



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“NIVELES DE DEPRESIÓN EN NIÑOS CON PADRES
DIVORCIADOS Y PADRES CASADOS”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA PRESENTA:
REA AMAYA ALFA CELENE**

DIRECTORA: FAYNE ESQUIVEL ANCONA

REVISOR: JAVIER URBINA SORIA

**ASESORA DE METODOLOGIA Y ESTADISTICA:
HILDA ESQUIVEL**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradezco a:

Dios por ser esa fuerza invisible e inexplicable que me guía a lo largo de la vida; por ponerme a las personas, momentos y lugares indicados en el camino.

Fayne, por ser la mujer, maestra, compañera y amiga; permitirme absorber un poco de todo lo que sabes; y dejarme ser parte de tu gran equipo estos últimos años tan decisivos en mi vida. Gracias por darme esa camiseta que me cubre día tras día y me hace tan feliz!!!

Mary por mostrarme que sé nadar a pesar de que el agua sea muy espesa; gracias por permitirme volar a tu lado, aconsejarme, cuidarme y no dejarme caer mientras volamos alto y cada vez mas alto...

Betty por estar allí y saber que al volar nos vamos cubriendo cuando la otra se cansa. Por esos ánimos día tras día...

Mary y Betty realmente ocupan un lugar muy importante en mi vida, las quiero y seguiremos adelante...

A Hilda por cubrir esas “pequeñas” lagunas estadísticas creadas durante la carrera.

A mis sinodales Rosario Muñoz, Martina Jurado y Susana Eguia (Susy, gracias por dejarme ser tu amiga y permitirme aprender de ti), por sus comentarios y tiempo para mi trabajo. Así mismo quiero agradecer a Javier Urbina por comprometerme con mi proyecto y animarme a seguir.

Te agradezco UNAM por dejarme ser parte de las personas con la sangre azul y piel dorada, permitiéndome cumplir mi sueño de la infancia y tatuar la garra PUMA en mi corazón.

Dedico a:

Mamá por ser la luchadora incansable. Mis logros son también tuyos y ya podemos demostrar quien educó mejor. Te amo “Mamiringa”...

Papá porque inconscientemente me adentraste a este maravilloso mundo llamado Psicología. Lo siento, no me vacunaste!!! Te amo “Touch”...

Manis, tan solo por ser la mejor hermana. Deseo que día a día descubras que esta maravillosa profesión da muchas satisfacciones. Ya que... también te amo (jijiji).

Tío/Primo/Compadre Andrés, por estar a mi lado en los momentos decisivos de mi ingreso a la UNAM y apoyarme incondicionalmente a lo largo de mi vida. Saber que siempre estarás allí para mí es un gran aliciente. Te quiero muchísimo...

Primis, gracias, gracias, gracias por estar siempre aquí. Por compartir tantos momentos juntas, por permitirme disfrutar de una personita con el 75% de mis genes que amé desde antes que naciera y por hacer que no sólo seas mi prima, mi tía y mi comadre, realmente eres una hermana mayor. Te quiero muchísimo!!!!

Marinola (cara de perro) por ser casi una segunda mamá en mi vida. Te quiero...

Ady por comenzar a recorrer este viaje juntas, por tantos momentos y experiencias profesionales y de vida. La escuela contigo fue maravillosa!!!

Amigos (Blanch, César, Gaby, Lalo, Lau, Lili, Marlene, Pau, Tania, Ramoncin y Chio) por tantos lindos y divertidos recuerdos que han dejado ya en mi. Por estar allí siempre y mantener esta amistad que al parecer va a durar muchos muchos años más, es agradable ver que poco a poco vamos creciendo juntos. Por compartir conmigo esta apasionante profesión... Los quiero!!!

INDICE

Resumen	1
Introducción	2
Marco Teórico	
Capítulo 1. Antecedentes de la depresión infantil	4
Capítulo 2. Depresión	7
2.1 Teorías sobre la depresión	7
2.2 Enfoque Psicodinámico	7
2.3 Enfoque Interpersonal-Social	10
2.4 Enfoque Cognitivo-Conductual	11
2.5 Enfoque Psicobiológico	13
2.6 Modelo Evolutivo	15
2.7 Síntomas	16
2.8 Diagnóstico	18
2.9 Pruebas diagnósticas de la depresión infantil	22
2.10 Tratamientos	24
2.11 Enfoque Psicodinámico	24
2.12 Técnicas Semiestructurales	25
2.13 Terapia Cognitiva	25
2.14 Tratamiento Cognitivo-Conductual	25
2.15 Tratamiento Familiar	25
2.16 Tratamiento Conductual	26
2.17 Farmacoterapia	26
2.18 Epidemiología	28
Capítulo 3. Separación de los padres	30
3.1 Como afecta la separación de los padres a los niños (as)	31
Capítulo 4. Resiliencia	37

Capítulo 5. Metodología	40
5.1 Justificación y Planteamiento del Problema	40
5.2 Preguntas de investigación	40
5.3 Objetivos	41
5.3.1 Objetivo general	41
5.3.2 Objetivo específico	41
5.5 Variables	41
5.5.1 Definición conceptual de variables	41
5.5.2 Definición operacional de variables	42
5.6 Tipo de estudio	42
5.7 Diseño	43
5.8 Participantes	43
5.9 Escenario	43
5.10 Procedimiento	43
5.11 Instrumento	44
5.11.1 Ficha técnica	44
5.11.2 Validez y confiabilidad	44
5.11.3 Administración	45
5.11.4 Calificación	45
Capítulo 6. Resultados	46
Capítulo 7. Discusión y Conclusiones	52
Capítulo 8. Limitaciones y Sugerencias	57
Capítulo 9. Referencias Bibliográficas	58
Anexos	62
Children´s depresión Scale-Versión Mexicana	63
Hoja de ejemplo	68
Perfil inventario de depresión infantil	69

RESUMEN

La depresión en niños ha sido un tema controvertido a lo largo de la historia. Se pensaba que ésta no se presentaba antes de la adolescencia, o bien se manifestaba en forma diferente a la de los adultos. La falta de estudios sistemáticos y la ausencia de criterios diagnósticos contribuyeron a retrasar su estudio. Aproximadamente a fines de 1970 y principios de 1980 comienzan a realizarse los primeros estudios empíricos. Actualmente, se sabe que la depresión en niños existe y está asociada a otras psicopatologías y dificultades interpersonales.

La familia es el primer sistema relacional en el cual estamos insertos, y como tal es la matriz creadora de significados compartidos, vínculos afectivos y patrones de interacción. Su influencia es determinante en la vida del niño (a) en cuanto a su desarrollo cognitivo, afectivo y social.

Hoy en día se considera al divorcio un paso más en la serie de transiciones familiares que afectan las relaciones de ésta. Varios factores intervienen en el ajuste del niño (a) a la separación, entre ellas la forma en que se da la separación, la edad del niño (a) en el momento del evento, el tiempo de separación, la vida en familias uniparentales entre otras.

En el presente trabajo se investigó mediante el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS-M), en su versión mexicana. Los niveles de depresión de 60 niños (as) entre 8 y 10 años, de los cuales 30 niños (as) pertenecían a una familia uniparental y los 30 restantes a una familia integrada. Y con esto poder observar si existían diferencias significativas en los niveles de depresión entre los niños (as) de familias uniparentales y/o integradas.

Se realizó un análisis estadístico de los datos obtenidos de ambos grupos mediante la prueba "T" de student y la Ji cuadrada. Para observar si existían diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de familia (uniparental o integrada), el género y la edad de los niños (as). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el género y la edad de los niños (as), así como entre el tipo de familia.

Este tipo de estudio nos muestra como observan y manejan la separación de sus padres un grupo de niños (as) con características específicas para poder dar una mejor atención clínica.

INTRODUCCIÓN

Por mucho tiempo se consideró que la depresión en los niños (as) no existía y que dichos síntomas aparecían únicamente hasta la adolescencia, es desde hace aproximadamente 30 años cuando se comienza a reconocer que dicho trastorno también lo padecen los niños.

La depresión infantil se manifiesta a través de un conjunto de signos y síntomas que afectan el estado cognitivo, conductual y afectivo del niño (a) donde la experiencia subjetiva de tristeza es el punto central de la definición clínica. Los síntomas depresivos afectan diversas áreas de la personalidad del niño (a) como son: el área afectiva, motivacional, física y motora, cognitiva y social. Se ha explicado a la depresión desde cinco modelos teóricos que son: el modelo psicodinámico, el modelo cognitivo-conductual, los modelos interpersonales-sociales, los modelos biológicos y el modelo evolutivo.

