nombre de neurotransmisor. En la depresión los neurotransmisores juegan un papel importante para la presencia de la enfermedad.

Mann (2005) señala que de los estudios genéticos realizados se ha encontrado que cuando en una familia existe un miembro que tenga depresión los parientes en primer grado tienen el riesgo de presentar esta patología de dos a tres veces más que el resto de la población. Hay investigaciones que reportan que la mitad de los pacientes que presentan un cuadro depresivo tienen un familiar en primer grado con enfermedad bipolar.

La hipótesis con más auge es que la depresión tiene que ver con una alteración en la regulación de los neurotransmisores monoamínicos, específicamente de la noradrenalina y la serotonina.

Gibert (1999) comenta que Schildkrout en la década de los 60's propuso la existencia de una teoría que explica la depresión como el resultado de un déficit central con respecto a la noradrenalina. Se menciona que la alteración se

encuentra en la regulación de la función, esto es, en la capacidad de respuesta, sensibilidad y número de receptores insulínicos.

Moizaszowicz (1998) describe que desde tiempo atrás se especulaba que el sistema serotoninérgico estaba implicado en la depresión. Actualmente existen estudios que avalan una disminución de la cantidad de serotonina en pacientes deprimidos. La serotonina interviene en la regulación de funciones, que en la depresión se encuentran alteradas tales funciones son: sueño, actividad sexual y ánimo entre otras. Rojtenberg (2001) menciona que este es uno de los sistemas más extendidos y difusos del sistema nervioso central.

Gibert (1999) hace referencia a la existencia de un gran número de estudios avalando que en la depresión hay un mal funcionamiento de otros sistemas incluyendo al serotoninérgico y noradrenérgico .

Pérez (1999) comenta que los modelos explicativos basados en una carencia de algún neurotransmisor han ido cediendo el paso a otras teorías que se basan en el desequilibrio entre sistemas de neurotransmisores y en particular en la desregulación de los receptores en donde actúan.

Mirza et al. (2003) hallaron que en el cíngulo anterior están alterados los neurotransmisores glutamatérgicos en la corteza del cíngulo anterior en niños con depresión mayor, concluye que estos neurotransmisores pueden estar involucrados en la presencia de depresión en estos niños.

Hasta el momento se han planteado las teorías explicativas de la depresión pero es importante revisar las características que presenta una persona deprimida para poder de esta manera detectarla oportunamente, además debe tomarse en cuenta que no todos presentan los mismos síntomas ni con la misma intensidad y en especial los niños, por lo que para este trabajo se revisarán el DSM IV TR, CIE 10 y una clasificación que presentó Weinberg en 1973.

## **CUADRO CLÍNICO.**

Enseguida se presentan los síntomas que propone el DSM-IV TR y la CIE-10 que realizó la Organización Mundial de la Salud, se decidió tomar estas dos clasificaciones por ser las más representativas. Otra clasificación es la que realizó Weinberg en 1973 es muy clara y completa.

La Asociación Psiquiátrica Americana a través del DSM-IV TR (2002) describe que en los niños y adolescentes

1. El estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste.

El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye:

2. Cambios de apetito o peso
3. Cambios del sueño y de la actividad psicomotora;
4. Falta de energía;
5. Sentimientos de infravaloración o culpa;
6. Dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y
7. Pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas.

Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

Para este trabajo se realiza la revisión de la Clasificación Multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes (2001) puesto que en las

versiones anteriores no existe diferencia alguna entre la depresión en adultos y niños.

El episodio depresivo leve (F32.0) por lo general

1. Existe un humor depresivo,
2. Pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas,
3. Disminución de la vitalidad que lleva a una reducción del nivel de actividad y a un cansancio, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.

Otros de los síntomas comunes son:

4. Disminución de la atención y concentración,
5. Pérdida de la confianza en sí mismo y
6. Disminución de la autoestima,
7. Ideas de culpa e inutilidad,
8. Perspectiva sombría y pesimista de futuro,
9. Pensamientos y actos de autoagresión o suicida,
10. Trastornos del sueño,
11. Pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía poco de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. Para el diagnóstico se requiere normalmente una duración de al menos dos semanas, aunque se pueden aceptar períodos más cortos si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Ejemplos de síntomas somáticos son: pérdida de interés o incapacidad para disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras, despertar por la mañana dos o más horas antes de lo habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotriz claras,

pérdida marcada de apetito, pérdida de peso del 5% o más del peso corporal en el último mes y pérdida importante de la libido, este síndrome somático para poder considerarlo como tal, se deben presentar por lo menos cuatro de los síntomas antes expuestos.

Otra clasificación de la depresión infantil es la realizada por Weinberg en 1973 aunque a pasado mucho tiempo es muy clara y es de fácil identificación de los síntomas del síndrome depresivo en niños.

1. Estado de ánimo disfórico (melancolía):

- a) Expresiones o muestras de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo.
- b) Cambios en el estado de ánimo, mal humor.
- c) Irritable, se enfada con facilidad.
- d) Hipersensible, llora fácilmente.
- e) Negativista, difícil de complacer.

2. Ideación autodespreciativa.

- a) Sentimientos de inutilidad, incapacidad, fealdad, culpabilidad (autoconcepto negativo)
- b) Ideas de persecución
- c) Deseos de muerte
- d) Deseos de marchar, escaparse de casa
- e) Tentativas de suicidio.

3. Conductas agresivas (agitación). Dos o más de los siguientes síntomas.

- a) Dificultades en las relaciones interpersonales
- b) Peleonero, pendenciero
- c) Poco respeto por la autoridad
- d) Beligerante, hostil, agitado
- e) Discusión, peleas excesivas o ira súbita.

4. Alteraciones del sueño.

- a) insomnio de conciliación
- b) Sueño inquieto
- c) Insomnio terminal
- d) Dificultad para despertar por la mañana.

5. Cambios en el rendimiento escolar.

- a) Quejas frecuentes de los maestros: ensimismado, poca concentración, escasa memoria.
- b) Disminución del esfuerzo habitual en tareas escolares
- c) Pérdida de interés habitual en tareas escolares
- d) Pérdida del interés habitual por actividades escolares no académicas.

6. Socialización disminuida.

- a) Menor participación en grupo
- b) Menos simpático(a), agradable, sociable
- c) Retraimiento social
- d) Pérdida de intereses sociales habituales

7. Cambio de actitud hacia la escuela

- a) No disfruta con actividades escolares
- b) No quiere o se niega a acudir a la escuela

8. Quejas somáticas.

- a) Cefalalgias no migrañosas
- b) Dolores abdominales
- c) Dolores musculares
- d) Otras preocupaciones o quejas somáticas.

9. Pérdida de la energía habitual.

- a) Pérdida de interés por actividades y entretenimientos extraescolares
- b) Disminución de la energía. Fatiga física y/o mental.

10. Cambio en el apetito y/o peso habituales.

Weinberg propone que los síntomas deben presentar un cambio en la conducta del niño por lo menos durante un mes.

Al realizar la revisión de las diferentes clasificaciones que se utilizan, podemos observar que tienen varios puntos en común como son el cambio de peso corporal, alteraciones en el sueño, en sus actividades sociales, y que estos síntomas deben estar presentes por al menos dos semanas consecutivas.

Ahora se sabe que como toda enfermedad la depresión no aparece sin que exista alguna situación que la desencadene o sea un predictor para ésta. En este trabajo se revisarán los factores de riesgo que la bibliografía refiere para que un niño pueda presentar depresión, estos son la autoestima, la familia y la escuela, así mismo se mencionarán otros que no son los únicos, pero si los que más peso tienen en esta psicopatología.

## **CAPITULO II**

### **FACTORES DE RIESGO**

En el capítulo anterior se abordaron definiciones, teorías que hablan de la depresión infantil y algunas de las clasificaciones que existen para realizar un diagnóstico tomando en cuenta las características que lo describen, pero es de gran importancia identificar los eventos que influyen para que la depresión se desarrolle durante la infancia. Por lo que a continuación se mencionarán los factores de riesgo que causan mayor impacto en el infante.

#### **La Autoestima.**

Álvarez (1999) menciona que según el Dr. Nathaniel Branden, “la autoestima es la confianza en nuestra capacidad de pensar y enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida; es la confianza de nuestro derecho a triunfar y ser felices, el sentimiento de ser respetados, dignos y de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y carencias, alcanzar nuestros principios morales y gozar del fruto de nuestros esfuerzos.”

Solomon en Álvarez (1999) define a la autoestima así “Es la visión honesta, sin adornos ni adulteraciones, que tenemos de nosotros mismos, de nuestro valor, de nuestra importancia.”

En general la autoestima consiste en la confianza que tenemos de nosotros mismos, es tener la visión clara y honesta de lo que somos, es una parte importante del ser humano.

En la infancia es cuando se crea la autoestima y esto va a depender en gran medida de la relación que se tenga con los padres y de lo amorosa que esta pueda ser. Es importante que los padres tengan un matrimonio armonioso, sean positivos y cálidos para que el niño vaya desarrollándola, con estas acciones el niño sabrá que es valioso y que debe ser respetado por los demás, por todo esto la integración a la escuela y las personas que lo rodean como son sus

compañeros de estudio y juego, al igual que sus profesores, son relaciones que ponen a prueba su autoestima y de esta va a depender en gran medida de lo sana que pueda ser la convivencia con sus iguales y autoridades.

Santrock (2003) “La autoestima hace referencia a la evaluación global del yo” pág. 344, esto es la percepción que tiene el individuo de los rasgos corporales y mentales que integran su personalidad. Martín (1997) hace énfasis en que la autoestima se va a desarrollar por las experiencias que la persona tenga y que éstas le den la validez y confiabilidad de tener el control de su entorno para así poder realizar sus proyectos y rechazar lo que pueda ponerlo en peligro.

Autoconcepto según Solís, Sánchez, Cortés (2003) la definen como “la imagen que cada uno percibe de su persona y se refleja en la conducta, el verse de una manera participativa, sobresaliente etc.”

La autoestima y el autoconcepto son dos términos que por lo general se toman como una definición en común, por lo que es importante hacer notar la diferencia, en la primera hace referencia a la evaluación en general del individuo y la segunda se refiere a un área específica como puede ser su desempeño en la escuela, familia etc.

Algunos autores han propuesto un proceso que consta de cinco pasos para llegar a tener una buena autoestima que son:

1. Conocimiento. Desde que nacemos comenzamos a conocer gente como son los padres y demás familia, nos damos cuenta de lo que ocurre a nuestro alrededor y los sentimientos que se generan en nosotros.

2. Comprensión. Después de adquirir el conocimiento se debe llegar a la comprensión, esto es entender el conocimiento que se adquiere de lo que nos rodea y lo que está dentro de cada persona, en la medida que se comprende lo

que ocurre se puede relacionar mejor con el medio que rodea al individuo y con el interior, y con esto se cumple el objetivo de llegar a ser una mejor persona.

3. Aceptación. Se refiere a reconocer las características individuales y el medio ambiente en que se desarrolla la persona, esto es: aceptar el lugar donde vivimos, los padres que tenemos, la aceptación es importante para admitir y reconocer lo que es y su forma de ser, esto nos va a permitir tomar decisiones importantes con respecto a la vida.

4. Respeto. El respeto a sí mismo es fundamental para que el individuo tenga una autoestima sólida y fuerte, con esto se pueden expresar sentimientos y emociones sin sufrir daños ni sentimientos de culpa, el autorespeto hace que el individuo busque lo que hará sentirse orgulloso, satisfecho y en paz.

5. Amor. En este proceso se aprende a querer a uno mismo por todas las características que diferencian a una persona de otra. El amor a sí mismo surgirá de manera natural y esto lleva a tener una autoestima sólida y con ello el tener el control sobre las decisiones acerca del camino que tendrá que seguir la vida.

Estos pasos se dan todos los días con la convivencia diaria con el medio en el que nos desenvolvemos; en los niños la escuela, la familia y los amigos son una parte fundamental para el fortalecimiento de la autoestima.

Del Barrio (1999) menciona que la baja autoestima es uno de los factores más importantes para que la depresión se presente, si la autoestima es alta hay menor riesgo de presentarla. No hay que olvidar que la depresión es multifactorial y que la autoestima sola no será suficiente para la prevención.

Hawkins y Berndt, (1985) dicen que con los cambios que existen a través de la vida el nivel de autoestima puede variar. Harter (1998) asegura que es muy común que en el cambio que tienen los niños de estar en la primaria e ingresar al

nivel secundaria haya una disminución de ésta, por la evaluación menos favorable que el niño realiza con respecto a sus demás compañeros.

Romero, Casas, Carbelo, (1995) mencionan que una persona que tiene una buena autoestima tiene las siguientes características: cree en valores y los defiende ante todo pero los puede cambiar si con la experiencia se da cuenta de que estaba equivocada, se conduce según le parezca lo más adecuado y no siente culpa cuando otros no están de acuerdo, se centra en el presente no pensando tanto en lo que ya pasó o lo que pueda pasar, tiene confianza en su capacidad para resolver problemas y no se detiene ante sus fracasos, se siente igual que cualquier otra persona aunque reconoce que existen diferencias económicas, talento etc., sabe que es una persona valiosa e interesante para aquellos con quien se relaciona, no se deja manipular pero está dispuesta a colaborar con quien considere oportuno, reconoce que tiene sentimientos variados y que puede compartir con otras personas, disfruta de actividades diarias como es trabajar, jugar, caminar compartir con amigos, etc., respeta y es sensible a las necesidades de los otros, y no está dispuesta a divertirse a costa de otros.

