



U NIVERSIDAD
I NSURGENTES

Plantel Xola

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA CON
INCORPORACION A LA U.N.A.M. CLAVE 3315-25

"PROPUESTA DE UN TALLER DESDE EL
ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA
PREVENIR LA DEPRESIÓN EN NIÑOS
ESCOLARIZADOS DE DIEZ AÑOS"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A

C. RAÚL GONZÁLEZ VALDOS

DIRECTOR: MTRO. EDUARDO ANTONIO LEÓN IBARRA

MÉXICO, D.F. 2006.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ÍNDICE.

	PÁGINA
RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 1. DEPRESIÓN.....	5
1.1. Antecedentes históricos de la depresión.....	5
1.2. Concepto de depresión.....	8
CAPÍTULO 2. SÍNTOMAS PRINCIPALES DE LA DEPRESIÓN.....	17
2.1. Principales factores relacionados con la depresión.....	20
2.2. Tipos de depresión, según Ariete.....	24
2.3. Formas más comunes de depresión, según Ballesteros.....	33
2.4. Estadísticas de la depresión.....	36
CAPÍTULO 3. DEPRESIÓN INFANTIL.....	39
3.1. Características de la depresión infantil.....	42
3.2. Factores desencadenantes de la depresión infantil.....	44
3.3. ¿Cómo influye la familia en la depresión infantil?.....	46
3.4. Estudios realizados en la depresión infantil.....	47
CAPÍTULO 4. DEFINICIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVA.....	64
4.1. Características de la terapia cognitiva.....	66
4.2. Principales exponentes de la teoría cognitiva-conductual.....	67
4.3. Aprendizaje conductual.....	71
4.4. Diferentes técnicas de modificación de conducta	79

4.5. Diferentes instrumentos de medición para la depresión infantil desde la terapia cognitiva-conductual.....	89
--	----

CAPÍTULO 5. ETAPAS DEL DESARROLLO DEL INFANTE..... 93

5.1. Desarrollo del niño de 9-12 años de edad.....	93
5.2. Aspectos importantes en el pensamiento del niño.....	95
5.3. Teoría psicosocial de Erikson.....	96
5.3.1. Teoría cognoscitiva de Piaget.....	99
5.4. Orientación cognitivo-conductual.....	100
5.4.1. Rendimiento académico en infantes.....	101
5.5. El rol de los padres en el proceso de desarrollo del niño.....	104
5.5.1. Relación familia-escuela.....	106
5.5.1.2. Los padres son los principales educadores.....	109

CAPÍTULO 6. METODOLOGÍA.....115

6.1. Planteamiento del problema.....	115
6.2. Delimitación.....	116
6.3. Objetivo.....	116
6.4. Justificación.....	116
6.5. Hipótesis.....	118
6.5.1. Variables.....	118
6.6. Tipo de estudio.....	118

**CAPÍTULO 7. “PROPUESTA DE UN TALLER DESDE EL ENFOQUE
COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA PREVENIR LA DEPRESIÓN EN NIÑOS
ESCOLARIZADOS DE DIEZ AÑOS”..... 119**

CONCLUSIONES..... 124

BIBLIOGRAFÍA..... 125

RESUMEN

La depresión en la infancia constituye hoy un problema sanitario importante en donde no se le ha dado la importancia ni el interés necesario, en torno a la escuela, actualmente se identifica el creciente fracaso académico registrado como una de las causas de la depresión y que día a día va en aumento, aunque esta idea tiene escasa fundamentación científica. Sin embargo, dado que es por el rendimiento escolar por lo que el niño es más valorado, es comprensible que pudiera presentar algunos síntomas de la depresión como tal al no tener un óptimo aprovechamiento y una desatención en general por padres y amigos. Se investiga también la concordancia habida en las distintas fuentes que puedan ser utilizadas en la evaluación de los niños: niños, padre, madre y maestros. El objetivo final de esta investigación es poder perfilar los factores de riesgo asociados a la aparición de las depresiones infantiles para poder diseñar un programa de prevención con el que se pueda hacer frente fundadamente a este problema.

Por último también debemos saber que si esta enfermedad no se trata a tiempo puede llevar al niño al suicidio, en los casos más extremos. Lo más importante es que para el problema de la depresión existen soluciones que se basen fundamentalmente métodos preventivos o al ya ser detectada la patología utilizar tratamientos en conjunto con la familia del niño, la cual aportará la base de su recuperación.

INTRODUCCIÓN.

Hoy es un hecho indiscutible que niños y niñas pueden tener depresión, estadísticas nacionales revelan que entre un 4 y un 6% de la población infantil ha desarrollado algún grado de depresión que se refleja en un conjunto de síntomas que por su cantidad, intensidad y duración, incide en el desarrollo normal de los niños. Nos encontramos en la actualidad con niños que sufren trastornos psíquicos encubiertos, algunos de ellos son los llamados cuadros de depresión infantil con diferentes grados de severidad. Para que exista depresión, primero el niño tiene que haber conseguido la función psíquica de la tristeza. Así pues, en edades de 2 a 5 años es complicado distinguir lo que es depresión de lo que es el nacimiento de la tristeza, la pena o la nostalgia. Casi todo problema de desajuste psíquico en los niños está impregnado de ansiedad y de depresión, de forma irregular e intercambiable. Pudiera estar provocada por factores externos al niño, que le agreden de una manera directa o indirecta, o conflictos personales del niño más internos.

Pero detectar una depresión infantil no es fácil, primero, porque la forma en que la depresión se manifiesta depende de la etapa de desarrollo, ya que puede aparecer en todas las edades. Un niño pequeño, por ejemplo, no podrá verbalizar qué le provoca el problema y se expresará mayormente a través de conductas de hiperactividad o retraimiento. En cambio, un niño más grande podrá, a través de sus expresiones, como su actitud negativa, enojo y tristeza por ejemplo, dar síntomas más claros de lo que vive, como la tristeza persistente, pensamientos o expresiones suicidas, desesperanza, deterioro de los estudios y ausencias frecuentes de la escuela. Sin embargo, quienes pueden alertar mejor de una depresión infantil son los

adultos más cercanos y significativos a los niños: padres y profesores. Por eso habrá que prestar atención a ciertos comportamientos que persisten e interfiere con su desenvolvimiento normal y no dejarse llevar por mitos como que "los niños no entienden", "no les afecta" o "se les pasa con el tiempo".

Los criterios generales para diagnosticar depresión infantil son la presencia de estados de ánimo caracterizados por la tristeza, el retraimiento o la irritabilidad, es importante destacar ¿de qué manera?, el infante va a responder ante situaciones que se le lleguen a presentar en un momento dado durante su desarrollo y el ambiente en donde se desenvuelve, como la influencia familiar y grupal, que factores pueden ser desencadenantes para que de esta forma se pueda trabajar desde una perspectiva cognitiva-conductual conociendo los principales exponentes de esta corriente y cuáles instrumentos pueden ser de mejor utilidad los cuales se describirán y mencionaran en el presente trabajo.

Primero, en el capítulo 1 se mencionan los antecedentes históricos de la depresión en general, posteriormente se hace énfasis en la infantil, se describirán los puntos importantes de ésta, donde se podrá ver claramente que no se le daba importancia a esta patología, hasta ahora; por ello la importancia del presente taller. En el capítulo 2, se abordan los diferentes tipos de depresión, qué la desencadena, tipos de ésta y algunas investigaciones en donde obtenemos datos estadísticos de utilidad, en el capítulo 3, esas características y estudios de la depresión infantil y que tanto influye la relación familiar o que papel juegan en este padecimiento. Así en el capítulo 4, se realiza una descripción de la terapia cognitivo-conductual en la cual se basa la elaboración de este taller, se especifican las características, hipótesis, definición de aprendizaje conductual, diferentes técnicas para la modificación de la conducta, sus

principales exponentes y los diferentes instrumentos de medición que se utilizan, posteriormente en el capítulo 5, se mencionan las etapas del desarrollo del niño, destacando la de la edad que interesa en esta investigación(9-10 años), retomando los puntos más importantes que ayuden a entender su relación con alguna sintomatología de la depresión infantil, cómo es el rendimiento escolar teniendo alguna alteración en su desarrollo, el rol que desempeñan los padres de familia y la relación familia-escuela. Finalmente en el capítulo 6, se describe la propuesta de un taller desde un enfoque cognitivo-conductual con el fin de prevenir la depresión en niños escolarizados de diez años de edad, será utilizado como herramienta para padres de familia y profesores en la detección y prevención de los probables síntomas depresivos, reduciendo notablemente así, la incidencia en la depresión infantil.

CAPÍTULO 1.- DEPRESIÓN.

1.1. Antecedentes históricos de la depresión.

A lo largo de la vida todos hemos experimentado momentos de tristeza, infelicidad o soledad, casi siempre como una reacción ante un hecho significativo. Estos sentimientos de tristeza o infelicidad diríamos que son normales o esperables, a veces ocurre que estos sentimientos son más intensos o más prolongados y se asocian con otros síntomas psíquicos o físicos, si esto es así nos encontramos frente a una enfermedad llamada Depresión (Ariete Bemporad, 1990).

Durante el transcurso del tiempo el término depresión ha ido evolucionando hasta definirse e identificarla en la actualidad como una enfermedad. Los datos que permiten identificar sus orígenes se remontan muchos años atrás en el siglo IV a.C., cuando el gran filósofo Hipócrates hace la descripción de una enfermedad a la cual llama melancolía, menciona que era causada por uno de los cuatro humores corporales, que en relación conjunta estaban relacionados con problemas psiquiátricos: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema; y que la melancolía era producida por la bilis negra o atrabilis (Bee, Mitchell, 1987), con diversa sintomatología, principalmente somática.

Un siglo después Caelius Aurelianos (siglo V a.C.) apoya la descripción de Hipócrates afirmando que la bilis negra era la causa de la melancolía y que la depresión su efecto; si bien en ese entonces no se conocía con exactitud lo que era la depresión o la melancolía, los síntomas descritos eran acertados en comparación con lo que en la actualidad conocemos. Ésta se caracterizaba por aversión a la

comida, irritabilidad, cansancio, somnolencia o como las describe Caelius en Polaino (1980), los pacientes melancólicos presentan síntomas como ansiedad, silencio, rechazo y hostilidad hacia la propia familia, en ocasiones deseos de vivir y en ocasiones deseos de morir, llantos y quejas sin sentido, pero estas personas podrían no presentar síntomas reales de una depresión como lo afirma Polaino (Bee, op.cit., 1980), diciendo que estos síntomas que preceden a la melancolía tampoco se aproximan a la psicopatología de las depresiones, tal y como hoy la conocemos, y mucho menos llegan a implicar una matización del tipo etiológico sobre la depresión; en cierto modo tiene razón pero también hay que tomar en cuenta que los términos utilizados en ese tiempo, por la época en que se encontraba, son muy buenos y su aproximación es muy acertada.

Otros pensadores como Galeno de Pérgamo (130-120 a.C.) describen a la melancolía como una alteración crónica que no se acompaña de fiebre y con síntomas como temerosidad, suspicacia, cansancio de la vida entre otros; así los términos fueron cambiando, uno de los cuales es la manía que era identificada como estados de humor de tonalidad opuesta (Bee, op.cit); otro término utilizado es la melancolía que ha sido utilizada como sinónimo de depresión hasta el comienzo de la era psicofarmacológica, este se extendió durante poco más de diez siglos durante los cuales Gregorio Magno (540-604 a.C.) describe (polaina, 1980).

Esta enfermedad no era tomada como un problema de salud serio, sin embargo, hasta la época del México prehispánico a las personas que presentaban estos síntomas llegaban incluso a recomendar un tratamiento a base de yerbas o jugos de flores al cual le llamaban remedio para la "sangre negra", término común del cuadro en la Europa del siglo XVI (Calderón, Guillermo 1998). Todas las descripciones que

se hacían fueron un gran principio para tomar a la depresión como una enfermedad que ataca a cualquier persona, por lo cual debe de ser tratada; pero no fue sino hasta 1630 (Robert Burton) cuando se publica un tratado llamado anatomía de la melancolía en el cual era fácil identificar los estados depresivos, y después con Bonetus quien en 1679 escribe de la "manía de la melancolía" y en otra publicación de 1686 habla acerca de la relación y significación etiopatogénica existente entre la melancolía y la manía (Polaino, op.cit.), esto da paso a que se formulen términos para los diferentes tipos de depresión. Bonetus (1679) emplea el término maniacomelancholicus que es el equivalente a maniaco depresivo utilizado hoy en día.

A su vez y en relación con las causas de la depresión Philippe Pinel (Calderón, op.cit.), a principios del siglo XIX, señaló como causas posibles de la melancolía en primer lugar las psicológicas, como una pérdida significativa en la vida, ya sea material o emocional, miedo y en segundo las físicas.

Conforme fue avanzando el tiempo los conceptos y términos utilizados para referirse a la melancolía o depresión eran más acertados y específicos. En 1869 Georg Meller Beard decía que la neurastenia (fatiga nerviosa) era un estado crónico de afección del sistema nervioso central (SNC) sin lesión demostrable en donde se presentaban síntomas como irritabilidad (mal humor crónico), insomnio, mareos, temores difusos, temores hipocondríacos (Gasto, 1993). Por otra parte Kraepelin en 1896 con su especificación de la diferencia entre psicosis maniaco-depresiva y demencia precoz llamada después esquizofrenia, dio paso a que se considerará a la psicosis como una depresión.

1.2. Concepto de depresión.

Durante todo ese tiempo los términos utilizados fueron similares, como neurastenia y psicastenia como sinónimos de depresión neurótica, al neurótico se le clasifica dentro de una depresión crónica además de con una probable respuesta al tratamiento biológico. Los diferentes términos de melancolía en su mayoría coincidían al especificarlas con sus síntomas, por ejemplo en el libro de: cultura y melancolía (Roger Bartra, 2001.), melancolía se define como:

"tensión del espíritu, enfermedad difícil en la que el enfermo parece tener en las vísceras una espina, la náusea le atormenta, se aparta de la luz y de los hombres tiene terror y la eclosión frénica (delirio) hace salir al exterior".

Aquí se puede apreciar una expresión literal y a su vez corpórea de los síntomas que padecía una persona con depresión o melancolía y la actitud que toma; en donde se tiene razón en que si no se atiende puede ser mortal para quien la padezca, lo que puede provocarla es el tiempo por el cual pasa la persona deprimida en donde se sienta con demasiado trabajo o estrés además de la forma en relacionarse en su entorno y con los demás, así finalmente melancolía es aceptada como sinónimo de depresión y que lleva a otros más que especifican las diferentes ramas o clasificaciones de ésta; como se demuestra en la primera cuarta parte del siglo XX en donde los conceptos se desglosaban en ansiedad, depresión, histeria, hipocondría, obsesión, fobia, trastorno psicossomático, entre otras; y como Sir Aubrey Lewis que a fines de los 30's establece conceptos como las psicosis afectiva, la depresión psicogénea y la neurosis de ansiedad que en cierto modo eran inseparables en cuanto a diagnóstico por la similitud de padecimiento.

De este modo fue evolucionando el término depresión hasta encontrarnos en la actualidad con una gran información de causas, características y tratamientos para esta enfermedad; Hipócrates (quien fue el primero en aportar un descubrimiento importante en el campo de la depresión), reconociéndola por principio como una enfermedad que debe ser considerada y tratada con importancia, llamándola melancolía y haciendo una descripción clínica de esta mencionando a los cuatro humores corporales (Gasto, op.cit.).

Kraepelin, (Polaina, 1980), por ejemplo la denominó locura maniaco- depresiva, derivado de depresión por los diferentes síntomas característicos. Breton (1998, pp.8-40) describe al término depresión como una forma de trastorno anímico o afectivo, con lo cual se refiere a un cambio en el estado de ánimo.

Estas son definiciones que pueden dar una idea general de lo que significa el término depresión y están basadas prácticamente en un síntoma muy característico de esta enfermedad, la tristeza; el estar triste y sentirse deprimido se utilizan como síntomas principales; así que por tanto depresión es un estado de tristeza que nos lleva al concepto de Márquez (1990), “la depresión es la falta o el déficit de energía psíquica, ya que este concepto involucra la explicación a muchos síntomas no sólo a uno, por los cuales una persona puede estar en un estado de depresión”. La energía psíquica es aquella energía o fuerza que vivifica, anima y que procede de unas relaciones satisfactorias con el ambiente y con uno mismo. Producir energía psíquica es sinónimo de sincronizar con lo que tenemos alrededor o a través de unas relaciones satisfactorias, según lo dice Márquez (1990); así pues, entonces el secreto de este sentir de la felicidad no es otro que mantener el equilibrio y sincronizar con la naturaleza y con todo lo que nos rodea. Otras definiciones no menos importantes que

las anteriores son las de la Organización Mundial de la Salud (OMS) quien describe a la depresión como una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad. La actividad está por lo general disminuida pero puede haber desasosiego y agitación. Hay una propensión marcada a la recurrencia, que en algunos casos puede presentarse a intervalos regulares. Ésta abarca síntomas del pensamiento comparándola como una psicosis afectiva. Otra es la propuesta por el DSM III (Diagnostic and Statical Manual of mental Disorders), describe como humor disfórico diciendo así: "Pérdida del interés o insatisfacción en todas o casi todas las actividades o pasatiempos usuales. Se expresa por síntomas tales como: deprimido, triste, desesperanzado, irritable, preocupado" , (Márquez, op.cit.)

Todas las definiciones y conceptos mencionados nos dan una idea de lo que es depresión, junto con síntomas que más adelante se ampliarán para una mejor comprensión, pero se podría decir que en general estas son las más importantes para unificar un concepto.

Una forma de llegar a entender, sólo por una parte, a la depresión es tal vez por medio de la teoría del desamparo aprendido que ha sido muy controversial en el campo de la depresión como causa de ésta, esta teoría es una expectativa aprendida de que la recompensa ocurre independientemente de las respuestas del individuo y que, por lo tanto, no es posible predecir o controlar la ocurrencia de las recompensas. El desamparo aprendido tiene origen en una historia, experimentalmente inducida o de ocurrencia natural, de haber recibido castigos y estímulos aversivos independientemente de la respuesta dada. Estas circunstancias resultan en una afectación de la capacidad de aprendizaje, utilizado para poblaciones

humanas y animales, la llamada teoría del desamparo aprendido aplicada a la enfermedad de la depresión, y que aquí cobra una dimensión nueva: la depresión de la muerte incontrolable por el ser humano, y que le enseña a dejarse arrastrar impunemente por ella sin que, según piensa, pueda hacer nada por superarla o vencerla. Es la sumisión a la desesperanza, provocando un síndrome, el de la renuncia, asumir una actitud de abandonarse, de no luchar. Pero este destino irrevocable por el hombre mortal posee una correspondencia a través de todo el trayecto que se dirige hacia el imán de la muerte. Los sentimientos de incapacidad, de fatalidad y desamparo tal como se traducen y experimentan con la muerte se repiten a lo largo del camino provocando estados de abatimiento por los que el individuo siente, al igual que en la muerte, que todo está perdido, nada cambiará. No tienen futuro, no hay esperanza. En la vida del individuo se dará un aburrimiento vital en la que se proyecta la nada de la existencia humana: el vacío interior, si no encuentra el sentido que marca la propia existencia. Pero ese vacío es el anuncio de la saturación. No hay nada que le apetezca ni que le caiga bien. Todo ha sido probado en menos tiempo de lo que imaginaba, colmándole sin poder tragar nada más. Es una situación, de que a pesar de los posibles estímulos nada le interesa ni entusiasma. Todo es contemplado del mismo color y con la misma falta de intensidad. El hastío, la monotonía, el enojo, el cansancio y el desaire se instalan con una intención vitalicia. Y es que el hombre manifiesta que no hay nada que le llene, necesitando descubrir lo que auténticamente le motive para superar el estado de muerte continua que trae su naturaleza, ciertos hombres a diferencia de otros pueden ser capaces de superar una situación profundamente adversa dentro de un contexto maligno humano, lo que quiere decir que en algunos casos funciona un cierto tipo de esperanza que les permite hacer frente a una prueba histórica en la que

otros sucumbieron, esto nos demuestra la diferencia entre esta teoría y la depresión, porque en la patología de la depresión tenemos y podemos aplicar elementos con las que podamos combatirlo y en la Teoría del desamparo podríamos acentuar más estos síntomas depresivos. En un experimento realizado por Seligman y Maier (Bower 1996), para explicar el paradigma del desamparo aprendido utilizaron a dos grupos de perros a los cuales se les aplicaron descargas eléctricas dolorosas e impredecibles, pero sólo un grupo podía evitarlas al oprimir un panel y el otro no podía evitarlas a pesar de las respuestas que diera. Como la incapacidad, del grupo que no podía evitar de ninguna forma los choques, para actuar dependía de una historia de exposición a descargas no contingentes de las que no podían escapar, el fenómeno se denominó "desamparo aprendido"; esto es que si no podían tener control sobre las descargas para intentar evitarlas ya no intentaban ninguna respuesta; después de determinadas sucesiones de descargas el perro sólo se quedaba quieto "soportando" las descargas. Algo semejante ocurre con los humanos que presentan desamparo aprendido el cual sería una característica de la depresión ya que Bower (op.cit.) nos menciona que los déficit emocionales de los sujetos con desamparo aprendido son clínicamente interesantes y se asemejan a aquellos que asociamos con el individuo desesperanzado, desanimado o completamente frustrado, también Seligman (1985) ha considerado el desamparo aprendido como una analogía de la depresión clínica humana.

Así que la teoría de Desamparo Aprendido establece que atribuir "incapacidades" (cuidados, el cubrir varios aspectos de sus necesidades básicas y afectivas) a factores internos sugiere, precisamente, cierta tendencia al desamparo aprendido. También se considera que hay un continuo de susceptibilidad a creer en el

desamparo propio que sustenta la depresión tanto endógena como reactiva, pero es importante mencionar que cuando una persona se encuentra bajo este paradigma del desamparo aprendido, los síntomas que presenta son similares a algún tipo de depresión lo cual es corroborado por como lo explica Seligman, "la depresión es el convencimiento de la propia impotencia" (Trad 1992).

Entonces el desamparo aprendido es también una forma de depresión en donde los seres humanos, como los animales, están convencidos de la propia indefensión que se convierte en un obstáculo para intentar alternativas de escape de las tensiones y problemas. La depresión es una enfermedad de naturaleza psicológica, matizándose como trastorno del estado de ánimo. Partiendo del significado del término "depresión" como "hundimiento" de algo, lo entenderemos como una disminución o baja energética de algunos componentes de la persona: en la energía vital o biológica se manifiesta como desvitalización (falta de voluntad, iniciativa o ganas de hacer más o menos cosas, trabajos, actividades); en la afectividad se expresa como tristeza, vacío existencial, autoculpa, soledad, en la mente se crea ofuscamiento, pesimismo, acrecentamiento descontrolado de oscuros pensamientos dominantes, inseguridad. Hay otros síntomas, pero éstos son los más frecuentes y universales que suelen manifestarse conjuntados -no aislados- en el caso de un estado depresivo; es decir, una persona que únicamente viva la tristeza, o el pesimismo, o la inseguridad o la desgana, no significa que esté deprimida (Trad, op.cit.).

Así que la depresión no es un problema actual, sino que ha existido desde siempre considerándose como un estado de ánimo pasajero por los síntomas que presentaba, cansancio falta de energía etc., que eran flojos y que por tal no querían realizar ninguna actividad; hasta que Hipócrates comenzó a analizar este "estado de

ánimo pasajero", a partir de entonces el término depresión fue evolucionando dando paso a que muchos investigadores interesados en la enfermedad formularan, de acuerdo a las características y síntomas en que se presentaba, su propia definición y explicación acerca del por qué se originaba este trastorno una de las cuales es el desamparo aprendido, en donde ya se comentó (pág. 14-15) que esta teoría explica un poco a nivel psicológico por qué se puede presentar una depresión cuando la persona se encuentra en determinadas circunstancias las cuales se le aparecen en el ritmo de vida o en la relación con los demás (Trad, op.cit.).

Las causas y síntomas que se presentan en una depresión son diversas y enfocados a muchos aspectos; los diferentes autores que han tratado este tema generalmente se enfocan a describir por una parte a los síntomas y por otra a los diferentes tipos de depresiones sin que se encuentre un orden o normalmente los agrupan por las etapas de la vida sin, tal vez, que hay depresiones que son resultado de otras generadas desde la infancia o que un tipo de depresión puede presentarse en un niño como en un adulto, pero, lo importante es que se llega finalmente a considerar que como somos muchos habitantes en el planeta de igual forma existen diversos tipos de causas por las cuales se origina una depresión al igual que características y síntomas que van desde factores genéticos, psicológicos, ecológicos y sociales, en donde los genéticos tienen una influencia importante, no sólo en las depresiones sino en otras enfermedades como ya se sabe; los factores psicológicos se puede decir que son los más importantes por el tipo de depresión grave que originan, (Papalia, 1994). Por otra parte también están los ecológicos, aunque suene un tanto exagerado, pero a veces el estrés, el ruido y otros factores llevan a un tipo de depresión simple, pero al igual que todos los tipos de depresiones debe ser atendida

para que el problema no se agrave y por último se encuentran las causas sociales que de igual forma son especialmente importantes ya que por naturaleza interactuamos socialmente y es por tal que los lazos afectivos son importantes para nosotros.

Al hablar de depresión es importante considerar qué pasa realmente en el mundo respecto a cifras; ¿cuántas son las personas que padecen esta enfermedad? y ¿quiénes la padecen más?, son preguntas que nos pueden ayudar a saber qué es y cómo se presenta una depresión para así tomar decisiones y actuar de acuerdo a éstas, las causas y tipos de depresiones que se presentan en las personas pueden ir desde lo más sencillo a lo más complejo y riesgoso ya que puede haber un suicidio, por lo cual distintos estudios realizados por diversos investigadores llegan a lo que son las distintas terapia como la terapia cognitiva y la terapia conductual que son de mucha importancia para que el paciente se recupere (Papalia, op.cit.).