Este trastorno los niños (as) lo presentan por diversas causas, Arco (2004) menciona que una hospitalización crónica, la privación emocional, el fracaso escolar, la ruptura familiar entre otras, son las causas principales por la que los niños (as) podrían manifestar la depresión ya que se encuentran expuestos a peleas, recriminaciones mutuas de los padres entre muchas otras cosas.

Si se observan las estadísticas mundiales, se puede notar que existe una separación constante de familias; situaciones a las que los niños (as) de todo el mundo se tienen que enfrentar actualmente. Por dicha causa en este estudio se planteó el conocer si existen diferencias significativas con respecto a los niveles de depresión entre niños (as) que viven dentro de una familia uniparental con respecto a los niños (as) que se encuentran viviendo en una familia integrada.

Para observar los niveles de depresión se aplicó a 60 niños (as) el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS-M), en su versión mexicana. Dividiendo a éstos en dos grupos, donde el primer grupo era el de niños (as) de familias uniparentales (14 niñas y 16 niños) y el segundo grupo el de familias integradas (15 niñas y 15 niños). Se realizó un análisis estadístico de los datos obtenidos de ambos grupos mediante la prueba "T" de student y la Ji cuadrada.

La "t" de student se empleó para observar si existían diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de familia (uniparental o integrada) y el género de los niños. La Ji cuadrada se empleó para analizar si existían diferencias estadísticamente significativas entre las edades de los niños (as).

De manera breve se examinaron los antecedentes generales de la depresión y posteriormente se revisaron los modelos teóricos; los síntomas planteados por diversos autores; la manera de diagnosticar dicho trastorno; las principales pruebas diagnósticas de la depresión infantil y los tratamientos que se emplean de acuerdo a cada modelo para la depresión infantil.

Así como la manera en que afecta a los niños (as) la separación de sus padres planteados por diversos autores y se introduce una explicación del término de resiliencia.

Este estudio expone una evidencia acerca de los niveles de depresión en niños (as) con familias uniparentales e integradas. Los resultados del mismo pretenden ayudar al esclarecimiento de dichas diferencias entre los niños (as) de ambos tipos de familia.

MARCO TEORICO

CAPITULO 1. ANTECEDENTES DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

A continuación se presenta una breve explicación de cómo surgió el concepto de la depresión. Ésta se comenzó a describir desde la Grecia Clásica, Hipócrates es quien comienza dicha descripción de la depresión, él la nombró melancolía. (Martínez, 2003)

Es él quien da la primera descripción clínica de dicho trastorno, la clasificó dentro de la manía, el delirio y la paranoia, señalando que éstos eran los principales tipos de enfermedades psiquiátricas (Solloa, 2001)

Es hasta el siglo II, que Arateo de Cappadocia formuló un cuadro de este desorden (Arieti y Bemporad, 1993). Durante los siglos V hasta el XV se le llamaba a la melancolía como una clase de perturbación mental donde fallaban la imaginación y el juicio, de tal forma que la persona se sentía triste y con miedo. Es durante el Renacimiento que resurge el interés en la depresión con un nuevo enfoque de sus causas y se volvió a plantear que la melancolía y la manía suelen alternar en el mismo individuo (Solloa, 2001)

Durante la revolución científica, los psiquiatras comenzaron a estudiar los agentes fisiológicos que se relacionaban con las enfermedades mentales. Y es en el siglo XIX que Kraepelin, consideró que los desórdenes psiquiátricos tenían una causa orgánica aunque ésta no fuese identificada, que mantuviera un curso característico o un desenlace predecible.

En este mismo siglo, el alemán Griesinger junto con el francés Descuret realizaban el diagnóstico de “nostalgia en niños”. Es en 1921 cuando Kraepelin presenta un trabajo epidemiológico en una muestra de 900 maniaco-depresivos, y encontró que el 4% de las personas que presentaban dicho síndrome, el episodio se había presentado antes de los 10 años. Es en 1924, cuando el Italiano Sancte de Santic dedicó en su libro “Psiquiatría infantil” dos capítulos a la depresión. (Jiménez, 1995)

Alrededor de los años treinta, con la influencia de la corriente psicoanalítica, se empezó a considerar que la depresión infantil no podía existir por ser ésta una patología vinculada estrechamente al desarrollo del superyo. Dentro de la misma corriente hubo distintas posturas como las de Klein, Spitz, Bowlby y Anna Freud, quienes reconocieron la existencia de la depresión infantil.

Fenichel, en 1945 se refirió a las personas depresivas como adictos al amor que insisten en recibir un flujo constante de benevolencia, sin preocuparse demasiado por la personalidad o las necesidades reales de quien se la otorga; juzgaba crucial para todo problema de depresión, la caída de la autoestima. Es como si las necesidades narcisistas no estuvieran satisfechas, por lo que su autoestima disminuye hasta un punto crítico (Bemporad, 1990).

En 1949 y 1954, Cohen y colaboradores fueron los primeros que se ocuparon de estudiar los factores no intrapsíquicos de la depresión, adoptando estos el enfoque social de Sullivan (Arieti y Bemporad, 1993)

Es en los años sesentas cuando surge el concepto de “depresión enmascarada”, en la que se aceptaba la depresión infantil, pero encubierta bajo síntomas como irritabilidad, problemas de conducta y agresividad. (Solloa, 2001)

Así podemos observar que hasta antes de los años 70's, se creía que la depresión sólo afectaba a los adultos, siendo imposible en los niños (as). Es en los 70's que se observa en la psicopatología del desarrollo que se presenta la depresión en niños (as) pero no como tal, sino como otra forma, no incluyendo el afecto depresivo.

Es en 1971, cuando la Unión Europea de Paidopsiquiatras, en el IV Congreso de Paidopsiquiatría de Estocolmo, donde se eligió como tema monográfico “Los estados depresivos en el niño y el adolescente” (Jiménez, 1995) En ese mismo año Lieberman y Raskin postularon el concepto de ganancia secundaria para explicar la causa de la depresión, explicando que el depresivo emite conductas depresivas porque éstas son reforzadas frecuentemente por el medio, pues quienes rodean suelen intentar ayudarlo (Matson, 1989)

Costello en 1972 señaló que la depresión está determinada básicamente porque el sujeto posee aptitudes sociales inadecuadas; así un niño (a) con pocas aptitudes sociales puede desarrollar fácilmente depresión ante pérdidas poco importantes al no encontrar formas de reforzamiento alternativas en su vida. Así mismo Ferster en 1973 establecía que la depresión se produce porque existe una baja frecuencia de conductas reforzadas positivamente (Jiménez, 1995) Lewinson en 1974 formuló el modelo conductual más elaborado y que ha tenido mayor influencia clínica, para él la característica principal de la depresión es un déficit conductual, y la causa primaria es una baja tasa de refuerzo positivo contingente. (Matson, 1989)

Beck en 1976 propone su teoría, la cual menciona que la cognición es el factor primario que da lugar a la depresión, donde la tristeza del paciente es una consecuencia inevitable de su sensación de privación, pesimismo y autocrítica. Por su parte en el mismo año, Coyne explicó la depresión con base en un estilo de interacción social, caracterizado por un predominio de conductas de quejas, lamentaciones y autodesprecio. Después de esta década es cuando se acepta que existe la depresión en niños (as) y es mayormente aceptado que ésta es equivalente a la de los adultos. (Jiménez, 1995)

En cuanto a los enfoques psicobiológicos, en 1977 en un estudio realizado por Welter y sus colegas encontraron que cerca de una cuarta parte de todos los padres hospitalizados por un trastorno depresivo primario tenían al menos un hijo (a) con cinco o más síntomas de depresión, mientras que ninguno de los hijos (as) de padres sanos manifestaban tantos síntomas. Aun se sabe muy poco sobre el peso relativo que desempeñan los factores genéticos y ambientales en el síndrome del trastorno afectivo en la infancia en comparación con los datos obtenidos (Solloa, 2001)

La polémica sobre la existencia de la depresión infantil se concluyó con el enfrentamiento entre Costello, quien defendía la existencia de la depresión infantil, y Lefkowitz y Burton, que la negaban. (Jiménez, 1995)

En 1987, Gotlib y Colby extendieron el modelo de Coyne resaltando el papel que juega el individuo (principalmente su estilo cognitivo) y el medio en el mantenimiento o agravamiento de un episodio depresivo (Solloa, 2001)

En los últimos años el concepto de la depresión infantil vista desde una perspectiva evolutiva ha cobrado vigencia; se ha aceptado que hay características similares entre niños (as) y adultos, pero al mismo tiempo también ciertas diferencias propias para cada momento del desarrollo. (Jiménez, 1995)

CAPITULO 2. DEPRESIÓN

TEORÍAS SOBRE LA DEPRESIÓN

Existen diversas causas y tratamientos sugeridos para la depresión, éstos se han ido modificando constantemente según las tendencias etiológicas y teóricas de cada época. Como la depresión infantil se ha estudiado a partir de la de los adultos, es necesario revisar las diferentes concepciones teóricas sobre la depresión.