Con lo antes expuesto podemos concluir que una persona con una buena autoestima es aquella que disfruta lo que realiza, cree en ello y está dispuesto a defender sus creencias pero también es capaz de darse cuenta de sus errores y modificar su conducta o creencia y puede relacionarse con los demás.

Martín (1997) realizó una investigación sobre autoestima y depresión donde encontró que los sujetos depresivos creen que merecen poca valoración de los demás, porque se valoran a sí mismos muy pobremente. También se ven a sí mismos lejos de sus aspiraciones, se sienten insatisfechos y se infravaloran, suelen sentirse poco estimados por los demás, los lleva a desestimarse a sí mismos, se observa a si mismo muy por debajo de cómo le gustaría ser en sus relaciones sociales, porque un depresivo se aísla socialmente y se siente incapaz de relacionarse normalmente y de manera satisfactoria con los demás, tiene

aspiraciones muy altas en relación con su estado emocional que no podrá cumplir por las características que tienen los depresivos. El autor llegó a la conclusión de que un nivel bajo de autoestima es uno de los componentes esenciales de la depresión. Otro punto que merece mencionar es que el depresivo tiene una autovaloración y comportamiento negativo del entorno en el que se desenvuelve, esto explica el aislamiento en el que viven las personas con esta enfermedad.

Con lo antes expuesto se concluye que la autoestima se alimenta desde que son muy pequeños y esta labor es de los padres y todo aquel que rodea al niño, de no ser así tendrá un nivel de autoestima muy bajo y que puede ser un factor para que se presente la depresión en el niño. La familia es el principal factor para lograr la autoestima adecuada, razón por lo que se aborda su estudio y el papel que juega en relación a la depresión.

### **Familia.**

Ramírez (2003) comenta que la familia es una de las instituciones más antiguas del mundo pero no tiene una estructura y normas universales, esto va a depender de la cultura, en cada una de éstas se han observado transformaciones con el paso del tiempo. López (1995) la familia en el pasado tenía como base el matrimonio que debía durar para toda la vida, tenía gran importancia el engendrar hijos, los roles eran muy bien definidos. En la actualidad se basa en la libertad para vincularse con la pareja, los roles ya no son tan rígidos y la autorrealización personal es importante, esto es más importante que el tener hijos como era en otros tiempos. A consecuencia de los cambios que se han venido dando ha aumentado la inestabilidad familiar. Otro punto es que ha disminuido de forma considerable la natalidad y los procesos de relación se encuentran en transformación. En la familia es donde el niño aprende las diferencias que existen en el mundo, como es el identificar quienes pertenecen a su familia y quienes no, características de un hombre y una mujer etc. es aquí donde se adquieren los parámetros para interpretar lo que ocurre en el entorno del niño. Una de las funciones indispensables de la familia Santrock (2003) es la relación

que tienen los padres con los hijos cuando son pequeños, la pareja se centra en aspectos como el control del temperamento, los horarios para la realización de actividades, las peleas que se dan con los hermanos, los modales, la independencia para elegir artículos personales a su gusto. Durante la etapa escolar el niño pasa menos tiempo con sus padres ya que ha comenzado a relacionarse con compañeros de la escuela o la colonia pero los padres todavía tienen gran influencia en el proceso de socialización del niño y dejan que él empiece a regular sus actividades y comportamiento esto es de manera gradual y los padres están para llevar el control.

Desde el nacimiento la familia proporciona un cuidador y debe ser el mismo para generar una relación estable y el cual satisficará sus necesidades, el niño comienza a darse cuenta de la forma como responde su cuidador ante ciertas acciones que él realiza, por lo general es la madre la encargada del cuidado del niño, por ejemplo cuando llora, la madre se acerca y lo carga o le da alimento, él va prediciendo las respuestas de ésta. Ainsworth (1971) menciona que cuando no existe un vínculo afectivo con la madre puede haber retraimiento social, inseguridad, e inestabilidad emocional.

Los niños necesitan tener un buen concepto de sí mismos en dos áreas como una persona hábil y como una persona sexual, con respecto al primer punto el niño desarrollará confianza en él cuando uno o ambos padres refuercen las acciones positivas que él ejecute y el refuerzo es a través de expresarle de forma verbal o no verbal que está creciendo y ha adquirido nuevas capacidades y reforzárselas. Los padres no deben esperar que sus hijos se comporten con habilidades que quedan por debajo de su edad, por ejemplo no hay que festejar que tenga conductas de un niño de cuatro años cuando ya tiene los nueve.

Como persona sexual desarrollará la estimación hacia sí cuando ambos padres puedan validar dicha sexualidad. El niño debe identificarse con su propio sexo pero aceptar al otro. Esto se da haciendo la comparación entre sexos. En el

proceso intervienen de manera importante los padres y de que la relación entre ellos sea satisfactoria y funcional entre hombre-mujer.

Si los padres han logrado que el niño se perciba como dueño de sí mismo y se muestra una relación satisfactoria hombre-mujer pero que además sea funcional, el niño adquiere una autoestima y se vuelve cada vez más independiente de ellos.

Cuando los padres no logran que sus hijos adquieran autoestima puede ser porque no tienen una buena relación conyugal y están más preocupados por satisfacer sus necesidades que no pueden ver a sus hijos como seres individuales que también tienen necesidades, pero estos padres a su vez son producto de padres disfuncionales también.

Lidz, Fleck (1985) proponen fuentes de desarrollo psicopatológico en el niño que se presentan en la familia.

1. Cuando los padres tienen deficiencias en satisfacer las necesidades que tiene el niño de acuerdo a su desarrollo y el no poder cambiar su manera de interactuar con su hijo de acuerdo a la edad del niño y no sólo se trata de una relación diádica, también influye la relación que existe entre los demás miembros de la familia y lo que afecta a uno afecta a toda la dinámica familiar, esto es la relación de pareja y la capacidad que tenga para criar a sus hijos se ve reflejada por las deficiencias de crianza que ellos tuvieron.

2. Existe relación entre la estructura de la familia y la estructuración de personalidad, para que la personalidad del niño se vaya estructurando adecuadamente, entre otros factores los padres deben formar una unión paterna, establecer la diferencia de generaciones y desempeñar actividades socialmente aceptadas de acuerdo a su sexo, ayudarles a que los impulsos sean canalizados de una manera adecuada.

3. En la familia el niño debe adquirir el lenguaje apropiado para poder expresarse de acuerdo a la cultura en la cual se encuentra inmerso y poder adaptarse al medio que lo rodea, de otra manera tendrá problemas de adaptación al medio.

4. El niño crece relacionándose con las instituciones que existen en su sociedad y la primera y más importante es la familia, donde deberá aprender que tiene que controlar sus impulsos y necesidades individuales para atender las necesidades de carácter colectivo, aquí es donde se adquiere la confianza o desconfianza de actividades colectivas como son el matrimonio, la familia, etc. Si estos objetivos no se cumplen la relación que tendrá con las demás personas fuera de su familia serán engañosas y no podrá relacionarse con sus iguales, se generará a sí mismo necesidades irreales de dependencia o se aislará de los demás.

5. La manera de conducirse, comunicarse y de defensas paternas van a influir de manera importante en los rasgos de personalidad y de desarrollar alguna patología en los niños.

6. Los patrones culturales que a los padres les causan conflicto (por ejemplo el rol de la mujer que como madre sea la que debe cuidar a los hijos y el padre es el que debe proveer económicamente lo necesario a la familia) a los hijos les puede ocasionar confusión.

Cuando los dos padres tienen una autoestima baja esperan aumentarla con sus hijos y que el niño sea la vía para aliviar la problemática conyugal.

Neal et al. (2004) realizaron una investigación donde se demostró que cuando el niño tiene un pariente en primer o segundo grado, en especial los padres y en específico la madre que cuenta con una historia de depresión o ansiedad este será un factor importante para que el niño desarrolle depresión. Los teóricos sistémicos mencionan que cuando existe un miembro depresivo en la familia, éste envía información negativa al resto de los integrantes por lo que la

retroalimentación será de manera negativa. Cuando el niño está inmerso en una familia donde los padres no saben manejar sus sentimientos negativos estos serán factores que ayuden a que la depresión se presente

## **Divorcio**

El divorcio es el evento más catastrófico que tiene que superar la familia, a los niños les limita el proceso de crecer porque debe estar a la expectativa de lo que va a ocurrir con los problemas que se están dando entre sus progenitores.

Jonson y Rosenfeld (1992) llegaron a la conclusión de que cuando en una familia ocurre un divorcio, los adultos sufren traumas durante el proceso legal pero los niños no sólo les ocurre durante el proceso, sino después de mucho tiempo de haber terminado los trámites se siguen observando problemas de comportamiento, otros tienen un bajo concepto de sí mismos y esto lo llevará a tener un estado de ánimo bajo esto es, se le vera triste y por lo tanto se podrá pensar que su condición emocional estará debilitada y se culpan de haber perdido a su familia, esto no va a depender de la edad del niño en que se presente el divorcio, de todas maneras aparecerán las características que se han mencionado con anterioridad. Cuando ocurre este evento en la vida de un niño tendrá que enfrentarse a responsabilidades que no van de acuerdo a su edad, por ejemplo los padres suelen comentar con los hijos los problemas económicos, el cansancio que suelen sentir con la rutina, la soledad y la depresión que por el divorcio se puede generar; los hijos se ven haciendo el papel de cónyuge, por lo general la madre descarga sus preocupaciones en su hijo varón y éste cree que es su obligación satisfacer las necesidades de su madre.

Ramírez (2003) menciona que los factores por los que se genera un divorcio van a depender de la cultura, por lo general son factores sociales por los que se da un divorcio entre los que se encuentran: que la mujer se ha incorporado al mundo laboral y como consecuencia hay una independencia económica, otro factor es que las instituciones religiosas han perdido influencia en lo social y por lo tanto se

acepta que exista la separación de las parejas, divorcios y que las parejas vivan sin tener un compromiso matrimonial, las expectativas que tiene cada integrante de la pareja con respecto al otro, cuando se viene de una familia donde se ha presentado el divorcio la persona puede presentar un desajuste emocional y con ello la relación de pareja se verá afectada y presentar la posibilidad de un divorcio

Del Barrio (2000) comentó que el divorcio es otro factor importante en la aparición de la depresión infantil. Cuando los niños viven en familias desintegradas, el niño vivirá este proceso como estresante, pero no tanto por el divorcio como tal, sino que va a influir las consecuencias que se generan por este evento y como los padres aborden con el niño este nuevo estilo de vida.

Lloyd (1980) en Catalán (2000) realizó una amplia revisión y llegó a la conclusión de que la pérdida del padre en la infancia es un factor de riesgo que duplica o triplica el riesgo de padecer depresión. La pérdida como tal no es la que origina la depresión; influye la relación que lleva el individuo con el padre que sobrevive o el estilo de vida al que está acostumbrado. Así mismo puede haber aprendido previamente elementos que puedan bajar su nivel de autoestima.

Existen investigaciones que apoyan la teoría de que personas depresivas tienen madres sobreprotectoras o intrusivas y que para tener el control sobre sus hijos utilizan estrategias que generan ansiedad y culpa.

Hasta aquí se ha visto que la familia es el factor más importante para que se presente alguna psicopatología o para que el individuo sea sano mentalmente, pero existe otro en el cual el niño pasa gran parte del día en la escuela, por lo que se abordarán los factores que son generadores de depresión en el ámbito escolar

## **ESCUELA**

La escuela es otro ambiente de suma importancia para el desarrollo del niño, ya que pasa muchas horas del día en ella y aprende habilidades que le serán útiles

en un futuro como es el socializar, a si mismo aprende a que no es el único que tiene necesidades y que debe esperar turno para que sus demandas sean cubiertas, otra herramienta que debe adquirir es el tener las normas de convivencia dentro del salón de clases entre muchas otras, para que esto sea de beneficio para el niño debe existir una coordinación entre la escuela y la familia. En este apartado se realizará una revisión de la influencia que tiene el ambiente escolar con respecto a la depresión infantil.

El fracaso escolar según Beltrán, Moraleda, García, Calleja, Santiuste, (1995) no es un estado al que correspondan datos solamente estadísticos, la situación por bajas calificaciones o el repetir el curso no es necesariamente una situación del todo mala o digna de sentir pena, algunas familias se muestran indiferentes, otras lo aceptan sin grandes problemas. Puede verse como un estado: el niño se siente frustrado por no conseguir la meta que se había propuesto. Esto puede ser permanente o transitorio; en el primero la personalidad del niño queda alterada y su vida en general; en el segundo el rendimiento escolar es fácil que el niño pueda recuperarse y no marca al alumno de manera significativa. Portillo (2001) el bajo rendimiento escolar daña como factor importante a la personalidad del niño que tiene la percepción de sí mismo como fracasado y por consiguiente hay un alto porcentaje de deserción escolar y genera niños repetidores de grado.