Aunque funcionan interrelacionadas, hay que dividir las causas de la depresión en externas e internas. Las causas externas son solamente desencadenantes que incidiendo sobre la previamente creada desarmonía interior, despliegan el estado depresivo. Como ejemplos frecuentes están las desilusiones afectivas, los conflictos interpersonales, la marginación o aislamiento por parte de otras personas, la jubilación no aceptada, los problemas económicos, la muerte de alguien querido, entre otras (revista de psicología general, 1998).

Pero si observamos que las ante dichas situaciones no producen el mismo efecto en todas las personas, comprenderemos que las verdaderas causas de las depresiones son internas, las cuales llevan, durante un período de tiempo más o menos largo a

un desajuste o desarmonía psicológica que, a su vez, se constituye en campo abonado para que, antes o después, surja la depresión. Ejemplos de éstas son la hipersensibilidad, los miedos prolongados, las preocupaciones, las frustraciones, el pesimismo, la tristeza, la tensión nerviosa, la incomunicación, la soledad, las dependencias, la desvitalización progresiva con la edad, la fuerte añoranza del pasado y la rigidez (revista de psicología general, op.cit.). Conocer estas causas nos sirve como ayuda para salir de la depresión o como prevención si no se está en ella. Sin embargo, la clave esencial para solucionar el problema, sea cual sea su gravedad, se encuentra en conseguir el nivel adecuado de atención -tanto la dirigida al estado depresivo como la generalizada a todos los momentos posibles de la vida cotidiana- que permita comprender y por consiguiente, transmutar dicha vivencia. Esta actitud, en sí misma, controla la afluencia de pensamientos pesimistas a la mente, pudiendo ser ayudada por la automática decisión de sustituir cada pensamiento negativo que llega por su opuesto u otro positivo. Depresión es una palabra que tiene dos sentidos, en el lenguaje de la calle decimos "tengo depresión" si estamos tristes, apenados, agotados o desinteresados; depresión o trastorno depresivo es el nombre de una enfermedad que afecta, por una parte, al estado de ánimo y por otra parte a una serie de funciones vitales (revista de psicología general 1998, op.cit.), así se verifica que existen una gran cantidad de terminología y estudios sobre los diferentes tipos de depresión, no solamente en la actualidad sino desde siglos antes en donde no había un término como tal y sin saber realmente que era lo que la provocaba, aunque todavía no se precisa con exactitud que es lo que desencadena la depresión sí tenemos muchas referencias de investigaciones acerca del tema para poder darle un seguimiento y mejor aún, actuar de una forma preventiva que es lo que se busca en este trabajo.

CAPÍTULO 2. SÍNTOMAS PRINCIPALES DE LA DEPRESIÓN.

La depresión se puede presentar bajo estado de ánimo: desmoralización, falta de ilusiones, falta de ganas de hacer cosas, sentirse bajo de tono y la dificultad para hallar distracciones, no se disfruta igual que antes lo que antes hacía gozar, ahora es más indiferente si algo distrae es de forma momentánea, la persona se siente como apagada Masson (Belloch y Sandín, 1996).

Otros síntomas de los que puede haber uno o varios son, menciona dos por Belloch:

- Trastornos del sueño (insomnio, despertar antes de hora, exceso de sueño durante el día).
- Trastornos del apetito (ya sea pérdida o ganancia de apetito).
- Pensamientos repetitivos sobre temas que despiertan ansiedad, en otras palabras, cuando se retoma un tema de preocupación es difícil sacárselo de la cabeza.
- Pensamientos negativos, mala imagen acerca de sí mismo, sentimientos de culpa o de inferioridad.
- Falta de concentración, sensación de pérdida de concentración o de memoria.
- Fatiga física, generalmente presentado por la mañana.
- Dolores en diversas partes del cuerpo.
- Pérdida del interés sexual.
- En algunos casos graves, ideas de muerte.
- Desesperación, sensación de inutilidad
- Dormir mucho o poco.

- Agitación, irritabilidad, alucinaciones, ansiedad
- Sentirse cansado, sin energías o sin fuerzas permanentemente.
- Sentirse irritado o que no ha descansado lo suficiente todo el tiempo.
- Dificultad para concentrarse y tomar decisiones.
- Tener dolores de cabeza, dolores de estómago o de otro tipo que no responden al tratamiento médico.
- Tener ideas recurrentes de suicidio o muerte.
- Sentimientos de falta de valor, autoreproche, culpa excesiva, resentimiento.
- Problemas en la escuela o en el trabajo.

También podemos mencionar la pérdida de memoria, apatía, distracción, ilusiones, lloriqueo, intranquilidad, ataques de pánico, agresividad, retiro social, mala apariencia, desorientación o sensación de tristeza, los síntomas presentados en los infantes son muy similares solo que más difícil de detectar ya que no lo manifiestan o expresan, estos se abordarán de manera más específica en un capítulo posteriormente en el presente trabajo.

Un 30 % de la población general padece algún tipo de depresión, solamente un pequeño porcentaje de depresiones, que posiblemente no llegue al 4 % están correctamente tratadas, las personas con somatizaciones de la depresión (dolores de cabeza, vértigos, trastornos gástricos, crisis de pánico, dolores precordiales) suelen ser sometidas a innecesarias exploraciones médicas y pasan unos tres años, por término medio, antes de que les sea diagnosticada y tratada la depresión subyacente, las depresiones en los niños, suelen provocar síntomas distintos:

trastornos de conducta, irritabilidad, fallos de rendimiento escolar, apatía, negativismo, aislamiento social y aumento de la conflictividad (Masson, op.cit.).

En otras ocasiones los pacientes pueden presentar malestares o dolores crónicos (espalda, estómago o cefaleas). Todos los síntomas antes descritos pueden asociarse, estar precedidos o incluso encubiertos por problemas digestivos: sequedad bucal, cólicos, constipación o estreñimiento (Masson, op.cit.).

La depresión es una enfermedad que puede afectar a cualquier persona a cualquier edad y no tiene en cuenta la raza, sexo, factores étnicos, ni religiosos pero generalmente es más frecuente en personas con antecedentes familiares de depresión (Masson, op.cit.).

Existen algunos factores tanto internos como externos que pueden contribuir a la depresión. Ciertas enfermedades como los accidentes cerebro vasculares, los problemas de tiroides, el uso de medicamentos como los esteroides y algunos antihipertensivos, el abuso del alcohol, drogas u otras sustancias adictivas; por otra parte los problemas financieros específicamente relacionados con su estabilidad económica, adaptarse a un nuevo estilo de vida, como jubilación, los problemas personales como el divorcio o la muerte de un ser querido, todas estas condiciones y situaciones pueden ocasionar la depresión, Jacobson (1981).

Las mujeres son más propensas en relación, dos a uno, que los hombres a padecerla; aunque no está claro el por qué, investigaciones sugieren que las características biológicas de la mujer -tales como los cambios hormonales y la genética- pueden ser causales de la depresión. Existen adicionalmente otras causas de tipo social como el estrés del trabajo y las responsabilidades familiares, los roles y

expectativas nuevas de la mujer, incluso el aumento en la incidencia de los abusos sexuales y la pobreza, también pueden estar contribuyendo a las altas tasas de depresión en la mujer (Jacobson,op.cit.)

2.1. Principales factores relacionados con la depresión, según Gasto:

a) Herencia: Se sabe que las personas que poseen antecedentes familiares de depresión están más expuestas a sufrir la enfermedad.

b) Personalidad: Las personas que son pesimistas, las que tienen una autoestima baja o las que se estresan fácilmente son más propensas a desarrollar una depresión.

c) Situaciones estresantes: La depresión también se relaciona con situaciones estresantes como la pérdida de un ser querido, problemas financieros u otros. Aunque también puede aparecer cuando todo parece funcionar bien en la vida de la persona.

d) Estacionalidad: También se ha observado que hay personas que desarrollan depresión durante los meses de invierno, producto de la disminución de la luz solar.

Todos estos factores son importantes en la aparición de la depresión, pero aún no se sabe exactamente como se produce. Si bien es cierto que hay personas más predispuestas que otras a sufrir depresión, esta nos puede afectar a todos en algún momento de nuestra vida (Gasto, 1993).

Es importante destacar también que existen numerosos problemas de salud que pueden simular una depresión, como por ejemplo el hipotiroidismo, cáncer,

enfermedades del corazón incluso medicamentos, por esta razón es muy importante que la persona acuda al médico y se le practique un examen físico y de laboratorio completo, de esta forma se descartarán estos problemas y se definirá cuál es el tratamiento más adecuado (Gasto, op.cit.).

Desafortunadamente en la mayoría de los casos no se puede combatirla solo por medio de la fuerza de voluntad, sino que requiere de un tratamiento médico adecuado con fármacos y terapias de apoyo o psicoterapia. El tratamiento con antidepresivos correctamente seleccionados puede ayudarle a sentirse mejor en pocas semanas y recuperar su vida que llevaba antes de la depresión.

La depresión es un trastorno del estado de ánimo con sentimientos severos y prolongados de tristeza o síntomas relacionados que dificultan la eficiencia. Es una enfermedad que afecta a toda la persona, mente y cuerpo, afecta la salud física, los sentimientos y las conductas hacia los demás. Una persona con depresión puede tener problemas para dormir, alimentarse, en el trabajo y en la relación familiar y los amigos, como se ha comentado (Calderón N. Guillermo, 1998).

Las personas que están deprimidas muchas veces se automedican o abusan del alcohol y las drogas, lo cual sólo los hace sentirse peor. El alcohol, si bien en los primeros minutos es euforizante, su efecto principal es ser un depresor, por lo tanto es lo último que la persona depresiva necesita. Es importante entender que la depresión es una enfermedad. Una persona depresiva no se imagina sus molestias y no puede decidir simplemente cambiar y olvidarse de la depresión. A las personas que la padecen les resulta difícil admitir la enfermedad y buscar ayuda, estas son las

dos razones principales por las cuales cerca del 60% de las personas con depresión nunca se tratan (Calderón, op. cit.).

A veces no existe una razón clara y en otros casos hay un hecho negativo que actúa como desencadenante, pareciera bastante claro el componente neuroquímico de la enfermedad, esta se debería a una disminución o alteración de una sustancia llamada serotonina que se encuentra habitualmente en las células del cerebro y a través de la cual se mediatizan los procesos emocionales.

Para la población en general hay una probabilidad del 3% de padecer depresión, las personas con familiares directos (padres, abuelos o hermanos) con antecedentes de depresión tienen un 15% de probabilidades de padecerla. El componente heredo-familiar puede ser muy importante, tanto es así que, un gemelo, tiene un 70% de probabilidades de desarrollar una depresión si su hermano ya la tiene (Calderón, op.cit.).

La explicación más probable y sobre la cual se basa el tratamiento con antidepresivos, es que es una falta de equilibrio de ciertos mensajeros químicos (también conocidos como neurotransmisores) del cerebro.

Los neurotransmisores de los que existen alrededor de 30, transfieren mensajes entre células nerviosas del cerebro. Cierta evidencia sugiere que la depresión es causada por una deficiencia en dos neurotransmisores denominados noradrenalina y serotonina (Calderón, op.cit.).

Aunque esto no explica todo lo que se conoce acerca de la depresión, al menos sirve como modelo "farmacológico" útil y comúnmente se denomina como "la hipótesis de

depresión de monoaminas". En la mayoría de los casos, probablemente no es suficiente con sólo tener estos genes para que se produzca la depresión por sí sola. Situaciones de tensión pueden exacerbar esta vulnerabilidad (Calderón, op.cit).

Pero mientras es importante reconocer el rol de que estos causantes pueden jugar en el desarrollo de la depresión, también es importante saber que en algunas instancias la depresión afecta completamente en forma inesperada por razones no obvias. Mientras esto puede parecer más duro de entender tanto para quien la padece como para aquellos que lo rodean, este tipo de depresión no es menos difícil de manejar o merece ayuda (Calderón, op.cit.).

Existe un creciente interés en los enfoques genéticos para entender una variedad de enfermedades y la depresión no es la excepción. Algunas personas ciertamente parecen ser más vulnerables a la depresión que otras y existe una creciente evidencia de que algunos genes podrían volver a algunos individuos susceptibles a la enfermedad. Esto también explicaría por qué la depresión frecuentemente viene de las familias (Calderón, op.cit).

Recientemente, los científicos de la Universidad de Edimburgo identificaron un gen que aumenta el riesgo de depresión cuatro veces y confiere susceptibilidad a la depresión en más de un 10% de las personas afectadas. Se sabe que el gen codifica una proteína involucrada en el transporte de serotonina en el cerebro, lo que lo relaciona a la explicación farmacológica de depresión. Pero cualquier entendimiento genético completo de esta enfermedad es un largo camino y los investigadores estiman que puede haber casi otros 30 genes depresivos involucrados (Calderón, op.cit.).

Por tanto se ha comprobado que las pérdidas afectivas muy importantes, principalmente en los primeros años de la vida, pero también a lo largo de toda ella, hacen a las personas más propensas a desarrollar una depresión. La vida en compañía de los familiares y la calidad sin mayores sobresaltos, en la convivencia con nuestros seres queridos, nos permite afrontar mejor los traumas que la vida cotidiana trae aparejada. La ausencia de una relación estrecha o íntima, ya sea con el cónyuge, con una pareja o con una amistad, aumenta la probabilidad de desarrollar depresión. Obviamente, si se agregan otros factores tales como los malos tratos, infidelidad o agresividad de la pareja, dicha probabilidad aumenta mucho más, incluso una ruptura amorosa puede ocasionar un episodio depresivo (Calderón, op.cit.).

2.2. Tipos de depresión, según Ariete:

Depresión severa. Cuando la persona presenta todos los síntomas de la depresión y la depresión le impide realizar sus actividades de la vida diaria.

Depresión moderada. Cuando la persona presenta muchos de los síntomas de la depresión y estos le impiden realizar algunas de las actividades de la vida diaria.

Depresión leve. Cuando la persona presenta algunos de los síntomas de la depresión y el realizar sus actividades de la vida diaria toma un esfuerzo extraordinario (Ariete, S., 1981).

Hay que tomar una actitud ante la depresión, el desconocimiento de la depresión como enfermedad con todos sus posibles síntomas lleva a las personas a culparse a sí mismas por los síntomas y no saben que existen tratamientos para la enfermedad,

por ello si se presentan algunos síntomas de la depresión debe de ponerse en contacto con su medico de familia u otras organizaciones de salud, por lo general lo que sucede entonces es que:

- Se tratará de determinar si existe una razón física que provoque la depresión.
- Se proporcionará tratamiento contra la depresión.
- Se recomendará al paciente a un especialista de salud mental para que se realicen más evaluaciones y tratamientos (Ariete, op.cit., 1981).

Según el Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH siglas en inglés), cada año, el 9.5% de la población estadounidense (aproximadamente 18.8 millones de adultos americanos) padece de enfermedades depresivas. Desgraciadamente, muchas personas no saben que la depresión es una enfermedad tratable (Correa Uribe, Revista Aciem).

El Instituto Nacional de la Salud Mental dice que el trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse voluntariamente.

El Instituto Nacional de la Salud Mental dice que no todas las personas que están en fases depresivas o maníacas padecen de todos los síntomas, algunas padecen de unos pocos síntomas, otras tienen muchos, la gravedad de los síntomas varía según la persona y también puede variar con el tiempo, mencionando nuevamente la sintomatología más común:

- Estado de ánimo triste, ansioso o vacío en forma persistente.
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad e impotencia.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.
- Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar en cámara lenta.
- Dificultad en concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.
- Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer demasiado y aumento de peso.
- Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

Hace casi una década el estudio de la carga global de la enfermedad resaltó la importancia de los trastornos mentales como un problema prioritario de salud pública mundial. Anteriormente, las prioridades de salud se estimaron utilizando solamente indicadores de mortalidad. Incluyendo el número de días vividos con discapacidad, las enfermedades neuropsiquiátricas se colocaron entre las que más carga representan a escala mundial. Se atribuyó a estas enfermedades 10% de la carga global de la enfermedad (estimando que aumentará hasta 15% para 2020). La depresión unipolar destacó por ocupar el cuarto lugar mundial en la carga de la

enfermedad, y se estimó que para el año 2020 ocupará el segundo lugar y el primero en países en desarrollo.

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) proporcionó las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales. Se estimó que 8.4% de la población ha sufrido, según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV, por sus siglas en inglés), un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una mediana de edad de inicio de 24 años. Estas edades tempranas de inicio implican muchos años de sufrimiento y interrupciones en diferentes ámbitos de la vida como la educación, el empleo y el escoger la pareja. Algunos estudios en otros países sugieren que la edad de inicio para la depresión mayor está disminuyendo en cohortes recientes, aunque por mucho tiempo se consideraba que la depresión no existía en niños y que era normativa en la adolescencia, en los últimos 30 años se empezó a reconocer la depresión mayor como un trastorno que también padecen los niños y adolescentes. Debido a la mayor comorbilidad y mayor agrupación familiar de la depresión en los individuos en quienes ésta se inicia tempranamente, se considera la posibilidad de que aquella que se inicia en la infancia o la adolescencia sea una forma más severa del trastorno.

Puesto que México es un país de población joven, con una edad mediana de 22 años y que 34% de la población es menor a 15 años, según el censo del año 2000, el estudio de la depresión que se inicia en la infancia o adolescencia es particularmente relevante. En estudios realizados en otros países, como Estados Unidos de América (EUA), se estima una prevalencia de depresión mayor entre niños de 9 a 17 años de edad de alrededor de 5% en los últimos seis meses. En México, si bien se cuenta

con estudios realizados en población escolar éstos se han hecho con instrumentos que miden la sintomatología y no el diagnóstico, y tienen una cobertura limitada, Este es el primer artículo que muestra resultados de un estudio nacional que utiliza entrevistas diagnósticas, estandarizadas transculturalmente.

Particularmente importante es estudiar la depresión en la infancia y la adolescencia no sólo por el sufrimiento que representa para los jóvenes, sino también por las implicaciones que pueda tener para el funcionamiento en la vida adulta. El tener un episodio de depresión durante una etapa que sobresale por definir la formación académica, el inicio de la vida profesional u ocupacional, el comienzo de la vida sexual y la elección de pareja tiene consecuencias a largo plazo en muchos ámbitos de la vida, mucho más allá del ámbito de la salud. Kandel y Davies (2002), sugieren que a las personas que padecen depresión en la infancia o la adolescencia les queda una vulnerabilidad, la cual implica una vida adulta con menos amistades, menos redes de apoyo, mayor estrés y menor alcance educacional, ocupacional y económico, como una primera aproximación para conocer la magnitud de la depresión con inicio temprano (aquella que ocurre antes de los 18 años de edad) en la población mexicana, se pretende utilizar los datos retrospectivos de la ENEP para estimar la prevalencia de dicha depresión, el curso natural y el tiempo transcurrido antes de iniciar el tratamiento. La ENEP, realizada bajo la coordinación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, forma parte de la iniciativa internacional de Encuestas Mundiales de Salud Mental, de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para conocer la prevalencia de los trastornos mentales en diferentes países con diferentes niveles de desarrollo, determinar las necesidades de atención y guiar las políticas de salud pública (Medina-Mora, 2003)

Existe la prevalencia alguna vez en la vida de un episodio de depresión mayor con inicio temprano y con inicio en la edad adulta para mujeres, para hombres y para la población total. Las estimaciones que se presentan en la parte superior corresponden a las de un episodio de depresión que incluye personas con un trastorno bipolar, mientras que las estimaciones presentadas en la parte inferior excluyen a estas personas de la prevalencia. Se observa que 2% de la población mexicana, lo cual representa dos millones de personas, ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años de edad. Entre todos los que han padecido un episodio de depresión mayor alguna vez en su vida, 27.5% tuvo su primer episodio en la infancia o adolescencia, si se excluyen a los que han padecido un episodio de manía, la proporción es 26.0%, la encuesta estima que dos millones de mexicanos han padecido un episodio de depresión durante su infancia o adolescencia, casi una cuarta parte de los 7.3 millones que han padecido un episodio de depresión alguna vez en su vida. Los que padecen un episodio de depresión antes de los 18 años de edad tienen en promedio siete episodios a lo largo de su vida; el primero, con una duración promedio de 31 meses, o dos años y medio, lapso durante el cual generalmente no reciben tratamiento (Medina-Mora, op.,cit.).

Se ha observado, en estudios anteriores, mayor comorbilidad en niños y adolescentes que en adultos. En un estudio con adolescentes de una población clínica, 90% de ellos con depresión mayor experimentó algún trastorno comórbido. Los hallazgos de esta encuesta para la depresión con inicio temprano señalan mayor comorbilidad únicamente para ciertos trastornos. Los deprimidos con inicio temprano tuvieron mayor probabilidad de presentar agorafobia, fobia social, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y dependencia a drogas, que los deprimidos

con inicio en la etapa adulta. No hubo diferencias para la ideación suicida, la realización de un plan o para un intento de suicidio entre aquellos de inicio temprano e inicio en la adultez, una vez que se controló por el tiempo desde el primer episodio.

La prevalencia de depresión con inicio temprano en México es menos de la mitad de la que se observa en otros países como EUA, donde se estima en 5%. Sin embargo, es preocupante la menor proporción de jóvenes necesitados que reciben servicios, la larga espera para buscar atención de los que sí recibieron tratamiento y el impacto que eso tiene en la duración del primer episodio y la reincidencia de episodios.

Aunque los datos sugieren una mayor duración del primer episodio y un mayor número de episodios en la vida y años con al menos uno para aquellos con depresión de inicio temprano, estas diferencias desaparecen cuando se toma en cuenta el haber recibido atención. Las personas que reciben tratamiento para su primer episodio son menos propensas a tener otro. Sin embargo, los jóvenes con depresión tienden a no recibir tratamiento para su primer episodio, lo cual los condena a una mayor duración de este episodio, a una mayor probabilidad de tener otro y a presentar un mayor número de episodios en la vida y un mayor número de años vividos con algún episodio. En este sentido, el hallazgo más relevante de este estudio fue encontrar que la mayor cronicidad de la depresión con inicio temprano se debe a la falta de detección y tratamiento oportuno y no por haberse iniciado en edad joven, los niños y adolescentes no suelen buscar ayuda por sí mismos. El reto de hacer llegar la atención necesaria a los menores de edad debe incluir una mejor campaña educativa para padres de familia y maestros, con el fin de que puedan identificar cuándo es necesario buscar atención para sus hijos o alumnos. A diferencia de los trastornos de la conducta o el déficit de atención con hiperactividad

que suelen provocar molestias en los padres de familia y los maestros en los salones de clase, el menor de edad con depresión muchas veces pasa desapercibido. El primer paso para aumentar el uso de servicios para la depresión con inicio temprano, y disminuir el impacto negativo que tiene en diversos ámbitos de la vida de los jóvenes, es conocer las necesidades de atención en estas edades menos protegidas. Este trabajo contribuye a dar una primera aproximación para conocer estas necesidades a través de una encuesta retrospectiva con adultos. Sin embargo, el siguiente paso es realizar una encuesta representativa con jóvenes mexicanos en esta etapa de su vida (Medina-Mora, op.,cit.).

Por lo tanto podemos mencionar que es de suma importancia que el tratamiento contra la depresión ayuda a reducir la preocupación de su enfermedad y hace desaparecer todos los síntomas de la depresión permitiendo que reanude su vida normal (Correa, op.cit.). El tratamiento precoz es más eficaz y mientras más tiempo pase antes de iniciarlo más difícil será superar la depresión. El tratamiento puede notarse en algunas semanas, aunque a veces el correcto tratamiento no es el primero y será necesario cambiar el mismo hasta dar con el ideal para cada caso. Si su depresión es grave o dura demasiado tiempo su médico probablemente le sugiera que debe iniciar un tratamiento con fármacos antidepresivos. Los antidepresivos no son tranquilizantes, aunque algunos de ellos pueden ayudarle a sentirse menos ansioso y tampoco son adictivos, son muy efectivos a la hora de normalizar el estado de ánimo de las personas deprimidas, Correa (Cueli, J. et al., 1990).

Es importante darse cuenta de que, a diferencia de fármacos como la aspirina, los antidepresivos no tienen un efecto inmediato, es decir no empiezan a funcionar al momento de tomarlos, su acción es lenta y se deberá tener paciencia durante la

primera y segunda semana, aunque puede notar, según el antidepresivo indicado, alguna mejoría desde el primer día que los tome especialmente en el sueño, durmiendo mejor y sintiéndose menos tenso y ansioso.

El mejoramiento de los estados de ánimo depresivos generalmente se produce hasta dos semanas después o según el antidepresivo, puede incluso tomar más tiempo. Esto se opone a otras drogas que trabajan en el cerebro, como por ejemplo los tranquilizantes, que tienen éxito de inmediato y generalmente es muy obvio. Lo anterior destaca la importancia de contar con el mejor antidepresivo, con lo cual el paciente comienza a sentir que su tratamiento realmente está avanzando en su mejoría (Correa, op.cit.).

Por otra parte, los antidepresivos sólo parecen afectar a las personas que tienen depresión. Muchas drogas que actúan sobre el cerebro tienen casi el mismo efecto sobre las personas que no están afectadas por una enfermedad mental que aquellas que si tienen un problema. Por último, se sabe que para los antidepresivos tomar una dosis superior a cierto límite no aumentará el efecto del antidepresivo. Lo único que sucede es que usted está más propenso a presentar ciertos efectos secundarios y lo más preocupante, algunos antidepresivos pueden ser fatales si se toman en cantidades relativamente pequeñas sobre la dosis máxima recomendada debido a sus efectos sobre el corazón (Cuali, op.cit.).

Los trastornos del sueño también son comunes en la depresión. Un temprano alivio del insomnio puede aumentar el cumplimiento hacia el tratamiento. También sería recomendable un antidepresivo que produzca mejoramiento inmediato en los patrones del sueño, por otra parte, la mayoría de los antidepresivos inicia o aumenta

la disfunción sexual; por ejemplo, la disfunción sexual ha sido reportada por un 75% de pacientes que toman fluoxetina en el ambiente clínico. Aunque la disfunción sexual inducida por antidepresivos, es raramente un problema en el tratamiento agudo, contribuye fuertemente al cumplimiento durante el tratamiento a largo plazo (Revista de psicología general, op.cit.).