Para esto, existen diversos modelos que explican la depresión por lo que se pueden desglosar en cinco enfoques principales los cuales son: el psicodinámico, los modelos interpersonales-sociales, los modelos cognitivo-conductuales, los biológicos y el modelo evolutivo; los cuales se describen a continuación.

- **ENFOQUE PSICODINÁMICO**

El psicoanálisis ejerció sobre los psiquiatras una gran atracción, ésta fue por el énfasis que se puso en que la enfermedad mental era un desorden cuyos síntomas son de origen psicológico y tienen un significado que puede ser revelado a través del paciente a lo largo de su vida (Solloa, 2001) Por esto se revisarán los conceptos sobre la depresión propuestos por Sigmund Freud.

Freud, en su artículo “Duelo y Melancolía” enfatizó la importancia de las relaciones objetales más que de la represión en la psicopatología y bosquejó una instancia psíquica que habría de convertirse en el superyó. Freud identificó tres factores condicionantes para la melancolía y son: la pérdida del objeto, un alto grado de ambivalencia y una regresión libidinal en el yo (Arieti y Bemporad, 1993). Pero sólo en la melancolía hay una disminución de la autoestima que da lugar a autorreproches y a expectativas irracionales de castigo. La persona melancólica es incapaz de reconocer la causa de su abatimiento, pues la pérdida es inconsciente.

Así mismo explicó que es durante la infancia donde el melancólico establece una intensa relación objetal que resulta deteriorada por el desengaño causado por la persona amada. La ruptura de la relación es seguida por un retiro de la carga libidinal, pero la libido liberada no pasa a otro objeto quizá debido al tipo de vinculación narcisista. Al contrario, esa libido se retrae hacia el yo produciendo una identificación entre un sector del yo y del objeto abandonado (Solloa, 2001)

Es en el artículo “El yo y el ello” donde aparece la hipótesis estructural, donde Freud aclara que la melancolía es el resultado de un superyó que manifiesta su rabia contra un yo aparentemente indefenso; la agresión no se expresa entonces hacia afuera, sino que se vuelca contra la propia persona. Es con este modelo, con el que el psicoanálisis propuso uno nuevo para explicar la depresión.

Abraham en 1911 publicó lo que se consideraría la primera investigación psicoanalítica de la depresión. Para Abraham la depresión surge cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales. Lo importante de este

trabajo es que se percibe la ambivalencia del depresivo y su incapacidad de amar verdaderamente a los demás, su excesiva preocupación por sí mismo y la manera en que utiliza la culpa para llamar la atención. (Solloa, 2001) También postuló que los desórdenes afectivos se desarrollan como consecuencia de la sensación de ser incapaz de enfrentar las responsabilidades de un rol adulto en la sociedad, debido a una regresión a la fase oral en donde prevalece el deseo de destruir al objeto oralmente.

Entonces la etiología de la depresión se encuentra en un desengaño amoroso que tuvo lugar antes del periodo edípico cuando la libido del niño (a) era aún narcisista, y puesto que el trauma ocurre en una edad temprana de la vida, probablemente es consecuencia de una inadecuada actitud materna y no de la rivalidad edípica (Arieti y Bemporad, 1993).

Abraham en sus últimos trabajos consideró los siguientes factores predisponentes para la depresión: a) un factor constitucional ligado con una excesiva acentuación en el erotismo oral; b) una especial fijación en el nivel oral; c) un daño severo al narcisismo infantil producido por sucesivos desengaños amorosos; d) aparición del primer desengaño amoroso antes de que los deseos edípicos hayan sido superados, y finalmente e) la repetición del desengaño original en épocas posteriores de la vida (Solloa, 2001)

En las repercusiones de la teoría estructural, Sandor Rado (en Arieti y Bemporad, 1993). observó que los individuos propensos a la depresión necesitan sentirse cubiertos de amor y admiración y no toleran que esta necesidad se frustre. Tan pronto como el depresivo está seguro del amor del otro, lo trata con una sublime indiferencia, que poco a poco se convierte en un control tiránico; este comportamiento puede ocasionar el distanciamiento de la persona amada, que ya no tolera el maltrato; cuando esta pérdida sucede, el individuo se deprime y es cuando recurre a un método diferente de coerción: se muestra compungido y arrepentido, implora perdón y espera recuperar al objeto perdido induciendo piedad y culpa. Este patrón de hostilidad, culpa y contrición, según Rado tiene su origen en la temprana infancia, cuando el niño (a) aprendió que podría ser perdonado y recuperar el imprescindible amor de su madre exhibiendo una actitud de remordimiento. Si la persona depresiva no consigue recuperar el amor del objeto perdido, la melancolía avanza hacia una forma más maligna, en la cual el conflicto interpersonal es remplazado por una lucha intrapsíquica en la que se renuncia a los objetos externos y el yo busca el perdón del superyó, que ha tomado el lugar del objeto amado.

El depresivo desea expresar la intensa ira que siente hacia el objeto amado, pero su dependencia de éste le impide manifestar su hostilidad abiertamente. Cuando ese equilibrio se rompe el depresivo pierde al objeto, dirigiendo su rabia contra si mismo, con la esperanza de recuperar al objeto amado. Para él, la depresión es una persistente pero ineficaz modalidad de reacción ante la pérdida del amor (Arieti y Bemporad, 1993).

En cuanto a la depresión y psicología del yo, en 1945, Fenichel se refirió a los depresivos como adictos al amor que insisten en recibir un flujo constante de benevolencia, sin preocuparse demasiado por las necesidades reales de quien se lo otorga (Arieti y Bemporad, 1993). Un aspecto que juzgó crucial para todo el problema de la depresión fue la pérdida de la autoestima poniendo así el acento de la depresión en el yo y no en el superyó. Para él, el yo es el encargado de calibrar la autoestima en

función de la discrepancia sentida entre el estado real de la personalidad y el ideal del yo al que se aspira (Solloa, 2001)

Sandler y Hoffe (en Arieti y Bemporad, 1993) señalan que la depresión es un afecto básico que es experimentado cuando el individuo cree haber perdido algo que era esencial para su bienestar y se siente incapaz de anular esa pérdida. En la depresión se pierde la sensación de integridad narcisista y no un objeto específico. Conciben la depresión como la sensación de haber quedado privado de un estado ideal que puede ser puesto en la pérdida de una relación con otra persona

Malmquist, en 1985 explicó que la depresión en los niños (as) es realmente un problema de autoestima que se origina en una relación poco empática con los padres en donde el niño (a) continuamente se tiene que adaptar a lo que él cree que sus padres esperan y quieren de él, ignorando sus verdaderas necesidades emocionales. Es así como el niño (a) se tiene que esforzar por mantener un falso self a través de conductas omnipotentes o mediante conductas masoquistas que finalmente lo dejan vacío y con una sensación de ser “un fraude” (Solloa, 2001)

La psicología del yo modificó los criterios psicoanalíticos tradicionales, pues subraya la importancia del yo y de la autoestima en la depresión.