Según Arroyo (1973) en Portillo (2001) el problema del bajo rendimiento escolar se relaciona con una serie de factores internos propios de los alumnos y externos que hacen referencia a las características de los profesores y del mismo sistema educativo, de los factores internos se pueden dividir en intelectuales, que se refieren a la capacidad mental del alumno, esto se relaciona con los conocimientos que ha adquirido de acuerdo al grado que cursa y a la edad que tiene, además se toma en cuenta los hábitos de estudio y destrezas manuales que posea y domine. El factor psicológico depende de la estructura de personalidad incluyendo su vida afectiva, que tipo de relación exista en su familia y de que manera tratan al niño. El factor social describe que cuando no existe una buena adaptación a su

ambiente social y no cubre las características que éste le demandan afecta la actitud que el niño tiene consigo mismo y con los otros. La problemática del fracaso escolar se convierte en un círculo vicioso porque en la escuela presentan desinterés que puede llevar al profesor a poner reprimendas al alumno y este a su vez tendrá reacciones de oposición. No todos los niños que presentan fracaso escolar tienen las mismas reacciones y esto dependerá del carácter del alumno, reacciones que mantienen o agravan el fracaso inicial.

Del Castillo T., Ramos M. (1989) observaron algunas características del niño deprimido en el salón de clases, presenta en general un bajo rendimiento escolar que se ve reflejado porque presenta dificultad en: la escritura que casi no se entiende, es insegura, sin firmeza y lenta; con respecto al cálculo es lento y con respecto al pensamiento es impreciso, no es creativo; en los dibujos por lo general son tristes o a las personas les hace algún elemento importante y a estos les falta expresividad, no suele usar colores y si los utiliza son grises u oscuros, los trabajos suelen ser sucios y desorganizados. Cuando se le pide que realice un relato siempre resalta los eventos negativos y esta lleno de tristeza. Se siente inferior con respecto a sus iguales y esto lo lleva a tener dificultades para el contacto social, por lo general no se reúne con sus compañeros.

Hammer (1999) en Shaffer D., Waslick B., (2003) el bajo rendimiento escolar son problemas comunes en niños que presentan depresión, estos autores mencionan que los problemas académicos pueden ser un precedente para los síntomas depresivos en algunos niños. Díaz, Prados, López (2002) llegaron a la conclusión de que la presencia de síntomas depresivos es estadísticamente significativa con el rendimiento escolar. Reynolds y Mazza (1998) concluyen que este problema deteriora de manera significativa la adaptación psicosocial y el desarrollo, por lo tanto afecta negativamente diferentes esferas de la vida.

## **OTROS**

Existen muchos más factores de riesgo para la depresión infantil, solo se mencionarán algunos otros como son:

Bailey, McCloskey (2004) estos autores realizaron una comparación entre niñas que habían sido víctimas de abuso sexual y consumo de drogas encontrando que el abuso sexual es un factor de riesgo para la presencia de depresión tanto en la infancia como en la edad adulta, así como el estar viviendo en hogares donde además existe violencia física y emocional.

Cardemil E., Kim S., Pinedo T., (2005) realizaron una investigación donde encontraron que la depresión se presenta con mayor frecuencia en los grupos étnicos o con una minoría racial que los que no se encuentran en esta situación.

Shaffer D. y Waslick B. (2003) hacen referencia a que la pobreza y el nivel socioeconómico se asocian al incremento de riesgo para una gran variedad de problemas de salud mental entre los que se encuentran los trastornos emocionales. No existen estudios que lo avalen pero se reconoce que estos factores influyen en la presencia de enfermedades mentales.

## **TRATAMIENTO.**

Al abordar este punto se puede entrar en una controversia porque va a depender de la profesión y el enfoque que se tiene como terapeuta, lo cual no es la finalidad de este trabajo, por ello solo se mencionará el más utilizado tanto en farmacoterapia como en psicoterapia. Es bien sabido que sin tratamiento sería imposible que los síntomas disminuyan y que el niño tenga un mejor pronóstico.

## **Fármacos.**

Wagner, Robb, Findling, Jin, Gutierrez, Heydorn (2004) realizaron un estudio donde se trataba de demostrar que el medicamento llamado citalopram podía

reducir los síntomas de la depresión en niños, para lo que a un grupo le administraron placebo y al otro el medicamento y encontraron que si se reducen los síntomas de manera significativa en comparación con el otro grupo. Wong, Besag, Santosh y Murray (2004) realizaron una investigación similar a la de los autores antes mencionados pero con el medicamento fluoxetina que es uno de los medicamentos para la depresión más utilizados a nivel mundial, encontrando que disminuye de manera importante los síntomas de depresión en niños y adolescentes. Estos dos medicamentos son de los clasificados como inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina. Hamrin, y Pachler, realizaron una revisión de varios estudios del 2000 al 2004 y encontraron que todos los medicamentos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina son muy efectivos para disminuir los síntomas de depresión en niños y adolescentes.

### **Psicoterapia.**

Otra posibilidad de tratamiento es la psicoterapia donde existe una gama inmensa de cómo abordar esta patología, para este trabajo se realizará una breve descripción de dos terapias como son la cognitivo conductual y la de juego que es de las más usadas, ya que se ha visto que es un procedimiento donde el niño logra a través del juego expresar su problemática y aunado a lo hablado el terapeuta puede llegar a un mejor tratamiento. Por lo que a continuación se realizará una breve descripción tomando en cuenta el trabajo de una de las pioneras de esta técnica que es Klein la cual comienza su trabajo con niños en el año de 1919, Del Valle E. (1999) en 1923 se toma como punto de partida para la aparición de la técnica del juego que Klein es quien comienza a establecer reglas para poder ser aplicada. Klein (1955) menciona que no es el objetivo tener influencia educativa sino el entender que ocurre en la persona y hacérselo saber al individuo. Pero antes de realizar la descripción de lo que propone esta autora se mencionaran los principios generales de la misma.

Axline (1975) considera que el niño a través del juego expresa y actúa sus sentimientos acumulados de tensión, frustración, inseguridad agresión, temor y

confusión, ya que es una manera natural de expresión. Este tipo de terapia puede ser directiva donde el terapeuta es el responsable de guiar y dirigir las sesiones, o no-directiva, donde el terapeuta deja que el niño sea quien indique el camino a seguir, porque en el cuarto de juego el niño es quien controla la situación y nadie le dice que hacer, no existen regañones ni imposiciones. Es aquí donde se encuentra consigo mismo y siente que es aceptado por completo. Los juguetes son artículos importantes porque son parte de él.

West (2000) realiza una revisión de los inicios de la terapia de juego donde menciona que las dos principales representantes son Anna Freud (1895-1982) y Melanie Klein quienes se basaron en los principios psicoanalíticos de Sigmund Freud (1856-1939), su trabajo en la gran mayoría fue con adultos y se trabajaba con la asociación libre, Freud A. y Klein observaron que el juego tenía una función semejante en los niños ya que el juego es el medio natural de expresar en el niño. Klein (1955) menciona que en esta técnica se expresan emociones como pueden ser sentimientos de frustración y de ser rechazado; celos del padre o de la madre o de los hermanos; agresividad por los celos; sentimiento de odio o de amor, sentimientos de culpa y de la urgencia de reparación. También va a recrear situaciones de la vida real o eventos de la vida cotidiana que van a estar relacionados con sus fantasías, tal vez estos no sean eventos de gran importancia pero su objetivo es que se hagan más fuertes sus emociones y fantasías. Otro punto importante es el análisis del simbolismo ya que el niño transfiere no sólo intereses, sino fantasías, ansiedades y sentimientos de culpa a objetos que no se relacionan con las personas, con esto el niño siente un gran alivio importante para él.

Otra de las técnicas más utilizada en los últimos tiempos es la Terapia Cognitivo Conductual Beck(1983) menciona que la terapia cognitiva es un procedimiento que es directivo, estructurado y activo, donde el tiempo es limitado y con esta se pueden tratar diferentes enfermedades mentales, esta centrada en el aquí y en el ahora pocas veces presta atención a la infancia. La base de esta técnica son los

afectos y la conducta y que estos determinarán la forma de ver el mundo, sus cogniciones están determinadas por experiencias que obtuvo en el pasado. El objetivo de esta terapia son la identificación y modificación de conceptos distorsionados así como las falsas creencias que se dan a raíz de las cogniciones. De esta manera el paciente resuelve problemas o eventos que el creía que no podría superar, ya que hace una nueva evaluación y así podrá hacer una modificación de sus pensamientos, a demás se vale de una gran cantidad de estrategias para poner a prueba sus falsas creencias. Consiste en que la persona logre controlar sus pensamientos automáticos negativos; identifique la relación entre cognición, afecto y conducta; examine lo bueno y lo malo de sus pensamientos distorsionados; sustituir las cogniciones erróneas por una interpretación más realista; aprende a identificar y después se realice la modificación de las falsas creencias que hacen que el individuo este predispuesto a distorsionar sus experiencias. Hasta ahora se hizo referencia a la terapia cognitiva de Aaron Beck, pero Weissman (2002) describe algunos aspectos de la terapia cognitivo-conductual y menciona que centrarse en como se procesa el pensamiento depresógeno y el comportamiento; para poder realizar la modificación de esto se trabaja con la cognición, el comportamiento y la fisiología. En la primera el objetivo es realizar la modificación de los pensamientos que están distorsionados de manera negativa que nos lleva a la depresión esto se debe cambiar por un pensamiento lógico y adaptativo. En lo conductual se le auxilia en la planificación de actividades, hay que proporcionar habilidades para conducirse en la sociedad y el ser asertivos con todo esto se trata de compensar las deficiencias de conducta que contribuyen a la depresión. Con lo que respecta a lo fisiológico se centra en como reducir y controlar la ansiedad a través de técnicas de relajación basadas en la imaginación y la meditación. Con esto se capacita al individuo para hacer modificaciones con respecto a todo lo relacionado con la depresión.

El tener la combinación de fármacos y la terapia es muy alentador para la mejora o remisión de síntomas por lo que hablar de cual es mejor o peor no tiene ningún

sentido, depende de cómo se gestó, el entorno del individuo y la dotación que cada persona tiene para que le sea funcional el tratamiento.

Como se puede ver la depresión no se puede tomar sólo como una característica pasajera en el niño porque cuenta con un cuadro clínico bien establecido. La familia es donde por lo general se gesta la depresión ya que algunos de los padres puede cursar con un episodio depresivo, o existir violencia familiar, abuso sexual entre otros. La escuela es donde el niño pasa gran parte del tiempo, en ésta debe convivir con otros niños que como él tiene sus necesidades y propias creencias con respecto a la forma de comportamiento que debe llevar en relación con los demás, pero este padecimiento puede ser más común de lo que se puede pensar, ya que los síntomas mencionados pueden parecer normales para los que rodean al niño, a demás se sabe que no existe una sola causa para esta enfermedad, que puede ser muy incapacitante para la persona que la padece y mermar su calidad de vida y más cuando ésta tiene su inicio en la infancia se espera un peor pronóstico al llegar a la edad adulta. Por lo que es de crucial importancia él poder prevenirla para tener niños con una infancia más satisfactoria y puedan llegar a ser adultos funcionales y con calidad de vida, de esta manera se pueda disminuir el riesgo de tener individuos con una enfermedad mental que con el paso del tiempo puede tener comorbilidad y su tratamiento así como la remisión de síntomas llevará más tiempo. A continuación se revisará la prevención de la enfermedad mental.

### **CAPITULO III.**

### **PREVENCIÓN**

Es difícil el concebir que se pueda prevenir la enfermedad mental, ya que se tiene muy presente el factor genético y poder evitar que los genes hagan su función es muy pretencioso, pero no hay que olvidar que también existen los factores psicológicos y sociales que tienen una carga importante en el desarrollo de la enfermedad mental y es donde se puede intervenir y evitar o retrasar la aparición de las psicopatologías. En nuestra sociedad no se tiene la cultura de la prevención; la concepción de acudir al médico es para tratar alguna enfermedad pero no para evitar la aparición de éstas, y no es la excepción la enfermedad mental, además que ésta está plagada de mitos por lo que es difícil que un individuo o la familia acepte que alguno de sus miembros esté cursando por una de ellas, cuando se les informa que tienen que acudir al psicólogo o psiquiatra lo primero que les viene a la mente es “no estoy loco” ahora si se les sugiere el llevar a su hijo o hija a alguna institución dedicada a las enfermedades mentales la reacción es totalmente desfavorable y el no acudir a los servicios de salud mental llevarán a que el individuo no tenga calidad de vida, por lo que se considera importante el prevenir o atender a tiempo los casos de psicopatología. En este capítulo se desarrollaran los conceptos de salud y enfermedad mental, prevención de éstas y la resiliencia.