Otro aspecto es el estigma percibido hacia individuos con enfermedades mentales que afecta el cumplimiento del tratamiento – adultos mayores que sintieron un mayor estigma se sintieron 1.7 veces más inclinados a dejar el tratamiento que los que no sintieron el estigma. Aunque ya hace tiempo que se sabe que el estigma puede afectar a que los individuos busquen tratamiento, esta es la primera evidencia que muestra que el estigma afecta al tratamiento en sí mismo (Revista de psicología general, op.cit.).

2.3. Formas más comunes de depresión, según Ballesteros:

- **DEPRESION MAYOR:** Es cuando los síntomas son intensos, normalmente una depresión mayor es una enfermedad muy evidente, el paciente se halla triste, desanimado y cansado.
- **DEPRESIONES ENMASCARADAS:** Son trastornos en que predominan los síntomas físicos: cansancio, dolores diversos, vértigos, vómitos, sobre los psicológicos es lo que, a veces, se llama "nervios" en el estómago, en el corazón o algunas otras alteraciones en su vida cotidiana principalmente.
- **DEPRESIONES CON OBSESIONES:** Las obsesiones, pensamientos repetitivos o acciones repetitivas sobre algún tema, pueden ser el único síntoma evidente en este tipo de depresiones.

- **DEPRESIONES MITIGADAS O DISTIMIAS DEPRESIVAS:** Distimia quiere decir "humor perturbado". En este trastorno la persona suele estar con cambios de humor, irritabilidad, problemas de concentración y de vez en cuando altibajos depresivos. Las distimias son muy engañosas, pues pueden durar años y no diagnosticarse como un trastorno depresivo. Lo típico es que duren mucho tiempo y que el paciente no pase más de dos meses libres de trastornos. Es frecuente la incidencia de desavenencias familiares, personales y laborales.
- **DEPRESIONES CON CRISIS DE ANSIEDAD:** Las crisis de ansiedad, también llamadas crisis de pánico, consisten en un intenso estado de ansiedad, agitación, ahogo, palpitaciones, temblor, sudación, escalofríos, taquicardia y sensación de que a uno le va a dar algo o que se va a morir. Las crisis de ansiedad se producen en el curso de algunas depresiones, después de las crisis de ansiedad el paciente suele presentar agorafobia, que se define como el miedo de estar en lugares de donde sea difícil o embarazoso escapar en el caso de que apareciera una crisis de ansiedad (Ballesteros, R., F. 1982).

Los datos estadísticos acerca de las depresiones son importantes para ver el grado en que se presentan los diferentes tipos de depresiones en el mundo y las personas incluyendo a los niños, adolescentes y adultos, las cuales llevan a pensar que son las mujeres las más propensas a sufrir enfermedades depresivas que los hombres, ya que se encontró que en cada 3 pacientes hospitalizados a causa de algunos de estos trastornos, 2 son mujeres, la mayoría de ellas están casadas; esto induce a suponer que por el ritmo de vida que llevan estas son más susceptibles a las enfermedades depresivas, la forma en que la sociedad las trata así como lo que

espera de ellas, desde luego que depende de las costumbres sociales de determinada época en que le toque vivir (Breton, op.cit. 1998).

Esto es que los cambios del papel que desempeña la mujer en la sociedad y la tendencia general a participar más que antes en actividades ajenas al hogar, como puede ser el trabajo, lo cual significa que entonces dispone de poco tiempo para ellas mismas debido a que deben cuidar a los niños pequeños, al marido y al trabajo, de tal manera que en ocasiones tienden a perder su sentido de identidad, que solo están para atender a los demás y esto hace que pierdan su autoestima y confianza en si mismas lo cual es un rasgo común en las depresiones, es por tal que las estadísticas en relación al sexo están encaminadas hacia ese sentido, que la especial incidencia en la mujer es del 10.7% frente a la existente en el hombre que es del 3.1%, mucho menos de la mitad y que por lo menos el 6% de las mujeres y el 3% de los hombres han experimentado un episodio de depresión grave suficiente como para requerir hospitalización (Polaino, pp.32-69/238-294, 1980). A pesar de que las mujeres sufren más, en porcentaje, un tipo de depresión que el hombre no hay que olvidar que éste también presenta episodios depresivos en su vida no por problemas como los que se le presentan a la mujer pero sí y también en algunas ocasiones debido a los factores sociales.

Se ha dicho en investigaciones que una posible razón de las presentaciones depresivas en el hombre podría ser que el cambiar los papeles que interpretan las mujeres, los hombres se sienten menos seguros de los suyos porque antes él podía considerarse como la cabeza de la familia y principal proveedor de la misma, la reciente resistencia de las mujeres de quedarse en casa en calidad de subordinadas a puesto el papel del hombre entredicho. Los hombres entonces sienten que no

pueden asumir la posición dominante sencillamente por haber nacido hombres (Breton, op.cit., 1998).

2.4. Estadísticas de la depresión.

Por otra parte, en relación con los tipos de depresiones, es importante la historia familiar en relación con estos trastornos para suponer una posible depresión, como se ha mencionado, de acuerdo a la disposición genética que tenga el paciente, se ha comentado que las personas sin ningún historial familiar de depresión bipolar o unipolar, sólo 1 de cada 100 sufrirá depresión bipolar y 3 de cada 100 unipolar; en cambio de las personas con un historial familiar de depresión bipolar 1 de cada 5 padecerá de ella (Breton, op.cit.).

De acuerdo con otras estadísticas aportadas en 1981, un pequeño porcentaje de pacientes con depresión profunda tienen pensamientos de tipo obsesivo-compulsivo, semejantes a los que aparecen en las neurosis obsesivo-compulsivos y en las depresiones leves (Ariete, op. cit., 1981), después de 40 años se ha encontrado que el 70% de la totalidad de pacientes con alguna depresión sufría un segundo ataque, el 63.5% tenía tres ataques y el 45% cuatro, lo cual lo llevo a decidir que cuanto más frecuente son los ataques peor es el pronostico. Otros datos proporcionados Charatan (Arieti, 1981), indican que el 52% de los casos vistos en una clínica de psiquiatría para pacientes externos se diagnostica un desorden afectivo principalmente caracterizado de las depresiones psicóticas, se puede notar que el número de depresiones profundas es mayor que el de depresiones leves ya que en algunas ocasiones los pacientes no acuden con anticipación antes de que se agrave el trastorno.

En relación con el suicidio a causa de las depresiones, datos obtenidos por estudios realizados por Ariete (1981), se sabe que es la depresión la principal causa de éste, son menos del 5% las personas que se suicidan las cuales padecen una depresión, es por tal que se afirma esto pero el suicidio es especialmente la causa principal de muertes entre los 15 y 25 años (Sturgeon y Ariete. 1987, 1981) mencionan también las siguientes tasas de suicidio para los diferentes grupos de edad: por cada 100.000 individuos. Entre 5 y 9 años, 0.5% , entre 10 y 14 años, 0.4%; entre 15 y 19 años, 4.6%; y entre 20 y 24 años el 10.4%; se puede observar que las tasas de suicidio aumentan significativamente a medida que el niño crece y se convierte en adulto.

Otro dato en relación ha esto es que alrededor del 75% de los pacientes tienen ideas suicidas y no, menos de 10 o 15% llegan a completar los intentos de suicidio (Ariete, 1981); el 5% de los pacientes con depresión profunda llegan al suicidio, en EE.UU. por ejemplo se informan 20.000 casos de suicidios por año o 25.000 aproximadamente, también es más propenso para personas que sufren además de una depresión otro tipo de enfermedad como en los epilépticos depresivos es muy alto porque el paciente debe luchar no sólo con la depresión sino también con las tendencias impulsivas propias de la personalidad epiléptica (Ariete, op.cit.).

En relación con estadísticas a nivel mundial se ha confirmado que la depresión se presenta en un 3 a 5% de la población mundial; los enfermos por depresión en todo el mundo son alrededor de 120-200 millones. En algunos países como España de 1.200.000 a 1.500.000 son casos de depresión lo que supone aproximadamente al 10% de la población adulta. Además 2 millones de estas personas con depresión no van a las consultas ni se someten a ningún tipo de tratamiento lo que podría incrementar la ocurrencia de casos (Ariete, op.cit. 1981) y estudios realizados en

Europa y EE.UU., indican que la población adulta del 18 al 20% de las mujeres y del 8 al 11% de los hombres tienen o en algún momento han tenido depresión.

Y especialmente en México según un estudio realizado indica que de 929 personas se encontró que el 11.6% tenían depresiones medias; el 2.5% con cuadros severos haciendo un total de 14.1% de enfermos deprimidos en población general de igual forma el 11.8 de éstos correspondía a personas masculinas y 15.1% a femeninas; la incidencia en la edad fue de 27.8% en personas mayores de 60 años; 24.5% en personas de 55 a 59 años (Calderón, 1998). Estos estudios realizados son de vital importancia tanto para el depresivo y su familia como para la sociedad en la que se relaciona. Así entonces un buen diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado puede ayudar a disminuir estas estadísticas que podrían ser alarmantes en el futuro.

CAPÍTULO 3. DEPRESIÓN INFANTIL.

El tema es delicado y común ya que el 5% de los niños y adolescentes pueden llegar a sufrirla, el cerebro siempre está siendo irrigado por químicos: dopamina, adrenalina, serotonina; cuando se presentan situaciones negativas para el niño (como perder el año o algún objeto de valor sentimental, discutir con mamá, sentirse maltratado por alguien), estos químicos se desbalancean, este puede llegar a ser tan fuerte que ocasiona alteraciones psíquicas como tristeza extrema, ansiedad, rabia contra sí mismo y contra el mundo, sensación de fracaso y pesimismo, sentimientos de culpa, falta de interés por las cosas que le gustaba hacer, todo lo expresa de forma negativa, con personajes que sufren maltrato, que son estúpidos, que hacen las cosas mal y merecen un castigo, también ocasiona manifestaciones físicas como dejar de dormir o comer, también tener sueño constante, recluirse y no querer ver o comunicarse con nadie, sentir cansancio todo el día, dolor de cabeza, mareos, cambios en el ciclo menstrual si se trata de una niña, golpearse, tomar sustancias como alcohol o drogas e incluso intentar suicidarse, como vemos, tener depresión no es estar triste ni decaído, ni sentir debilidad, es mucho más, algo que no puede controlarse, que comienzan en la niñez y puede durar toda la vida (Aguilar 1990; Guido y Berganza, 1990).

El DSM-IV indica que los trastornos afectivos de la infancia y la adolescencia tienen los mismos aspectos esenciales que los trastornos afectivos de los adultos. Para la crisis depresiva mayor y el trastorno distímico los criterios del DSM-IV incluyen "aspectos acompañantes" específicos de la edad que se encuentran en niños y adolescentes.

El aspecto predominante (síntoma de presentación) de depresión en niños pequeños puede ser la ansiedad, en tanto que en los adolescentes podría ser la conducta antisocial. Pueden observarse ideación suicida o conducta suicida.

Los niños deprimidos expresan a menudo pensamientos suicidas, ya sea de manera consciente (verbal) o de manera inconsciente (pruebas proyectivas). Aunque se informan a menudo pensamientos suicidas, sobre todo en niños hospitalizados, la conducta suicida en niños menores de 12 años de edad es extremadamente rara. Es más común después de esta edad y el suicidio es una de las causas principales de muerte en adolescentes. Las niñas efectúan más a menudo gestos suicidas (intentos suicidas) que los varones, en tanto que son ellos los que efectúan más a menudo intentos suicidas verdaderos. Aunque la mayor parte de los adolescentes suicidas están deprimidos, sólo cerca del 25% de ellos satisfacen los criterios diagnósticos del DSM-IV para la enfermedad depresiva; por lo tanto, es de utilidad el diagnóstico de depresión enmascarada en este grupo de edad.

No solía hablarse de depresión infantil años atrás, incluso no se creía que los niños la padecieran, sin embargo las estadísticas muestran que un 80% de los niños, sobre todo en los países desarrollados, padecen depresión y un 30% al grado del suicidio. Sin embargo una de sus características principales es que no se detecta fácilmente, por eso se considera de mucho riesgo.

Durante un largo período de tiempo la comunidad científica, por estrictas razones teóricas, sostenía que la depresión infantil no existía (coincidiendo con la poca importancia que se le daba a la salud mental de los niños), sin embargo, en el mundo real existen niños deprimidos y algunos clínicos empezaron a revelarse contra la

ortodoxia que vetaba la posibilidad de su existencia (Aguilar, op.cit.). Esto empezó a ocurrir hacia los años 40's en distintos campos de la psicología aplicada y comenzaron a aparecer estudios relacionados con la depresión infantil, bajo los nombres de Akerson (1972); Spitz (1981); Bowlby (1978), entre otros. A principios de los años setenta Harlow (1971) observa en los monos separados de sus madres, exactamente el mismo tipo de conductas que habían señalado Spitz y Bowlby en los niños (Beck, 1979; Aarón T. y Brian F. 1981). El carácter experimental de la psicología comparada, produjo un impacto especial para este tipo de hallazgos y comenzó a tomarse un poco más en serio la posibilidad de la existencia de la depresión en los niños, puesto que los monos parecían ser capaces de desarrollarlas, pero realmente la aceptación de la existencia de la depresión infantil fue posible gracias al ascenso del paradigma cognitivo de los años sesenta, que permitía el estudio de los procesos interiorizados. Ya en el año 1975 la depresión infantil fue aceptada por el National Institute of Mental Health, como concepto y entidad psicopatológica, la depresión infantil puede definirse como una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño. Se habla de depresión mayor, cuando los síntomas son mayores de 2 semanas y de trastorno distímico cuando estos síntomas pasan de un mes, los partidarios de una depresión infantil específica se ubican en dos tendencias: los evolucionistas, que opinan que la depresión infantil se va transformando según la época evolutiva de la vida del niño en la que se presenta, sostienen pues la existencia de una Depresión Infantil Evolutiva, y aquellos que sostienen la existencia de la depresión infantil con una sintomatología propia, no equiparable a la del adulto, especialmente relacionada con problemas de conducta, de allí el nombre de Depresión Infantil Enmascarada, puesto que muchos profesionales equivocan su diagnóstico(Beck, Aarón T. y Shaw, Brian F., op.cit.),

entonces la depresión infantil puede definirse como una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño. Se habla de depresión mayor cuando los síntomas se presentan por más de dos semanas, y de trastorno distímico cuando estos síntomas pasan de un mes. Del Barrio (1996) ofrece una definición operacional que incluye una serie de síntomas que describen a la depresión infantil y que tienen la ventaja de representar un núcleo de coincidencia de un amplio espectro de la comunidad científica: tristeza irritabilidad, anhedonia (pérdida del placer), llanto fácil, cambios del sentido de humor, sentimientos de no ser querido, baja autoestima, aislamiento social, cambios en el sueño, cambios en el apetito y peso, hiperactividad, distrofia e ideación suicida. el conocimiento de la incidencia de depresión infantil es ahora más confiable que en otros tiempos debido a la sistematización en la metodología de recopilación y análisis de datos, actualmente, los trabajos coinciden en que la incidencia de la depresión infantil se halla entre un 7% y un 8%. En los países industrializados tal parece que las características o estilos de vida ejercen una gran influencia sobre la depresión. Si se analiza por edades, en etapas preescolares estas cifras descienden a un 2%; en niños en edad escolar se estima en un 8-10% escolar, y en el adolescente asciende a un 13% (Garrison, Walker, Cuffe, McKeown, Addy y Jackson. 1997).

3.1. Características de la depresión infantil.

Es importante que padres y profesores estén atentos cuando algún niño o adolescente pueda presentar alguna de las siguientes características (Pupilo, A, 1978):

- Está triste o llora con facilidad.

- Pierde el interés por sus juegos preferidos.
- Se aleja de sus amigos.
- Pierde el interés por ir a la escuela.
- Presenta una comunicación pobre.
- Se cansa con facilidad.
- Pierde energía; fatiga.
- Se queja o evidencia de una menor capacidad para pensar o concentrarse.
- Se muestra muy irritable ante pequeñas frustraciones.
- Monta rabieta con más facilidad y regularidad.

Comúnmente el pensamiento o expresiones suicidas, actuaciones destructivas, desesperanza, pérdida de interés en sus actividades favoritas, alteraciones de los patrones del sueño o la alimentación, concentración deficiente, deterioro en los estudios, aislamiento social y baja autoestima, son algunos de los síntomas que han de hacer saltar las alarmas ante un posible caso de depresión infantil (Pulpilo, A. 1978).

El niño puede expresar baja autoestima despreciando a otros o a él mismo, puede que elija constantemente finales tristes para sus juegos, se comporta agresivamente en éstos y en sus actividades diarias, se lastima, lastima a otros o lastima a animalitos y se quejará constantemente de dolores de cabeza, come mucho o muy poco, tiene problemas para dormir o desea dormir con los padres, presentando llanto y mencionando temer a algo, tiene actitudes como si regresara a un etapa anterior de su desarrollo, como chuparse el dedo u orinarse en la cama, habla de muerte, de

suicidio y tiene deterioro en los estudios y ausencias frecuentes de la escuela (Serafino, E, 1988).

En cuanto a la escuela, sabemos que la localización precoz de cualquier deficiencia de aprendizaje en un niño y su pronta solución es imprescindible para lograr una situación de progreso normal y aceptable, eliminando así la posibilidad de trastornos afectivos que conlleven a la aparición de depresión infantil, es por eso que se menciona como un desorden caracterizado por alteración en el estado de ánimo, acompañada de cambios en el comportamiento a nivel escolar, en el hogar o en la comunidad, está afectando hoy en día a 1 de cada 33 niños y 1 de cada 8 adolescentes. Esta enfermedad puede tener manifestaciones variables, desde sentimientos leves de tristeza hasta grados de depresión severa y suicidio (Serafino, op.cit.), como se puede verificar existen varios de los síntomas que se presentan en la escuela, los cuales pueden ser datos significativos para la detección oportuna de la depresión.

3.2. Factores desencadenantes de la Depresión infantil.

Es importante recordar que algunas de las causas más frecuentes para una depresión en los niños son: Abuso sexual, violencia física, psicológica (gritos, desprecios verbales), divorcio de los padres, pérdidas significativas como la muerte de algún ser amado o la pérdida de un juguete importante, cambio de casa o de escuela, enfermedades físicas y/o situaciones estresoras como violencia intrafamiliar (Chavarro, 2000; Ríos Natalia; Tovar Angela y Von Rosen, 2000), en el caso de la depresión infantil, el ritmo acelerado al que nos vemos sometidos (se descansa menos, menor tiempo de ocio, más actividades que desarrollar en el mismo tiempo),

los cambios en la estructura familiar (familias monoparentales, separaciones), incorporación de la mujer al trabajo y cambios en las funciones que desempeña (los niños pasan más tiempo solos, son cuidados por abuelos o personas ajenas a la familia), son algunos de los factores que influyen en la misma, así como un acontecimiento o evento estresante: La aparición de un acontecimiento o evento estresante puede favorecer la existencia de pensamientos depresores, sobre todo en estas edades en las que el niño es mucho más vulnerable. Por lo general, la reiteración del fracaso (culpabilizar al niño de ciertos fracasos) y la ansiedad que suele acompañar a estos acontecimientos puede hundir al niño en un estado de indefensión, haciendo que se inhiba más, también la familia constituye un ambiente especialmente importante, tanto por las influencias que tiene en el comportamiento infantil, como por el conjunto de relaciones que en ella se configura. Por lo que cualquier conflicto que se de en la familia puede afectar directamente al niño, por ejemplo, disputas familiares o inestabilidad de la convivencia familiar, el carácter permisivo de los padres este es un factor que quizás sea más determinante en niños mayores, pero a estas edades influye el que los padres riñan constantemente con niño por jugar con algo o que no le dejen experimentar como es propio en estas edades, es decir, que no le dejen tocar, moverse, en la escolarización el rendimiento escolar o las relaciones que se dan en la escuela, pueden propiciar la aparición de pensamientos depresivos. Este factor junto con los otros no suelen ser los únicos motivos de la depresión infantil, generalmente se dan combinados y con otros trastornos, como hiperactividad, agresividad, lo que hace difícil la detección de la depresión.

3.3. ¿Cómo influye la familia en la Depresión infantil?

La familia es el entorno más inmediato del niño, en sus cuidados y atención se basa la posibilidad de supervivencia del sujeto humano, pero no sólo su supervivencia física, sino personal ya que el niño desde los 0 meses hasta los 3 años, desarrolla todos los elementos básicos con los que más tarde va a construir su vida futura: lenguaje, afectos, hábitos, motivaciones (Tschorne, P. 1992), el apego con el que la madre y el hijo se intercambian mutuamente es el vehículo de una adecuada integración social y personal del niño. Los apegos inseguros se han relacionado con todo tipo de problemas de conducta y también con la depresión, así como un apego seguro es la meta ideal de prevención de la aparición de depresión infantil. Así mismo la depresión materna aparece claramente definida como uno de los factores de riesgo asociados al desencadenamiento de una depresión en el niño. Más tarde también son indispensables para el normal desarrollo emocional del niño las buenas relaciones con los padres. Una y otra vez numerosos expertos han señalado cómo las malas relaciones con los padres son la fuente específica de muy diversos problemas infantiles y también claro está de la depresión, en relación con la familia también se ha estudiado el puesto que se ocupa entre los hermanos (Tschorne, op.cit.), en estas investigaciones aparece la posición intermedia como la más vulnerable a desarrollar trastornos de tipo emocional, los padres deben prestar especial atención a la construcción de una adecuada autoestima y autoeficacia en el niño, así como incentivar en ellos la capacidad de afrontamiento y el manejo adecuado de la frustración, todo ello constituye la prevención primaria de la depresión infantil, en la familia el niño va a desarrollar los elementos básicos para su vida futura como puede ser en el lenguaje, en las motivaciones y hábitos. En

principio, el apego del niño a la madre es fundamental en su desarrollo personal y social, los apegos inseguros se han relacionado con todo tipo de problemas de conducta y con la depresión, también es fundamental las buenas relaciones del niño con sus padres así como el puesto que ocupa entre los hermanos, se sabe que la posición intermedia es la más vulnerable y es importante que los padres construyan de manera adecuada la autoestima en los niños así como incentivar la capacidad de afrontar problemas y manejar la frustración (Matisson, M. 1983).

3.4. Estudios realizados en la depresión infantil.

Estudios epidemiológicos desarrollados desde la primera guerra mundial -confirma la doctora María Jesús Mardomingo, jefa de sección de psiquiatría infantil del Hospital Gregorio Marañón- corroboran la existencia de depresión en todas las edades de la vida y demuestran que la edad de aparición de esta patología cada vez es menor (Revista de psicología general y aplicada. Vol. 42, pp. 632-644, 1998).

Aunque la prevalencia de esta enfermedad varía dependiendo de los estudios consultados, se estima que a lo largo de un año aproximadamente un 20% de los niños y adolescentes padecen algún trastorno psíquico de mayor o menor intensidad. De éstos, la mitad son trastornos de ansiedad y depresión. No obstante, la doctora Mardomingo subraya que lo importante es reconocer que la depresión existe en la infancia y que afecta por igual a niños y a niñas hasta los 12 años, edad a partir de la cual empieza a ser más habitual en las mujeres. Una de las causas más citadas por los especialistas como responsable del aumento de la incidencia de esta patología entre la población infantil es el cambio que se ha producido, en los últimos años, en el entorno familiar. La doctora Mardomingo hace mención que en la actualidad

vivimos una crisis del modelo de familia tradicional como consecuencia de la incorporación de la mujer al trabajo, el estrés de la vida diaria y el aumento de las separaciones. Todos estos factores influyen en la relación entre los padres y los niños. En el caso de las mujeres trabajadoras, en muchas ocasiones, su jornada laboral les hace dedicar menos tiempo a sus hijos, lo que provoca sentimientos de culpabilidad que influyen en el modo de educar, explica esta especialista en psiquiatría infantil y autora del libro “Psiquiatría para Padres y Educadores”, en donde enfatiza lo ya mencionado anteriormente.

De la misma opinión, es el psicólogo Bernabé Tierno (Revista de psicología general y aplicada, 1999), para quien los cambios en la vida familiar y social han provocado un cambio sustancial en las relaciones entre padres e hijos que influye en el aumento de la prevalencia de la depresión infantil. Menciona que la falta de tiempo de los padres, el estrés y los cambios en las relaciones sociales (cada vez se juega menos en la calle) han incrementado la soledad de los niños y eso repercute en la aparición de trastornos del comportamiento. En la aparición de la depresión también interviene un componente genético, ya que los antecedentes de trastornos mentales en los padres aumentan el riesgo de que lo desarrollen sus hijos. Se calcula que el 50% de la variación genética del comportamiento de los adolescentes con los padres es de carácter genético, es decir, depende de las características mentales del hijo, así mismo, el 20% de la variación del comportamiento de los padres con el hijo depende también de las características genéticas de éste último. No obstante la doctora Mardomingo (Revista de psicología general y aplicada, 1999, op. cit.), explica que los desencadenantes genéticos de la depresión no han variado por lo que todo apunta a que el aumento de la incidencia de la depresión se debe fundamentalmente a

factores ambientales (Revista de psicología general y aplicada. Vol. 42,3 pp. 632-644, 1998). Por otra parte, los especialistas han consignado una escala de acontecimientos vitales que influyen en los niños y adolescentes. Entre ellos, están la muerte de familiares cercanos, las discusiones familiares, el abuso sexual, el divorcio de los padres, las enfermedades propias o cercanas, los cambios de colegio, los suspensos o los problemas con los compañeros de clase. Además, se ha detectado cierta influencia de los nuevos modelos educativos que han propiciado el paso del modelo autoritario al permisivo, lo cierto es que, aunque existen muchos estudios que constatan la existencia de la depresión en la infancia y su aumento en los últimos años, éste problema sigue estando infradiagnosticado y en algunos casos se arrastra hasta la edad adulta.