En relación a las teorías de las relaciones objetales, Melanie Klein se interesó en los primeros períodos de la vida psíquica del niño (a) y en el papel predominante de la ambivalencia y la ansiedad en el desarrollo. Postuló dos etapas básicas durante el primer año de vida a las que denominó posiciones; la primera es la posición esquizo-paranoide; la segunda etapa, llamada posición depresiva; ésta surge durante el cuarto o quinto mes de vida, cuando el bebé ya puede percibir los objetos de forma total. El bebé pasa por una crisis provocada por el temor de que la agresión, que ahora reconoce como propia, destruya los objetos buenos, tanto externos como internos; de ahí que el principal temor que experimenta se denominó ansiedad “depresiva”, esto es, el temor del bebé de haber sido él mismo causante de la pérdida o destrucción de su sensación de bienestar. La posición depresiva se resuelve cuando el niño (a) puede reconocer que aunque sus acciones o deseos pueden haber causado la pérdida temporal de los objetos buenos, éstos pueden ser recuperados mediante la reparación (Klein, 1935)

Para Klein, el factor que más predispone a la melancolía es la incapacidad del yo del niño (a) de construir buenos objetos de amor. Este fracaso determina una permanente vivencia de maldad que queda incorporada en la imagen de sí mismo (Klein, 1935). Es en la teoría de dicha autora donde la depresión adquiere un significado nuevo; es una etapa normal del desarrollo que implica una forma específica de ansiedad que el niño (a) enfrentará con mecanismos defensivos normales o patológicos. El conflicto depresivo no resuelto es la base etiológica en la mayor parte de los desórdenes neuróticos. (Solloa, 2001)

Finalmente Sperling afirma que la depresión infantil es un trastorno que se origina en la etapa oral del desarrollo caracterizado por una alteración de la relación objetal en la que el bebé teme perder a su objeto de amor. Él señala que dada la edad de gestación de este trastorno, los síntomas generalmente son de índole somática ya que el niño (a) aún no ha adquirido la capacidad de simbolizar (Sperling, 1993)

- **ENFOQUE INTERPERSONAL-SOCIAL**

En este enfoque se propone una interpretación de la depresión en la cual la importancia recae en la reacción a las exigencias sociales, el efecto que la sintomatología produce en los demás y la utilización de la depresión para satisfacer objetivos anormales, la persona depresiva está dispuesta a hacer cualquier cosa por mostrarse enfermo e incapacitado y evadir las obligaciones sociales y la reciprocidad en sus relaciones afectivas.

En 1949 y 1954, Cohen y colaboradores fueron de los primeros que se ocuparon en estudiar factores no intrapsíquicos de la depresión, adoptando el enfoque social de Sullivan. Ellos dieron especial importancia a la atmósfera familiar en la que se desarrolla el individuo depresivo, el efecto del paciente sobre otras personas y las características generales de la personalidad depresiva (Arieti y Bemporad, 1993) Para ellos, los síntomas depresivos también se gestan durante la temprana infancia; explican que la madre disfruta de la relación con el hijo mientras éste es un bebé desvalido, pero le disgustan las actitudes de individuación e independencia que exhibe al acercarse a los dos años. Regularmente, se valen de amenazas de abandono para controlar el comportamiento dócil. El resultado de esta crianza es que el niño (a) se convierta en una persona manipuladora, para quien la relaciones humanas son un medio para lograr sus propias ambiciones (Solloa, 2001)

En 1954, Cohen mencionó que una de las características especiales de los depresivos es su incapacidad para apreciar a las otras personas salvo en función de sus propias necesidades de dependencia. Es así como la persona maniaco-depresiva carece de empatía y pone barreras al auténtico intercambio emocional, refrena sus sentimientos por temor a ofender a la persona de quien depende y se muestra renuente a discutir sus problemas más profundos (Arieti y Bemporad, 1993)

Bonime en sus publicaciones de 1960, 1962 y 1976 opinó que la depresión es una modalidad cotidiana de interacción, donde los principales componentes patológicos son las tendencias manipuladoras, la aversión a la influencia de los demás, la renuencia a brindar gratificación, la vivencia de ansiedad y una sensación básica de hostilidad. La etiología se halla en una infancia carente del estímulo y respeto donde las necesidades del niño (a) fueron ignoradas o sofocadas, de tal manera que éste creció sintiéndose defraudado y con el convencimiento de que los demás están en deuda con él (Arieti y Bemporad, 1993)

Dentro de esta línea se han realizado numerosas investigaciones en relación con las prácticas de crianza y la depresión infantil. Rapee, en 1997 señaló que existe una amplia evidencia que sugiere que la depresión infantil está asociada al control excesivo y al rechazo parental, principalmente a este último. Explica que esto no tiene sentido unilateral, sino que más bien se trata de una serie de factores que interactúan para dar lugar a un patrón de crianza alterado, por una parte se encuentra el temperamento del niño (a) y por el otro, las características de personalidad de los padres (Solloa, 2001)

Coyne, en 1976 explicó la depresión con base en un estilo de interacción social, caracterizado por un predominio de conductas de quejas, lamentaciones y

autodesprecio. Estas conductas son reforzadas porque se produce un falso estado de seguridad y apoyo de otras personas. En 1987, Gotlib y Colby extendieron este modelo resaltando el papel que juega el individuo y el medio en el mantenimiento o agravamiento de un episodio depresivo.

Estos autores asumen que la cadena causal que termina en un episodio depresivo se inicia con la ocurrencia de un acontecimiento estresante, de naturaleza interpersonal, intrapsíquica o bioquímica, que puede interaccionar con factores de vulnerabilidad interpersonal (por ejemplo, la calidad y cantidad de apoyo social, cohesión de la familia, entre otros) o intrapersonal (pocas habilidades de afrontamiento, cogniciones poco adaptativas y manejo del estrés). Cuando se inicia la depresión, se mantiene o se agrava por la conjunción de dos factores, el primero es el factor interpersonal y el segundo, se refiere al sesgo cognitivo del depresivo (Jiménez, 1995)

Este modelo tiene especial importancia en el caso de la depresión infantil, dada la relevancia que se ha visto últimamente que se le viene dando a la calidad y cantidad de apoyo social proveniente principalmente del grupo de los pares. Se ha observado que existe una relación entre la depresión con factores como no tener amigos, ser rechazado, tener una escasa o nula interacción con los compañeros, etc. Otros factores relativos a la familia como cohesión familiar, abuso y maltrato físico y la psicopatología parental, éstos son aspectos bastantes ligados a la depresión infantil (Solloa, 2001)

La relevancia de los acontecimientos estresantes como precursores de los síntomas de la depresión es algo muy reconocido; el impacto que tengan los eventos traumáticos en la vida de una persona dependerá también de ciertos factores de vulnerabilidad como el estilo atribucional, el ambiente familiar y las redes de apoyo social.

Renden y colaboradores discuten que las interacciones familiares disfuncionales son las variables psicosociales más relacionadas con la depresión infantil, especialmente en aquellas familias donde la madre está deprimida (Solloa, 2001). Otro acontecimiento que aparece muy relacionado con la depresión infantil es la pérdida de los padres (Bowlby, 1980; Spitz, 1965) De la misma forma, un mismo evento traumático puede tener un impacto diferente dependiendo de la edad del niño (a) y de otros factores asociados con el acontecimiento, que pueden en un momento dado ser tan importantes o más que los mismos acontecimientos traumáticos (Jiménez, 1995)

- **ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL**

Las teorías más modernas enfatizan que las variables conductuales y cognitivas son centrales a la depresión; pero dentro de estos modelos existen varios cuyas explicaciones son más complementarias que excluyentes.

Los teóricos del aprendizaje social relacionan la depresión a patrones de reforzamiento social inadaptados. Los autores más representativos son: Ferster, Liberman y Raskin, Cotello y Lewinsohn (Jiménez, 1995)

En 1973, la hipótesis de Ferster establece que la depresión se produce porque existe una baja frecuencia de conductas reforzadas positivamente, lo que está relacionado con

los siguientes factores: 1) Se produce depresión cuando la persona es reforzada con poca frecuencia, 2) La presencia de ansiedad puede también debilitar la tasa de frecuencia de la conducta, 3) Los cambios repentinos en el ambiente pueden en ciertas ocasiones, debilitar la frecuencia con que se produce la conducta. El modelo conductual más elaborado y que más influencia ha ejercido es el que formuló Lewinson en 1974. La característica principal de este modelo es un déficit conductual, y la causa primaria es una baja tasa de refuerzo positivo contingente. Propone Lewinson el siguiente paradigma el cual produce la depresión: baja frecuencia de respuesta al reforzamiento positivo contingente. La baja tasa de respuesta está ocasionada por una falta de habilidades sociales, deficiencia que provoca que haya poco reforzamiento del ambiente. Al mismo tiempo, el ambiente contribuye a mantener las conductas depresivas, pues la persona deprimida aprende a obtener reforzamiento social en forma de atención y preocupación por sus conductas depresivas verbales y no verbales (Jiménez, 1995)

En 1976, la teoría cognitiva de Beck propuso que la cognición es el factor primario que da lugar a la depresión, donde la tristeza es una consecuencia inevitable de la sensación de privación, pesimismo y autocrítica del paciente. Para él, en los estados depresivos se producen distorsiones características que parecen apartarse de lo que la mayoría de los individuos considerarían una manera realista de pensar o de interpretar la realidad, y por ello el individuo deprimido carece de elementos que son básicos para su felicidad. El paradigma de Beck se centra en tres factores cognitivos: 1) La triada cognitiva (está compuesta por: expectativas negativas respecto del ambiente; autoapreciación negativa; y expectativas negativas respecto al futuro) 2) Los esquemas depresógenos (forma estable de asimilar y explicar las experiencias de vida en la que los sujetos atienden selectivamente a los estímulos negativos y tienden a conceptualizar las situaciones en forma pesimista) y 3) Los errores cognitivos (son esquemas de pensar negativo que se desarrollan temprano en la vida y son reactivados en respuestas ante el estrés).