Dallal (1995) menciona que la OMS define a la salud mental como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no la simple ausencia de enfermedad o afecciones”. De la fuente (1997) la salud mental es parte de la salud general del individuo y tiene sus bases biológicas y sociales. Una de las metas de la salud mental es prevenir las enfermedades mentales, el fomento de la salud mental, se puede llevar a cabo a través de la educación que debe ser de manera escalonada en las escuelas y enfocada a que los niños adquieran las habilidades para que ellos mismos cuiden su salud a lo largo de toda la vida. La educación a los padres de familia para que tengan buenos principios en la crianza de los hijos, el

adiestramiento a los profesores para una detección oportuna de los trastornos de aprendizaje y de la conducta. García et al. (1993) esto va a depender de llevar a cabo de manera oportuna programas para detectar y controlar los trastornos mentales con mayor prevalencia en la población como son la depresión, ansiedad, esquizofrenia y demencias. Para poder preservar la salud mental se deben llevar a cabo acciones preventivas. La prevención se refiere a toda acción que esté encaminada a preservar la salud, para ello es necesario conocer la historia natural de la psicopatología. Con respecto a la salud mental del niño De la fuente (1997) sugiere que uno de los riesgos más importantes para que el niño pierda esta salud mental es que uno de sus padres este cursando por una de ellas puesto que las consecuencias que le trae al adulto le afectará de manera directa. En la escuela es importante que el niño este en un ambiente sano y que estimule su desarrollo para poder prevenir las enfermedades mentales, pero además el profesor debe tener el conocimiento de las enfermedades mentales por las que puede cursar para poder detectarlas a tiempo y esto sólo se consigue informando y educando al magisterio en el tema para que el profesor que se encuentre frente a grupo pueda alertar, orientar a la familia y en caso de ser necesario acudir a los servicios de salud mental. Es de suma importancia que tanto los padres de familia como los profesores conozcan las enfermedades mentales ya que existen estudios en México donde se observó que cuando un niño necesita atención psicológica o psiquiátrica transcurre aproximadamente un año para que sea llevado al especialista. García (1993) las acciones para poder prevenir se deben de enfocar a la identificación de los factores de riesgo, tener la posibilidad de predecir y conocer los factores para evitar, retrasar, o aminorar estos factores.

Este trabajo se basará en la prevención primaria porque prevenir Salgado, Díaz-Pérez (1999) mencionan que es importante puesto que en nuestro país las Instituciones dedicadas a la atención de personas con enfermedad mental están saturadas, al disminuir la demanda se dará una atención óptima y efectiva. Al ser un país con pocos recursos económicos es de crucial importancia reducir el costo

que genera la atención y la incapacidad que se ocasiona debido a la enfermedad mental.

Centrarse en la prevención es darle calidad de vida a las personas pero es importante que desde antes del nacimiento se estén previniendo las posibles enfermedades que se desarrollan en la etapa prenatal, Velasco (1987) considera que una de las principales acciones que se deben llevar a cabo en la prevención de la enfermedad mental están en manos del médico general, el obstetra, el pediatra y en todo aquel que tenga que ver con el cuidado y atención del embarazo y el nacimiento, en lo posible evitar que la madre tenga desnutrición al igual que el niño, infecciones en el embarazo como es la rubéola o las intoxicaciones que dañan el cerebro del feto y dejará secuelas permanentes, para ello el personal médico debe estar bien informado y constantemente actualizado.

Díaz, Esteban (1999) indican que la prevención se debe llevar a cabo por las siguientes razones: 1) Existe una incapacidad de las instituciones para la gran demanda que existe. 2) Se tiene la necesidad de optimizar estos servicios para una atención de calidad. 3) El costo económico que genera la atención psiquiátrica es muy elevado por lo que se deben reducir. La bibliografía refiere tres niveles de prevención:

a) Primaria. En este nivel se promueve un estado de salud óptima y protegiendo al individuo de los riesgos de adquirir una enfermedad, esto es que no se presente la enfermedad.

De la Fuente (1997) explica que se debe poner atención en el desarrollo mental del niño así como en las consecuencias de la desnutrición, y en la privación de estímulos intelectuales y afectivos en etapas claves del desarrollo. La prevención se debe basar en la familia inserta en la comunidad y no en el individuo aislado, así como satisfacer las necesidades de los niños, la estimulación ambiental para el desarrollo cerebral e intelectual y las necesidades afectivas. Todas estas

vivencias hacen que el niño vaya formando su personalidad. García (1993) propone que el desarrollo humano está determinado en gran medida por la manera de relacionarse en la familia, esto tiene como consecuencia óptimos estadios de desarrollo o no tan buenos dependiendo de la relación de interacción en el núcleo familiar. Se sabe que la familia no es estática y es en ella donde se pueden generar los primeros factores de riesgo, por lo que se debe incluir a la familia en los programas preventivos, donde se capacite a los padres de familia en el empleo de técnicas adecuadas para tener una buena convivencia familiar como es debilitar conductas antisociales de una manera no agresiva, la práctica del respeto a las reglas, realizar acuerdos y llevarlos a cabo y la solución de conflictos.

De la fuente (1997) considera que las acciones de prevención que deben llevar a cabo los psicólogos son el intervenir en los factores psicosociales de los trastornos mentales y esto se consigue a través de la educación para la salud mental de la población en general, para que se pueda reconocer a tiempo, en especial a las personas que tienen contacto con niños como son los profesores y padres de familia entre otros. Díaz y Esteban (1999) indican que la prevención primaria se debe llevar a cabo en escuelas, realizando programas preventivos de diversos temas que sean de mayor prevalencia para esta comunidad. Un área de creciente interés es la educación a los padres con respecto a los estilos de crianza y la socialización del niño en su medio, entrenar al profesor para la detección oportuna de los trastornos del aprendizaje y los trastornos de conducta; educar al adolescente para que tenga una transición de la niñez a la adultez con éxito; educar a los jóvenes para una buena toma de decisiones con respecto a la paternidad y la construcción de una vida familiar satisfactoria.

b) Secundaria. Desjarlais, Eisenberg, Good, Kleinman (1997) proponen la importancia de acortar la duración de la enfermedad, limitar las secuelas esto es a través del diagnóstico temprano y el tratamiento inmediato. Para De la Fuente, Medina, Caraveo (1997) el objetivo es tener una buena integración al medio social

y tener un buen desarrollo con el menor número de secuelas para ello se deben administrar fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central para poder controlar las funciones alteradas.

c) Terciaria. Desjarlais, Eisenberg, Good, Kleinman (1997) proponen que está enfocada principalmente a la protección de las personas que tienen una enfermedad o estados irreversibles. La meta es limitar las discapacidades.

Existe un concepto que es importante para la prevención de la salud mental que menciona. Shepherd y Cimmino (2002) en la carta de Ottawa de 1986 y define a la promoción de la salud mental como “el proceso destinado a capacitar a las personas para ejercer un mayor control sobre su salud y sobre los factores que la afectan... reduciendo los factores que pueden resultar riesgosos y promoviendo los que resultan saludables, la salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.”

La promoción de la salud en el escolar se debe enfocar a tres puntos: 1. Debe tener un enfoque integral donde se incluyan habilidades para la vida. 2. El tener un entorno saludable tanto físico y emocional. 3. que el niño cuente con alimento y servicios de salud.

Estos puntos buscan que el individuo tenga los conocimientos y habilidades para que tenga estilos de vida saludables; las habilidades para la vida se refiere a promover que el individuo sea crítico con respecto a la vida diaria incluyendo pensar, comunicarse y la elección de comportamiento, la toma de decisiones, conciencia de sí mismo, relaciones interpersonales, resolución de conflictos y autocuidado. En la creación de entornos saludables se debe tomar en cuenta a la

escuela ya que es donde el niño pasa gran parte del día. La provisión de servicios es para que se traten de manera temprana los trastornos que el niño pueda presentar esto es se deben coordinar los servicios educativos y de salud para la atención de estos. Existen escuelas que son promotoras de la salud y tienen como características que: apoyan la dignidad y bienestar individual y colectivo, ofrecen múltiples oportunidades de crecimiento y desarrollo para niños y adolescentes, existe la participación del sector salud y educación, la familia y comunidad, existe el entrenamiento de habilidades para la vida, disminuye los factores de riesgo y promueve los de protección, tiene más acceso a servicios de salud, nutrición y actividad física, hace partícipes a los miembros de la escuela y comunidad en la toma de decisiones y en las actividades de intervención, cuentan con un plan de trabajo para el mejoramiento del ambiente físico y psicosocial, existen normas para la creación de ambientes libres de humo, drogas y violencia, acceso a servicios sanitarios, elección de alimentos saludables, un ambiente sano con actividades que son extensivas fuera del ámbito escolar, se implementan acciones para que los líderes de las comunidades aseguren a sus miembros acceso a la nutrición, actividad física, consejería, servicios de salud, ofrece entrenamiento a profesores, tiene un comité local de educación y salud integrado por la asociación de padres de familia, organizaciones no gubernamentales y organizaciones comunitarias. México y Colombia tienen un elevado número de escuelas promotoras de salud aun así el porcentaje es bajo comparado con el número de escuelas que existen en cada uno de estos países. El objetivo de la promoción de la salud en las escuelas es el garantizar la salud y educación en niños, adolescentes y formar personas críticas y conscientes para la toma de decisiones con respecto a su salud y que sean capaces de transformar las condiciones que les afecta.

Para la preservación de la salud en la escuela Meresman (2002) considera que se debe mejorar la calidad de enseñanza y aprendizaje para que exista menor ausentismo y se incremente el rendimiento y retención escolar. El rol esencial de la escuela es la formación integral de los niños.

## **Prevención de la Depresión Infantil**

En la depresión es común que hasta el médico de primer nivel piense que no se trata de una enfermedad que necesite realmente una atención especializada o el administrar un fármaco. Hablar de prevención de la depresión es referirnos a informar y educar sobre esta patología que ocasiona un costo muy elevado para la economía de cualquier país. Al referirse a la depresión infantil entonces se deben enfocar los esfuerzos para informar a los padres de familia y maestros para que se pueda detectar oportunamente los casos que se presenten y teniendo como aliados a estas personas el personal de salud mental podrá tener una intervención pronta para que el niño se pueda reintegrar de una manera sana a su medio ambiente. Lagomarsino (2002) toca el tema de la prevención de los trastornos afectivos y considera que se debe evitar que la persona vuelva a tener una recaída, esto se refiere a prevención secundaria. Existen estudios que demuestran que los pacientes tienen otros episodios a lo largo de la vida.

(“Correlación entre depresión y rendimiento académico” 2005) en este artículo se recomienda que se trabaje sobre el manejo de los sentimientos de tristeza, las dificultades de la interacción social, el aislamiento y soledad, autoestima. Ya que en un estudio que realizaron encontraron que en estas áreas existen puntajes más elevados que el resto y que generan problemas para el individuo.

En las escuelas se deben llevar a cabo programas con el objetivo de ayudar a los niños a que tengan un buen desempeño en la escuela que realcen su autoestima para de esta manera reducir la enfermedad mental y no solo como ya se mencionó el trabajo con profesores que es importante pero para poder tener un impacto preventivo se deben enfocar los esfuerzos a toda la población. Giel y Cols. en Desjarlais, Eisenberg, Good, Kleinman (1997) indican en los países de bajos ingresos existe una alta prevalencia de trastornos mentales en los niños que son asistidos por personal de primer nivel. Se ha demostrado que al combinar un tratamiento biomédico con uno psicosocial se tienen beneficios a largo plazo, esto es en cinco años. Se debe tener un apoyo a la familia como es la planificación

familiar, atención pre y postnatal, el administrar a tiempo vacunas, educación nutrimental, programas de vida familiar y sexualidad, sobre todo la atención oportuna de los trastornos mentales en los niños.

Cabildo (2002) recomienda que los programas de salud mental del escolar deben ser orientados en primer lugar a que el niño tenga un buen desarrollo de la personalidad esto debe ser a través del contenido en técnicas pedagógicas y actividades curriculares. En segundo lugar la detección y tratamiento oportuno para esto los centros escolares deben tener un convenio con lugares dedicados a la atención de la patología. Lo ideal sería que cada escuela contará con un equipo multidisciplinario. Otro objetivo será el trabajo con profesores y padres de familia para que en ellos exista un cambio de actitudes.

Estos autores proponen cinco dimensiones que se deben tomar en cuenta para la elaboración de estrategias de intervención en la enfermedad mental.

1. Los neurotransmisores juegan un papel importante en la enfermedad mental los eventos desagradables en la infancia también son importantes, en la depresión influye en gran medida: la muerte de uno de los padres, la violencia especialmente cuando el niño tiene pocos recursos personales y sociales, estos solo son algunos ya que en el capítulo de depresión se mencionaron algunos más.

2. Los trastornos mentales van a depender de múltiples factores que son mínimos pero que ayudan al desarrollo de la psicopatología.

3. Las psicopatologías así como todos los problemas psicosociales que se presentan en la infancia deben ser frenados en esta etapa de la vida ya que si no es así en la edad adulta se tiene el riesgo de presentar problemas de salud mental.

4. Los problemas mentales no se deben entender como una cadena lineal, sino como un “espiral vicioso” donde un factor nos llevará a otro y este a su vez a la aparición de la enfermedad mental pero como se ha desarrollado esta psicopatología no se puede combatir de una manera óptima.

5. El empoderamiento y educación de las mujeres y el apoyo a las familias y jóvenes son acciones que ayudan a disminución de los problemas psicosociales.

Según Merry, McDowell, Hetrick, Bir, Muller (2004), al igual que Lee (2005) realizaron una investigación acerca de la prevención de depresión en niños y adolescentes y llegaron a la conclusión de que no hay evidencias contundentes que puedan confirmar con los cuestionarios que les arrojaron datos con los cuales llegaron a la conclusión de que se pudo prevenir de manera definitiva la depresión, ya que no tuvieron el control total de todas las variables con los resultados arrojados se comprobó que en las niñas hubo un mayor impacto que en los niños. Llegando a la conclusión que cuando se elaboren programas para prevenir la depresión se debe tener un mejor control de las variables así como los instrumentos para medir el impacto deben tener confiabilidad.