Otros de los factores que influyen en la falta de detección de esta patología, según la doctora Mardomingo (1998), es la escasa información sobre la misma entre los médicos del primer nivel asistencial y pediatras, así como el déficit de especialistas en psiquiatría infantil. No obstante, esta experta no duda en señalar que este aspecto está cambiando y cada vez hay una mayor preparación en estos niveles de la asistencia sanitaria. Por otra parte, la responsable de la sección de psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón (Revista de psicología general y aplicada, op.cit., 2000), explica que el escaso interés que existe en la administración sobre los problemas psiquiátricos en los niños queda demostrado en que todavía no está reconocida como tal la especialidad en psiquiatría infantil; Mardomingo menciona también el importante papel que juegan los padres y educadores, personas que más contacto tienen con el niño, a la hora de detectar problemas psiquiátricos como la depresión y derivarlos al especialista para que sean diagnosticados y tratados.

Si se observa el desarrollo emocional de los niños se pueden descubrir estadios iniciales de problemas que pueden llegar a ser serios, se habla de algunos síntomas como tristeza persistente, llantos, esto puede ser una señal de alarma ante una depresión infantil, que diagnosticada tempranamente se podrá tratar con eficacia, el diagnóstico y tratamiento temprano es esencial ya que es una enfermedad real que requiere tratamiento y ayuda profesional, Mardomingo (Revista de psicología general y aplicada, 1999). Algunos niños admiten cuando se les pregunta que están tristes o que son infelices, por eso es la importancia de la familia para recoger las inquietudes emocionales de los hijos y como decíamos al principio, fomentar el clima apropiado para expresar sentimientos o estados de tristeza y poder afrontarlo, de todos estos factores se produciría una conducta desajustada cuando interaccionan varios de ellos.

En la escuela se puede localizar precozmente cualquier atisbo de depresión, también el rendimiento escolar puede determinar algún problema pudiendo ser causa o efecto de la depresión, por esa razón es la importancia de una buena evaluación y seguimiento del maestro para detectar cambios. En cuanto a los instrumentos de evaluación de la depresión infantil, se pueden encontrar pruebas de lápiz y papel como pueden ser las entrevistas, cuestionarios para medir conductas interiorizadas.

Y en el caso de querer medir una conducta manifiesta, se hará una observación de conducta, registro de conducta y aplicación del juego infantil, también existen pruebas de carácter endocrino para evaluar aspectos biológicos, Puede ser además de gran ayuda la entrevista a los maestros, compañeros y familia del niño (Matisson, op.cit.).

Por lo tanto el término depresión se puede referir a un síntoma, un síndrome, un grupo de respuestas psicológicas o una enfermedad, lo que diferencia a un síntoma de un trastorno es la duración e intensidad de la respuesta (como la tristeza). También un niño puede estar triste como reacción a un trauma y la tristeza suele durar poco tiempo, sin embargo, la depresión se caracteriza por una respuesta de larga duración y está asociada con el insomnio, la irritabilidad, los cambios en los hábitos alimentarios y los problemas en la escuela y con los amigos. Siempre que una conducta problemática no desaparezca, se debe considerar que el niño quizás padezca de depresión, la depresión no se refiere a ciertos momentos tristes, sino a un trastorno que afecta al desarrollo del niño e interfiere con su progreso (González-Pineda, Núñez Pérez, 1997).

Para realizar un diagnóstico de depresión en un niño es necesario evaluar su situación familiar, su nivel de madurez emocional, su capacidad para hacer frente a la enfermedad y el tratamiento, su edad y desarrollo, su autoestima y si cuenta con experiencias previas relacionadas con enfermedades; es preciso realizar un estudio completo de los síntomas de depresión de los niños para obtener diagnósticos correctos y elegir un tratamiento eficaz, la evaluación de la situación del niño y su familia se centra en el historial médico del infante, la observación de su conducta por parte de sus padres, profesores y profesionales de la salud a su cargo, las entrevistas con el niño y los resultados de pruebas psicológicas (Aguilar, 1990; Guido y Berganza, 1990).

La depresión infantil y la de adultos son dos enfermedades diferentes debido a los problemas de desarrollo que existen en la niñez, para el diagnóstico de la depresión en niños, se pueden utilizar también los siguientes criterios: estar tristes o tener una

expresión triste en niños menores de 6 años y mostrar al menos 4 de los siguientes signos o síntomas todos los días durante un mínimo de 2 semanas: tener cambios en el apetito, no dormir o dormir demasiado, mostrarse inactivos o demasiado activos, perder el interés por sus actividades normales, parecer que todo les da igual, estar cansados o tener poco energía, sentirse inútiles, críticos de sí mismos o culpables, no poder pensar ni concentrarse bien y estar constantemente pensando en la muerte y el suicidio (Aguilar, 1990; Guido y Berganza, 1990, op.cit.).

El maltrato físico, verbal o emocional, el abuso sexual, la desintegración familiar y las exigencias o fracasos escolares, entre otras causas, pueden aumentar las posibilidades de que el niño se deprima y llevar a que niños o niñas enfrenten una baja emocional, en ocasiones tan dramática que los lleva al suicidio, sin embargo, no reparamos en ello al dejarnos arrastrar por nuestras propias preocupaciones y cuando nos percatamos muchas veces ya es demasiado tarde, la carencia de afecto y de seguridad, incluso desde el nacimiento, puede sembrar la semilla de la depresión, reflejada en la falta de seguridad y confianza en sí mismos, desesperanza, desconfianza ante los seres queridos y baja autoestima (Aguilar, op.cit., 1990).

Sin importar la edad del menor, se dice que la sintomatología debe durar alrededor de un mes para poder pronunciar la palabra depresión, entre los síntomas se halla desde la tristeza silenciosa hasta un real comportamiento agresivo y es aquí donde se debe analizar el síntoma, ya que por error se toma sólo como mala conducta, aplicando así medidas de disciplina que sólo agravan el estado de ánimo del niño o la niña, con facilidad pierden el interés por juegos y actividades preferidas, no desean ir a la escuela, se alejan de amistades y familiares, se cansan con facilidad, se

muestran irritables sin razón aparente, hacen berrinches con regularidad, se desprecian a sí mismos o a otros y eligen finales tristes, de tal manera que más de 30 millones de menores de 15 años que representan 34% de la población, presentan síntomas depresivos y estadísticamente el 3% de éstos son suicidas según la INEGI (Aguilar, op.cit., 2000). Llegar al extremo de quitarse la vida a diferencia del suicidio en adultos, obedece a razones más emocionales que sociales o económicas, sin excluir el papel detonante que tienen el abuso sexual y la violencia física o psicológica.

Así, tenemos pequeños que toman esta decisión al no saber cómo manejar el divorcio de los padres, la muerte de algún ser amado o incluso la pérdida de un juguete importante. Las fallas escolares o demasiada presión de los padres sobre el avance académico crea infantes nerviosos, inseguros, estresados. El cambio de casa o escuela los hace preguntarse por la razón de que sus padres le hagan eso, también a diferencia de los adultos, los menores aún no han desarrollado un sistema para el control de sus impulsos y no toleran adecuadamente la frustración de sus deseos (Matisson, M. 1983). En muchas ocasiones, el intento suicida se logre el cometido o no, pudiera ser un acto impulsivo, cargado de angustia y desesperación, ante un castigo o regaño severo por parte de los padres o cuidadores, no necesariamente es respuesta a una depresión, es decir, no necesariamente desean terminar con sus vidas sino con el dolor o la angustia que les está generando la situación por la que están pasando, pues prácticamente no tienen aún conciencia de que la muerte es para siempre.

En nota de Gladys Ferrer del 17 de julio del 2005, en el diario Reforma, se cita a José Luis Vázquez Ramírez, especialista del Hospital de Psiquiatría San Fernando

de Salubridad, quien informa, según reportes de la institución, que por cada 100 niños entre ocho y diez años de edad, 15 tienen tendencia o ideas suicidas; de ellos el 5% logra su cometido, en los menores de ocho años la proporción es de 5% del total el que tiene tendencias y sólo 1% de éstos lo logra. El suicidio infantil -según el entrevistado citado por Gladys Ferrer- constituye un problema grave en el país, pero el subregistro que hay no permite mostrar la magnitud de la situación, ya que la mayoría se encuadra en intoxicaciones o accidentes automovilísticos. La verdad es que los padres, las instituciones y la sociedad no quieren ver esta realidad, así es como lo menciona Gladis Ferrer.

Por eso debe quedar muy claro que la familia tiene mucho que ver en el suicidio de un pequeño, existen factores de riesgo en una familia que incuban la problemática infantil hasta que emerge, también depende de los familiares el detenerla a tiempo o ignorarla, ocasionando con ello ideas o comportamientos suicidas.

Estamos hablando de una familia disgregada o desorganizada, de conducta agresiva intrafamiliar, dependencias a alcohol o drogas, incluso la propia depresión de los padres, de acuerdo con el Instituto Mexicano del Seguro Social (Reforma, 2000), indica que el 80% de los menores que intentan o logran suicidarse lo anuncian verbalmente o por escrito días o meses antes, por lo que es importante atender sus reclamos y no pensar que se trata sólo de chantajear o llamar la atención. Cuando el niño o la niña expresa detalles de una muerte o desaparición planeada, como mencionar lugar, hora, día y la forma, se está ante un intento real de suicidio y como tal debe tratarse de manera inmediata. Subestimar esto es cerrar oídos a la súplica desesperada de ayuda que está haciendo el pequeño, en cuanto a las formas más comunes de intentar el suicidio, según la nota de Reforma, se menciona que en los

pequeños de menos de ocho años es aventándose desde las alturas; después de esta edad, ingerir raticidas o productos de limpieza, lanzarse ante un vehículo en movimiento o a las vías del Metro. Los de diez años en adelante ya usan armas como cuchillo o pistola, en las niñas es más frecuente el ahorcamiento y la ingesta de pastillas, así como lanzarse desde puentes peatonales o dejándose atropellar, también es muy común que en niños con posible depresión haya días en los que lloran continuamente, se enojan con frecuencia, no quieren jugar con sus amigos o se desconcentran a la hora de estudiar; muy pocos padres se preocupan porque saben que puede deberse a un simple resfrío que se está incubando o al cansancio de un día muy agitado (Reforma, op.cit., 2005). Si bien su origen puede obedecer a múltiples factores, lo que no varía, es que se trata de niños que lo están pasando muy mal, porque tienen una pena o dolor tan grande, que inhibe su desarrollo y altera alguna de las áreas de su conducta habitual, sea social o familiar.

Por esto, una de las señales que no se puede manipular es la mirada. Es una mirada que transmite esa tristeza, por su parte, la psicóloga Claudia Cambiaso (Diplomado terapia familiar con niños y adolescentes, 2005) explica que los síntomas van variando dependiendo de la etapa de desarrollo. En los lactantes y hasta los tres años, se producen trastornos en los ritmos básicos, es decir la alimentación y el sueño que pueden aumentar o disminuir, también se observa apagamiento del pequeño y evitación de la mirada, junto a una mayor irritabilidad y agresividad; cuando ya se encuentra en etapa escolar, se agregan otros cambios como el aislamiento, no juega con sus padres y amigos, hay disminución de la concentración y rendimiento, baja autoestima, aparición de enuresis y conductas fóbicas como no querer salir de la casa o no soportar despegarse de la mamá.

La aparición de la depresión puede obedecer tanto a factores individuales como sociales, vivimos un tipo de vida que facilita el desencadenamiento de esta enfermedad, colegios cada vez más competitivos y exigentes, familias menos extensas con ambos padres trabajando fuera, debilitándose los vínculos afectivos y la comunicación. Mayor individualismo que se traduce en falta de grupos o redes de apoyo, esto no significa que todos los niños se enfermen de depresión. Son factores de riesgo que aumentan sus probabilidades, pero no la determinan (Cambiaso, op.cit.). La depresión de uno de los padres o familiar directo eleva las posibilidades de sufrirla, puesto que el menor está inserto en un sistema que tiende a ella, también la falta de contacto afectivo, que se puede traducir en sensación de abandono y baja autoestima ya que el niño siente que no es digno de cariño, aquí la actitud de los padres es clave para que el niño pueda superar su condición. Si lo acogen, comprenden y empatizan con su dolor y pérdida, no será necesario recurrir a una psicoterapia, por el contrario, si lo critican, ridiculizan o castigan, la enfermedad se agudizará; en general los niños depresivos suelen ser detallistas, perfeccionistas y exigentes (Cambiaso. Op.cit).

Esto los lleva a agotarse y frustrarse más, lo que unido a otros factores puede detonar una depresión, existe también la depresión mayor o severa en la cual los niños muestran prácticamente todos los síntomas y no pueden ser modificados fácilmente, en general, son patologías que se arrastran por bastante tiempo y el tratamiento incluye psico-fármacos, además de la terapia individual y familiar. Cuando el niño está muy deprimido es importante darle seguimiento de manera inmediata para aumentar el nivel de autoestima, bajan el nivel de angustia, comienzan a tener una perspectiva más positiva de sí mismos y de su entorno

(Cambiaso, op.cit.), en opinión de la psiquiatra Recart, la recuperación de esta patología es completa, sin embargo, aumenta el riesgo de reincidencia debido a una forma adaptativa de reaccionar frente a situaciones adversas que ya está incorporada en la biografía del niño. Lo que no quiere decir que será depresivo toda la vida; la depresión no aparece porque sí, sino que se inserta en una red de relaciones que la hacen posible. Si se abarca esta red y se realizan transformaciones puede mejorarse. La psicóloga Cambiaso recomienda a los padres y profesores bajar el nivel de exigencia y aumentar los refuerzos positivos, porque el menor requiere otro tipo de contacto, más acogedor y amoroso. Realizar actividades recreativas es una buena idea para incentivar el contacto afectivo, a veces sólo basta estar presente en sus juegos o deportes, también es muy importante expresar abiertamente el cariño, decir y demostrarles lo mucho que se les quiere y lo importante que son, aunque es difícil hablar de prevención en una enfermedad tan compleja, sí hay elementos que protegen frente a situaciones adversas. Una buena armonía familiar, un clima positivo de confianza y acogimiento que estimule la comunicación, son elementos que facilitan la resolución exitosa de conflictos a todos sus miembros y lo más importante, que los padres estén atentos a las distintas señales que envíe el niño (Cambiaso,op.cit.).

Se realizó una investigación con pautas para detectar y hacer frente a la depresión infantil la principal finalidad de este trabajo es dar a los padres una serie de orientaciones para detectar cuándo un niño puede estar en peligro de caer en este trastorno e indicarles, en su caso, qué medios deben poner para tratar de superar esta adversidad. Por que la Doctora Del Barrio (1994) advierte que, según reconocen todos los especialistas de forma unánime, también los niños se deprimen ya que

tienen las mismas emociones que los adultos pero con sus propias características: son más frecuentes, más intensas, más versátiles y menos reflexivas, según el informe, el porcentaje medio en nuestro país de niños con síntomas o síndromes depresivos es del 8%, correspondiendo el 2% a casos de depresión mayor, y el 6% a trastornos distímicos, que presentan una sintomatología menos violenta pero más duradera, además, la frecuencia de la depresión infantil varía con la edad, es decir, a más edad, mayor porcentaje de niños deprimidos y con el sexo es más frecuente en las niñas, sobre todo a partir de la pubertad (Del Barrio, 1994; Frías, D. y Mestre, V. 1995).

La profesora Victoria Del Barrio (1994) enumera en su informe diversas circunstancias que incrementan la posibilidad de que se produzcan trastornos de carácter depresivo. Estos factores de riesgo pueden ser de tipo personal, ya que el temperamento y la personalidad pueden tener gran influencia: los niños introvertidos son más proclives a sufrir depresiones que los extrovertidos, también hay factores de riesgo de carácter social, entre los que destaca a la familia. La familia es una pieza esencial en la explicación de la conducta infantil, ya que el padre y la madre son el origen biológico de sus hijos y son también los responsables de la nutrición física y mental del recién nacido, dos ámbitos esenciales para explicar el proceso del desarrollo y por tanto, del devenir de un niño (Del Barrio, op.cit.).

En este sentido, se resaltan dos rasgos especialmente relacionados con el entorno familiar, que guardan una estrecha relación con la depresión, son la estabilidad, la afectividad y la carencia de cualquiera de ellas puede encadenar la aparición de la depresión, en la infancia o en la adolescencia. Una familia coherente y comunicativa minimiza los factores de riesgo, mientras que las familias rígidas y desavenidas son

más proclives a las depresiones. Entre estas últimas figuran los casos de inestabilidad emocional de los padres, especialmente de la madre, ya que la depresión materna es un elemento importante en la predicción de la depresión del niño (Del Barrio, op.cit.).

Otros factores de riesgo pueden derivar de la clase social a la que pertenezca el niño, o incluso del país en el que viva, ya que, según Victoria del Barrio (1995), los ciudadanos de sociedades desarrolladas tienden más a la depresión que los habitantes de países del tercer mundo o de acontecimientos vitales negativos, como el fracaso escolar, la ruptura de amistades, entre otras y también hay factores de riesgo de carácter mixto como la edad y el sexo, las expectativas sociales y emotivas no satisfechas y la soledad porque los padres están cada vez más tiempo fuera de casa y los niños pasan cada vez más tiempo solos, el informe también habla de los síntomas que pueden servir a padres y profesores para detectar situaciones de depresiones infantiles. Síntomas emocionales, como la tristeza, el aburrimiento y la irritabilidad; sociales, como el aislamiento y la soledad, la rebeldía y el retraimiento; intelectuales, como la escasa concentración, la falta de interés, la disminución de la memoria y el bajo rendimiento; y corporales, como el sueño, los dolores, la fatiga y la falta de apetito (Del Barrio op.cit.). Para prevenir o en su caso, combatir la depresión infantil hay que buscar siempre la ayuda de especialistas, pero también es siempre imprescindible la colaboración de las familias, porque según se indica en el informe, hay que favorecer la alegría en el niño mediante el trato armónico con las personas y las cosas, promoviendo hábitos saludables y dotándole de un adecuado modo de vida y de los recursos necesarios para enfrentarse al mundo sabiendo resolver los problemas. La carencia de afectividad es uno de los aspectos más ligados a la

aparición de la depresión infantil y la alegría de un niño está unida al disfrute de la interacción amorosa con los miembros de su familia, por ello es importante cuidar la relación sentimental con el niño y hacer que éste se sienta querido, apoyado y protegido.

En otra de las referencias consultadas, se verificó la importancia de la depresión infantil que existe en todo el mundo, por lo que el presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría Ahmed Okasha y residente del Congreso Internacional de Psiquiatría (1998), refirió que en ningún país en el mundo, inclusive Estados Unidos o los países europeos, tienen una política especial de salud mental infantil que se ocupe de ellos.

Okasha (Segal 1996 and Samuels 2000 for useful discussions of the various notions of modularity at work in cognitive science), explicó que no es normal cuando un niño roba en la escuela, comienza a tartamudear, moja la cama o le tiene fobia al colegio, para este reconocido psiquiatra, estas no son más que señales de que algo anda mal, de que el niño está sufriendo y su manera de decir que está deprimido, angustiado o con pánico son precisamente esos cambios conductuales o cambios somáticos. Sí se logra que los padres estén conscientes de todo esto, creo que tendremos una mejor niñez en el mundo entero (Okasha, op.cit.). En el marco de este evento, se presentó la ponencia "Estudio de tres casos de depresión infantil: una experiencia" a cargo de Adelina Forte, del Hospital Psiquiátrico, Xiomara Chacón y Yelena Figueroa, del Hospital J. M. de los Ríos (1996). Forte refiere que si un niño tiene problemas de conducta hay que ver por qué sucede esto, averiguar por qué está ocurriendo ese desorden de conducta si es un problema orgánico o conductual. Padres, familiares y maestros deben estar atentos a las conductas anormales de los

niños pues detectar a tiempo el síndrome depresivo puede evitar consecuencias más graves en el futuro. La psiquiatra aclaró que algunos de los comportamientos que pueden dar pistas son el bajo rendimiento escolar, la incapacidad para acatar normas, límites y la necesidad de buscar castigos a través de conductas reprochables, los niños que están deprimidos se sienten culpables de la situación familiar, del abandono y de cualquier otro problema, pues tienen la fantasía de que tienen la culpa de todo lo que pasa, el niño piensa que hizo algo malo y por eso lo tienen que castigar, en consecuencia se porta mal.

Forte (1996) expresó que las causas de la depresión están asociadas a la muerte de un familiar, problemas conyugales de los padres, consumo de alcohol, abandono, maltrato y separación de los padres, pero además, estas causas pueden desencadenar el estado depresivo si no son bien manejados por padres y familiares; hay que destacar el hecho que normalmente un niño con depresión no puede ser tratado aisladamente de su entorno familiar, por eso, si un niño presenta estos síntomas, muy probablemente la causa se encuentre en los propios padres, de quienes puede haber aprendido una conducta depresiva. Forte reporta que en el servicio de psiquiatría del Hospital es necesario hacer la historia clínica de los padres del niño enfermo para que el tratamiento sea efectivo, además, para la evolución del paciente, Forte (1996) señala que no es suficiente el suministro de medicamentos. Hay cuadros depresivos en los cuales hay que medicar y hacer psicoterapia para que evolucione el paciente, si se medica únicamente, lo que se hace es tapar la causa y no se soluciona el problema de fondo, las consecuencias de no tratar a tiempo a un niño con este problema pueden ser más lamentables. Si hay trastornos de conducta serios que no sean tratados se pueden generar trastornos de personalidad, consumo

de alcohol y drogas, entre otros. Los hijos pueden copiar conductas como el consumo de alcohol y con ello afectar no una sino dos generaciones, por eso hay que tratar precozmente a niños y adolescentes para que no tengamos tantos problemas en los adultos, concluyó Forte. En el último año, de los 25 casos que fueron remitidos a la consulta del Hospital Psiquiátrico, sólo siguieron en tratamiento 8 niños. Las razones del abandono son múltiples y están asociadas al desinterés, la falta de tiempo, la imposibilidad de los padres de suspender sus labores y en algunos casos, la falta de recursos económicos para trasladarse a la consulta. Desde la Asociación Mundial de Psiquiatría, Ocaza (1996-2000) inició un programa de salud mental infantil, el cual tendrá como objetivo aumentar la conciencia entre la población, concienciar a los pediatras, a los psiquiatras e inclusive a los medios sobre esta problemática, lo cual se relaciona con el intento de la implementación del taller en la que se habla en la presente tesis.

Para algunos autores la depresión infantil es considerada como una fase en la etapa de desarrollo del niño y para otros es una patología, porque se presenta fuera de la normal, aunque al mismo tiempo se piensa que no hay individuo que no haya presentado periodos depresivos en su vida, la depresión es una sensación subjetiva que se caracteriza por sentimientos de tristeza, melancolía, soledad, aislamiento, G. Nissen (Depressionen Ursachen Erkennung Behandlung, 1999) se indica que la sintomatología que se presenta depende de la edad y sexo con relación a la edad, se nota que los lactantes y los preescolares manifiestan su depresión mediante la inhibición afectiva, con síntomas como enuresis, manipulación genital, miedos nocturnos, crisis de llanto y gritos; en los niños de edad escolar o mayores la sintomatología se manifiesta a través de la esfera cognitiva como ideas o impulsos

suicidas, ruminación, sentimientos de inferioridad, aislamiento, la distribución en base al sexo, se ha demostrado que las niñas depresivas en general son tranquilas e inhibidas, con tendencia a tener variaciones de humor, son buenas y se portan bien en cuanto a los niños tienden a aislarse, hay inhibición en el aprendizaje e irritabilidad y esto a su vez conduce a dificultades escolares y a la agresividad (Nissen, op.cit.)

CAPÍTULO 4. DEFINICION DE LA TERAPIA COGNITIVA.

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas como la depresión, la ansiedad, las fobias y problemas relacionados con el dolor, entre otras patologías. Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Sus cogniciones como eventos verbales o gráficos a su corriente de conciencia, se basan en actitudes o supuestos esquemas, desarrollados a partir de experiencias exteriores (Harrison, R. P. 1984).

Las técnicas terapéuticas específicas utilizadas se sitúan en el marco del modelo cognitivo en la psicopatología, como referencia la terapia no puede ser aplicada con efectividad sino se tiene un conocimiento de la teoría. Las técnicas terapéuticas son encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias –esquemas- que subyacen a estas cogniciones (Harrison, op.cit.).

La terapia cognitiva se sirve de una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales, el objeto de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y las supuestas experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones:

- 1.- Controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos.
- 2.- Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta.
- 3.- Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados,

4.- Sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas.

5.- Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que les predispone a distorsionar sus experiencias.

Generalmente la terapia cognitiva consta de 15 a 20 minutos por sesión una vez a la semana, los casos más graves suelen adquirir sesiones frecuentes, dos semanales durante 4 ó 5 semanas y después una semanal durante 10-15 semanas. Normalmente se suele disminuir a una sesión de cada 2 semanas durante las últimas fases, al tiempo que se recomienda la terapia de apoyo una vez que ha finalizado el tratamiento (Harrison, op.cit.).

Entre los supuestos generales en los que se basa la terapia cognitiva, se encuentran los siguientes:

1.- La percepción y en general la experiencia son procesos activos que incluyen tanto datos de inspección como de introspección.

2.- Las cogniciones del paciente son el resultado de estímulos internos y externos.

3.- El modo que tiene un individuo de evaluar una situación se hace evidente, por lo general a partir de sus cogniciones, (pensamientos e imágenes visuales).

4.- Estas cogniciones constituyen la corriente de conciencia o campo fenoménico de una persona que refleja la configuración de la persona acerca de sí mismo, su mundo, su pasado y su futuro.

5.- Las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en su estado afectivo y en sus pautas de conducta.

6.- Mediante la terapia psicológica, un paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas.

7.- La corrección de estos constructos erróneos puede producir la mejoría clínica o mejores sesiones (Harrison, op.cit.).

4.1. Características de la terapia cognitiva.

La terapia cognitiva difiere de la terapia convencional en dos aspectos importantes: en la estructura formal de las sesiones y en los tipos de problemas en los que se centra, como se señala anteriormente.

En contraste con las terapias tradicionales, como la terapia psicoanalista o la terapia centrada en el cliente, el terapeuta que aplica la terapia cognitiva se encuentra en continua actividad e interactúa intencionadamente con el paciente, el terapeuta estructura la terapia según un diseño específico que requiere la participación y colaboración del paciente (Beck., Rush. A, Sahaw y Emery, G. 1979).