El modelo cognitivo ha sido aceptado principalmente por sus características comprensivas y porque el tratamiento cognitivo basado en este paradigma ha resultado bastante eficaz para mejorar los cuadros depresivos neuróticos. Si bien, los niños (as) deprimidos aún no desarrollan esta triada cognitiva, sí presentan una pobre autoestima, se perciben menos competentes, muestran distorsiones en sus pensamientos y se sienten desesperanzados en relación con su futuro.

El modelo de desvalimiento de Seligman denominado “desesperanza aprendida”, sugirió que el manejo de las técnicas adaptativas que sirven para enfrentar situaciones dolorosas se halla bloqueado en el individuo depresivo, que en cambio aprende a ser indefenso. El depresivo no ve relación alguna entre sus respuestas y el apoyo que recibe del ambiente. La experiencia de repetidas situaciones de prueba, en las que el individuo comprobó que sus esfuerzos no le redituaban recompensa alguna, hace que este conjunto de actitudes aprendidas se generalice y quede internalizado como un rasgo de personalidad (Solloa, 2001)

La indefensión aprendida es el resultado de asociar que la respuesta y el refuerzo son independientes (el sujeto aprende que el refuerzo le viene dado al azar, no por su

conducta). La indefensión lleva al déficit motivacional y al déficit de aprendizaje (Jiménez, 1995)

El depresivo presenta el típico antecedente de haber fracasado en el control de las recompensas ambientales. La depresión surge cuando el individuo siente haber perdido todo control sobre las respuestas de los otros, y debido a su reconocida indefensión se considera incapaz de modificar su situación negativa (Solloa, 2001) Postula el estilo atribucional: filtrar la experiencia de tal manera que provoca los déficits afectivos motivacionales y de autoestima asociados con la depresión. Cuando la persona experimenta un evento aversivo la forma en que atribuye o explica la causa del evento determinará si se sentirá esperanzada o desesperanzada y por tanto deprimida (Matson, 1989)

En el modelo de autocontrol o autorregulación se piensa que las personas deprimidas tienen diferencias en uno o más de las siguientes etapas: autoobservación, autoevaluación o autorreforzamiento; por tanto, la depresión se origina en déficits en el autocontrol (Solloa, 2001)

Los niños (as) deprimidos se caracterizan por realizar autoevaluaciones negativas más que por presentar deficiencias en el procesamiento de la información, es decir, que la depresión se debe a distorsiones cognitivas, y no a deficiencias cognitivas.

En 1994, Kaslow, Rehm y Sdiegel encontraron mayor autocastigo y estándares de éxito más estrictos en los niños (as) deprimidos que en los grupos de control (Jiménez, 1995)

Los niños (as) depresivos realizan atribuciones depresógenas, tienen un locus de control externo y atribuyen la causa de los acontecimientos positivos a causas externas, inestables y específicas. Así mismo, manifiestan una serie de errores cognitivos como la sobregeneralización de las predicciones negativas, una visión catastrófica de las consecuencias negativas, una tendencia a responsabilizarse incorrectamente de los fracasos y una atención selectiva sobre los aspectos negativos de los acontecimientos (Solloa, 2001)

• ENFOQUE PSICOBiolÓGICO

Existe una gama muy amplia dentro de los enfoques psicobiológicos que abarca desde los modelos genéticos a los neuroendocrinos. Las investigaciones de los factores biológicos se han realizado a través de los “marcadores biológicos”. Los marcadores biológicos pueden dividirse en grupos, no existiendo necesariamente una exclusión entre ellos y son: indicadores etiológicos, productos de la enfermedad y los marcadores de enlace.

Son muchos los datos a favor de la hipótesis de que en los trastornos afectivos primarios hay factores genéticos que ejercen un papel etiológico. No se ha determinado ningún modo de transmisión genética precisa pero las investigaciones han sugerido un modo de transmisión ligado al cromosoma X en algunos trabajos sobre trastorno afectivo bipolar (Solloa, 2001)

Los enfoques neuroquímicos han planteado que la norepinefrina y la serotonina están específicamente vinculadas con la depresión. El éxito de los fármacos que modifican los niveles de estas aminas en el cerebro durante el tratamiento de episodios depresivos ha servido de punto de partida para importantes investigaciones, e incluso abre la perspectiva de que con el tiempo sea posible diferenciar los diversos subtipos de depresión mediante pruebas bioquímicas únicamente.

Se ha sugerido que el exceso de norepinefrina y la serotonina, de una o de ambas aminas lleva a los estados maníacos, y que su disminución provoca depresión. Midiendo el nivel de metabolitos en el líquido cefalorraquídeo y en la orina, se puede tener una medida indirecta de la actividad de estas sustancias de los sistemas centrales, a pesar de los amplios estudios que se han hecho al respecto de esta área, aun no queda claro si el trastorno primario es una disminución de estas aminas o si se trata de una hiposensibilidad o hipersensibilidad, o ambas cosas, en determinados receptores aminérgicos. Lo que sí se sabe es que los sujetos con depresión endógena suelen manifestar una hipoactividad funcional de la función noradrenérgica y/o de la actividad central siendo éste un fenómeno primario más que secundario (Solloa, 2001)

Aunque el más importante y fructífero de los enfoques biológicos de la depresión está centrado en las aminas, se han investigado además otros sistemas biológicos como el endocrinológico, a pesar de que las alteraciones neuroendocrinas se suelen considerar secundarias a los trastornos en los neurotransmisores centrales (serotonina y norepinefrina). En la depresión endógena se han observado disfunciones en los ejes neuroendocrinos que controlan la actividad de la tiroides, corticosuprarrenal, de las hormonas sexuales y de las hormonas del crecimiento (Jiménez, 1995)

Otro campo de interés bioquímico tiene que ver con la transmisión de la membrana neuronal y el balance electrolítico. Se ha formulado que el litio altera la concentración iónica del sodio y del potasio en las membranas de las neuronas y que retarda la transmisión neuronal, calmando así al paciente maníaco. Algunos investigadores recomiendan que el litio también altera el metabolismo de las catecolaminas, pues también ha resultado efectivo con el tratamiento de pacientes deprimidos (Arieti y Bemporad, 1993)

Los estudios neuroquímicos y neuroendocrinos de niños (as) depresivos han representado un campo limitado de trabajo, existiendo muy escasos informes dentro de la bibliografía hasta la actualidad. En parte, se debe a que los estudios en niños (as) han esperado la guía y dirección de los estudios en adultos, y en parte debido a que los estudios biológicos en psiquiatría infantil y los grupos activos en este campo se han desarrollado únicamente en los últimos años. Otro de los problemas que ha limitado la cantidad de estudios biológicos en niños (as) depresivos ha sido el desacuerdo sobre el diagnóstico y clasificación de los trastornos en los niños (as).

Los resultados, en conjunto sobre neuroendocrinología hasta la fecha tienden a validar la existencia de la depresión en la adolescencia y su semejanza con la depresión en adultos. Sin embargo, el estudio del sistema neuroendocrino no parece ser por el momento un área de investigación promisoría para los desórdenes afectivos en la infancia, pues el modelo psicobiológico de la depresión es más bien de tipo interactivo en el que intervienen tanto las aminas cerebrales como las glándulas periféricas y los propios procesos psicobiológicos (Solloa, 2001)

Otro de los grupos de trabajo que también pretende establecer una relación entre los hallazgos fisiológicos en la depresión adulta y en la infantil han sido los relativos al análisis electroencefalográfico (EEG) del sueño.