Existen personas que aún y cuando han tenido que vivir eventos estresantes o que pueden poner en riesgo su integridad tanto física como emocional salen muy bien librados sin ayuda. En este apartado se mencionará muy brevemente lo que se le ha llamado resiliencia ya que se considera que es un punto importante para la prevención de la depresión infantil.

## **Resiliencia**

Esta palabra tiene su origen en el latín y viene del verbo *resilio* que significa saltar hacia atrás, rebotar, repercutir. Este término se comenzó a utilizar en las ciencias exactas como es la física y la define como “la resistencia que oponen los cuerpos, en especial los metales, a la ruptura por choque o percusión. En ingeniería es “la

capacidad de un material de resistir a choques imprevistos sin quebrarse y de recobrar su forma original, aun después de haber estado sometido a una presión deformadora. Manciaux, Vanistendael, Lecomte, Cyrulnik (2003) definen a la resiliencia desde el punto de vista psicológico como "la capacidad de una persona o de un grupo para desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores". Rutter (1993) en Kotliarenko, Cáceres, Fontecilla (1997) menciona que este término se adoptó a las ciencias sociales para definir a las personas que a pesar de estar en situaciones de alto riesgo, tienen un desarrollo sano y exitoso. Kreisler (1996) en Manciaux, Vanistendael, Lecomte, Cyrulnik (2003) la resiliencia es "la capacidad de un sujeto para superar circunstancias de especial dificultad, gracias a sus cualidades mentales, de conducta y adaptación". Pero la resiliencia es el resultado de un proceso dinámico, evolutivo, si se presenta un evento desagradable de la vida este pueda superar con los recursos que cuenta el sujeto, va a variar de acuerdo a las circunstancias en que se presente, el contexto, la etapa de la vida y de la cultura en la cual se encuentra el sujeto. Es la interacción entre las vivencias y la interacción con el medio ambiente, esto es la relación entre factores de riesgo y los factores protectores (autoestima, la sociabilidad, la simpatía, sentido del humor, un proyecto de vida). Los jóvenes que manifiestan ser resilientes es porque han tenido una vivencia de estrés que se espera que tenga consecuencias negativas y lo superan de una manera favorable. La autoestima es un factor importante para que un sujeto sea resiliente y al superar un trauma se desarrolla la resiliencia. No solo se puede reducir al individuo también se extiende a familias, comunidades, sociedades. La resiliencia no es un estado estático, va cambiando ya que depende de diferentes momentos de la vida y se le da una explicación diferente, esta se va construyendo con la interacción con el entorno y el medio ambiente. Fonagy et al. (1994) en Kotliarenko, Cáceres, Fontecilla (1997) encontró que este término se relaciona con situaciones específicas y de riesgo, que no tienen relación entre si como es la pobreza, desastres nucleares, maltrato etc. pero estos autores han encontrado algunas características que tienen los niños y niñas resilientes que son: un nivel socioeconómico más elevado, ser del sexo femenino,

ausencia de déficit orgánico, temperamento fácil, ser más pequeño al momento en que se presenta el evento estresante, que no exista divorcio o separación de los padres o que tenga una pérdida temprana. El medio social también tiene algunas características como son: padres competentes, relación cálida por lo menos con alguno de los cuidadores primarios, que en la adultez cuente con apoyo social ya sea de la familia, cónyuge, red de apoyo, un nivel educativo más elevado, y la participación de actividades como son las religiosas. Con respecto al factor psicológico que protege a los niños resilientes del estrés son: un CI mayor y tener habilidades para la resolución de problemas, mejores estilos de enfrentamiento, motivación al logro, autonomía y locus de control interno, empatía y un buen manejo de las relaciones interpersonales, capacidad de planificación, sentido del humor positivo. Otros autores agregan algunas otras características psicológicas que son: mayor tendencia al acercamiento, mayor autoestima, menor tendencia a sentimientos de desesperanza, mayor autonomía e independencia, menor evitación de los problemas, menor tendencia al fatalismo.

Werner (1982,1989) y Garmezy (1993) en Kotliarenco, Cáceres, Fontecilla (1997) estos autores observaron algunos factores que presentan niños para comportarse de forma resiliente aquí se mencionan cuatro de ellos. El primero son las características del temperamento que presenta un adecuado nivel de actividad, capacidad reflexiva y responsabilidad frente a otras personas. El segundo aspecto se enfoca a la capacidad intelectual y no solo eso sino a la forma como es utilizada. El tercero es referente a la familia, la cohesión, la ternura y el ver por el bienestar de los niños. El último señala la disponibilidad que se tiene de redes sociales. Werner (1993) encontró que familias de niños resilientes de diferentes niveles socioeconómicos y étnicos tienen grandes creencias religiosas que generan estabilidad y sentido a sus vidas en tiempos de adversidad. Al parecer la religión genera sentido de pertenencia al grupo.

Grotberg (1995) en Kotliarenco, Cáceres, Fontecilla (1997) afirman que ningún factor por si solo promueve la resiliencia, para que el niño sea resiliente debe

existir la presencia de dos o más factores. De esta manera ayudará a que el individuo supere los eventos estresantes que surjan a través de la vida y por lo tanto tenga calidad de vida y en la sociedad se pueda contar con un mayor número de individuos sanos mentalmente.

Existen conceptos como son estilos de afrontamiento, resistencia, adaptabilidad, invulnerabilidad, que tienen cosas en común con la resiliencia, por lo que a continuación se dará una definición de los estilos de afrontamiento.

Dos de los autores que han escrito acerca de los estilos de afrontamiento son Lazarus y Folkman que en 1986 definieron al afrontamiento como “Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y las internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Pag. 175. También mencionan que no es estático que se va modificando de acuerdo a las demandas tanto internas como externas, para que el individuo se adapte a estas exigencias. Estos autores proponen que el afrontamiento se presenta de dos maneras, el dirigido al problema y otro dirigido a la emoción, a su vez estos pueden unirse y hacerse más fuertes, o bien es posible que se puedan obstruir uno al otro. Como se observa existen semejanzas entre estilos de afrontamiento y resiliencia ya que los dos conceptos hacen referencia a la manera en que el individuo hace frente a los eventos estresantes que se presentan durante la vida, también hacen mención de los recursos de los cuales debe valerse la persona para salir lo mejor librado de dichos eventos. Los estilos de afrontamiento difieren de la resiliencia en que hacen una separación entre los dirigidos al problema y los dirigidos a la emoción y la resiliencia integra todas las capacidades del individuo. Estas son algunas diferencias y semejanzas entre estos dos conceptos, esto con la finalidad de no olvidar que existen otros conceptos que pueden ser de gran ayuda para la prevención de cualquier enfermedad.

Para prevenir la enfermedad mental no sólo se debe informar sino también educar para reducir los factores de riesgo y fomentar los protectores como la resiliencia que está integrada por factores como son la autoestima, el optimismo, la fe, la confianza en sí mismo, la responsabilidad, la capacidad de elegir o de cambio de las competencias cognoscitivas, con ella no se trata de que el niño no tenga eventos estresantes en la vida sino que pueda recuperarse de ellos de la forma más sana posible y que lo fortalezca para el resto de la vida y le ayudará a que se disminuyan las probabilidades de que el individuo enferme y con ello se cambie la forma de concebir las visitas al médico, pues sólo se acude cuando existe ya una enfermedad y no se asiste para que no se presente alguna patología. Para ello en este trabajo se propone un cuestionario que informe a los padres de familia y profesores de nivel primaria sobre las características de la depresión infantil, para que se pueda dar tratamiento y en otros casos el prevenir la aparición de esta psicopatología.

**CAPITULO IV.**  
**CUADERNILLO INFORMATIVO SOBRE DEPRESIÓN INFANTIL**  
**PARA PADRES DE FAMILIA Y PROFESORES**

Como se ha visto a lo largo de esta revisión la depresión es una enfermedad incapacitante y que puede pasar desapercibida para todo aquel que rodea al niño y este puede llegar a la vida adulta con esta psicopatología y verse afectado el individuo de manera permanente y ser poco funcional en todas esferas y con esto su calidad de vida verse afectada de manera importante.

En el capítulo anterior se trato el tema de la prevención de la enfermedad mental en donde se menciona que el primer paso para que se pueda llevar a cabo la prevención es la información. Tomando esto en cuenta se propone un cuadernillo informativo en formato de pregunta- respuesta esto con la finalidad de que la información sea clara y concreta para que los padres de familia y profesores tengan una idea clara y objetiva de lo que es la depresión infantil. Esta dirigida a estas dos poblaciones porque son los dos ambientes en los que el niño se desarrolla y las personas que lo rodean deben estar enteradas de las características que describen a la depresión para estar al pendiente si el niño empieza a tener conductas que no son la que había presentando antes y darán la pauta para saber si el niño esta cursando por depresión. La finalidad no es que los padres y profesores realicen diagnósticos sino por el contrario que estén al pendiente de lo que le puede ocurrir a sus hijos y alumnos para que los niños no pierdan o recuperen su salud mental que al igual que la física se debe cuidar y proteger, porque de otra manera es muy fácil caer en una psicopatología.

El cuadernillo consta de información acerca de la enfermedad mental, las características de la depresión en niños, los factores que favorecen que no aparezca la enfermedad, el tratamiento, los problemas que existen en la escuela y familia debido a esta psicopatología. Lo cual ayudará a tener otra visión de lo que es una enfermedad mental que está plagada de mitos y el solo hablar de ella da

miedo y por eso muchas veces se prefiere ignorarla. Esperando que al concluir la lectura del cuestionario haya quedado claro lo que es, como tratar y prevenir la depresión infantil.

Pero se sabe que no solo informando se va a conseguir un cambio de actitud que es lo que esperamos para que se disminuyan los factores de riesgo para la presentación de las enfermedades mentales y en particular la depresión en los niños.

## CUADERNILLO INFORMATIVO

### **¿Qué es una enfermedad mental?**

Es una enfermedad que no es del estado físico, esto es que en lugar de afectar al cuerpo afecta la manera de sentir, de pensar y la conducta se ve alterada, el órgano que controla todas estas funciones es el cerebro. Este tipo de enfermedades hace que las personas tengan dificultades en sus relaciones con los demás, y tengan problemas para realizar sus actividades de manera eficiente. Afecta la relación con sus amigos, escuela, trabajo, y familia. Este conjunto de enfermedades puede afectar a cualquier edad y nadie está exento de padecerlas.

### **¿Es posible que un niño sufra una enfermedad mental?**

Si es posible. Como ya se mencionó cualquier persona puede presentar una enfermedad mental. Los niños pueden verse aquejados por problemas emocionales y de conducta. Sus relaciones sociales y rendimiento académico se ven afectadas porque no tiene la habilidad para encajar en su vida hogareña, la escuela o en la comunidad donde vive.

### **¿Cómo puedo saber si mi hijo o hija tiene una enfermedad mental?**

Existen muchas manifestaciones que nos pueden sugerir que un niño este presentando una enfermedad mental. Es muy difícil como padres poder ubicar en nuestro hijo una enfermedad porque estamos acostumbrados a ver que su comportamiento es el mismo de siempre por eso mencionamos algunos extremos de la conducta que nos puedan sugerir que algo en el niño no anda bien como es que si su hijo es demasiado tímido o muy extrovertido, no habla o habla demasiado, cambia de humor repentinamente sin un motivo aparente, o tiene muchos temores, o bien no reconoce un peligro existente. Podría reír por cosas que sus amiguitos no consideran chistosas o no reír nunca, llorar mucho o nunca llorar. Se pueden encontrar dificultades al jugar con otros niños, enojarse sin provocación alguna. Cuando existen estos extremos en la conducta de los niños

se puede sugerir que el niño está sufriendo una enfermedad mental o se encuentra en un alto riesgo de padecerla.

### **¿Quién se encarga de atender las enfermedades mentales?**

Goldman (2000) menciona que existen dos profesionales que se dedican principalmente a la atención de los trastornos mentales, éstas son el psicólogo y el psiquiatra. El psicólogo se dedica a dar psicoterapia de grupo, individual, de pareja, de familia entre otras, así como a dar pláticas informativas sobre lo relacionado con la salud mental a personas de todas las edades, talleres sobre temas relacionados con las enfermedades mentales y como preservar la salud mental, aplica cuestionarios y pruebas para conocer un poco más a sus pacientes entre muchas otras funciones. El psiquiatra es un médico con una especialidad en psiquiatría y por lo tanto centra más su atención a los síntomas y que tipo de medicamentos recetar para poder disminuir o desaparecerlos, y que relación pudiera tener esta enfermedad con otras ya sean de tipo mental o físico, al igual que el psicólogo puede impartir terapias o dar talleres pero no esta capacitado para la aplicación de las pruebas que se menciona renglones arriba. La principal diferencia entre estas dos profesiones es que el psiquiatra puede recetar medicamentos y el psicólogo no aunque hay muchas otras.