Al contrario de la terapia psicoanalítica, la terapia cognitiva se centra en el aquí y el ahora, se presta escasa atención a la época de la infancia, salvo que pueda clasificar algunos hechos actuales, el objetivo principal es integrar los pensamientos, sentimientos del paciente durante la sesión terapéutica y las subsecuentes sesiones.

La terapia cognitiva también difiere de la terapia de la conducta a su mayor énfasis sobre las experiencias internas (mentales), del paciente, tales como pensamientos, sentimientos, deseos, aspiraciones y actitudes. La estrategia general de la terapia cognitiva se puede diferenciar del resto de la escuela de terapia por su énfasis en las investigaciones empíricas de los pensamientos, inferencias, conclusiones y

supuestos automáticos del paciente. Se formulan las ideas y creencias desviadas del paciente acerca de si mismo, de sus experiencias, y de su futuro en términos de hipótesis cuya validez se intenta comprobar de un modo sistemático (Beck, op.cit).

4.2. Principales exponentes de la terapia cognitivo-conductual.

Desde las primeras descripciones de la enfermedad depresiva, Aarón Beck coincidió con la mayoría de los autores en señalar como parte del complejo sintosomático, distorsiones cognitivas tales como pesimismo extremo o una visión irreal de la propia personalidad, la originalidad del punto de vista de Beck reside en que considera que estas distorsiones cognitivas son la causa primaria del desorden y no elaboraciones secundarias. Según Beck, todas las formas de psicopatología, presentan algún grado de desorden del pensamiento, es posible que nadie puede conocer la realidad de manera totalmente objetiva y que la apreciación que cada individuo hace de su mundo está coloreado por sus experiencias pasadas (Harrison, op.cit.).

En la psicopatología, según Beck (1980), se producen distorsiones características, que parecen apartarse de lo que la mayoría de los individuos considerarían una manera realista de pensar o interpretar la realidad.

La depresión presenta sus propias formas de distorsión que Beck reúne bajo la denominación de triada cognitiva (Beck, 1979), compuesta por las expectativas negativas respecto del ambiente, la autoapreciación negativa de si mismo y las expectativas negativas respecto al futuro.

El concepto de Triada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo desgraciado, torpe, enfermo, con poca

valía y por lo general tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral, o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que a causa de estos defectos es un inútil, carece de valor, tiende a subestimarse a criticarse a sí mismo en base a sus defectos, por último, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad, (Beck y Harrison, op.cit.).

El segundo componente de la tríada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa, le parece que el mundo le hace demandas exageradas y le presentan obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpretar sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa aun cuando pudiera hacerse interpretaciones alternativas más posibles. La persona depresiva puede darse cuenta de que sus interpretaciones negativas iniciales estaban desviadas si se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas. En sentido, puede llegar a darse cuenta de que estaba tergiversando los hechos para que se ajustasen a las conclusiones negativas que se había formado de antemano.

El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuaran indefinidamente (Beck y Harrison, op.cit.).

George Nelly (citado en Reprinted by Routledge. London, 1991), con su terapia de los constructos personales describe el proceso continuo por el que un individuo construye interpretaciones personales acerca del mundo y luego los eleva nuevamente, considerando los eventos resaltantes. Para Kelly un constructo personal es la forma en la que se ve al mundo o se atribuye significado a la propia experiencia, una persona no necesariamente es capaz de expresar las construcciones que hace del mundo pero sin embargo, estos constructos influyen en la forma de evaluar los eventos, los constructos personales inadecuados como puede ser ver al mundo como un lugar inseguro o verse así mismo como despreciable, pueden contribuir al trastorno emocional y la conducta inadaptada.

Albert Ellis, quien desarrolló la terapia racional emotiva, que su premisa básica es el sufrimiento emocional y que este es debido a los modos inadaptativos en que la persona construye el mundo y a las creencias irracionales que mantienen, en los infantes se puede ver que no se relacionan con los demás y por medio del juego también puede expresar ese sufrimiento que en un momento dado llega a tener, dichas creencias conducen a pensamientos autoderrotistas que ejercen un efecto adverso sobre la conducta. En consecuencia la tarea del terapeuta de la T. R. E., encierra tres tipos de acción, el primero es que se debe determinar los eventos que perturban al cliente, segundo el terapeuta debe ayudar al paciente a describir las pautas específicas de pensamiento y las creencias subyacentes que constituyen la respuesta interna a estos eventos y que dan nacimiento a las emociones negativas y la tercera, el terapeuta ayuda al paciente a alternar estas pautas de pensamiento y creencias.

Albert Bandura, se refiere ahora a su teoría del aprendizaje social como teoría social cognitiva, en realidad es un complemento a la teoría de Ratter, difícilmente es una teoría en sí, en el sentido de ofrecer una serie integrada de conceptos que explican la conducta que una persona elige emplear a una situación específica. Su fortaleza reside en su explicación de manera en que las personas adquieran una variedad de conductas complejas en entornos sociales. Para Bandura el énfasis está en la adquisición de la conducta, para Ratter el énfasis está en las elecciones (Bacot, S. Guma. 1991), Bandura menciona que es necesario referirse a la existencia de representaciones mentales para comprender la imitación, en particular en la fase de la adquisición de la conducta. Bandura defenderá la existencia de dos fases, divididas cada una de ellas en dos subfases, para explicar este tipo de aprendizaje: la fase de adquisición de la conducta con las subfases de atención y retención y la fase de la ejecución de la conducta con las subfases de la reproducción motora y de la motivación y refuerzo. El aprendizaje vicario (aprendizaje en el que el refuerzo lo recibe el modelo y no la persona que aprende a imitar dicho modelo) presenta para el sujeto varias ventajas importantes: amplía sus habilidades en el control del medio y hace el aprendizaje menos costoso y duro que el mero condicionamiento. El aprendizaje social está a la base de la transmisión cultural pues permite que las habilidades adquiridas por algún miembro de la comunidad pueden transmitirse al resto, sin que sea preciso que cada uno las adquiera a partir de su propia experiencia.

Bandura define el principio del determinismo recíproco. Esto significa que las tres variables de conducta, persona y situaciones se influyen entre sí.

4.3. Aprendizaje-conductual.

La psicoterapia conductual puede ser definida como la aplicación clínica de los principios de la teoría del aprendizaje en la modificación de la conducta (Gasto, 1993). London (1964) elegantemente define a la terapia conductual o terapia de acción como el objetivo técnico de aquellas terapias que manipulan las conexiones estímulo-respuesta con el fin deliberado de cambiar conductas específicas de un patrón de actividad a otro (Gasto, p.84). El término conducta, tal y como es empleado en los estudios actuales del conductismo, es generalmente definido en un sentido amplio, con el fin de incluir un complejo de actividades observables y potencialmente medibles que incluyen clases de respuestas motrices, cognitivas y fisiológicas (Bandura,1989,p.73). Desde la perspectiva de los terapeutas conductuales, las conductas son aprendidas y el aprendizaje de estas conductas obedece a principios psicológicos que se han derivado empíricamente (Bandura, 1989; Bergin y Garfield, 1991; Rimm y Masters, 1994; Ullmann y Krasner, 1985/1995). Ejemplos de estos principios psicológicos son los principios de reforzamiento (Ayllon y Azrin, 1985-1988; Ferster y Skinner, 1987). Por tanto, un paradigma ampliamente aceptado en la terapia conductual es que las conductas tradicionalmente llamadas anormales no difieren, cuantitativa o cualitativamente, en su desarrollo o mantenimiento, de las demás conductas (Ullmann y Krasner, 1985/1995, p.2). Las principales asunciones de los modelos de aprendizaje conductual, de acuerdo con Kanfer y Phillips (1980), son: a) un foco en la conducta, esto es, en lo resultante de la interacción de la persona con el ambiente; b)la intervención directa de la conducta desviada más que de las causas subyacentes y presumidas de la conducta; c)todas las conductas están sujetas a los mismos principios psicológicos, los cuales se han derivado

empíricamente; d) los métodos de las ciencias naturales son empleados en la investigación acerca de la conducta humana; e) los observadores necesitan tener la habilidad necesaria para realizar mediciones adecuadas, pero no se requiere tener habilidades relativas a la teoría y f) el foco de la intervención es siempre en las conductas que se experimentan en el presente y no en la historia vivida de la persona o en la historia de la conducta desviada.

La teoría del reforzamiento operante de Skinner plantea que, básicamente, el aprendizaje se produce cuando una respuesta operante emitida por el organismo es reforzada. Como un corolario a la teoría del aprendizaje de Skinner, Bandura (Bandura, 1989 3ª Edic., Bandura y Walters, 1983 2ª Edic.) ha formulado una interpretación de los patrones conductuales a partir del aprendizaje social. La perspectiva de Bandura (1989) enfatiza el rol del ambiente en el reforzamiento de las respuestas del individuo, dando lugar de esta manera a patrones conductuales. Debido a su importancia en relación al modelo de la psicoterapia conductual, se analizan las condiciones para la aplicación de procedimientos de reforzamiento y el manejo de contingencias conductuales, la vasta mayoría de intervenciones en terapia conductual envuelven la aplicación de principios del reforzamiento (Kanfer y Phillips, 1980).

Bandura (1989 3ª. Edic.) concisamente plantea que, primero, uno debe elegir reforzadores que sean suficientemente poderosos y duraderos como para mantener la capacidad de respuesta durante largos períodos de tiempo mientras complejos patrones de conducta son establecidos y fortalecidos, segundo, los eventos reforzantes deben ser puestos en una relación de contingencia con la conducta deseada si van a ser óptimamente efectivos y tercero, es esencial disponer de un

procedimiento confiable para elicitación o inducir los patrones de respuesta deseados; de otra manera, si raras veces o nunca ocurren, entonces habrán pocas oportunidades para influenciarlos a través del reforzamiento contingente (Bandura p. 225).

Premack (Original Intelligence, McGraw-Hill 2003) ha indicado que bajo condiciones apropiadas casi cualquier actividad puede funcionar como un reforzador efectivo. Adicionalmente, Bandura (1989) ha planteado que la capacidad potencial de una actividad u objeto como reforzador es una propiedad relativa más que absoluta. Por tanto, un evento de respuesta en particular no tendrá potencia en relación a una actividad más altamente preferida, pero funcionará como un reforzador positivo efectivo cuando se le aparea con respuestas de menor valor, (Bandura, 1989 3ª Edic., p. 222).

Una vez que el terapeuta ha identificado reforzadores efectivos, éstos deben ser suministrados de manera contingente para poder efectuar la modificación de conductas, el manejo contingente de un reforzador es definido como el suministro de un reforzador a continuación de la conducta objetivo, pero únicamente luego de la ocurrencia de dicha conducta Rimm, Masters (Terapia de la conducta 1980).

Numerosos experimentos han sido llevados a cabo para demostrar que el reforzamiento contingente de las conductas es un procedimiento efectivo en el control de la conducta y que, por el contrario, el reforzamiento no contingente no es exitoso en este tipo de control (Bandura y Perloff, 1977; Hart, Reynolds, Baer, Brawley y Harris, 1978). Adicionalmente, la manera más efectiva de modificar conductas es mediante la aplicación de un reforzador inmediatamente y que sea a la

vez contingente con la conducta objetivo (Renner, 1974). Sin embargo, esta contigüidad temporal puede ser modificada explicándole a la persona cuya conducta debe ser modificada a través de la mediación verbal las contingencias impuestas (Bandura, 1989).

La aplicación de reforzadores por el terapeuta en un programa de manejo de contingencias obviamente depende de la persona que produce la respuesta objetivo, una técnica que ha sido empleada exitosamente para inducir tales respuestas es la del moldeamiento, la cual implica el reforzamiento de aproximaciones sucesivas de la respuesta objetivo deseada que son emitidas por el individuo. Hay estudios realizados sobre esta técnica por King, Armitage y Tilton (1980) y por Isaacs, Thomas y Goldiamond (1980). Otros procedimientos envuelven el uso de instigaciones verbales que instruyen al individuo cómo y cuándo producir la conducta a ser reforzada (Baer y Wolf, 1987), al igual que el uso de procedimientos de guía física de la respuesta, en los que se asiste físicamente al individuo a producir la respuesta reforzable (Lovaas, 1976).

Homme y Tosti (1985) han planteado que uno maneja las contingencias o las mismas son manejadas en forma accidental. En cualquier caso, existirán contingencias y las mismas tendrán sus efectos. Se ha señalado anteriormente que el manejo contingente de un reforzador implica el suministrar dicho reforzador a seguidas de la respuesta objetivo, pero únicamente después de la ocurrencia de la conducta objetivo (Rimm y Masters, 1984). La mayoría de los programas de manejo conductual incluyen una combinación de contingencias, por ejemplo, Burchard y Tyler (1985) emplean tanto las técnicas aversivas (un procedimiento de aislamiento), como técnicas de reforzamiento positivo (fichas). Típicamente, los programas de

contingencia conductual incluyen alguna provisión para reforzar positiva y/o negativamente la conducta adaptativa o prosocial, esto es, la conducta objetivo, al igual que alguna provisión para castigar la conducta desviada con una consecuencia aversiva.

El castigo debe ser diferenciado conceptualmente del reforzamiento negativo. Se define al castigo como la situación que existe cuando un estímulo aversivo es presentado a continuación de un acto en particular y éste no puede ser escapado o evitado (Kanfer y Phillips, 1980, p. 322). Por otro lado, por definición, un reforzador negativo es el que, al desaparecer, fortalece la conducta (Skinner, 1977).

Al discutir los méritos relativos de las técnicas de reforzamiento versus el castigo, Rimm y Masters (1984) plantean que el castigo puede ser empleado efectivamente para modificar la conducta y que pueden existir problemas conductuales particulares que respondan mejor, o quizás exclusivamente, a procedimientos aversivos. También, aún cuando pueda existir una elección entre el uso del reforzamiento positivo o de procedimientos de castigo, existen varias buenas razones para preferir las técnicas de reforzamiento. En primer lugar, cuando tenemos a disposición técnicas efectivas alternativas, es difícil justificar el empleo de técnicas que causan dolor y sufrimiento aunque las mismas también sean efectivas. Segundo, el castigo a menudo produce ciertos efectos colaterales que pueden ser bastante indeseables. Y finalmente, mientras el castigo puede ser usado cuidadosa y efectivamente por el terapeuta conductual con experiencia, a menudo es la técnica empleada primordialmente por algunos esposos y padres, usándola ineffectivamente, con la consecuencia de que la convierten en ineffectiva para el individuo en cuestión.

Es importante enfatizar que Rimm y Masters (1984) no se oponen al uso de técnicas aversivas, pero sí que estas técnicas deben ser usadas juiciosamente y por individuos bien entrenados y únicamente ante la ausencia de una técnica efectiva de reforzamiento. Bandura (1989) apoya una posición similar: El uso del control aversivo es también frecuentemente cuestionado sobre la base de que produce una variedad de productos colaterales indeseados. Esta preocupación está justificada, muchos de los efectos desfavorables están algunas veces asociados con el castigo y no son necesariamente inherentes a los métodos mismos sino que resultan de la manera incorrecta en que fueron aplicados. Una gran cantidad de la conducta humana es, de hecho, modificada y regulada cercanamente mediante consecuencias aversivas naturales sin ningún efecto dañino, el castigo es rara vez empleado como el único método para modificar la conducta; pero si es usado juiciosamente conjuntamente con otras técnicas diseñadas para promover opciones de respuesta más efectivas, tales combinaciones de procedimientos pueden acelerar el procedimiento de cambio. Adicionalmente, las consecuencias aversivas son frecuentemente empleadas para modificar la conducta desviada que es auto-reforzada automáticamente con su ocurrencia y en casos en los que ciertos patrones de respuesta deben ser rápidamente puestos bajo control debido a sus efectos nocivos en el que los ejecuta o en otras personas (p. 294).

Becker (1981) propone que algunas conductas desviadas tienen su origen en el castigo, tales como las siguientes:

- Engañar, para evitar el castigo que sigue a estar equivocado.
- No ir a la escuela, para evitar o escapar los múltiples castigos asociados al fracaso escolar, una enseñanza pobre, o una administración escolar punitiva.

- Fugarse del hogar, para escapar los muchos castigos que los padres pueden emplear.
- Decir mentiras, para evitar el castigo que sigue el hacer algo incorrecto.
- Asechanza, para evitar ser agarrado "portándose mal".
- Esconderse, para evitar ser atrapado (Becker, 1981, p. 124).

Otra situación preocupante tiene que ver con el uso de procedimientos de castigo en los casos en que los padres castigan conductas desviadas, pero rara vez, si acaso, refuerzan la conducta apropiada de sus niños. Uno de estos casos fue reportado por Tharp y Wetzel (1979), quienes estudiaron el caso de una familia en la que los padres tuvieron que ser entrenados en el uso de técnicas de manejo de contingencias con el reforzamiento, en vez del castigo, para poder efectivamente controlar a sus niños, es importante enfatizar nuevamente dos de las características más importantes de la psicoterapia conductual: la efectividad y la eficiencia. Todos los modelos terapéuticos establecidos modifican en mayor o menor grado la conducta humana, por lo que podríamos señalar que son efectivos. Lo importante, sin embargo, es que existe evidencia amplia (Bandura, 1989; Bergin y Garfield, 1991; Grambrill, 1977; Rimm y Masters, 1984) que apoya la aseveración de que la psicoterapia conductual, con su tecnología derivada empíricamente, logra la modificación de conducta de una manera más directa y completa, a la vez que logra este cambio usando de manera más racional los recursos disponibles. Dicho en otras palabras, la psicoterapia conductual es un procedimiento terapéutico altamente efectivo y eficiente.

Por lo tanto la terapia cognitiva conductual asume que el pensamiento y los sentimientos son conductas aprendidas y que un reforzamiento negativo provocaría

los trastornos afectivos, el objetivo principal es aliviar los síntomas y cambiar el estilo de presentación del mundo del paciente a través de tareas que el terapeuta propone, este tipo de tratamiento se basa sobre el supuesto de que el pensamiento lógico asegura la mejor forma de enfrentarse a los problemas, cambiando las creencias y los pensamientos que lleva a la persona a la depresión, el terapeuta ayuda al paciente a que este cambie sus actitudes negativas sobre sí mismo, al mundo y al futuro, es de importancia mencionar cómo es que podemos utilizar la corriente con la que se está trabajando en esta investigación, el aprendizaje para los conductistas y los cognotivistas es un cambio en la tasa, frecuencia de aparición y forma de comportamiento(respuesta) como función de cambios ambientales y proceso mental de transformar, almacenar, recuperar y utilizar la información, sucesivamente, para esta teoría es de importancia enfocarse en el aprendizaje y por consecuencia da por resultado un cambio de conducta, ocurre como un resultado de la practica, hay cambio relativamente permanente y no puede observarse directamente , hay variables que se deben considerar en el estudio del aprendizaje como las externas o independientes (causales de la realidad) y comportamentales cognitivas o independientes, hay que mencionar las diferentes clases de aprendizaje con diferentes investigadores muy importantes los cuales han aportado grandes teorías para una mejor comprensión en el desarrollo del ser humano, los fundamentos filosóficos del condicionamiento clásico de Pavlov son el materialismo dialéctico e histórico, los fundamentos psicológicos de la teoría es que el psiquismo humano es un reflejo de la realidad objetiva, Pavlov considera al organismo humano como un sistema en permanente equilibrio con la realidad exterior el cual va a aprender sobre la base de reflejos condicionados.

También Watson enfatiza sobre sus fundamentos fisiológicos del modelo conductual del aprendizaje, como por ejemplo el positivismo, en donde plantea la descripción pura de los hechos dados por las sensaciones y describe los hechos externos de los fenómenos, es por eso que el individuo aprende por la recepción de estímulos del medio ambiente, así mismo mientras Watson le da importancia al estímulo Skinner le da mayor peso a la importancia de la respuesta, que hay que reforzar, es decir, el ser humano va a responder a estímulos ambientales o variables dependientes e independientes, siendo posible ejercer control sobre la conducta a través de la manipulación de las variables según reforzadores positivos, negativos y castigos.

4.4. Diferentes técnicas de modificación de conducta.

Modelación: Aprendizaje por imitación, obtener cambios conductuales, cognoscitivos y afectivos observando a uno o más modelos.

Refuerzo: Es el proceso responsable del fortalecimiento de las respuestas que incrementa su tasa o hace que sea mas probable que ocurra.

Extinción: Es la perdida de la fuerza de la respuesta debido a la falta de refuerzo.

Castigo: Modificar o cambiar la conducta indeseable, Watson (Libert R. Neale, 1979. Psicología General).

Por eso los tratamientos cognitivos representan una orientación nueva en la modificación de la conducta. Esta orientación se desarrolló como resultado de varias líneas de investigación que han demostrado el papel de los procesos de pensamiento en el control de la conducta, ignorado por muchos años por el conductismo tradicional bajo la representación de Watson (1979).

Otra razón para reconocer la importancia de los procesos de aprendizaje en el cambio de la conducta es que muchos de los problemas que requieren intervención terapéutica tienen ellos mismos un fundamento cognoscitivo. Las conductas manifiestas por las que recurre una persona a tratamiento no siempre son el problema, sino que pueden ser experiencias internas que pueden estar relacionadas con la forma de pensar, sentir y auto-verbalizar del individuo (Watson, op.cit).

Por aprendizaje se entiende lo referido a los acontecimientos verbales o figurados en el flujo de la conciencia de una persona; es decir, el aprendizaje es el estudio de las ideas y de sus antecedentes (formación, contenido, interconexiones, desarrollo), por lo tanto el concepto central de esta teoría propone que el contenido de una persona afecta su estado de ánimo, es por eso que las conductas son de gran importancia en el niño para determinar o bien, comenzar a detectar posibles síntomas depresivos y trabajar éstas conductas de manera inmediata, mostrándole al infante que piensa de manera positiva, ya sea con juegos o bien de manera más verbal y/o gráfica dependiendo del caso o de la personalidad del niño.

La Terapia Cognitivo Conductual se enfoca más en los significados conscientes, le interesan más los cómo y los para qué, que los por qué. Es una terapia que se orienta al análisis de los pensamientos automáticos, los supuestos o creencias y la organización de sus percepciones, como en el análisis minucioso de las conductas y actitudes sintomáticas, la Terapia Cognitivo Conductual, es una forma de tratamiento a corto plazo, que se caracteriza por ser activa, directiva y en la que el terapeuta y paciente trabajan de forma conjunta, su objetivo es ayudar a los pacientes a que descubran su pensamiento disfuncional, comprueben en la realidad su pensamiento y conducta y construyan técnicas más adaptativas y funcionales de respuesta, tanto

inter como intrapersonales. La meta está en curar al paciente enseñándole cómo desarrollar mejores estrategias de afrontamiento para ayudarlo a manejar sus circunstancias de vida, la idea es que el paciente aprenda a hacerlo por él mismo. La Terapia Cognitivo Conductual tiene tres principios importantes enfocados cada uno de ellos al paciente, dichos principios son:

1. Un paciente tratado bajo esta terapia, debe aprender a distinguir entre la realidad y la percepción de esa misma realidad.
2. Esta percepción de la realidad se ve modificada y está sujeta a diversos procesos de aprendizaje, que son en sí mismos fruto del error.
3. Lo anterior supone conseguir que el paciente asuma y contemple sus creencias como hipótesis que puede convertir en un fenómeno sujeto a verificación, negación y modificación (Watson,op.cit.).

En el caso del niño es importante indicarle cuando sea esa realidad, simbólicamente mediante el juego o bien de manera verbal para que el infante vaya adquiriendo esos procesos de aprendizaje y posteriormente ya sea autosuficiente.

Aunado a estos principios, existen aquellos que Beck (1980) formuló en su modelo para el tratamiento Cognitivo/Conductual de la depresión, enriqueciendo aún más la terapia:

1. Modelo de aprendizaje de los trastornos emocionales.
2. Se sigue un modelo educativo, es decir se busca un aprendizaje de patrones alternativos, de formas diferentes de percibir la realidad, siendo el propio paciente el agente principal de cambio.

3. Es breve y con límite de tiempo. El saber manejar el tiempo y el centrarse en los temas importantes a corto y largo plazo va a permitir alcanzar las metas del tratamiento en el plazo adecuado.
4. Se basa en un esfuerzo colaborador entre paciente y terapeuta.
5. Empleo del método socrático (conocimiento interno de sí mismo).
6. Una buena relación entre paciente y terapeuta.
7. Estructurada y dirigida.
8. Orientada hacia los problemas.
9. Basada en el método científico.
10. Gran importancia del trabajo para casa.

Para corregir las distorsiones cognoscitivas y los errores habituales y específicos en el proceso del pensamiento, la Terapia Cognitivo Conductual es una mezcla de técnicas de modificación de conducta y de procedimientos verbales. Estas técnicas están diseñadas para ayudar al paciente en la identificación y corrección, asumiendo que si se piensa y se actúa en forma más realista y adaptativa con énfasis en el “aquí y el ahora” de los problemas tanto situacionales como psicológicos, se espera que el paciente experimente una mejoría en los síntomas y en la conducta, si se retoma lo mencionado anteriormente, se puede utilizar en niños que se encuentren en quinto año de primaria.

Por eso es conveniente que se trabaje con esta corriente la depresión en la infancia, se menciona que esta etapa es en donde la persona sufre muchos cambios incluyendo su entorno social que es en determinado momento quien le exige mayores responsabilidades y actitudes diferentes que tiene que asumir y es por tal que las manifestaciones depresivas pueden obedecer, además, a la renuncia a

vínculos y objetos infantiles, la no conservación de ideas irrealizables o los conflictos derivados de sentimientos de culpa, nuestra cultura impone fuertes tensiones al infante, las limitaciones de su libertad, la exigencia de triunfos sociales, académicos de modo que no es de sorprender que sufran trastornos (Arieti 1981).