Durante el curso de un trastorno afectivo puede haber una cascada de alteraciones y adaptaciones neuroquímicas y neuroendocrinas, con diversos subpatrones relacionados con diferencias individuales genéticas y ambientales, es por esto que la investigación sobre la depresión infantil tiende a ir por caminos que tomen en cuenta que los trastornos afectivos son diferentes en las diversas etapas de la vida como un reflejo de los cambios evolutivos biológicos, cognitivos y afectivos y de las variaciones en el mundo social del niño (a) (Rende, Plomin, Reiss y Hetherington, 1993)

- **MODELO EVOLUTIVO**

Bastantes trabajos realizados sobre la relación que guarda la depresión infantil con el desarrollo se ha centrado en el papel del apego.

Spitz en 1965, observó que la característica común de la depresión en los niños (as) era la separación de la madre, especialmente en niños (as) entre los seis y los ocho meses, y denominó este síndrome con el nombre de “depresión anaclítica” que se trata de una depresión asociada a la pérdida del objeto y a la necesidad de apego.

Bowlby en 1980, después de sus investigaciones realizadas en la Clínica Tavistock de Londres, mencionó que los primeros cinco años de vida son el periodo más sensible para el desarrollo del apego y la reestructuración de la conducta que regirán desde entonces todas las futuras relaciones del mismo (Solloa, 2001)

Los niños (as) con depresión para Bowlby presentan una serie de estados o fases al ser separados de sus madres. Las fases son: 1) la fase reactiva o de protesta; 2) la fase depresiva o de desesperación; y 3) la fase autodestructiva o de desapego.

La teoría de Bowlby postula que un apego inseguro en épocas tempranas de la vida contribuye a la depresión infantil. (Bowlby, 1976)

En el modelo transaccional se consideran las múltiples transacciones entre una diversidad de factores como los recursos ambientales, las características del cuidador y las del niño (a), como contribuciones dinámicas para la depresión infantil (Jiménez, 1995)

Una determinada disposición genética puede constituirse en predisposición hacia ciertas anomalías bioquímicas, únicamente si ocurre la acción de algún mecanismo psicológico. Dichas anomalías bioquímicas pueden representar una predisposición al desarrollo de anomalías psicológicas sólo en presencia de un proceso de socialización particular (Jiménez, 1995)

Desde esta perspectiva, la depresión infantil se presentará cuando los factores potenciadores predominen sobre los compensadores, sobrepasándose un determinado umbral.

Se denomina factores de vulnerabilidad o de riesgo a ciertas características relativamente estables del niño (a), como podría ser su familia y su contexto social ambiental que se consideran bastante importantes en la etiología de la depresión. Los factores protectores representan aquellas condiciones individuales, familiares, sociales y ambientales (Solloa, 2001)

La importancia de los aspectos evolutivos quedan demostrados en este modelo, en el momento en que determinados logros del desarrollo pueden ser necesarios para la activación de ciertos factores de vulnerabilidad o de protección.

La depresión se debe a la convergencia de diversos factores en la historia de la vida del individuo. No todos los niños (as) depresivos son iguales, pero como en todas las disciplinas científicas, la meta del investigador es buscar más allá de las diferencias clínicas, para así poder encontrar principios básicos generales con los cuales sea posible elaborar un cuadro sintomático (Solloa, 2001)

SÍNTOMAS

Los síntomas depresivos afectan cinco de las áreas de la personalidad.

1. Afectiva (Sentimientos de desesperación, culpa, vacío, indiferencia afectiva, tristeza, inseguridad, pesimismo, miedo, ansiedad e irritabilidad)
2. Motivacional (Conducta pasiva y dependiente)
3. Física y motora (pérdida del apetito, insomnio, fatiga, inquietud, movimientos lentos, etcétera)
4. Cognitiva (Ideas personales de desvalorización, visión pesimista del mundo y del futuro)
5. Social (Involucra una marcada disminución en la interacción social y conductas de aislamiento)

En los últimos años ha habido diversas aportaciones con respecto a los síntomas de la depresión en niños (as), en 1973 Weinberg propuso diez criterios que siguen siendo bastante utilizados por los clínicos ya que se describen los síntomas de una manera clara y descriptiva que permite operacionalizar el síndrome.

Weinberg (1973) propone que los síntomas deben representar un cambio en la conducta del niño (a) y haber estado presentes durante un mes como mínimo.

Y éstos son:

Criterios de los síntomas depresivos propuestos por Weinberg

	Criterio	Síntoma
1.	Estado de ánimo disfórico (melancolía)	a) Expresiones o muestras de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo b) Cambios en el estado de ánimo, mal humor c) Irritable, se enfada con facilidad d) Hipersensible, llora fácilmente e) Negativista, difícil de complacer
2.	Ideación autodespreciativa	a) Sentimientos de inutilidad, incapacidad, fealdad, culpabilidad (autoconcepto negativo). b) Ideas de persecución c) Deseos de muerte d) Deseos de marchar, escaparse de casa e) Tentativas de suicidio
3.	Conductas agresivas (agitación)	a) Dificultades en las relaciones interpersonales b) Peleonero, pendenciero c) Poco respeto por la autoridad d) Beligerante, hostil, agitado e) Discusión, peleas excesivas o ira súbita
4.	Alteraciones del sueño	a) Insomnio de conciliación b) Sueño inquieto c) Insomnio Terminal d) Dificultad para despertar por la mañana
5.	Cambios en el rendimiento escolar	a) Quejas frecuentes de los maestros: ensimismado, poca concentración, escasa memoria b) Disminución del esfuerzo habitual en tareas escolares c) Pérdida del interés habitual en tareas escolares d) Pérdida del interés habitual por actividades escolares no académicas
6.	Socialización disminuida	a) Menor participación en grupo b) Menos simpático(a), agradable, sociable c) Retraimiento social d) Pérdida de intereses sociales habituales
7.	Cambio de actitud hacia la escuela	a) No disfruta con actividades escolares b) No quiere o se niega a acudir a la escuela
8.	Quejas somáticas	a) Cefalalgias no migrañosas b) Dolores abdominales c) Dolores musculares d) Otras preocupaciones somáticas

9.	Pérdida de la energía habitual	a) Pérdida de interés por actividades y entretenimientos extraescolares b) Disminución de la energía. Fatiga física y/o mental
10.	Cambio en el apetito y/o peso habituales	

Goldstein, a su vez en 1987 identificó 10 patrones de conducta, que representan en forma clara las categorías conductuales propuestas por Weinberg y que pueden ayudar a detectar síntomas de depresión en el niño (a): (Solloa, 2001)

1. Afectos planos y mirada de tristeza
2. No expresa placer por nada
3. Se autodevalúa y tiene baja autoestima
4. Reporta sentimientos de culpa
5. Experimenta aislamiento social
6. Su aprovechamiento escolar decrece
7. Se observa fatiga que puede llegar a ser crónica
8. Presenta niveles bajos de energía
9. Tiene dificultades para dormir y de apetito
10. Los pensamientos suicidas pueden llegar a ser comunes

Se debe de tomar en cuenta que para detectar un problema de depresión en niños (as) y adolescentes es que las manifestaciones no siempre se presentan en un continuo, por lo que no se puede observar su existencia. Es por eso importante revisar a profundidad los criterios de evaluación y diagnóstico.

DIAGNOSTICO

Los trastornos depresivos pueden caer dentro de la categoría de depresión mayor a de distimia.

- a) Depresión mayor: Para diagnosticar un trastorno depresivo mayor se debe tomar en conocimiento de la existencia de uno a más episodios depresivos mayores sin una historia previa de episodios maniacos. Dentro de los trastornos depresivos se pueden hacer los siguientes diagnósticos: Depresión mayor episodio único y depresión mayor recurrente.
- b) Distimia o neurosis depresiva: Es una alteración crónica del estado de ánimo (deprimido) que se presenta la mayor parte del tiempo y que ha durado un año como mínimo (para niños (as) y adolescentes). A este trastorno se le puede sobreponer depresiones mayores en cuyo caso se hacen ambos diagnósticos.

Si los criterios de alguna de estas dos categorías se cumplen, se debe de indicar si éste es leve, moderado o grave, y si presentan características psicóticas.