### **¿Cuales son las enfermedades mentales más comunes en la infancia?**

La OMS reporta que existe una amplia gama de enfermedades mentales que se pueden presentar en la infancia pero las más frecuentes de acuerdo a las estadísticas son el Trastorno por Déficit de Atención y la Depresión, este último es un padecimiento que algunas veces no es tan visible puesto que el niño aparentemente no presenta problema alguno ya que nos hemos acostumbrado a verlo triste, callado o agresivo desde muy pequeño y justificamos diciendo “así es su carácter” o “salió igualito a su mamá o papá.”

### **¿Qué es la tristeza?**

Hernangómez (2000) menciona que la tristeza es un estado de ánimo que se puede presentar porque la persona está viviendo un evento que lo afecta y se caracteriza por una disminución en las actividades diarias, con ganas de llorar. Algunos de estos eventos son la muerte de un ser querido, no sacar las calificaciones esperadas, entre muchas otras, pero este estado es transitorio y no afecta el rendimiento diario, con los días estos eventos son superados y la persona vuelve a la normalidad.

### **¿Cuánto tiempo debe durar la tristeza después de un evento traumático?**

De la Garza (2005) menciona que no hay un tiempo establecido, va a depender de la manera en como cada persona asimile lo ocurrido y el ambiente que se generó a raíz del evento traumático. Se considera que este estado se supera cuando se percibe en la persona un cambio de actitud más positivo, como por ejemplo que un niño pida permiso para salir a jugar con sus amigos, o que le interesen las cosas que siempre le habían gustado. Pero no hay que olvidar que este sentimiento puede volver a presentarse por múltiples razones.

### **¿Cómo puedo saber cuáles son los eventos traumáticos?**

Hernangómez (2000) explica que son eventos son aquellas situaciones que producen una reacción de estrés en el cuerpo y que si resultan muy frecuentes, pueden derivar en enfermedades y otros trastornos, estas vivencias no se pueden evitar y para prevenirlas se debe tener una reacción emocional adecuada, misma que se puede enseñar a los niños para que aprendan a negociar ante estas situaciones, para ello traten de evitar regaños o malos tratos que solo haría más difícil la convivencia. La comunicación es indispensable para poder salir adelante como familia, esto hace referencia a que no sólo debemos escuchar a los otros sino también que seamos escuchados y llegar a acuerdos de los conflictos que se suscitan en la familia.

### **¿Qué es la depresión?**

En la Clasificación Multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes del 2001 describe que es una enfermedad que afecta el estado de ánimo del niño, hay pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad que lleva a una reducción del nivel de actividad y a sentirse cansado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. Otros de los síntomas comunes son: disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo y disminución de la autoestima, ideas de culpa e inutilidad, perspectiva sombría y pesimista del futuro, pensamientos y actos de autoagresión o suicida, trastornos del sueño, pérdida del apetito.

### **¿Cuál es la diferencia entre depresión y tristeza?**

Hernangómez (2000) indica que la tristeza es un sentimiento normal que se vive por infinidad de situaciones como pueden ser el que los hermanos se burlen, no tener el dinero suficiente para comprarse lo que necesita, entre muchas otras. Cuando la tristeza persiste o aparece de una manera espontánea sin ninguna razón y produce un obstáculo en el vivir diario, estamos ya en presencia de un estado depresivo y las causas pueden ser muchas pero de mayor gravedad que las observadas en la tristeza como son la muerte de mamá, papá, o la persona que cuida al niño, el divorcio de los padres, abuso sexual, violencia en la familia, pobreza extrema.

### **¿A quién le puede dar depresión?**

Esta es una enfermedad mental y, como ya se mencionó, le puede dar a cualquier persona no importando sexo o edad aunque es más común que a partir de la adolescencia se presente con mayor frecuencia en las mujeres, no así en la infancia ya que es más común en los niños que en niñas, pero con esto no se puede excluir a ninguna persona para que curse por una depresión.

### **¿Cómo es un niño deprimido?**

Weinberg ya desde 1973 describió que son niños que en su expresión tanto facial como corporal muestra tristeza, se siente solo, cambia su estado de ánimo bruscamente, está de mal humor, se enoja con facilidad, llora con mucha frecuencia, no se le complace con facilidad; menciona que se siente inútil o incapaz para realizar las tareas que se le asignan; tiene deseos de morir y puede hasta intentar suicidarse; se le dificulta el relacionarse con sus compañeros y con las demás personas, puede que se presente pero no siempre, ser peleonero, no respeta la autoridad; tiene problemas para dormir, despierta durante la noche varias veces, tiene el sueño muy inquieto, o le cuesta más trabajo que a sus hermanos para despertar por la mañana. En la escuela puede haber quejas frecuentes de los profesores, no se puede concentrar en lo que está realizando, tiene mala memoria, ya no se empeña como antes para realizar sus tareas escolares, puede poner pretextos para no ir a la escuela; se queja con frecuencia de dolores de estómago, de cabeza, o musculares sin una causa real; pierde el interés por actividades que antes le gustaban como salir a jugar con sus amigos, se cansa con facilidad tanto física como mentalmente; puede comer más de cómo acostumbraba a hacerlo o ingerir una cantidad menor de alimento y por lo mismo tener un alza o disminución de peso. De estas características se deben presentar al menos cuatro de ellas y por dos semanas consecutivas, si esto ocurre en un niño se puede sospechar que está deprimido y es necesario que se le lleve al psicólogo o psiquiatra para una revisión y detectar porque el niño tiene estas conductas.

### **¿Existen algunas características a simple vista perceptibles en el niño que puedan sugerir que está deprimido?**

Sí. Vail (1997) sugiere que tanto padres de familia como profesores deben estar al tanto si el niño presenta ojeras, mala digestión, mal aliento de manera constante, que tenga la costumbre de bostezar, inquietud. Porque es común que estos niños por el poco interés que ponen a su persona puedan presentar algunas de estas características. A demás al sentarse tienen la postura flácida, caminan con

lentitud arrastrando los pies, hablan lentamente y en voz muy baja, contestan con monosílabos (ejemplo: si, no, yo, tu, etc.), tienen cara triste o de disgusto. Estas características son muy importantes porque el niño no comunica de forma verbal sus sentimientos y éstas muchas veces pueden pasar desapercibidas a la vista del adulto.

### **¿Qué es lo que causa la depresión?**

Esta es una enfermedad multifactorial, esto es, existe una enorme gama de factores por los que se puede presentar. Leise (1990) dio una explicación de por que la depresión se presenta y dice que es una alteración en la cantidad de neurotransmisores que están en el cerebro, es decir, existe un mal funcionamiento de las sustancias que ayudan a regular el estado de ánimo. Mann (2005 ) señala que dentro de los factores por los que una persona puede presentar esta enfermedad es la parte genética que tiene que ver con la existencia de algún familiar que haya presentado depresión, entonces el niño o adulto tendrán mayor riesgo de presentar esta enfermedad.

Otro factor importante para la aparición de la depresión según Bowlby (1983) es que no exista el apego que el niño necesita se habla de que el niño a partir de los dos meses ya puede distinguir entre la persona que lo cuida que por lo general es la madre del resto de las personas, es en esta etapa donde se debe tener mayor cuidado de cubrir el apego que el niño requiere, puede ocurrir que no se de en situaciones de muerte de la persona que este al cuidado del infante, otra puede ser que el cuidador este cursando por una depresión y no tenga la capacidad en ese momento para cubrir las necesidades del niño. Existen muchas otros factores como el ser hijo de padres divorciados, la presencia de violencia familiar, el consumo de drogas por algún miembro de la familia, etc. Pero la combinación de este tipo de factores más el riesgo genético dará como resultado una persona deprimida.

### **¿Cuales son los factores genéticos involucrados?**

De la Fuente (1997) refiere que la genética es un factor importante para que se desarrolle la depresión en las personas; en los niños existe más probabilidad si es la madre o el padre el que ha cursado por depresión. De la misma manera que otras enfermedades como es la diabetes, el cáncer o la hipertensión. Es importante tener en cuenta que existe una tendencia familiar a padecer trastornos del estado de ánimo.

### **¿Cómo influye la familia en la aparición de la depresión?**

Ramírez (2003) menciona que el niño pasa gran parte del día en la familia, esta es el punto de referencia para el comportamiento en la sociedad, lo que ocurre en ella afectará de manera importante no sólo en un integrante sino en todos, por lo que los niños no son la excepción y los eventos que pueden hacer a un niño deprimido son tan amplios que sería imposible mencionarlos, pero lo que causa la depresión no es tanto el evento sino el cómo se maneja y el ambiente se genera alrededor (ejemplo: la pobreza, este estado como tal no va a deprimir a nadie pero las consecuencias si como es el que no tengan el suficiente dinero para comer y por lo tanto no tiene la suficiente energía para estudiar y jugar como todos los demás niños y esto hará que se sienta rechazado y no integrado al grupo). Al niño hay que explicarle el porque de la situación y que se espera de él y también preguntarle que espera el niño de sus padres y hermanos para que el evento traumático sea lo menos doloroso posible y con las menores consecuencias que se pueda.

### **¿Cómo afecta la depresión en la escuela?**

Según Arroyo (1973) en Portillo (2001) con la depresión se afectan las funciones básicas para poder llevar a cabo las tareas escolares como son la atención, percepción, concentración, memoria entre otras, y por lo tanto el rendimiento escolar se ve disminuido y comienza a ser señalado y aislado de los compañeros de clase. Los profesores catalogan al niño de burro o flojo sin antes averiguar que le ocurre para que no tenga el rendimiento esperado

### **¿Es recomendable exigir al niño deprimido de la misma manera que al resto del grupo?**

No. Vail (1997) propone que en los niños deprimidos, las habilidades para aprender están disminuidas por lo que se recomienda bajar el nivel de exigencia y aumentar los refuerzos positivos, porque el contacto con el niño debe ser más amoroso y cálido. Se considera una buena opción realizar alguna actividad para la interacción con él.

### **Como profesor ¿qué se puede hacer para mejorar el rendimiento académico del niño deprimido?**

Del Castillo T., Ramos M. (1989) proponen que es conveniente sentar al niño cerca de alumnos que le hagan la plática e interaccionen con él, mirarlo a los ojos de esta manera se concentra más fácil, tener en cuenta que los ruidos del exterior lo distraen con mayor facilidad que al resto de sus compañeros. Otra acción por parte de la escuela puede ser que el psicólogo asista al salón de clases a observar la conducta y los cambios que se vayan presentando, esto con la finalidad de informar al médico que lo atiende.

### **¿Que es la autoestima?**

Álvarez (1999) menciona que según el Dr. Nathaniel Branden, "la autoestima es la confianza en nuestra capacidad de pensar y enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida; es la confianza de nuestro derecho a triunfar y ser felices, el sentimiento de ser respetados, dignos y de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y carencias, alcanzar nuestros principios morales y gozar del fruto de nuestros esfuerzos."

### **¿Cómo se siente una persona que tiene la autoestima alta?**

Romero, Casas, Carbelo, (1995) mencionan que una persona que tiene una buena autoestima tiene las siguientes características: cree en valores y los defiende ante todo pero los puede cambiar si con la experiencia se da cuenta de que estaba equivocada, se conduce según le parezca lo más adecuado y no siente culpa

cuando otros no están de acuerdo, se centra en el presente no pensando tanto en lo que ya pasó o lo que pueda pasar, tiene confianza en su capacidad para resolver problemas y no se detiene ante sus fracasos, se siente igual que cualquier otra persona aunque reconoce que existen diferencias económicas, talento etc., sabe que es una persona valiosa e interesante para aquellos con quien se relaciona, no se deja manipular pero está dispuesta a colaborar con quien considere oportuno, reconoce que tiene sentimientos variados y que puede compartir con otras personas, disfruta de actividades diarias como es trabajar, jugar, caminar compartir con amigos, etc., respeta y es sensible a las necesidades de los otros, y no está dispuesta a divertirse a costa de otros.

### **¿Cómo se siente una persona que tiene la autoestima baja?**

Ledesma J.A., Melero M.L. (1989) dice que estas personas no creen en las capacidades con que cuenta y esto la hace insegura, tiene un bajo rendimiento en sus actividades, no alcanza las metas que se propone, puede ser una persona muy sumisa o demasiado agresiva, se percibe como un individuo que no tiene cualidades y todo en él lo miran negativamente, siente que tiene la culpa de todo lo que le ocurre a él y a su alrededor, no participa en las actividades comunitarias.

### **¿Cómo influye la autoestima en la depresión?**

Vario autores coinciden en que la autoestima baja es un factor que va a influir de manera directa para que se presente la depresión en cualquier persona, porque ve todo de manera negativa, como puede ser el futuro, la percepción de sí mismo, etc. Sucede lo contrario cuando se cuenta con una autoestima alta porque se tiene más animo de realizar cosas, todo se ve de manera positiva. Por ello es importante alimentar la autoestima en los niños.

### **¿Cómo podemos hacer que nuestros niños tengan una autoestima alta?**

Solís, Sánchez, Cortés (2003) proponen pasos para poder tener una autoestima elevada que se deben ir alimentando día con día, de tal manera que el niño pueda

generar ésta. A los padres de familia, los profesores y todo aquel que esté en contacto con el niño, se les recomienda seguir estos pasos:

1. Conocimiento. Desde que nacemos comenzamos a conocer gente como son los padres y demás familia, nos damos cuenta de lo que ocurre a nuestro alrededor y los sentimientos que se generan en nosotros. Para este punto y que la autoestima desde que el niño nace se vaya alimentando debe ser un niño deseado y querido, que el sexo del niño no afecte para que el niño sea amado.