Por lo tanto las técnicas que se han desarrollado desde perspectivas cognitivas y conductuales han demostrado su utilidad en el tratamiento de diversos problemas psicológicos y de la conducta, en general. Desde la perspectiva de la terapia de la conducta, se han desarrollado diversas explicaciones teóricas e hipótesis acerca de la génesis y mantenimiento de la depresión. Dichos planteamientos teóricos, concuerdan en enfatizar que los individuos deprimidos manifiestan una disminución de la tasa de reforzamiento social, el empleo frecuente del auto-castigo y pérdida del control sobre el ambiente. Con base en ellos se han desarrollado diversas estrategias terapéuticas para incrementar la tasa de reforzamiento social, la percepción de control del ambiente y de la manera en que se valora el mismo por la persona, todo con la finalidad de remitir los diversos comportamientos que se han considerado dentro del término depresión (Bacot, S. Guma 1991).

El primer intento de un análisis conductual de la depresión está contenido en el libro de Ciencia y Conducta Humana de Skinner (1993 3ª Edic.), en el cual se define a la depresión como un debilitamiento de la conducta debido a la interrupción de secuencias de conducta que han sido positivamente reforzadas por el ambiente social. Esta conceptualización de la depresión como un fenómeno de extinción y como baja frecuencia de emisión de conducta positivamente reforzada ha sido central a todas las posiciones conductuales (Skinner 1993). Por ejemplo, Fester 1965, 1966; (Lewinsohn, Teri y Hoberman, 1989) ofreció más detalles sugiriendo que

diversos factores como son los cambios súbitos en el ambiente, el control aversivo y el castigo, así como cambios en las tasas de reforzamiento pueden dar surgimiento a la depresión, la cual, típicamente, se caracteriza por la reducción en la tasa de conducta. Esta conceptualización posee implicaciones para el tratamiento, suponiendo que la depresión es precedida por una reducción en el reforzamiento, debe haber mejora como producto del incremento en el reforzamiento positivo. De aquí que la principal meta del tratamiento deba ser restaurar un programa adecuado de reforzamiento positivo para el paciente, alterando la calidad y cantidad de sus actividades e interacciones interpersonales.

Aplicando el término "reforzamiento" a la depresión, Lewinsohn, Youngren y Grosscup (1979) elaboraron varias hipótesis. La hipótesis inicial estableció que la baja tasa de reforzamiento contingente constituye un antecedente crítico de la ocurrencia de la depresión. El reforzamiento es definido por la calidad de las interacciones de las personas con su ambiente. Aquellas interacciones con resultados positivos constituyen reforzamiento y fortalecen, por lo tanto, la conducta de las personas, siempre y cuando dichos resultados sean positivos. De esta manera, se supone que la conducta de las personas deprimidas no produce reforzamiento positivo en el nivel suficiente para mantener su conducta. Consecuentemente, las personas deprimidas tienen dificultad para iniciar o mantener su conducta haciéndose cada vez más pasivas; también, se supone que la tasa baja de reforzamiento es la causante de los sentimientos de disforia, que son centrales a la fenomenología de la depresión.

Las interacciones castigantes o punitivas con el medio ambiente pueden causar depresión, directa o indirectamente, al interferir con la involucración y disfrute de

actividades potencialmente reforzantes (Lewinsohn y Talkington, op.cit.). La ausencia de eventos reforzantes que son relevantes a la depresión puede ser de varias clases como: las experiencias sexuales, relaciones sociales, actividades recreativas en el hogar, soledad y experiencias en donde se compite, los teóricos cognitivos como Beck (Lewinsohn, Teri y Hoberman 1989), Rehm (1977) y Seligman (1985) proponen hipótesis que atribuyen un rol causal a las cogniciones en la depresión, aunque en ellos encontramos diferencias en la naturaleza específica de las mismas.

Beck (1986) concibe a la depresión como un desorden del pensamiento. Supone que los signos y síntomas de la depresión son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos. Para esto, existen varias estructuras cognitivas específicas que son centrales al desarrollo de la depresión: la triada cognitiva, los esquemas y los tres patrones cognitivos (Beck, op.cit, 1989). La triada cognitiva consiste de tres patrones cognitivos que controlan la ideación: una visión negativa de uno mismo, una visión negativa del futuro y una visión negativa del mundo. Los esquemas cognitivos, se supone, llevan a los individuos a un filtrado sistemático o distorsión de la percepción y la memoria. Tales distorsiones son los errores cognitivos. Ellos son involuntarios e incluyen: la inferencia arbitraria, la abstracción selectiva, la sobregeneralización, la magnificación y la minimización.

Por otro lado se propone que la teoría del "auto-control" de la depresión en la cual las auto-evaluaciones negativas y las bajas tasas de auto-reforzamiento y las altas tasas de auto-castigo producen bajas tasas de conducta. Propone a tres procesos como los más importantes en el auto-control: el auto-monitoreo, la auto-evaluación y el auto-reforzamiento (Rehm 1977), las técnicas mas utilizadas son los autorregistros a través de los cuales el paciente aprende a observar su propia conducta y a

modificarla y las técnicas cognitivas mediante las que se aprende a manejar la relación entre los acontecimientos, su interpretación y valoración subjetiva y sus efectos emocionales y conductuales. Estos procedimientos se utilizan con mayor énfasis y extensión por los terapeutas cognitivos y de una manera más particularizada por los terapeutas cognitivos-conductuales o conductistas-cognitivos.

Un aspecto a resaltar es que para el terapeuta conductual la terapia es mucho más que la utilización de un determinado elenco de técnicas sino un modo de entender a la persona y su conducta basado en los principios del Conductismo clásico (Pavlov, Watson), moderno (Skinner, Bandura) y actual (Eysenck, Staats, Ardila, Meichenbaum).

Así, Rehm sugiere que las personas deprimidas atienden selectivamente a los eventos negativos de tal manera que los toman como criterios para hacer su auto-evaluación produciéndose que se utilicen altas tasas de auto-castigo en combinación con una baja en las tasas de auto-recompensas.

Por su parte, Seligman (1985) utilizando un paradigma experimental propuso, inicialmente, una teoría de la depresión humana en donde es central el efecto de la independencia de la conducta y sus productos. El desamparo aprendido es un fenómeno de laboratorio observado cuando unos perros fueron expuestos a un trauma incontrolable. Los fenómenos principales del desamparo aprendido son:

1) La pasividad; 2) un retardo en el aprendizaje; 3) la carencia de agresividad y competitividad; 4) la pérdida de peso y bajo consumo de comida. El antecedente crítico para la aparición del desamparo aprendido no es el "trauma" (por ejemplo, recibir choques eléctricos) en sí mismo, sino la carencia de control sobre el evento

traumático. De esta manera, los sujetos deprimidos se considera que están en situaciones en las cuales sus respuestas y el reforzamiento son independientes. La recuperación de la creencia de que la respuesta produce reforzamiento es el cambio de actitud crítico que, se hipotetiza, cura la depresión. Después de algunas críticas a su teoría, Seligman (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978), propone una reformulación de la teoría del desamparo aprendido incorporando elementos de la teoría de la atribución elaborada por Weiner en 1981 (Weiner, Frieze, Kukla, Reed, Rest y Rosenbaum, 1981). La teoría reformulada sugiere que las atribuciones que hace el individuo acerca de la no-contingencia entre sus actos y los productos son el origen de expectativas subsecuentes de contingencias futuras. Las dimensiones de las atribuciones que son particularmente importantes para el desamparo aprendido y la depresión incluyen: internalidad/externalidad, generalidad/especificidad y estabilidad/inestabilidad. Desde esta perspectiva, una persona está probablemente más deprimida si sus atribuciones por sus fallas y carencias de control son internas, son globales y son estables, mientras que sus atribuciones por el éxito son externas, específicas e inestables (Wainer, op.cit.).

Aunque las aproximaciones cognitivas y conductuales al tratamiento de la depresión difieren con relación al aspecto causal de la misma, es importante reconocer que existen similitudes. Tanto las aproximaciones conductuales como cognitivas asumen que los pacientes deprimidos han adquirido patrones de reacción "mal-adaptativos" que pueden ser desaprendidos. Los síntomas son considerados como importantes en sí mismos y no como manifestaciones de conflictos subyacentes. Consecuentemente, los tratamientos se diseñan con el objetivo de modificar conductas y cogniciones relativamente específicas y enseñar otras que permitan un

mejor ajuste del individuo en su relación con el medio ambiente. También, una característica común es que todos los tratamientos cognitivos y conductuales son estructurados y limitados en tiempo. Los principales tratamientos de la depresión, que se derivan de las aproximaciones antes esbozadas, son:

1) Decremento en eventos desagradables e incremento en actividades placenteras (Lewinsohn, Sullivan y Grosscup, 1980). La meta de esta aproximación, basada en la aproximación del reforzamiento, es enseñar a las personas deprimidas habilidades que pueden usar para cambiar sus patrones de interacción problemáticos y las habilidades necesarias para mantener esos cambios después de la terminación de la terapia. Se utiliza una gama amplia de estrategias conductuales y cognitivas como es la asertividad, entrenamiento en relajación, planeación diaria de actividades, administración del tiempo y procedimientos cognitivos que permita a la persona encarar más adaptativamente situaciones aversivas.

2) Terapia cognitiva. La terapia cognitiva busca ayudar al paciente a identificar los pensamientos y esquemas que sostienen patrones recurrentes de pensamientos negativos estereotipados y en encontrar errores de estilo en el pensamiento (Rush y Beck, 1978). Las sesiones terapéuticas, regularmente, conjugan técnicas conductuales como son los programas de actividad, clasificación y ejecución de actividades placenteras, el entrenamiento asertivo, el juego de roles con el fin de atacar la pérdida de la motivación del paciente, la inactividad y la preocupación con ideas depresivas. De igual manera, se hace énfasis en que el paciente reconozca sus éxitos parciales, sus grados pequeños de placer y se le ayuda a revalorar sus creencias negativas; además, la terapia se enfoca a examinar la relación cercana entre sentimiento, conducta y pensamientos.

3) Terapia de auto-control. La teoría del auto-control de la depresión de Rehm (1977) enfatiza la importancia del reforzamiento y el castigo auto-administrado. El tratamiento consiste de sesiones en donde se le enseña a los sujetos habilidades como el auto-monitoreo, la auto-evaluación y el auto-reforzamiento. Las tres terapias anteriores suelen ser las predominantes en el tratamiento de la depresión y poseen elementos comunes, Zeiss y Lewinsohn (Muñoz 1979), después de una extensa revisión de los resultados con dichas terapias concluyen en que toda terapia de corto plazo se debe incluir lo siguiente:

a) La terapia debe comenzar con una fundamentación racional de los componentes a implementar y su planeación.

b) La terapia debe aportar habilidades que el paciente puede utilizar para sentir más efectividad y control en el manejo de su vida diaria.

c) La terapia debe enfatizar el uso independiente de esas habilidades por el paciente, fuera del contexto de la terapia, con una estructura que permita el desarrollo de otras habilidades al paciente de manera independiente también.

d) La terapia debe estimular la atribución del paciente en que la mejora en su estado de ánimo, así como el incremento de su actividad es el resultado del desarrollo de sus habilidades, esfuerzo y no por la obra y gracia del terapeuta.

4.5. Diferentes instrumentos de medición para la depresión infantil desde la terapia cognitiva-conductual.

Los instrumentos que se usan para evaluar la depresión infantil puede decirse, en términos generales que existen dos tipos: a) aquellos que originalmente fueron

diseñados para adultos pero que luego se adaptaron para la población adolescente e infantil y b) aquellos que fueron creadas originalmente para medir el estado de ánimo deprimido en menores de edad.

Como test pertenecientes al primer grupo pueden encontrarse, por ejemplo, la ampliación de la aplicabilidad del Beck Depresión Inventory (BDI) a muestras de niños (Kovacs y Beck, 1977) y el Center for Epidemiological Studies Depresión Scale-Children and Adolescents (CES-DC) construida por Radolff (1981) para evaluar adultos y que fue adaptada por Faulstich, Carey, Ruggiero, Enyart y Gresham (1986) reencontrando que era una medida adecuada de la depresión en adolescentes, aunque una pobre confiabilidad en niños (Lang, M. Tisher, M. 1983).

Posteriormente, Aguilar y Berganza (1990) evaluaron la validez discriminativa de una versión modificada del CES-DC (CES-DC-M). Emplearon para ello 93 adolescentes, con edades comprendidas entre los 12 y los 19 años (33 sujetos diagnosticados como deprimidos, 20 diagnosticados como no deprimidos y 40 no referidos). Los resultados demostraron que el CES-DC-M discriminó adecuadamente los grupos de sujetos clínicos deprimidos, clínicos no deprimidos y no referidos tanto a nivel de puntaje total como por ítems individuales.

Respecto a las pruebas elaboradas directamente para población menor de edad puede citarse el Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1979), la Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS; Reynolds, 1986) para adolescentes entre los 12 y los 18 años (Reynolds y Mazza, 1998) y la Reynolds Child Depression Scale (Reynolds, 1989). En América Latina se encuentra el trabajo realizado en 1985 por Cardoze Comato quien investigó tres escalas construidas para medir depresión en

niños con una muestra de pacientes psiquiátricos, sin embargo, empleó categorías de análisis apriorísticas para el diagnóstico (que solo contrató posteriormente por motivos de referencia) y no utilizó grupo de control no psiquiátrico, por lo que la capacidad de discriminación de las escalas revisadas resulta incierta (Aguilar y Berganza, 1990). Adicionalmente se cuenta con la adaptación española que Seisdedos (2000) desarrolló de la Escala de Depresión para Niños (CDS) construida por Lang y Tisher (1983), la adaptación española de la CDS se realizó en 1980 con una muestra de 730 niños de 8 a 14 años, en los que se analizaron los elementos de la prueba y se calculó la fiabilidad y consistencia interna mediante la formulación de Kuder-Richardson. Los resultados mostraron índices de consistencia satisfactorios, así como un buen nivel de estabilidad y consistencia interna (Seisdedos, 2000). Respecto a los estudios sobre depresión infantil y rendimiento académico, una investigación realizada por Díaz Atienza (2002), empleando el CDS, concluyó que la presencia de síntomas depresivos se asocia de forma estadísticamente significativa con el mal rendimiento académico. Se trata de un estudio exploratorio y transversal cuya muestra estuvo compuesta por 264 sujetos entre 12 y 16 años de edad.

Se concluye entonces que este problema deteriora significativamente la adaptación psicosocial y el desarrollo (Aguilar y Berganza, 1990) y por tanto, afecta negativamente diferentes esferas de la vida. Estudios citados por Reinherz y otros (1999) han documentado una relación entre la depresión mayor y la disfunción social, así como con problemas interpersonales, laborales y educativos, un niño deprimido, afirman Díaz Atienza, Prados Cuesta y López Galán (2002), presenta desinterés, dificultades en la concentración y en la atención que pueden influir en el rendimiento académico cuando su duración se prolonga en el tiempo; en la misma línea,

Goleman (1995) comenta que un costo adicional para estos niños es su pobre desempeño escolar; la depresión interfiere en su memoria y su concentración, haciéndoles más difícil prestar atención en clase y retener lo que se les enseña. Un niño que no siente alegría ante nada encontrará que es difícil reunir la energía necesaria para enfrentar lecciones que son un desafío, toda esta agitación académica, naturalmente, agrava la depresión. Sin embargo, no son muchos los estudios que se han centrado en la relación entre ambas variables, además, del trabajo de Díaz Atienza y otros (2002), A. Polaino y E. Doménech (1985) abordaron la depresión en una muestra de 6432 de niños escolarizados encontrando que los niños repetidores de algún año escolar manifestaban unas puntuaciones más altas en síntomas depresivos que los demás. Finalmente, un trabajo con niños es el que Chavarro, Ríos, Tovar y Von Rosen (2000) realizaron, estos autores deseaban determinar si la depresión afecta el aprendizaje en niños de 8 a 10 años y adolescentes de 16 a 18 años, y realizaron las mediciones con el Cuestionario Tetradimensional (CET-DE, Alonso Fernández, 1986). Los resultados son coherentes con el estudio de Díaz Atienza y otros (2002), se comprobó que la depresión afecta el rendimiento académico, notándose que los individuos con diagnóstico depresivo tienen un bajo nivel. Adicionalmente los autores afirman que no hay diferencias marcadas entre la presencia de depresión en adolescentes y niños.

CAPÍTULO 5. ETAPAS DEL DESARROLLO DEL INFANTE.

Cada niño es una persona única con su propio temperamento, estilo de aprendizaje, patrón y tiempo de crecimiento. Sin embargo, hay secuencias universales y predecibles en el desarrollo que ocurren durante los primeros años de vida. Los estudios e investigaciones han permitido diferenciar las diferentes etapas del desarrollo infantil y cuáles son las conductas que el niño o niña deben realizar en cada una de ellas (Bee H, Mitchell S. 1987).

5.1. Desarrollo del niño de 9-12 años de edad.

En este rango de edad no se observan cambios importantes con relación a los mencionados para la etapa de 6 a 9 años, sino más bien graduales disminuciones o aumentos de determinadas características que anuncian la adolescencia, la que sí constituirá una nueva etapa de desarrollo marcada por características claramente diferenciadas. Entre los 9 y los 12 años aproximadamente, el aspecto físico del niño es armónico y alcanza un desarrollo motor que le permite el control adecuado de su cuerpo en una variedad de actividades. Hacia el término de este período se confunde el final de la niñez y el comienzo de la pubertad, en que el niño iniciará una fase de crecimiento muy rápido, que se completará en la adolescencia y que frecuentemente presenta cierta torpeza motora, relacionada con el crecimiento brusco de sus extremidades y que se acompaña de ciertos sentimientos de inseguridad y confusión, que algunos autores denominan fase negativa (Bee, op.cit).

Se desarrolla la actitud crítica, con la que se analiza a sí mismo y a los demás, incluyendo en éstos a padres y maestros, a los que compara con la imagen del ideal. A esta edad, los niños han internalizado en parte los estándares de las figuras de

autoridad, padres y maestros especialmente y actúan de acuerdo a las normas para agradar a los adultos que les son significativos. Aunque no tienen mayores dificultades para aceptar órdenes y prohibiciones, la actitud crítica se extiende a éstas, las que compara con el comportamiento de quienes las emiten y exigen que las situaciones se resuelvan de forma justa, entendida la justicia como un trato rigurosamente igualitario, sin considerar las diferencias circunstanciales (Bee, op.cit.).

Los intereses particulares que en edades anteriores se habían mostrado incipientemente, ahora se fortalecen y determinan algunas de las actividades habituales de los niños y pueden ser el motivo de ciertas amistades. En este contexto aparece en algunos de ellos el afán de coleccionar determinados objetos, las interacciones con los pares son de especial importancia para el ejercicio y desarrollo de las habilidades sociales y su calidad positiva o negativa incide en su autoestima. Al respecto puede señalarse que los mismos niños reconocen como fundamental en la formación del autoconcepto, el respeto que ellos sienten que les tienen las personas que les son más significativas: padres y compañeros, seguidos de profesores y amigos. Como complemento a esto, se puede señalar que adquisición de habilidades sociales se relaciona fuertemente con el ajuste emocional y social posterior. En esta etapa las amistades, que aún son inestables, ya se entienden como una relación en que se da y se recibe, se dan de preferencia entre niños del mismo sexo, que se sienten cómodos juntos y que tienen algo en común (Bee, op.cit.).

5.2. Aspectos importantes en el pensamiento del niño.

En dirección a la descentración o capacidad de ponerse intelectualmente en la perspectiva de otro. De la conservación o capacidad de comprender que una cantidad permanece invariable sin importar sus cambios físicos, en tanto no se le agregue o reste algo. De la reversibilidad o capacidad de revertir un proceso mental para volver al punto de partida.

El lenguaje verbal continúa progresando, lo que se aprecia entre otros aspectos en el enriquecimiento del vocabulario, el que depende en gran medida del ambiente educativo escolar y familiar. En este período el niño inicia y logra la adquisición de las habilidades de lectura y escritura, las que se ven favorecidas por un buen dominio previo del lenguaje oral. La lectura se constituye en una herramienta fundamental para los aprendizajes escolares y extraescolares, como también para la recreación (Bee, op.cit.).

La exigencia escolar de permanecer sentados por períodos de tiempo relativamente prolongados, les resulta con frecuencia difícil de cumplir especialmente a los niños más inquietos, lo que suele ser fuente de reprimendas. Como contrapartida a esto, ya es capaz de mantener cierta constancia y concentración en la realización de las tareas que así lo exigen, lo que unido a un fuerte deseo de saber y aprender, al desarrollo de la memoria y de estrategias de memorización y de una actitud de trabajo claramente diferenciada de la de juego, lo capacita para enfrentar la experiencia escolar que se inicia en esta etapa. El éxito escolar que contribuye de modo importante al desarrollo de una buena imagen de sí mismo, suele ser resultado de la adecuada interacción del niño, el profesor y la familia depende en gran medida de la cooperación entre escuela y familia. Esta última tiene una importante tarea en

la adquisición de hábitos de estudio, en el desarrollo de habilidades sociales, del interés por el aprendizaje y la facilitación de un ambiente propicio a la realización de trabajo escolar (Bee, op.cit.).

En esta etapa del desarrollo, si bien las amistades aun son inestables, los niños experimentan fuertemente la necesidad de camaradería o pertenencia a un grupo de pares y son muy sensibles a la comparación social. Esto se manifiesta en su esfuerzo por seguir los patrones del grupo y en su preferencia por los juegos grupales regados, aunque mantiene su capacidad de jugar sólo. Ya desde los 7 años comienzan a surgir líderes, si el ambiente ha sido adecuado, los niños experimentan un sentimiento positivo acerca de sus propias capacidades, aunque a diferencia de la etapa preescolar, su autoestima es ahora más realista y se basa en una apreciación más objetiva de su capacidad. La tendencia propia de esta edad a compararse con sus pares contribuye a esta objetivación de la imagen de sí mismo, pero arriesga el desarrollo de una imagen de sí mismo negativa. No es recomendable, por tanto, que el medio estimule aún más la comparación a través de las actividades competitivas. Ya a esta edad se pueden apreciar intereses que marcan diferencias individuales y que pueden ser apoyados por la familia dando lugar al desarrollo de capacidades que contribuirán al desarrollo de un autoconcepto positivo. Muchos de estos intereses (deportivos, artísticos u otros) surgen de las experiencias que la escuela y/o familia proveen a los niños (Bee, op.cit.).

5.3. Teoría Psicosocial de Erikson.

- **Confianza versus desconfianza:** (desde el nacimiento hasta los 12 – 18 meses), El bebe desarrolla el sentido de si puede confiar en el mundo. Virtud: la Esperanza.

- **Autonomía versus vergüenza y duda:** (de los 12 o 18 meses a los 3 años), el niño desarrolla un balance de independencia sobre la duda y la vergüenza.

Virtud: la Voluntad

- **Iniciativa versus Culpabilidad:** (de los 3 a los 6 años), el niño desarrolla la iniciativa cuando ensaya nuevas cosas y no se deja abrumar por el fracaso.

Virtud: el Propósito

Industriosidad versus Inferioridad: (de los 6 años a la pubertad), el niño debe aprender destrezas de la cultura a la cual pertenece o enfrentarse a sentimientos de inferioridad. Virtud: la Destreza. Aprende el valor del trabajo, adquiere las habilidades y las herramientas de tecnología. La competencia ayuda a ordenar las cosas y a hacerlas funcionar, la frustración repetida y el fracaso conducen a una sensación de no adecuación y de inferioridad que afecta a la visión de la vida, es la etapa en la que el niño comienza su instrucción preescolar y luego escolar, coincidiendo esto con la edad entre 4 hasta los 11, en este periodo realizan las adaptaciones que le permiten ganar reconocimiento aprendiendo, en esta etapa el niño está ansioso por hacer cosas junto con otros, de compartir tareas, de hacer cosas o de planearlas y ya no obliga a los demás niños ni provoca su restricción, otorga su afecto a los maestros y a los padres de otros niños deseando observar e imitar a otras personas que desempeñan ocupaciones que ellos pueden comprender, posee una manera infantil de dominar la experiencia social experimentando, planificando, compartiendo. Llega a sentirse insatisfecho y descontento con la sensación de no ser capaz de hacer cosas y de hacerlas bien y aún perfectas, precisamente por estar desarrollando un sentimiento de laboriosidad, frente a esto existe el peligro de desarrollar una sensación de extrañamiento frente a sí mismo y frente a sus tareas el

sentimiento de inferioridad, relacionado con el conflicto edípico y relacionados con esquemas sociales que le hacen sentirse inferior psicológicamente, ya sea por su situación económica-social, por su condición "racial" o debido a una deficiente estimulación escolar, pues es precisamente la institución escolar la que debo velar por el establecimiento del sentimiento de laboriosidad, este estadio es decisivo el hacer cosas junto con los otros, lo que le permite desarrollar su sociabilidad y un sentimiento de competencia que significa un libre ejercicio de la destreza y de la inteligencia en el cumplimiento de tareas importantes sin la interferencia de sentimientos infantiles de inferioridad, al participar en realizaciones que son producto de la realidad, la práctica y la lógica, obtiene un sentimiento típico de participación en el mundo real de los adultos y se identifica con su identidad laboral, se pueden presentar posibles problemas, en esta etapa como la frustración de las expectativas de logro y laboriosidad que el individuo tiene lo llevan a sentirse inferior, producen actitudes de dependencia y predisponen al consumismo como actividades compensatorias. El individuo necesita desarrollarse y autorealizarse empleando su capacidad de forma en que su acción sea significativa y reconocida por los demás. De otra forma desarrollará sentimientos de inferioridad, que fijarán una autoimagen empobrecida y una sensación de extrañamiento frente a sí mismo y frente a sus tareas.

- **Identidad versus confusión de identidad:** (de la pubertad a la temprana edad adulta), el adolescente debe determinar su propio sentido de sí mismo.
Virtud: la Fidelidad
- **Creatividad versus estancamiento:** (edad adulta intermedia), los adultos maduros se hallan preocupados por establecer y guiar a la nueva generación

y de otra forma se sienten empobrecidos personalmente. Virtud: Preocupación por otros

- **Integridad versus Desesperación:** (Vejez), las personas mayores alcanzan el sentido de aceptación de la muerte y si no es así, caen en la desesperación. Virtud: la sabiduría (Serafino, E, 1988).

5.3.1. Teoría Cognoscitiva de Piaget.

- **Sensoriomotriz: (desde el nacimiento a los 2 años):**

El infante cambia de un ser que responde básicamente a través de reflejos a uno que puede organizar las actividades en relación con el medio ambiente. Los infantes aprenden a través de los sentidos y las actividades motrices.