Solloa (2001) indica varios síntomas que se muestran en el siguiente cuadro, que se tendrían que detectar si la depresión es de tipo melancólico, registrándose al menos cinco de éstos.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV), se describe a la depresión como un trastorno afectivo en donde indica “que es una alteración del estado de ánimo que se acompaña de un síndrome depresivo a maníaco parcial o completo, no debido a ningún otro trastorno mental o físico”

Síntomas de la depresión	
	Síntomas
Solloa, 2001	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida de interés o placer en casi todas las actividades 2. Falta de responsividad ante estímulos que usualmente son placenteros 3. La depresión es por las mañanas 4. Insomnio matutino; despertar por lo menos dos horas antes de lo habitual 5. Agitación o retardo psicomotor observable 6. Pérdida de peso importante o anorexia 7. No hay antecedentes de disturbios de personalidad antes del episodio depresivo mayor 8. Antecedentes de uno o más episodios depresivos mayores que han tenido una remisión total o casi total 9. Respuesta positiva al tratamiento con medicamentos antidepresivos o litio
Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV)	<p><i>Criterio A</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día (en niños (as) y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable) • Pérdida de interés o de la capacidad para el placer • Cambio del más del 5% del peso corporal en 1 mes • Insomnio o hipersomnias casi cada día • Agitación o retardo psicomotor casi cada día • Fatiga o pérdida de energía casi cada día • Sentimiento de inutilidad o de culpa excesiva • Dificultades para pensar o concentrarse casi cada día • Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida o intento de suicidio <p>Durante un período de dos semanas, la mayor parte del tiempo la persona experimentará al menos cinco de los síntomas anteriores, que representan un cambio respecto a la actividad previa (debe estar presente al menos uno de los primeros dos síntomas)</p>

	<p><i>Criterios B – E</i></p> <p>A. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto</p> <p>B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica</p> <p>D. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una incapacidad funcional.</p>
Del Barrio, 1997	Disforia, aumento o disminución del apetito o peso, insomnio o hipersomnias, reproche o culpabilidad, retraimiento social, anhedonia, pensamientos suicidas o de muerte, cambio en el rendimiento escolar, falta de energía o fatiga, quejas somáticas, agitación-retraso motor, falta de interés en las actividades, pobre concentración, irritabilidad, agresividad, ideas persecutorias, fobia escolar, llantos inmotivados, y ensoñaciones

En 1988, Kazdin señaló que para que un síntoma sea significativo, debe de tener las siguientes características: (Jiménez, 1995)

- a) El síntoma debe reflejar un cambio en la conducta habitual del niño (a)
- b) El efecto depresivo debe tener una consistencia en el tiempo
- c) La ausencia de un precipitante claro, con frecuencia es importante
- d) El criterio más importante es el impacto de los síntomas en funcionamiento diario del niño (a)

Las diferencias de sintomatología entre niños (as) y adultos mencionadas por Benjet y colaboradores (Benjet, Borges, Fleiz, Medina y Zambrano, 2004) son:

- a) Muchas veces se presenta un estado de ánimo irritable o inestable en vez de triste.
- b) En vez de una pérdida de peso, no logra los aumentos de peso esperables.
- c) Las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social son especialmente comunes en los niños (as).
- d) El retardo psicomotor, la hipersomnias y las ideas delirantes son menos frecuentes en niños (as).

Presentan también, alteraciones en el apetito, alteraciones del sueño, enlentecimiento psicomotor, falta de concentración, dificultad para tomar decisiones, pérdida de energía, sentimientos de culpa, agresiones ocasionales, crisis de llanto frecuentes, gritos y enuresis. (Arco y Fernández, 2004)

La sintomatología de los niños (as) deprimidos varía demasiado según las condiciones ambientales y la edad del niño (a). Por esto, la entrevista con el niño (a) es una de las herramientas clave para el diagnóstico (Solloa, 2001)

Diversos autores han clasificado al Síndrome Depresivo en distintos tipos y con diversas características, en el siguiente cuadro se observan algunas de ellas:

Características del Síndrome Depresivo			
Año	Autor	Tipo de síndrome depresivo	Característica
1968	Frommer	1. Depresión con enuresis 2. Depresión simple 3. Depresión con fobia	1. Se caracteriza por la marcada incidencia de enuresis y encopresis. Estos niños (as) además tienen problemas de aprendizaje y retraimiento social. 2. Los niños (as) se caracterizan por irritabilidad, debilidad y tendencias a reiterados estallidos temperamentales. 3. Se llama así por la gran incidencia de ansiedad y falta de confianza.
1972	Cytrin y Mcknew	1. Reacción depresiva encubierta 2. Reacción depresiva aguda 3. Reacción depresiva crónica	1. Se presenta con síntomas como la hiperactividad, conductas agresivas, trastornos psicósomáticos o tendencias delictivas. 2. Aparece como resultado de una situación externa claramente identificable, vinculada por lo general con la pérdida de la atención de una persona amada. 3. Se muestra cuando no se detecta un hecho desencadenante.
1973	McConville y cols.	1. El tipo afectivo 2. El tipo de autoestima negativa 3. El tipo de culpa	1. Visto en los niños (as) de seis a ocho años, el cual consiste sobre todo en exteriorizaciones de tristeza e indefensión. 2. Caracterizado por la verbalización de sentimientos de desvalorización, carencia de amor y explotación por parte de los demás. Aparecen niños (as) de ocho a diez años. 3. Porque su síntoma distintivo consiste en que el niño (a) cree firmemente que es malo y merece morir o que otros lo maten.

Algunos de los autores opinan que la depresión infantil es un hecho clínico real e intentan clasificarla con bases empíricas como la respuesta al tratamiento y la presencia de ciertos factores desencadenantes y síntomas secundarios (Solloa, 2001)

En general se han hecho pocas investigaciones en relación a la depresión infantil debido a la controversia sobre la existencia de esta patología y su naturaleza en la población infantil. En la actualidad el consenso general es que sí se presenta la depresión en los niños (as) y que es similar a la depresión en los adultos. Sin embargo, la aceptación de la existencia de la depresión en niños (as) no supuso una unicidad de criterios; por una parte están los partidarios de que la depresión en los niños (as) es semejante a la de los adultos; y la otra parte, los que consideran que la depresión en los niños (as) tiene características propias. Entre estos últimos se debe destacar la línea de los desarrollistas, que piensan que la depresión en los niños (as) va cambiando según la etapa evolutiva, y por ende, en cada una hay una sintomatología propia, no equiparable a la de los adultos (Solloa, 2001)

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

Actualmente existen diversos instrumentos diagnósticos para medir la depresión antes de los 18 años, los más utilizados son:

- **Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes** (Diagnostic interview for Children and Adolescents) (DICA) Los autores son, Herjanic, Brown y Wheatt (1975) Es una entrevista para el niño (a) y los padres. Evalúa progreso escolar, conducta social, síntomas psiquiátricos y somáticos.
- **Inventario de Depresión para Niños** (Children's Depresión Inventory) (CDI). Sus autores son Kovacs y Beck (1977). Es una escala de autorreporte de 27 reactivos, es una versión modificada del Inventario de depresión para adultos de Beck. Se aplica a niños (as) entre 6 y 17 años. Presenta una confiabilidad test-retest, consistencia interna y una validez aceptable. Así mismo se correlaciona con la evaluación clínica y el diagnóstico del DSM III.
- **Índice Bellevue para Depresión** (Bellevue Index of Depresión) (BID). Su autor es, Petti /1978). Es una entrevista estructurada con 40 reactivos bajo 19 títulos. Estima la severidad y duración de los síntomas con base en los criterios de Weinberg, tiene forma para padres y niños (as). Es para niños (as) de edades entre 6 y 12 años. Tiene buena confiabilidad y adecuada validez convergente.
- **Escala Afectiva para Niños** (Children's Affective Rating Scale) (CARS). Los autores son, McKnew, Cytryn, Efron, Gershon y Bunney (1979) Es una entrevista estructurada que estima el estado de ánimo, el comportamiento, la expresión verbal y la fantasía en puntuaciones escalares. Para edades entre 5 y 15 años. Muestra una adecuada confiabilidad y validez concurrente.
- **Entrevista para niños** (Interview Schedule for Children) (ISC) Su autor es, Kovacs (1981) Este instrumento registra la entrevista con el niño (a), de 8 a 13 años. Es una versión separada y estructurada de forma diferente, recoge también la entrevista con los padres.