2. Comprensión. Después de adquirir el conocimiento se debe llegar a la comprensión, esto es entender el conocimiento que se adquiere de lo que nos rodea y lo que está dentro de cada persona, en la medida que se comprende lo que ocurre se puede relacionar mejor con el medio que rodea al individuo y con el interior, y con esto se cumple el objetivo de llegar a ser una mejor persona. Los papás deben aprender a conocer a sus hijos para saber que son las cosas que les agradan y cuales les afectan y en que grado.

3. Aceptación. Se refiere a reconocer las características individuales y el medio ambiente en que se desarrolla la persona, esto es: aceptar el lugar donde vivimos, los padres que tenemos, la aceptación es importante para admitir y reconocer lo que es y su forma de ser, esto nos va a permitir tomar decisiones importantes con respecto a la vida. Esto va muy relacionado con el punto anterior ya que tenemos que aceptar los hijos con características positivas y negativas y no tratar de hacerlos como nos gustaría que fueren, y tomar en cuenta sus habilidades y limitaciones.

4. Respeto. El respeto a sí mismo es fundamental para que el individuo tenga una autoestima sólida y fuerte, con esto se pueden expresar sentimientos y emociones sin sufrir daños ni sentimientos de culpa, el auto-respeto hace que el individuo busque lo que lo hará sentirse orgulloso, satisfecho y en paz. Aquí como padres de familia deben empezar por respetar al niño, enseñándolo a que se respete y así

aprenda a respetar a todos los que lo rodean, esto se logra tratándolo de manera cortés y amable, sin burla ni hacerlo menos.

5. Amor. Es el resultado final de este proceso y es el amor la misma concepción como seres humanos importantes y valiosos, esto surge de manera espontánea y la consecuencia es una autoestima sólida y fuerte. Con todos los puntos anteriores se llega a amar, respetar y hacer niños con autoestima alta. El amor es una parte fundamental para todo ser humano y si nacemos, crecemos y sí todos los días lo experimentamos seremos personas con una autoestima alta.

### **¿Qué es la resiliencia?**

Werner (1982,1989) y Garmezy (1993) en Kotliarenco, Cáceres, Fontecilla (1997) dicen que es la capacidad que tiene una persona para salir de situaciones adversas, adaptarse, superar y acceder a una forma de vida que resulte significativa y productiva. Una persona resiliente es aquella que, a pesar de nacer, crecer y vivir en un ambiente de alto riesgo para su crecimiento personal y familiar se desarrolla física y mentalmente sano y exitoso. La resiliencia no es algo con lo que se nace, sino una característica que las personas adquieren durante su desarrollo, sobre todo en la infancia. Es una capacidad que se va obteniendo con la constante interacción que se tiene con el entorno donde se vive. Un ejemplo es aquel niño que a pesar de haber nacido en un ambiente de alto riesgo y con grandes carencias económicas y afectivas lleva una vida que se pueden considerar normal.

### **¿Por qué es importante la resiliencia para la depresión?**

Kreisler (1996) en Manciaux, Vanistendael, Lecomte, Cyrulnik (2003) Actualmente se ha incrementado el número de personas que presentan un estado depresivo, no importando la edad del individuo y al ser resilientes tendrán la capacidad de enfrentar los factores estresantes que se presentan durante la vida y salir adelante como pueden ser de la muerte de alguno de los padres, el divorcio de estos, entre muchos otros. Cada persona reacciona de una manera diferente a este tipo de

eventos, pero si preparamos al niño para ser resiliente tendrá las herramientas necesarias para que su estado de ánimo no se vea tan afectado.

### **¿Cómo podemos hacer a un niño resiliente?**

Werner (1982,1989) y Garmezy (1993) en Kotliarenco, Cáceres, Fontecilla (1997) mencionan que lo que hace a un niño resiliente al igual que en la autoestima, es el demostrar el amor (que este incluye respeto, confianza, afecto, cariño) tanto física como verbalmente durante la infancia, el reconocer en los hijos sus éxitos y habilidades, no importando el sexo de su hijo darle las mismas oportunidades en todos los aspectos de la vida, como es el tener acceso a la educación, desarrollar sus destrezas, el que los padres se conduzcan de manera coherente en sus valores morales para que el niño los aprendan y sean su guía para conducirse en la vida.

La escuela puede ayudar a tener niños resilientes, su tarea será crear un clima educativo emocionalmente positivo, abierto, orientador y regido por normas claras y con la posibilidad de ser cumplidas, modelos de enseñanza constructivista para que el niño tenga la posibilidad de desarrollar sus habilidades a través de la enseñanza, la competencia de habilidades y conocimiento de manera sana y con los objetivos bien establecidos y claros para todos los que tengan que ver con este tipo de competencias.

Es importante saber que tanto escuela como familia deben estar coordinadas para tener niños con la capacidad de enfrentarse a los obstáculos que la vida les vaya presentando y logren salir con los menos daños emocionales y físicos posibles.

### **¿Cómo se puede diagnosticar a un niño que tiene depresión?**

Lo primero que se debe hacer ante la sospecha de depresión es acudir al psicólogo para que él pueda realizar algunas entrevistas tanto a padres de familia como al niño para poder tener una idea clara de la problemática y después si se confirma el diagnóstico tendrá que acudir al psiquiatra para que le administre

medicamento, y el psicólogo seguirá con psicoterapia para que con los dos tratamientos la atención sea completa.

### **¿El medicamento puede hacer adicto a los niños?**

No. Este tipo de medicamentos deben ser administrados y controlados por el médico psiquiatra, y no realizar ninguna modificación sin antes comentarlo con su médico tratante e informarle de cualquier cambio que se pueda observar en el niño desde que inicia a tomarlo.

### **¿Qué puedo hacer si a mi hijo le han diagnosticado depresión?**

De la Garza (2005) recomienda que lo primero es tomar con calma esta situación, porque si como padres nos alteramos o no sabemos que hacer, el niño sentirá que está solo y se pueden agravar los síntomas. Como primer punto no se deben ignorar o aminorar los síntomas, dé más atención de lo normal a su hijo. Juegue con él y de esta manera ganará su confianza y él le dirá lo que siente y piensa. Debe dedicarle un momento especial que solo sea para estar con él como es leer un cuento, iluminar un libro alguna actividad que puedan compartir. Se deben establecer rutinas para que el niño se sienta protegido por la familia con esto se sienten colaboradores y partícipes cuando se establece un horario para cada actividad. Analice si su hijo está haciendo muchas actividades, de ser así, no hay que sobrecargarlo de responsabilidades porque puede ser que el niño se sienta cansado y estresado. Hay que estar pendiente como está comiendo, como duerme, si duerme toda la noche, si despierta durante la noche y cuantas veces o si tiene pesadillas.

### **¿Qué es recomendable hacer para que nuestros hijos tengan menor riesgo de presentar una enfermedad mental?**

Como primer punto es lograr que los niños crezcan en un ambiente familiar donde sus necesidades básicas sean cubiertas como son el alimento, el sueño, un techo, entre otros, procurar tener los cuidados necesarios para que el factor emocional sea cubierto de manera adecuada, que éste sea con amor para que el niño crezca

de manera sana, le guste la vida y tenga deseos de seguir viviendo, además le den ganas de aprender, tenga una autoestima sólida, se sienta parte de la familia, de la escuela y de sus amigos.

## CONCLUSIONES

De acuerdo a las estadísticas existen dos enfermedades mentales que son muy comunes en la infancia: el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA O TDAH) y la Depresión infantil que es la segunda en prevalencia a nivel nacional, la bibliografía refiere esta misma situación en otros países, de la primera se ha escrito mucho por ser una enfermedad que causa grandes problemas tanto en casa como en la escuela y son niños que nadie quiere tener al lado, pero ocurre lo contrario con la depresión porque el niño puede pasar desapercibido por ser tranquilo y no dar problemas a los papás y profesores como los niños TDAH. Por lo que se considera importante darle un espacio a la depresión y que estos niños puedan ser diagnosticados a tiempo para tener calidad de vida y en la adultez tengan las mismas oportunidades que el resto de la población.

Cuando se trata de un tema que tiene que ver con alguna enfermedad mental de niños hay que tomar en cuenta que algunos pueden ser muy escépticos en su existencia o que pueda manifestarse de manera diferente a la del adulto, este pensamiento es un error porque los niños tienen un proceso de desarrollo diferente al del adulto pero muchas veces nos perdemos en ver al infante como tal y se considera que tiene las mismas habilidades y por lo tanto debe responder de la misma manera que una persona adulta. Por lo que en este trabajo se realizó una revisión de las teorías que avalan y las que rechazan la existencia de la depresión en los niños, pues de entrada se daba por hecho que existía y todos estaban de acuerdo pero fue una sorpresa encontrar que existen teorías que no aceptan la existencia de esta psicopatología en la infancia por considerar que la personalidad está en formación y también que puede ser un estado natural en esta etapa de la vida, cada una tiene argumentos para comprobar su teoría, todos muy válidos. Algunos autores la conciben como un síntoma, como un síndrome o como un trastorno, cualquiera que sea la concepción no se puede cerrar los ojos a los cambios emocionales, como puede ser que se tornen irritables, con

rendimiento académico inferior al esperado, que no tengan amigos por no integrarse a un grupo, etc. estos eventos se presentan cuando los niños tienen un evento estresante como es el divorcio de los padres, la violencia que se vive en casa, la muerte de un ser querido, que es mayor cuando se trata de la madre o el padre. No sólo son estos, también existen muchos otros factores para que un niño pueda deprimirse, son tan diversas las causas que algunos factores afectan de manera directa el estado de ánimo de algunos niños y otros no se ven afectados de manera tan directa, esto va a depender de cómo el niño reaccione ante eventos estresantes y el contexto en que se den los acontecimientos. No sólo existen los factores psicosociales, también están los genéticos, cuando el niño tiene familiares que en algún momento de la vida hayan presentado un episodio depresivo el infante tiene riesgo de desarrollar esta patología pero es más probable cuando es el padre y en mayor grado si es la madre quien presenta depresión. Algunos de los síntomas en los cuales tanto la CIE-10, DSM IV TR, y otro autor que realizó una clasificación sobre esta psicopatología coinciden en los siguientes síntomas: tristeza, cambios en el apetito, cambios en el sueño y falta de concentración, todas estas características afectan al niño en su desarrollo global pero la última tiene que ver de manera importante con el desempeño en la escuela, donde el niño pasa una gran parte del tiempo y tiene gran repercusión en la formación de su personalidad, es aquí donde aprende a convivir en grupo, de esta manera aprenderá a respetar las reglas que requerirá a lo largo de la vida, por lo que en este ambiente se le debe proveer al niño de herramientas para que tenga un desarrollo integral, esto es, que tanto la familia como la escuela deben estar coordinadas para la educación y por lo tanto para la calidad de vida del niño, pero aquí también pueden generarse situaciones que influyen en la depresión de los niños como puede ser el nivel intelectual, el programa educativo, o los conocimientos insuficientes con que cuenta el niño. Por todo lo antes mencionado y después de realizar la revisión bibliográfica se llegó a la conclusión de que la depresión infantil si existe.

Todo lo anterior nos lleva a reflexionar en las acciones que se pueden realizar para que las estadísticas disminuyan, esto solo se podrá lograr a largo plazo y se podrá pensar en la erradicación de esta patología, pero todo esto sólo se puede lograr enfocando esfuerzos en la prevención porque como se sabe muchas de estas no aparecen solas y se pueden ir complicando cuando se permite que avance durante un largo periodo y existe un peor pronóstico si se presentan en la infancia que en la edad adulta, ya que todo el funcionamiento tanto físico como emocional se ve comprometido y el desarrollo del niño se verá afectado.

La base de este trabajo es la prevención en su primer paso que es la información, con esto se pretende que los padres de familia y profesores conozcan que es la depresión en los niños para que haya una pronta canalización a las instituciones dedicadas a las enfermedades mentales, cabe hacer mención que son pocos lugares donde se pueda llevar a los niños con alguna enfermedad mental, con la canalización se logrará que se les del tratamiento adecuado para su mejoría. Pero informando no se va a conseguir el prevenir del todo, ya que existen otros pasos a seguir para que realmente se pueda prevenir. Un segundo paso es educar a la población en general esto con la finalidad de crear un cambio de actitud, que es lo que se espera para que haya una disminución de los factores de riesgo en la presentación de las enfermedades mentales y en particular la depresión en los niños. Se deben tomar medidas para lograr este objetivo que será a largo plazo, pues la educación es un proceso al cual se le debe dedicar mucho tiempo y los resultados no son inmediatos. Como psicólogos la manera en que se puede contribuir a este proceso es el fomentar en el niño y adultos, en particular los padres de familia, conductas con las cuales puedan tener un porcentaje menor de riesgo en presentar una enfermedad mental, o el tener la capacidad de salir avante de los problemas que puedan tener a lo largo de la vida, para ello existe un concepto que aporta herramientas para el objetivo de la prevención que es la resiliencia. Esta no es estática ya que depende de factores personales como pueden ser el temperamento, la inteligencia, sociabilidad etc.; familiares como la calidad de la relación entre los miembros que integran el núcleo familiar y los

eventos estresantes a los que estén expuestos; y sociales esto es la manera como se relaciona el niño en la escuela, con los vecinos, si es aceptado o él se siente rechazado etc.