- **Preoperacional: (de los 2 a los 7 años):**

El niño desarrolla un sistema representativo y usa símbolos tales como las palabras para representar a las personas, los lugares y los hechos.

- **Operaciones Concretas: (de los 7 a los 12 años):**

El niño puede resolver problemas lógicamente si se enfocan en el aquí y ahora, existe una manipulación de símbolos de objetos concretos para realizar operaciones, hay cierta conservación y descentración; Este implica un nivel cualitativamente superior en el desarrollo de las estructuras intelectuales. Este segundo período del desarrollo intelectual, Piaget lo subdivide en dos grandes momentos: el subperíodo de preparación de las operaciones concreto (pensamiento operatorio) y el subperíodo de las operaciones concretas (pensamiento operatorio concreto), el

pensamiento preoperatorio abarca desde los 2 hasta los 7 años aproximadamente y se caracteriza por ser un pensamiento preconceptual, intuitivo, egocéntrico, muy influido por la percepción y donde el niño se encuentra todavía centrado en su punto de vista.

El pensamiento operatorio concreto, comprende desde los 7 u 8 años hasta los 11 o 12 años y conlleva un importante avance en el desarrollo del pensamiento infantil. Aparecen por primera vez operaciones mentales, aunque referidas o ligadas a objetos concretos. Entre las principales operaciones comprendidas en este estadio, Piaget señala la clasificación, la seriación, la conservación y otras.

- **Operaciones Formales: (de los 12 años a la edad adulta):**

La persona puede pensar en términos abstractos y enfrentar situaciones hipotéticas (Serafino op.cit.).

5.4. Orientación Cognitivo Conductual.

Se fundamenta en teorías del aprendizaje, condicionamiento clásico y operante, según el esquema de pensamiento en desarrollo, la interpretación de un estímulo puede modificarse y determinar una conducta cuya emisión depende de la personalidad también en evolución (sustrato óptimo para un buen resultado de la intervención). Por otro lado, hoy se acepta que a partir de afectos y emociones pueden desarrollarse cogniciones posteriores que son fuertes experiencias forjan esquemas conductuales difíciles de cambiar, por lo que uno de los aspectos importantes en la reestructuración cognitiva es revivir vivencias y emociones experimentadas en algún momento.

Se intenta identificar las conductas que generan problemas en el niño, las que están directamente relacionadas con sus estímulos, cogniciones y afectos; debe determinarse si el repertorio conductual le permite al niño enfrentar y resolver los conflictos generados en situaciones estimulantes. A través del condicionamiento operante, según las consecuencias de la conducta, esta puede aumentarse en frecuencia, como el incremento de refuerzos positivos, eliminación de refuerzos negativos, aminorarse en frecuencia siendo el castigo, supresión de refuerzos positivos o crear nuevas conductas ya sea por modelación o imitación. Sus técnicas comparten elementos comunes con otras psicoterapias como es el juego, el uso de la proyección y desplazamiento y de la fantasía e imaginación (Bacot, S. Guma 1991).

5.4.1 Rendimiento académico en infantes.

El rendimiento académico se define aquí como el nivel de logro que puede alcanzar un estudiante en el ambiente escolar en general o en una asignatura en particular. El mismo puede medirse con evaluaciones pedagógicas, entendidas éstas como el conjunto de procedimientos que se planean y aplican dentro del proceso educativo, con el fin de obtener la información necesaria para valorar el logro, por parte de los alumnos, de los propósitos establecidos para dicho proceso (González-Pineda, Julio A. Núñez Pérez, Vol. 9, nº 2. 1997).

La Evaluación Pedagógica, a través de su valoración por criterios, presenta una imagen del rendimiento académico que puede entenderse como un nivel de dominio o desempeño que se evidencia en ciertas tareas que el estudiante es capaz de realizar y que se consideran buenos indicadores de la existencia de procesos u

operaciones intelectuales cuyo logro se evalúa. La pedagogía conceptual propone como categorías para identificar los niveles de dominio las siguientes: nivel elemental (contextualización), básico (comprensión) y avanzado (dominio).

Independientemente de las categorías empleadas para medir el desempeño, vale decir que el mismo puede ser de tres tipos, dependiendo del tipo de aprendizaje que se evalúe: cognitivo, afectivo y procedimental (Chavarro y Carol, op.cit.).

El logro de estos aprendizajes, como han determinado diferentes investigaciones tiene que ver con: a) la capacidad cognitiva del alumno (la inteligencia o las aptitudes), b) la motivación que tenga hacia el aprendizaje, c) el modo de ser (personalidad) y d) el saber hacer (Núñez Pérez, González-Pineda, García Rodríguez, González-Pumariega, Roces Montenegro, Álvarez Pérez y González Torres, 1998; Hernández, 1991 citado por González-Pineda, Núñez Pérez, González-Pumariegay García García, 1997).

Por otro lado, pero en relación con lo anterior, un alumno puede fracasar en la escuela por a) Desinterés con todo lo relacionado con la escolaridad, b) Pasividad escolar, cuando se realizan las tareas sólo con estímulo constante, y c) La oposición escolar, cuando se manifiesta malestar y rechazo al colegio de forma clara. Las tres situaciones mencionadas pueden ocasionar, con el tiempo, la aparición de trastornos afectivos en el niño debido a que la escolarización se convierte en un estresor potente influyendo negativamente sobre la autoestima, percepción de las competencias sociales y las expectativas futuras (Núñez Pérez, op.cit.).

Diferentes estudios han concluido que, en la infancia, los niños y las niñas tienen igual probabilidad de sufrir depresión, pero en la adolescencia son los sujetos de

sexo femenino los que tienen una mayor probabilidad de desarrollar el trastorno (Suárez, G.V. 1988). De hecho estos autores han encontrado que, en el paso a la adultez, las mujeres tienden a presentar más depresiones severas, mientras los hombres desarrollan episodios leves. Se ha encontrado, adicionalmente, que la probabilidad de sufrir de depresión aumenta con la edad.

Con respecto a las cifras, Wicks-Nelson e Israel en 1997 (Suárez, op.cit.), afirman que en la generalidad de los estudios los índices de prevalencia se encuentran entre el 2 y el 5%, mientras que en poblaciones clínicas se eleva a un rango entre el 10 y el 20%. Por su parte, Sesidedos (2000) cita una serie de estudios con hallazgos muy variados; así mientras Kuhn (1971), ha encontrado que la depresión infantil puede presentarse en el 12% de la población, Lefkowitz (1977, 1978) calcula que ocurre en un 20%, Meierhofer (1981) en un 25% y Nissen (1981), en un 1.80%. Más recientemente un trabajo de Aláez Fernández y otros (2000), realizado en un Centro Comunitario de Salud en Madrid (España), arrojó una prevalencia del 14,6%, siendo el 11.5% correspondiente a sujetos menores de 6 años. Saklofske y otros (2001), por su parte, han afirmado que la frecuencia con la que se presenta la depresión infantil está entre el 5 y el 6%, aunque no se cuenta con cifras exactas; mientras Reynolds y Mazza (1998) han encontrado que puede presentarse, a un nivel clínico, en un 10% de los adolescentes lo cual coincide con otros estudios que citan los autores: King et.al., 1996; King, Taylor, Hill, et.al., 1993; King, Segal et.al., 1993; Shain et.al.,1991, Sánchez, M. 1986).

Las diferencias que se encuentran en torno a incidencia de la Depresión Infantil pueden tener dos causas, en primera instancia, la inexistencia de un acuerdo en torno a la definición de la categoría diagnóstica, en segundo lugar, debido a que las

investigaciones realizadas emplean metodologías, muestras e instrumentos muy diferentes.

5.5. El rol de los padres en el proceso de desarrollo del niño.

La forma en que los padres de un niño con impedimento trabajen con éste en estas primeras etapas del desarrollo dependerá de las creencias personales de su familia acerca de la crianza de niños, la edad de su niño y la naturaleza de su impedimento.

Un punto importante es que la mayor parte de los asuntos regulares presentes en la crianza de niños habrán de aplicarse, los niños con impedimentos pasarán a través de las etapas usuales de la niñez, puede que ellos no pasen a través de las etapas a la misma edad ni del mismo modo que los otros niños, pero es importante siempre exponerlos a estas etapas. Generalmente, los padres creen que todos los niños deben ser tratados del mismo modo, pero en la práctica, esto usualmente no es el caso, porque todos los niños tienen personalidades diferentes y reaccionan diferentemente en situaciones similares, pero el hecho que los niños no sean iguales, no quiere decir que no vayan a tener las mismas oportunidades.

Entre sus oportunidades debe estar la posibilidad de asumir mayores grados de responsabilidad e independencia, puede haber muchas formas en las cuales un niño puede ayudarse a sí mismo o a otros miembros de la familia, incluyendo tareas alrededor de la casa; tomando en cuenta las fortalezas y limitaciones del niño, el padre debe considerar cuales pueden ser estas actividades. Al tiempo que el padre cuenta con él y alienta al niño a asumir responsabilidades, su sentido de orgullo propio y competencia también aumentarán (Krementz, 1992, Pág. 37).

La naturaleza y severidad del impedimento del niño pueden afectar cuanto el pueda ser capaz de participar en las tareas de la casa y otros deberes, quizás, algunas de las palabras más alentadoras para los padres vienen de niños que tienen impedimentos, cuyas experiencias y sentimientos son descritos en numerosos libros, una idea consistente que ellos expresan es que cuando los padres de un niño o con impedimentos, cuentan con que su niño desarrolle sus capacidades, cuales quiera que estas puedan ser, esto le da más poder y fortaleza al niño (Krementz op.cit.).

Este sentido de poder puede ser encontrado en la dedicación que Tom Bradford escribió para su libro acerca de la pérdida de la audición; el dedicó el libro a su madre "quien nunca me dio a saber que mi pérdida auditiva podía haber sido una limitación" (Bradford, 1991, Pág. iii); reconociendo el rol central de la familia en la vida de un niño, hoy día muchos sistemas de servicios proporcionan asistencia a los padres y a otros miembros de la familia, la influencia de la familia debe ser reconocida como primaria, debido a su impacto directo en el desarrollo del niño y porque la familia sirve como enlace entre el niño y el mundo externo, de este modo, el padre tiene el derecho de estar totalmente informado e involucrado en las decisiones que afectan a su niño y familia. Las mejores relaciones están caracterizadas por el respeto mutuo y confianza donde tanto el padre como el profesional intercambian información e ideas acerca del mejor cuidado, intervención médica y programas educativos para el niño.

El padre tiene conocimiento íntimo de su niño con necesidades especiales ya que vive y observa al niño todos los días y puede contribuir invaluable información acerca de su rutina, desarrollo, historia, puntos fuertes, debilidades, para hacer un diagnóstico exacto, determinar la terapia apropiada (u otras intervenciones) y

entender las necesidades del niño y los recursos de su familia, el profesional necesita su perspectiva y su percepción clara. El profesional también tiene conocimientos especializados con los que puede contribuir, aquellos de su disciplina o especialidad, a menudo el padre debe confiar en el juicio del profesional en los asuntos que son críticos para el bienestar del niño, una posición que le podría hacer sentirse en una posición desigual. Cuan cómodo el padre se sienta con el profesional, cuan bien el padre sienta que este se relaciona con el niño, y cuan abiertamente el responda a sus preocupaciones, en muchos ocasiones determina si el padre continúa trabajando con ese profesional o decide buscar los servicios de otro (Krementz op.cit.).

5.5.1. Relación familia-escuela.

Las relaciones entre la familia y la escuela son un tema fundamental que abarca los dos pilares esenciales de la vida de los niños, el ámbito en el que se inicia el aprendizaje de la vida, el descubrimiento y desarrollo de la identidad personal, de la personalidad, este periodo de la infancia marca hasta tal punto el futuro del individuo que de ella dimanarán muchas de las experiencias de la vida adulta o profesional. De que la familia sea, la escuela del más rico humanismo, depende la formación de la persona y el futuro de la sociedad, lamentablemente no todo es positivo hoy en esa relación, por eso el tema debe ser puesto sobre la mesa de discusión, lograr que toda la comunidad educativa sea partícipe activa de la acción educativa supone un apasionante desafío porque en ello se juega el que la educación del futuro comience a caminar por derroteros de calidad de cara al hombre nuevo (Diez, J. 1982).

Siendo la escuela y la familia los dos ámbitos esenciales de la educación de los niños y jóvenes, la situación familiar actual, con su escasa operancia educativa y sus frecuentemente conflictivas relaciones con los centros educativos, debe nterpelarnos. La creciente concepción de la escuela como un complemento de la familia exige establecer una relación cercana entre familia y escuela, de esta relación dependerá el que los alumnos puedan recibir una propuesta educativa coherente que garantice la continuidad de la acción formativa iniciada en el hogar, esta cooperación mutua debe fundamentarse en una relación constante entre padres, docentes y directivos (Diez op.cit.).

La relación entre la familia y la escuela ha sufrido en los últimos años una fractura, un desencuentro. Algunos padres han tenido la sensación de que el colegio se desentendía de los verdaderos problemas de sus hijos y renunciaba a ejercer una auténtica labor pedagógica, tendiendo a excluir de sus aulas a los alumnos con más dificultades y problemas, precisamente a aquellos que más necesitaban de esa labor pedagógica y personalizada.

El plantel optaba así por el éxito fácil, por el éxito de la apariencia y los mejores resultados en los exámenes de acceso a la universidad, por su parte los colegios y los docentes han sentido que la falta de apoyo e identificación de los padres con las pautas de funcionamiento y con el ideario pedagógico del colegio, les han privado no sólo de toda legitimidad delante de los alumnos, sino de toda eficacia, no es infrecuente en los medios de comunicación la noticia del padre que reivindica y exige ante los tribunales o ante los niveles jerárquicos la aprobación para un hijo a quien el plantel descalifica por su conducta o su rendimiento (Diez op.cit.).

Se vive la paradoja de una confianza extrema depositada en las instituciones educativas como correctoras necesarias de todos los vicios e insuficiencias culturales conviviendo con la condescendiente minusvaloración del oficio de maestro. Para muchos docentes, educar hoy es aportar conocimientos, medios, estrategias, recursos más que propiciar un conjunto de actitudes, educar es ayudar a que los alumnos obtengan logros muy concretos, determinados y ajustarse a las demandas sociales. Algunos padres comparten esa visión pero la mayoría suelen proclamar que la formación de las actitudes es lo más importante; curioso resulta también el contraste entre las afirmaciones sobre la autoridad y la disciplina y una educación hogareña que acaba siendo más bien cesión, negociación. Son los hijos los que imponen la dirección del proceso educativo, la novedad de niños y adolescentes de hoy es apuntada tanto por padres como por docentes pero esto lejos de estimular, muchas veces bloquea y desborda a los padres. Los hijos reciben una cantidad ingente de información que no son capaces de procesar (Diez op.cit.).

En el ámbito familiar aparecen también importantes disonancias que normalmente terminan en acomodación o pacto con lo establecido. Algunos ejemplos:

- Se censura el consumismo pero se le da todo al hijo.
- Se afirma que la televisión es mala pero todos la vemos mucho.
- Se proclama que el ideal es la felicidad de los hijos pero en la práctica lo importante son las notas.
- Los padres se sienten liberales ante la sexualidad pero no saben cómo educar en ella.

Si bien la educación en la familia acontece por vía del ejemplo, de la identificación y de la afectividad, los niños acceden a la escuela con un núcleo básico de socialización insuficiente para encarar con éxito el aprendizaje, la educación familiar se sustenta por tanto, en un componente afectivo y protector, la escolar, en la información (transmisión de conocimientos y habilidades) y el rendimiento, educar, así, se convierte en improvisar en el día a día. Los docentes acusan la falta de planificación y de acentos tan básicos como el autocontrol, la disciplina, el esfuerzo, la tolerancia a la frustración, el saber diferir los logros y los premios (adecuar el principio de realidad), los padres quieren implicarse más en la tarea pero no saben cómo, esto les genera angustia, preocupación y actitudes defensivas y competitivas (Fernández, M. 1992).

Al mismo tiempo se percibe un extendido malestar docente, el interrogante más serio se centra en la misma identidad del profesor. Se trata de un colectivo altamente vocacionado y consciente en su mayoría del enorme papel social encomendado pero, que esperan también el necesario reconocimiento por parte de los padres, resulta normal que los docentes vivan su tarea con bastante ansiedad y esto lo achacan, además, al número excesivo de horas, todo ello implica mucho desgaste (Fernández op.cit.).

5.5.1.2. Los padres son los primeros educadores.

Algo que los docentes no deben olvidar es que no son los únicos ni los principales educadores, pues existe otro colectivo, padres y madres, que con toda seguridad está tan interesado como el que más en una escuela de calidad, más aún, a ellos incumbe en primer lugar la misión de educar. A ellos corresponde elegir por el hijo en

la medida en que éste sea inmaduro, son los primeros responsables de la educación de sus hijos y su derecho-deber está por encima del derecho de otros grupos o personas, como todo ser humano, el niño, por el hecho de serlo, tiene el derecho natural a recibir una educación que le permita el desarrollo de su personalidad, lo cual sólo será posible si se respeta el carácter personal de los protagonistas que son los padres e hijos, además, que el hijo no es engendrado por la sociedad ni por el Estado (aunque sí en una sociedad y en un Estado), sino única y exclusivamente por sus padres y puesto que son los padres los que lo han engendrado, la responsabilidad de éstos no cesa con el hecho biológico de la procreación, sino que están obligados al desarrollo integral de esa vida por medio de la educación. Este deber de la educación familiar es de tanta trascendencia que, cuando falta, difícilmente puede suplirse (García, 1992).

La educación es, pues, una obligación moral de los padres en el plano de la naturaleza y un derecho del hijo en cuanto persona. En este contexto, los educadores que los padres libremente elijan no son sino subsidiarios de este derecho-deber educativo, pero al mismo tiempo, por su profesionalidad y capacitación pedagógica, están llamados a convertirse en conciencia acusadora de muchos padres que claudican de sus deberes y obligaciones educativas y en núcleo aglutinante y estimulador de esa comunidad educativa que es la Escuela, trabajando en unidad de criterios con los padres, de este modo el centro educativo podrá ofrecer a los padres una de las respuestas más eficaces que ellos necesitan para realizarse como padres en la educación de sus hijos (García op.cit.).

Ello implica que la revalorización de la familia dentro del proceso educativo, junto a factores tan importantes como las relaciones interpersonales, la organización, el

correcto desarrollo del currículo, el rendimiento y la satisfacción personal de los alumnos y el aprovechamiento de los recursos, constituye uno de los indicadores de calidad de la educación que ofrece un centro, hay que dar a la familia el protagonismo que merece; apoyándola desde el centro, favoreciendo su liderazgo y actitud de colaboración y servicio. Este apoyo se especificará en su formación, en el intercambio y en la fundamentación de unas auténticas relaciones limpias, cooperantes y reales, hay que aligerar a la institución familiar de presiones e integrarla para todos los efectos, es decir, dar y recibir, en el ámbito de la Comunidad Educativa, estableciendo programas variados de formación de padres, a fin de que colaboren en el aprendizaje y en la educación de sus hijos, hay en ello algo muy importante, lo que es la mejora de la calidad educativa, porque se trata de ofrecer una educación de calidad, que desarrolle las capacidades de los alumnos y las alumnas, que forme hombres y mujeres capaces de una convivencia provechosa, en una sociedad libre y plural, asentada en los valores de una antropología humanista (García op.cit.).

La colaboración de la familia y la escuela, el apoyo mutuo, es imprescindible para el logro de la excelencia en la educación integral y en el desarrollo de la personalidad. La escuela tiene que contribuir a educar a los padres para que ellos, a su vez, sepan educar a los hijos y deberían celebrarse cursos específicos y seminarios con este objetivo. Un camino básico es la escuela de padres, partiendo del supuesto de que los que más la necesitan son los padres jóvenes, con niños pequeños, con ellos puede llevarse a cabo una tarea fundamental, que es prevenir y evitar la aparición de problemas, como se intenta en este trabajo realizado.

Los padres, por su parte, tienen que asumir en primer término, la responsabilidad de educar a los hijos, es a ellos a quienes corresponde, tienen que decidir qué tipo de familia desean tener y qué valores son prioritarios, también tienen que adaptar su propia conducta a esos valores y prioridades. La falta de coherencia entre lo que se dice y lo que se hace es el motivo más frecuente de descrédito de los padres ante los hijos. Los niños y los jóvenes captan por ósmosis lo que los adultos de verdad viven y sienten y no toleran la hipocresía y la mentira, en segundo lugar, tienen que apoyar los criterios educativos de la escuela e identificarse con el ideario pedagógico del centro. Deben saber y aceptar dónde empiezan y terminan sus competencias, qué les corresponde y qué no les corresponde (García op.cit.).

Parece bastante claro que la generosidad, la lealtad y la apertura mutua son la clave del éxito del proyecto común de la familia y la escuela. Los niños que viven en un ambiente educativo en el que es primario el diálogo, la comprensión, la tolerancia, el sentido del esfuerzo y la coherencia, donde el proceso de autonomía e independencia es inseparable de la responsabilidad personal y del respeto, tienen en general una buena adaptación familiar y escolar, se mueven más por motivaciones internas que por premios externos, tienden a asumir las responsabilidades que les corresponden, adquieren sentido de la disciplina y del esfuerzo, se identifican con los objetivos educativos de la escuela y la familia, son tolerantes, seguros e independientes y acaban superando las frustraciones (García op.cit.).

El prestigio de la educación, de la enseñanza, es una tarea de todos, a todos nos compete y a todos nos afecta. Y es una tarea lenta, callada, cargada de sacrificios, que da frutos a largo plazo. Los resultados inmediatos son propios de otras realidades, también inmediatas y visibles, volcadas a la galería. Pero la educación

debe ser la antítesis del artificio, de la mera apariencia, no es comercial ni de éxito rápido, se dirige a realidades esenciales capaces de transformar al individuo y ahí radica su legitimidad moral y su dignidad pública. La educación tiene mucho que ver con el saber, con el proceso de aprendizaje lento, esforzado y fértil, que configura el mundo interior y la personalidad del individuo y poco tiene que ver con el éxito fácil del que sabe estar al día, captar la moda del momento que le otorga un halo falso de modernidad, por tanto, la institución escolar debe emplear cuantos medios estén a su alcance para potenciar esta interdependencia. Es una cuestión que afecta de lleno a la calidad de la educación; a esa eterna y dinámica aspiración de fomentar y conseguir las dimensiones de la persona humana como la libertad, racionalidad, solidaridad, autenticidad, lucidez (García y Muñoz, Molina).

En tal sentido importa mucho que los padres conozcan el carácter propio del instituto en el que se educan sus hijos y sus proyectos educativos, pero muchos de ellos sólo se interesan por las programaciones y proyectos curriculares. Para conseguirlo, nuestros planteles deben estar dispuestos a intensificar el diálogo con los padres de familia, proporcionándoles información, tanto general como particular, sobre los diferentes aspectos del momento escolar de sus hijos, potenciándoles como responsables del desarrollo y equilibrio de éstos, presentándoles formas concretas de participación en tareas educativas y culturales en las que están implicados sus hijos, orientándoles en las posibilidades de éstos para una mejor toma de decisiones, escuchándoles siempre de forma personalizada en la problemática que, en determinados momentos, se manifieste en la relación familiar y evitando conflictos y enfrentamientos que pudieren surgir, de esa manera podremos mejorar la educación para que ésta actúe verdaderamente como agente de cambio en la sociedad que nos

toca vivir, porque si queremos una educación de calidad, no debemos olvidar que cuando se tratan cuestiones básicas de la vida del hombre, hay que proceder con radicalidad, si es que queremos ser eficaces, la superficialidad es el clima en el que florece la manipulación (García y Muñoz, Molina op. cit.). Se trata entonces, en este trabajo de generar conciencia de que la educación es un largo proceso en el que, el acompañamiento mutuo de padres y escuela a lo largo de todo el proceso formativo en sus distintas etapas, es la única manera de consolidar una verdadera educación. Para ello es fundamental que la escuela sea consciente que hay un tiempo de vida que transcurre en los padres con todas sus variantes y que la proximidad inicial debe ser el principio de una larga relación en la que todos los que participan del proceso educativo van también cambiando y para ello debe estar preparada. Al parecer las estadísticas demuestran que conforme el niño va avanzando en su escolaridad los padres van tomando distancia del colegio como centro de encuentro. Una vez más, la escuela debe ser conciente de este cambio de intereses para salirle al encuentro a esta nueva realidad que se presenta y sea un punto de referencia que esté a la altura de esta nueva realidad. Para ello la escuela debe ser un centro que esté en capacidad de convocar con propuestas originales, integradoras a los padres, es en este sentido que debe entender su real lugar en el ámbito familiar. La escuela no termina al toque de timbre de salida sino que su influencia irrumpe en la familia y el alumno no solo es tal al cruzar la puerta del colegio, su realidad familiar lo sigue dentro de las aulas, la vocación a la que están llamados maestros y padres formadores, se concreta en la tarea común que tienen en los hijos, esa será la clave para unirse en un proyecto que involucra un plan educativo integrador, en el que familia y escuela participen positivamente en aras a consolidar progresivamente la formación de los hijos (García, op.cit.).

CAPÍTULO 6. METODOLOGÍA.