Una de las características de las personas resilientes es la autoestima, pero de mayor importancia es el autoconcepto, una de las bases de esta teoría es el tengo, soy-estoy, puedo. Por tal motivo se sugiere el trabajar estas dos partes del ser humano a través de talleres pero no sólo para los niños sino también para los padres de familia, así mismo dar cursos y talleres para los profesores que conviven gran parte de la mañana con los niños; además de trabajar con la autoestima, es importante también trabajar con la comunicación, la toma de decisiones, la asertividad y todos los temas que tengan que ver para que las familias generen individuos sanos tanto mental como físicamente. Con esto no se soluciona el problema porque no existe una varita mágica con la cual se pueda erradicar esta situación, pero a mediano plazo lo que se puede realizar es el seguir educando a la población con la cual se está trabajando, pero así mismo dar talleres a todos los niños que vayan ingresando a la educación primaria y a los padres de familia para que se pueda hacer una intervención integral; conjuntamente se deberá tener una estructura para dar psicoterapia a las personas que así lo requieran. Aunque en este nuestro país no existe la infraestructura para realizar acciones de esta magnitud, se debe iniciar con grupos pilotos para ir realizando modificaciones y con esto tener un impacto mayor y de beneficio para los individuos. Sólo de esta manera se podrá tener una disminución a nivel nacional de esta psicopatología que va en incremento día a día y que además genera una gran incapacidad para la persona que la presenta a nivel personal como en el medio social, laboral, escolar y todo aquello que tenga que ver con el desempeño de las personas, porque sino se previenen estas enfermedades como sociedad tendremos un alto porcentaje de individuos en la etapa adulta con una psicopatología avanzada y con todos las limitantes que ellas generan y, por consiguiente, sin calidad de vida, aunado un alto costo para la economía de cualquier país y, teniendo en cuenta que en el nuestro contamos con

poco presupuesto, entonces la prevención se debe realizar para beneficio tanto de los individuos como de la economía.

Al tocar un tema como es la prevención de la enfermedad mental las investigaciones y recursos están centrados principalmente en el abuso de alcohol y drogas, es sabido que este es un problema mundial que va en incremento sin haber encontrado la manera de cómo frenar esta situación pero para ello ya existen instituciones dedicadas a este punto y por ello no nos detendremos en abordarlo. Pero hay que recordar que no es la única enfermedad mental que existe y a la que debemos centrar toda la atención, esto es mencionado porque existe una gran cantidad de bibliografía dedicada completamente a este tema. Con esto nos damos cuenta que se han descuidado otras enfermedades mentales que como personal dedicado a la atención de las enfermedades mentales y a la promoción de la salud mental no se deben enfocar los esfuerzos solamente a prevenir una enfermedad porque dejamos de lado una gama impresionante de psicopatologías que son incapacitantes para el desarrollo del individuo.

Otra razón por la que es importante prevenir está relacionada con la demanda de atención, pues las Instituciones dedicadas al tratamiento de enfermedades mentales están saturadas, no se dan abasto y la calidad en la atención se decrementa por la demanda existente. La persona al solicitar una cita y la atención será programada después de varios meses y para entonces el interés por acudir a recibir el servicio será poca y por lo tanto no acuden, situación por la cual se ha perdido un individuo que necesita ser atendido. Además se debe canalizar una gran cantidad del presupuesto a la atención de enfermedades que se pudieron prevenir. Desde el punto de vista económico es más barato prevenir que curar.

Al tratar de prevenir la enfermedad mental no debemos olvidar que somos seres biopsicosociales, y como psicólogos podemos intervenir en el factor psicosocial ya que en el genético nos es imposible hacerlo. Una herramienta con la cual

contamos para efecto de la prevención es la educación, ésta es una parte fundamental de este proceso; como objetivo principal se tiene la modificación de estilos de crianza que ya se ha comprobado darán como resultado integrantes con una enfermedad mental como las “familias esquizofrenizantes” si a estas familias se les entrena y cambia la forma de comunicación y el trato con las personas que la integran se podría disminuir el riesgo de que se presente la enfermedad en uno o más de los integrantes, así también se puede realizar acciones para poder prevenir o disminuir el riesgo de que se presente alguna enfermedad mental y en específico la depresión por lo que se sugiere impartir cursos de autoestima para madres y padres de familia, así mismo impartirlos a los niños, ya que como lo demuestra la bibliografía es un factor importante para que esta psicopatología se desarrolle. Otro problema que es muy común y poco hablado por toda la carga social que se le da es la violencia familiar esta situación va a generar madres deprimidas porque es más común que la violencia sea dirigida hacia la mujer aunque también existen casos de hombres maltratados. Al niño le afecta de manera importante estar en esa dinámica y cuando existe este problema las familias darán por consiguiente hijos deprimidos porque ellos también son víctimas de la violencia, pero lo peor es que ellos reproducirán estos patrones porque son los patrones que están aprendiendo. Por eso el tratar de prevenir una enfermedad se tendrá que tocar y abordar más de una psicopatología, como ya se mencionó antes no son aisladas una de la otra.

Se sabe que con sólo informar no estamos previniendo de una manera integral pero es el primer paso para la prevención y es por ello que en este trabajo se propone un cuestionario sobre la depresión infantil que pueda informar a los padres de familia y profesores de nivel primaria de las principales características que tiene esta enfermedad y los puntos en los que deben poner atención para detectar a tiempo y el niño tenga un buen pronóstico, no es la finalidad que los adultos realicen diagnósticos pero si el conocerla y no tenerle miedo por tratarse de una enfermedad mental. Todo esto es para el beneficio del niño y de toda la

sociedad en general ya que por sus características esta enfermedad es muy incapacitante.

## BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, Rafael (1999) *Obesidad y autoestima*. México:McGraw-Hill interamericana

Asociación Psiquiátrica Americana(2002) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado DSM IV TR. España: Masson.

Axline V. (1975) *Terapia de juego*. México: Diana

Bailey A., McCloskey A. (2005) Pathways to Adolescent Substance Use Among Sexually Abused Girls. Journal of Abnormal Child Psychology. 1, 39-53

Beltrán J., Moraleda M., García E., Calleja F., Santiuste V., (1987) *Psicología de la educación*.Espana:Eudema Universidad.

Bowlby J. (1983) *La pérdida afectiva: tristeza y depresión*. Buenos Aires:Paidós

Briones Guillermo (1998). *La investigación de la comunidad*. Bogota:Tercer mundo editores.

Cabildo H.M. (2002) *Salud mental enfoque preventivo*. México:Imprenta unión.

Cardemil, E.V., Kim S., Pinedo T.M. (2005) Developing a Culturally Appropriate Depression Prevention Program:The Family Coping Skills Program. Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology. No.2. Pag 99-112

*Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes*.  
*Clasificación de la CIE-10 (2001)* España: Médica Panamericana.

Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínica y pautas para el diagnóstico. (1992) España:Médica Panamericana.

Dallal E. (1995) Salud mental e ingeniería social. Revista Mexicana de Psiquiatría Infantil 4, 5-10

Del Valle E. (1999) Melanie Klein: cierre y apertura. Argentina: Lumen.

De la Fuente, Medina, Caraveo (1997) Salud mental en México. México:Fondo de Cultura Económica.

De la Garza G.(2005) Depresión, angustia y bipolaridad: Guía para pacientes y familiares. México:Trillas.

Desjarlais R., Eisenberg L., Goody B., Kleinman A.(1997) Salud mental en el mundo. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Díaz A. F., Prados C. M., López G. S. (2002). Relación entre rendimiento académico, síntomas depresivos, edad y género en una población de adolescentes. recuperado el 18 de mayo de 2005 de la página [ww.psiquiatria.com](http://ww.psiquiatria.com)

Díaz M.A. Esteban J.R. (1999) Prevención de la salud mental en México. Estado actual y perspectivas. Salud Mental, número especial 154-158

Douglas E. W, Birmaher B., Axelson D., Neal D., Ryan, M., Dahl R., (2004) First Episode of Depression in Children at Low and High Familial Risk for Depression. Journal American Academic Child Adolescent Psychiatry 43, 291-297

Galván M.E., Reid B.J., García H.V. (1993) Prevención en psicología. México: Facultad de Psicología Universidad Nacional de México CONACYT

García S., Domínguez J.M., Jiménez A., Gutiérrez A.R., Solís J., Infante R., Luna A. (2000) Información y educación, base para la prevención. Salud Mental 3, 29-37

Goldman H. (2001) Psiquiatría General. México: Manual Moderno

Grinberg, L. (1978) Culpa y depresión: Estudio psicoanalítico. Buenos Aires: Paidós

Hamrin V., Pachler M. (2004) Depression in Children & Adolescents. The Latest Evidence-Based Psychopharmacological Treatments. Journal of Psychosocial Nursing 4, 10-15

Herangómez C. L. (2000) ¿Por qué estoy triste? Guía para conocer y afrontar la depresión. España: Aljibe

Hipólito J., Cimmino K. (2002) Ensayos y experiencias. Salud y educación demandas de la salud mental. Escuelas promotoras de salud. Argentina: Ediciones novedades educativas

Jonson L., Rosenfeld G. (1992) El divorcio y los hijos. Colombia: Norma

Jurado G.E. (1987) Memorias de la II reunión de salud mental. México: DIF.

Klein M. (1965) Nuevas direcciones en psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós

Kotliarenko M.A., Cáceres I., Fontecilla M. (1997) Estado de arte en resiliencia. OPS.

Lazarus R., Folkman S. (1986) Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Ediciones Martínez de la Roca.

Ledesma J.A., Melero M.L. (1989) Estudio sobre la depresión. España: Universidad de Salamanca.

Lee R. M. (2005) Resilience against discrimination: ethnic identity and other-group orientation as protective factors for Korean Americans. Journal of Counseling Psychology 52, 36-44

Lega L., Caballo V., Ellis A. (1997). Teoría y práctica de la Terapia racional emotivo-conductual. México: Siglo XXI.

Manciaux M., Vanistendael S., Lecomte J., Cyrulnik B. (2003) La resiliencia: resistir y rehacerse. España: Gedisa.

Materazzi M.A. (1991) Salud mental: Una propuesta de prevención permanente. Buenos Aires: Paidós.

Medina M., Borges G., Lara M., Benjet C., Blanco J., Fleiz B., Villatoro V., Rojas G., Zambrano R., Casanova R., Aguilar G. (2003) Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental 26, 1-10

Merry S., McDowell H., Hetrick S., Bir J., Muller N. (2004) Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. Department of Psychiatry, University of Auckland, New Zealand.

Mirza Y., Tang J., Russell A., Banerjee P., Bhandari R., Ivey J., Rose M., Moore G. (2004). Reduced Anterior Cingulate Cortex Glutamatergic Concentrations in Childhood Major Depression. Journal American Academic Child Adolescent Psychiatry 43, 341-348

Moizaszowicz J. (1998) Psicofarmacología Psicodinámica IV estrategias terapéuticas y psicobiológicas. Buenos Aires:Paidos

Portillo, T. F. y Villa, L.T (2001) Correlación entre rendimiento escolar y depresión en niños de 8 a 12 años de edad. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Ramírez G. M (2003) Cuando los padres se separan. Alternativas de custodia para los hijos (guía práctica). Madrid: biblioteca nueva

Reynolds W. y Mazza J. (1998). Reliability and validity of the Reynolds Adolescent Depression Scale with Young Adolescents. Journal of school psychology. No. 3 pag. 295-312.

Roca B. M. (1999). Trastornos del Humor. España: Panamericana

Rodríguez S.T. (1995). Psicopatología del niño y del adolescente. España: Universidad de Sevilla

Rojtenberg S. L. (2001). Depresión y antidepresivos. Buenos Aires: Panamericana Argentina.

Santrock W. J. (2003). Psicología del desarrollo. México:Mc Graw Interamericana

Satir V. (1985) Psicoterapia familiar conjunta. México:Prensa médica.

Segal, H. (1992) Introducción a la obra de Melanie Klein. México:Paidos

Shaffer D., Waslick B., (2003) Las multiples caras de la depresión en niños y adolescentes. Barcelona: Psiquiatría Editores S.L.

Solís R. L., Sánchez G. A., Cortés F. R. (2003) Drogas las 100 preguntas más frecuentes. México: CIJ

Solloa G.L.M. (2001) Los trastornos psicológicos en el niño: etiología, características, diagnóstico y tratamiento. México:Trillas.

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

Vallejo R. J., Gasto F. C. (2000)Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. España: Masson.

Wagner D. K., Robb A. S., Findling R. L., Jin J., Gutierrez M. M., Heydorn W. E. (2004) A Randomized, Placebo-Controlled Trial of Citalopram for the Treatment of Major Depression in Children and Adolescents. American Journal Psychiatry **6**, 1078-1083

West J. (2000) Terapia de juego centrada en el niño. Manual Moderno: México.

Wolfberg E. (2002) Prevención en salud mental. Buenos Aires: Lugar editorial S.A.

Wong I., Besag F., Santosh P., Murray M. (2004) Use of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Children and Adolescents. Drug Safety **27**, 991-1000

Zuk H. G. y Boszormenyi N. I. (1998) Terapia familiar y familias en conflicto. México: Fondo de Cultura Económica