6.1. Planteamiento del problema.

Los instrumentos de evaluación de la depresión infantil varían en función del marco teórico del que se derivan y de lo que pretenden medir, en este caso se retomó una corriente cognitiva-conductual para poder verificar conductas interiorizadas y para eso se pudieran utilizar fundamentalmente pruebas de lápiz y papel que pueden ser: entrevistas estandarizadas, inventarios, escalas, cuestionarios, test y el impartimiento de talleres para la prevención de probables síntomas depresivos como se intenta con este trabajo, así mismo se pretende medir la conducta manifiesta por medio de la observación de conductas, registro de conductas al implementarse como tal el taller y así obtener datos significativos en la depresión infantil, es recomendable como en toda evaluación psicológica, antes que nada realizar diferentes tipos de estudios médicos para la evaluación de los aspectos biológicos de la depresión infantil, por lo tanto, de esta manera podemos seleccionar el método adecuado, por esta razón es la propuesta del taller desde el enfoque cognitivo-conductual, para prevenir la depresión en niños escolarizados y así tengan un mejor desarrollo y estructura para que sean mínimas las probabilidades de alguna patología como sería la depresión en este caso. Al recurrir a estos instrumentos de evaluación se deben tomar en cuenta algunos factores como podría ser el nivel de desarrollo del niño, su grado de madurez intelectual, su labilidad emocional y el carácter interiorizado de la conducta deprimida como fue comentado en el capítulo anterior, es además conveniente retomar las entrevistas que se puedan realizar a los maestros y compañeros de clase para poder llegar a ciertas conclusiones en cuanto a la relación del infante que tiene

con ellos y sobre todo como interactúa y se desenvuelve en el tiempo que se encuentra en el colegio, entonces nos cuestionaríamos:

¿Qué elementos de la teoría cognitivo-conductual se pueden retomar para desarrollar habilidades en los padres de familia en la prevención de la depresión infantil por medio de un taller para niños de diez años, escolarizados, los cuales puedan afectar en su comportamiento, ideas, racionamientos, rendimiento escolar y en el desarrollo de su vida cotidiana? Por supuesto que lo que se está intentando en el presente trabajo es reducir el número de niños con problemas de depresión, apoyándonos de las herramientas que se mencionan en esta tesis.

6.2. Delimitación.

Desde la teoría cognitivo-conductual se realiza una propuesta de un taller para padres de familia, para prevenir depresión en niños escolarizados de diez años.

6.3. Objetivo.

Desarrollar desde el enfoque cognitivo-conductual una propuesta teórica preventiva para un taller que permita implementar habilidades en los padres de familia y profesores, como la observación de los niños, el juego, interacción, socialización y algunas entrevistas donde puedan obtener información ya que es fundamental para el desarrollo del niño el apoyo de estas dos partes –familia-escuela-, para facilitar una detección oportuna en la sintomatología de depresión en niños de diez años, escolarizados.

6.4. Justificación.

En una de las clases durante la formación profesional se abordó el tema de depresión, por lo que, surgió un interés especial en el mismo; al percatarse que las

estadísticas acerca de la depresión infantil iban en aumento, según los diferentes medios de comunicación, se comenzó a investigar la información que existe sobre el tema, para saber si es posible hacer una detección oportuna de la sintomatología de la depresión en infantes, evitando así, conflictos en su desarrollo, específicamente en el área académica. Cabe mencionar que se pueden encontrar obstáculos en el diagnóstico del niño, por la carencia de la información que existe ante la “enfermedad del siglo” –como muchos autores la nombran- y por la difícil manifestación de los síntomas, además, de que no es aceptado por completo esta patología y generando una problemática para obtener resultados, por lo que se tiene que realizar un trabajo demasiado minucioso para no caer en algún error en el diagnóstico depresivo o bien llegar en la confusión de alguna de las etapas del desarrollo.

La intención de esta investigación es proponer alternativas preventivas para que los padres de familia tengan la ventaja de desarrollar habilidades para la detección en probables síntomas depresivos en niños de diez años (escolarizados), a través de un taller que los oriente; sin dejar a un lado la posible desventaja de no contar con la cooperación de los padres de familia y/o colegio.

La presente investigación es de suma importancia, ya que, así se podrá realizar un taller en el que los padres desarrollen la habilidad de observar a sus hijos y prevengan de manera significativa los índices depresivos en el niño, porque si se actúa de una forma preventiva se podrá alcanzar una formación positiva en el infante, para obtener un mejor desempeño en sus actividades.

6.5. Hipótesis.

Hi.: En padres de familia **sí** es posible desarrollar habilidades por medio de un taller, para obtener una prevención oportuna en los síntomas depresivos que pueda manifestar el infante en su comportamiento durante su desarrollo académico.

Ho.: En padres de familia **no** es posible desarrollar habilidades por medio de un taller, para obtener una prevención oportuna en los síntomas depresivos que pueda manifestar el infante en su comportamiento durante su desarrollo académico.

6.5.1. Variables.

V. I.: Taller para desarrollar habilidades en los padres de familia para la prevención en la sintomatología depresiva en infantes.

V. D.: Depresión en los infantes.

6.6. Tipo de estudio.

El estudio que se ha realizado es teórica y/o documental, haciendo la revisión de distintos estudios realizados por diferentes autores y posturas las cuales se han utilizado en este trabajo para así poder valorar y diferenciar los diferentes tipos depresivos como también su sintomatología y poder trabajar de una manera preventiva e inmediata en cada uno de los diferentes casos que se puedan presentar. Para obtener datos significativos se utilizará también un método descriptivo en donde se revisarán diferentes fuentes literarias y con base a la información obtenida realizar una propuesta de prevención y/o detección de en los síntomas depresivos en los niños de diez años, escolarizados, dirigida a los padres de familia.

Capítulo 7. “PROPUESTA DE UN TALLER DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA PREVENIR LA DEPRESIÓN EN NIÑOS ESCOLARIZADOS DE DIEZ AÑOS”.

En este trabajo presentado lo que se intenta es la implementación de un Taller del cual pueda utilizar como herramienta de detección y prevención en los posibles síntomas depresivos y hace reducir notablemente la incidencia de la depresión infantil, ofreciendo un nivel de vida mejor, permitiendo que la persona desarrolle sus actividades al 100%, es de suma importancia que el niño pueda interactuar con amigos, familiares, profesores, para que se sienta aceptado en algún grupo, se vuelva participativo y posteriormente se de cuenta de que puede ser productivo y lograr las metas que la vida o él mismo va fijando. La relación de la familia con el hijo es fundamental, por lo que se recomienda que el niño no este totalmente solo, que siempre este en constante relación con alguna persona ya que es determinante la parte social en el ser humano, se entiende que en la actualidad es muy difícil brindarle a un hijo el 100% de atención por el ritmo de vida que se lleva hoy en día o bien, por las necesidades que toda familia tiene, que cada vez son mayores y más exigentes, hoy en día también la mujer tiene que trabajar o realizar distintas funciones y actividades, por lo que hay mayor riesgo que el infante presente alguna problemática emocional, por eso también es recomendable que por lo menos realice alguna otra actividad como natación, estudiar algún idioma, deportes grupales o de interacción con otros infantes, un taller de tareas o cualquier otra actividad en donde tenga contacto con otras personas y mejor aún con niños, que es en donde pueda desarrollar sus habilidades y explorar de cierta manera el mundo en donde interactúa.

Ocupar el tiempo en actividades nuevas y productivas, muchas veces se llega a caer en una rutina de actividades reducidas e improductivas sin darnos cuenta, trayendo como consecuencia el empobrecimiento de nuestras relaciones humanas, culturales y económicas. Es conveniente romper esa rutina realizando alguna actividad que nos hubiera gustado desarrollar y se ha pospuesto, en el niño lo podemos traducir en alguna actividad o deporte de su preferencia.

Tener un programa moderado y constante de ejercicios, ya que el infante se sintetiza a interactuar con otras personas, así como el realizar ejercicio muscular intenso en forma regular, los diferentes tipos de danza y artes marciales son buenas alternativas, estos consejos pueden ser efectivos para prevenir la depresión o cuando está en su fase de inicio y el origen no es de mayor relevancia para los planes y metas de vida de la persona, sin embargo si esta se debe a la pérdida real o virtual de alguien que constituye un eje afectivo en la vida del sujeto, si la depresión ya está instalada por más de 3 meses, si está asociada a la presencia de ansiedad, con dolor existencial e interfiere en la efectividad académica entonces no sólo es necesaria la psicoterapia, sino que puede ser conveniente el uso de psicofármacos para compensar bioquímicamente a la persona y es el psiquiatra y/o el psicólogo profesional indicado como se mencionó anteriormente y actuar ante los posibles síntomas depresivos, donde se reitera la realización de este tipo de talleres como forma de detección y prevención.

No es suficiente con el tratamiento farmacológico, también es necesaria la psicoterapia para que el infante realice sus actividades cotidianas, igualmente es necesario guiar o acompañar del niño en la re-elaboración de su nueva vida y el proceso psicoterapéutico debe ser conducido por un profesional debidamente

entrenado, en donde se puede emplear el enfoque cognitivo-conductual como se hace en esta propuesta del taller para la detección y prevención de síntomas en la depresión infantil, el modelo de sociedad actual ha generado que los niños pasen cada vez más tiempo solos, los padres pasan gran parte del tiempo tratando de ganar dinero y de mantener la vida social que creen necesaria, pero dedican pocas horas al niño y la soledad les lleva a la depresión. No se pueden reemplazar el calor humano por cosas valiosas y comodidades, también es importante, el proveer al niño de cierto nivel normal de frustración, porque el mundo le espera con frustraciones mas adelante y la sobreprotección o engreimiento excesivo sólo conduce a niños caprichosos y tiranos dentro del medio familiar, pero retraídos en relación al mundo exterior, otra técnica que es recomendable utilizar es la de la economía de fichas, en la que el niño participará realizando ciertas actividades a cambio de cierto número de fichas por las que podrá canjear por un determinado premio y así el niño se mantendrá ocupado sin tener ideas irracionales, es importante aquí detectar cuales serán los premios entregados ya que tienen que ser de satisfacción y agrado para el niño.

Se recomienda que el taller se implemente con una duración de 10 horas, dividida en cuatro sesiones de 2 horas cada una, en las que se destinarán media hora más para comentarios y/o dudas que se presenten durante su desarrollo, los horarios deben de ajustarse de acuerdo al plan de trabajo del Colegio en donde se llevará a cabo y en donde los padres de familia tengan mayor facilidad de asistir.

Se notificará la convocatoria o invitación en coordinación con la dirección del Colegio para que los padres de familia puedan enterarse que día y a que hora se realizará el

taller y puedan registrarse con anticipación, (considerando que ya se sondeo las fechas y el horario óptimo para la ejecución de éste).

Durante la primer sesión, se recomienda que el instructor selecciona una dinámica de su preferencia en donde con la cooperación de los padres de familia, profesor del grupo y sobre todo con los niños para poder ejercer la empatía necesaria, que comience todo el grupo a conocerse y pueda ser participativo y así obtener datos importantes por medio de la observación, para finalizar esta primera sesión se comenzará a dar una breve introducción de la depresión en general, se cierra con una dinámica para reducir ansiedad.

Durante la segunda sesión se comenzará con una dinámica para darle continuidad a la empatía lograda en la sesión anterior (es recomendable haya variabilidad en la selección de las dinámicas para un mejor desempeño de los participantes) , se expondrán diferentes casos de depresión, características, síntomas y redondear con la depresión infantil y las consecuencias que se pueden tener, se realizará un espacio para preguntas, se cierra sesión con dinámica.

En la tercera sesión se recomienda que se apliquen diferentes cuestionarios y/o pruebas psicométricas para que se puedan obtener datos significativos en niños que puedan tener ya una sintomatología, también cuestionarios para los padres y los profesores con finalidad de obtener la mayor cantidad de información en cuanto al comportamiento del niño, es importante mencionar que en cada una de las sesiones es fundamental la observación hacia los infantes, para saber como se relaciona con sus compañeros, padres y profesores.

Ya en la cuarta sesión se cerrará el taller con algunos videos con el tema en específico, se puede plantear algunos ejemplos en donde un niño diagnosticado a tiempo con depresión se puede trabajar de manera inmediata y brindarle un mejor estilo de vida; puede realizarse una actividad en donde los padres de familia puedan poner a prueba si ya son capaces de identificar los síntomas de una posible depresión en cada uno de los niños, en sus hijos específicamente y canalizarlo de manera inmediata para su intervención.

CONCLUSIONES.

A lo largo de esta investigación, se puede identificar que realmente es de suma importancia la elaboración de talleres para lograr prevenir considerablemente los síntomas depresivos en cualquier etapa de la vida; retomando un gran número de investigaciones de diferentes autores se puede concluir que es determinante el ambiente en donde se interactúa, las ideas racionales e irracionales para desarrollar una conducta favorable, tener un buen desempeño y realización de las actividades cotidianas, las cuales se podrán ir modificando y partir en el aquí y el ahora del individuo para mejorar la calidad de vida del ser humano. También se puede concluir que es de suma importancia implementar este taller o este tipo de talleres en los diferentes Colegios ya sean privadas o de gobierno como alguna actividad que se tenga que realizar casi de manera permanente y no de manera optativa para un mejor desarrollo de los niños estudiantes de México y brindarles un mejor estilo de vida en todos los aspectos que se pueda desarrollar el ser humano bio-psico-socialmente hablando, ya que día a día estamos expuestos a cambios familiares, de ideas, de ambiente y tenemos que tener la capacidad de adaptación para que no nos afecta de manera brusca o nos sorprenda alguna patología, en concreto la depresión. Por medio de este trabajo se puede concretar la posibilidad para desarrollar las habilidades y así obtener una prevención oportuna en los síntomas depresivos que pueda manifestar el infante en su comportamiento durante su desarrollo académico o en general. Es importante mencionar que puede ser de mayor ayuda el enfoque cognitivo-conductual como una propuesta teórica preventiva, que permita desarrollar a los padres y docentes habilidades para la detección y prevención de la depresión infantil.

BIBLIOGRAFÍA.

ABRAHAMSON, L., Seligman, M. y Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. Journal of Abnormal Psychology, pp. 49-74.

AGUILAR, Guido & Berganza, Carlos (1990). Validación de la Escala de Depresión para Niños y Adolescentes del Centro de Estudios Epidemiológico (CES-DC-M), para el diagnóstico de la depresión en adolescentes. En Avances en Psicología Clínica Latinoamericana, Volumen 8, pp. 75-84.

AJURIAGUERRA, J. (1992) Manual de psicopatología del niño aplicada Vol. 44

ARIETI, Bemporad, J. (1990). Psicoterapia de la Depresión. México, Editorial Paidós.

ARIETI, Silvano (1981). Psicoterapia de la depresión. Buenos Aires, Ed. Paidós.

BACOT, S. Guma (1991). "Modelo combinado de terapia conductual". México.

BAER, D. M., & Wolf, M. M. (1967, septiembre). Trabajo presentado en la reunión de la American Psychological Association, Washington, D.C., E.U.A.

BALLESTEROS, R, F. (1982). Contenidos y modelos en evaluación conductual. En R.F. Ballesteros y J.A. Carroble (Eds). Evaluación Conductual: Metodología y Aplicaciones, Madrid: Pirámide. Cáp. 3, pp. 90-126.

BANDURA, A. (1983). Una Interpretación social de la psicología disfuncional, P. London & D. Rosenhan (Eds.), Foundations of abnormal psychology. New York: Holt, Rinehart, & Winston.

BANDURA, A. (1989). Principles of behavior modification. New York: Holt, Rinehart, & Winston. Bandura, A., & Perloff, B. (1977). pp.111-116.

BAILLARD, V. (1980): Entrevistas entre padres y maestros. Kapelusz.

BANDURA, A & Perloff. (1965/1989). Relative efficacy of self-monitored and externally imposed reinforcement system. *Journal of Personality and Social Psychology*,

BARBERA, S. (1990): El Proyecto Docente. Escuela Española.

BECK, A. T. (1980). Cognitive therapy and the emotional disorders Nueva York International Universities Press.

BECK, Aaron T. & SHAW, Brian F. (1981). Enfoques Cognitivos de la Depresión. En ELLIS, Albert y otros (1981), *Manual de Terapia Racional-Emotiva*. Séptima Edición. Desclée de Brouwer. Bilbao.

BECK. A.T., RUSH. A, SAHAW, B Y EMERY, G. (1979). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. New York: Desclee de Brouwer.

BECKER, W. C. (1971). *Parents are teachers: A child management program*. Champaign, Illinois: Research Press.

BEE. H, MITCHELL. S, (1987). El Desarrollo de la Persona, México: Harla

BERGIN, A. E., & Garfield, S. L. (Eds.), (1981). *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. New York: Wiley.

BOWER, (1996). Teorías del aprendizaje. México, Ed. Trillas. pp.355-359.

BARTRA, Roger, (2001) Cultura y melancolía. Ed. Anagrama

BRETON, Sue. (1998). La depresión. México, ED. Planeta. pp. 8-40, 90-95.

BURCHARD, J. D., & Tyler, V. O., Jr. (1978). The modification of delinquent behavior through operant conditioning. Behavior Research and Therapy, 245-250.

CALDERÓN, N. Guillermo. (1998). Depresión, sufrimiento y liberación. México, Ed. EDAMEX. pp. 10-23, 36-41, 48-61, 74-89.

CALDERON, Narváz Guillermo, (1996). Depresión. Causas manifestaciones y tratamientos. México, Editorial Trillas.

CARRASCOSA, M. (1979): Asociaciones de padres de alumnos. Cincel-Kapelusz.

CHAVARRO, Carol; RIOS, Natalia; TOVAR, Angela & VON ROSEN, Juan Guillermo (2000). Influencia de la depresión en el rendimiento académico de niños entre los 8 y 10 años.

CONGER J, (1980). Adolescencia, México: Harla

CORREA Uribe, Santiago REVISTA ACIEM, numero 88, articulo de revista Colombia: Universidad nacional de Palmira.

CORREA Uribe, Santiago. REVISTA AVANZADA, numero 4, articulo de revista, Colombia: Universidad de Medellín

CUELI, J. (1990). Teorías de la personalidad. México, Ed. Trillas. pp. 217-221.

DEL BARRIO, V., FRIAS, D. y MESTRE, V. (1994). "Autoestima y depresión en niños" Revista de Psicología General y Aplicada, 4, 471-476.

DIEZ, J. (1982): Familia - escuela, una relación vital. Narcea.

FERNANDEZ, M. (1992): Poder y participación del sistema educativo. Paidós.

FERRERÓS, María Luisa: "Educar con inteligencia emocional" Tibidabo, S.A.

FRANCESCO, Alberonil: "Guía para la salud emocional del niño"
Gedisa, S. A.

FERSTER, C. B., & Skinner, B. F., (1987). Schedules of reinforcement. New York:
Appleton-Century-Crofts.

FRIAS, D. MESTRE, V., DEL BARRIO, V. y GARCÍA-ROS, R., (1991). Déficits Cognitivos Depresivos y Rendimiento Escolar. Revista de Psicología de la Educación, 2, 5, 61-80.

GAMBRILL, E. (1977). Handbook of behavior modification. San Francisco: Jossey-Bass.

GARCIA, Checa, P. (1992): Los padres en la comunidad educativa. Castalia/MEC.

GARRISON, Walter, Cuffe, McKeown, Addy y Jackson, (1997) Depresión en niños
Incidence of major depressive disorders.

GASTO, C. (1993). Depresiones crónicas. España, Ed. Doyma. pp. 5-9.

GONZÁLEZ-PINEDA, Julio A. NUÑEZ PEREZ, Carlos, GLEZ-PUMARIEGA, Soledad & GARCÍA GARCÍA, Marta (1997). Autoconcepto, Autoestima y Aprendizaje Escolar. En Psicothema, Vol. 9, nº 2. Colegio Oficial de Psicólogos de España (1997) pp.271-289

HARRISON, R. P. (1984). Terapia cognitiva de la depresión: una introducción a desarrollo histórico. Los conceptos y procedimientos fundamentales de la alternativa terapéutica de Beck. Revista de psicología general y aplicada. Vol. 39,4. pp. 632-644.

HART, B. M., Reynolds, N. J., Baer, D. M., Brawley, E. R., & Harris, F. R., (1978). Effect of contingent and non-contingent social reinforcement on the cooperative play of a preschool child. Journal of Applied Behavior Analysis, 1, 73-76.

HERNÁNDEZ Sampieri, Roberto (1998) Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill.

HOMME, L. E., & Tosti, D. T. (1979). Contingency management and motivation, Journal of the National Society for Programmed Instruction, 4, pp.14-16.

ISAACS, W., Thomas, J., & Goldiamond, I. (1980). Application of operant conditioning to reinstate verbal behavior in psychotics. Journal of Speech and Hearing Disorder, 25, pp.8-12.

JACOBSON, E. (1981). Depresión, estudios comparativos de condiciones normales, neuróticos y psicópatas. Buenos Aires, Ed. Amorrourtu. pp. 225-245.

JAMES, A. (1981). Depresión y existencia humana. México D. F. Ed. Trillas, pp. 73-121, 218-221.

KANFER, F. H., & Phillips, J. S., (1970). Learning foundations of behavior therapy. New York: Wiley.

KELLY, G. A. The psychology of personal constructs. New York: Norton. Reprinted by Routledge (London), 1991.

KING, G. F., Armitage, S. G., & Tilton, J. R. (1980). A therapeutic approach to schizophrenics of extreme pathology: An operant-interpersonal method. Journal of Abnormal and Social Psychology,

LANG, M.; TISHER, M. (1983). Cuestionario de depresión para niños. Madrid, Editorial TEA.

LEWINSOHN, P, M., y Talkington, J. (1979). Studies on the measurement of unpleasant events and relations with depression. Applied Psychological Measurement, 3, pp. 83-101.

LEWINSOHN, P, Sullivan, J. y Grosscup, S. (1980). Changing reinforcing events: An approach to the treatment of depression. Psychotherapy. Theory, research, and practice. No. 17, pp. 322-334.

LOVAAS, O. I. (1976). A program for the establishment of speech in psychotic children. In J. K. King (Ed.), Early childhood autism. Oxford: Pergamon.

LYNCH, J. (1979): Padres y profesores. Anaya.

MARQUEZ, Ramón. (1990). Tratamiento natural de la depresión. Buenos Aires, Ed. Paidós.

MASSON, BELLOCH, A. y SANDÍN, B. (1996). Manual de psicopatología. McGraw-Hill. Interamericana.

MATISSON, M. (1983): Familia e institución escolar. Fundamentos.

MEDINA-MORA, (2003) Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, Salud Mental Cap.26, págs., 1-16.

MEEHL, P. E., (1982). Psychopathology and purpose. In P. H. Hoch & J. Rubin (Ed.), The future of psychiatry. New York: Grune & Stratton.

RENNER, K. E. (1964). Delay of reinforcement: A historical review. Psychological Bulletin, 61, pp.341-361.

MENDEZ, Francisco Javier: “El niño que no sonríe” Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil, Ed. Pirámide

MAURICE J. ELIAS, STEVEN E. TOBIAS Y BRIAN S. FRIEDLANDER: “La amistad” Plaza & Janes Editores. Modificación de conducta con niños y adolescentes: libro de casos España: Ediciones Pirámide, c1997.

NISSEN, G, Depressionen Ursachen Erkennung Behandlung, 1999

NÚÑEZ PÉREZ, José C. González-Pineda, Julio A.; García Rodríguez, Marta; González-Pumariega, Soledad; Roces Montero, Cristina; Álvarez Pérez, Luis & González Torres, M^a del Carmen (1998). Estrategias De Aprendizaje, Autoconcepto Y Rendimiento Académico. En Psicothema Vol. 10, nº 1, pp. 97-109. Colegio Oficial de Psicólogos de España (1998).

PAPALIA, Diane; WENDKOS OLDS SALLY (1994). Desarrollo Humano. México, Editorial McGrawHill.

POLAINO, Lorete. A. (1980). La depresión. Barcelona España, Ed. Martínez Roca. pp. 32-69, 238-249.

PREMACK, David Ann Premack: Original Intelligence. Unlocking the Mystery of Who We Are. McGraw-Hill, New York 2003

PULPILO, A. (1978): La participación de los padres en la escuela. Kapelusz

REHM, L. P., (1977). A-self control model of depression. Behavior Therapy. 8 pp. 787-804

REUS, I, V. (1989). Trastornos afectivos. Goldman, H, H. Psiquiatría General. México: El manual Moderno. Cáp. 30, pp. 349-366

REVISTA DE PSICOLOGÍA GENERAL, (1998): "depresión con enfoque conductual y marital". pp. 63 -73.

RICE, F. Philip (Autor Personal). (1997) Desarrollo humano: estudio del ciclo vital. México: Prentice Hall Hispanoamericana.

RIMM D., Masters J. (1980). Terapia de la Conducta. Técnicas y hallazgos empíricos. Trillas. México, Distrito Federal.

RIVAS, R. (s/f): Familia y escuela: Reflexiones para un taller. Mat. Fotocopiado.

SANCHEZ, M. (1986): Metodología y práctica de la participación. Popular.

SELIGMAN Martín, "Aprenda optimismo" Grijalbo Mondadori.

SELIGMAN, M. E. (1975) Helplessness: On depression, development, and death. San Francisco: Freedman.

SERAFINO, E. (1988). Desarrollo del niño y el adolescente. México: ED. Trillas.

SIMON, A. (1978): El éxito en las reuniones de padres. Kapelusz.

SKINNER, B. F. (1977) Science and human Behavior. Nueva York: Free Press.

SUÁREZ, G.V. (1988). Validación de la escala de automedición de la depresión de Zung en Adolescentes estudiantes de Secundaria Mexicanos. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM, México.

TRAD, V. Paul. (1992). Depresión Psíquica en neonatos y lactantes. México D.F., Ed. Limusa. pp. 16-19, 90-93, 216-221.

TSCHORNE, P. (1992): Padres y madres en la escuela. Paidós.

WATSON, Libert R. Neale, 1979. PSICOLOGIA GENERAL.

WEINER, B, Frieze, I., Kukla, A., Reed, L, Rest, S., y Rosenbaum R. (1971). Perceiving the causes of success and failure. Nueva Jersey: General Learning Press. Morristown.

WWW.escuela.med.puc.cl/paginas/alumnos/

http://html.rincondelvago.com/depresion-infantil_1.html

<http://www.campodepsicologia.com/cdp167.htm>

[http://www.abacolombia.org.co/3cip/programa/clinica/resumenesclinica/resumenesca
rtelesclinica.htm](http://www.abacolombia.org.co/3cip/programa/clinica/resumenesclinica/resumenesca
rtelesclinica.htm)

<http://www.psiquiatria.com>

<http://www.psicologia.2@edimar.com>.

ZEISS, A, Lewinsohn, P, y Muñoz, R. (1979). Nonspecific improvement effects in depression using interpersonal skills training, pleasant activity schedules, or cognitive training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 47, pp.427-439.