- **Escala de Depresión en los Niños (Children's Depression Scale) (CDS).** Los autores son, Tisher y Lang (1983). Mide la severidad de la depresión, es una escala de autorreporte de 66 reactivos con formas alternas para padres, maestros y hermanos; existen subescalas para afectos, problemas sociales, autoestima, pensamientos de muerte y enfermedad, culpa y placer. Es para niños (as) de 9 a 16 años. Presenta una consistencia interna y validez discriminada adecuadas.
- **Lista de Revisión de Adjetivos Depresivos (Depresión Adjective Checklist) (C-DACI).** Sokoloff y Lubin son los autores (1983). Ambas formas de la escala contiene 34 adjetivos pertenecientes a la presencia o ausencia de un estado de ánimo depresivo. Se aplica a jóvenes con trastornos emocionales. Su consistencia interna en las formas alternas es excelente y presenta una buena validez concurrente.
- **Escala para Evaluar Depresión en Niños (Children's Depression Rating Scale-Revised) (CDRS-R)** Su autor es, Poznanski (1984). Es un instrumento para ser respondido por el clínico. La severidad de la depresión se mide en 17 reactivos, 14 puntuaciones de observación verbal y 3 de no verbal. Es una revisión de la escala de depresión de Hamilton. Para niños (as) de edades entre 6 y 12 años. Presenta buena confiabilidad interjueces y test-retest, así como una buena validez concurrente.
- **Protocolo de entrevista para trastornos afectivos y esquizofrenia para niños de edad escolar (Schedule for affective disorders and schizophrenia for schoolage children).** Es una entrevista estructurada para diagnosticar depresión y otros trastornos, existe una forma para el niño (a) y otra para los padres. Es para niños (as) de 6 a 17 años.
- **Protocolo de entrevista para niños y adolescentes (Diagnostic Interview Schedule for Children) (DISC)** Costello, Edelbrock, Dulcan, Kales y Klavie son los autores (1984). Es una entrevista clínica que se aplica a niños (as) entre 6 y 17 años. La confiabilidad y test-retest es adecuada.
- **Lista de revisión para la distimia (Dysthymic Check List) (DCI)** Sus autores, Fine, Moretti, Haley y Marriage (1984). Es una escala para ser contestada por el clínico. Se usa para estimar cada uno de los criterios de distimia en una puntuación escalar de 3 puntos. Para niños (as) entre 8 y 17 años. Buena confiabilidad, interjueces.
- **Escala de depresión para niños revisada (Children's Depression Scale-Revised) (CDS-R).** Los autores son, Reynolds, Anderson y Bartell (1985). Es una escala de autorreporte de 30 reactivos, donde miden los 29 síntomas de depresión y 1 reactivo de la medida global de la depresión. Se aplica a niños (as) entre 8 y 13 años. Muestra una alta consistencia interna, correlación alta con el CDI y con las evaluaciones globales de los maestros.
- **Kiddie SADAS Present Episodie (K-SADS-P).** Es revisada por Puig-Antich y Ryan en 1986. Es una modificación de la escala Kiddie SADS que avalúa básicamente el episodio presente. Muestra una buena confiabilidad interna y validez convergente, pero la confiabilidad entre los informantes no es adecuada.

- **Epidemiologic Versión (K-SADS-E).** Los autores son, Orvaschel u Puig-Antich (1987). Es un protocolo para determinar episodios pasados y presentes de depresión y otras formas de psicopatología. Se aplica a niños (as) entre 6 y 17 años. Los psicométricos adecuados.

TRATAMIENTOS

En cuanto al tratamiento, éste depende de muchos factores, como la naturaleza del problema, la personalidad del niño (a), la voluntad de la familia en cuanto a su participación y su condición financiera y la orientación del profesional que primero se consulte (Papalia, Wendkos, y Duskin, 2001)

Así mismo se han incluido diferentes aproximaciones: desde las intervenciones profundas en el nivel psicodinámico y en la relación con los padres, hasta la modificación de los síntomas a través de técnicas conductuales. Incluso se ha utilizado la farmacoterapia como apoyo en los tratamientos de índole psicológica; esta no ha sido muy efectiva en niños (as) como se ha probado con adultos. Por esto, es necesario combinar el tratamiento farmacológico con otro tipo de intervenciones como la psicoterapia, la terapia familiar, la terapia cognitivo-conductual y el tratamiento de habilidades sociales que han sido los enfoques de mayor efectividad en el tratamiento de la depresión infantil (Solloa, 2001)

- **Enfoque psicodinámico**

En esta corriente, se asume que una de las principales causas de la depresión en los niños (as) se debe a una alteración de la relación afectiva entre el niño (a) y sus padres, en donde éstos transmiten a su hijo su rechazo de una manera muy sutil y encubierta. Es así como el niño (a) va almacenando el enojo y la rabia que esto le produce, sin poder expresarlo abiertamente por el temor de perder por completo el cariño de sus padres, de quienes depende demasiado (Solloa, 2001)

El objetivo terapéutico es, por un lado, modificar las relaciones objetales, canalizar los impulsos hostiles por vías más adaptativas, disminuir las fuentes de frustración, y por el otro, reconstituir la relación del niño (a) y sus padres y reforzar las áreas de gratificación y estima. Con los niños (as) pequeños es necesario un cierto grado de manejo externo y, la participación de la familia (Arieti y Bemporad, 1993)

Se considera a menudo que la psicoterapia tiene tres fases continuadas, aunque diferentes. La inicial consiste en evaluar al niño (a) para tener una comprensión clara de los aspectos psicodinámicos, familiares y sociales asociados a la depresión y especificar las líneas del tratamiento. La fase intermedia es la más larga y exigente e implica la comunicación de la comprensión mediante la interpretación y la resolución de la resistencia, la transferencia y la contratransferencia. Y por último la fase final de la psicoterapia es la finalización, que incluye la consolidación de los avances conseguidos en el tratamiento así como la resolución de los conflictos intrapsíquicos y de la relación transferencial que se han trabajado (Wolf, 1970)

- **Técnicas semiestructurales**

Dentro de la psicoterapia del niño (a) depresivo se pueden utilizar diversas técnicas y modalidades terapéuticas no verbales que favorecen la expresión de su mundo interno. Algunas de ellas tienen un carácter más estructurado y dirigido que el juego libre. Por medio de éstas el niño (a) puede encontrar la forma de expresar sus sueños, fantasías y miedos a través de las siguientes técnicas: caja de arena, Arte, Técnica “ilumina tu vida”, entre otras (O'Connor, 1988)

- **Terapia cognitiva**

Este enfoque se basa en la perspectiva teórica de que las operaciones cognitivas internas tienen influencia en las emociones y determinan la conducta. Los pensamientos, ideas, creencias, percepciones y las actitudes involucradas en las funciones mentales tienen un peso importante en la calidad de adaptación del niño (a) a su medio. Es por esto que las técnicas terapéuticas están diseñadas para alterar los pensamientos e ideas del chico con el objetivo de producir cambios conductuales.

Leía, en 1988 señaló que era muy importante tomar una perspectiva de desarrollo al utilizar el enfoque cognitivo, y describió varios niveles de depresión asociados al desarrollo y son: Depresión por desesperanza y depresión por autocrítica.

Esta terapia se ha utilizado mucho con niños (as) y adolescentes con desórdenes emocionales. Debido a que diversas aplicaciones e investigaciones de esta aproximación terapéutica están relacionados tanto con resultados conductuales como cognitivos; por lo que se le conoce también como terapia cognitivo-conductual (Solloa, 2001)

- **Tratamiento cognitivo-conductual**

Blechman, Tryon, Ruff y McEnroe (1989) refieren que existe poca información en cuanto al tratamiento psicológico de la depresión en niños (as) y adolescentes; mucha de la bibliografía que existe se basa en el reporte de casos, además de que las intervenciones propuestas son sólo una adaptación de las técnicas que se emplean con los adultos.

El objetivo del tratamiento es incrementar las habilidades y promover un pensamiento real y adaptativo.

- **Tratamiento familiar**

El ambiente dentro del hogar de un niño (a) deprimido es regularmente deprimente; los padres son depresivos, solemnes, poco espontáneos y con una pobre expresión de dicha o alegría. Es por esto que el niño (a) cree que es desleal si se siente contento y las muestras de independencia representan una amenaza (Solloa, 2001)

Cohen, en 1954 afirmó que el común denominador de las familias con un hijo deprimido es que el niño (a) fue injustamente cargado a una edad demasiado temprana con la responsabilidad de hacer feliz al grupo familiar o cumplir con aspiraciones. (Arieti y Bemporad, 1993)

Dentro de estos tratamientos están las siguientes técnicas para ayudar a los niños (as) y a sus padres, éstas son: la psicoterapia psicodinámica de los padres, la terapia familia: enfoque comunicacional de Virginia Satir, el tratamiento familiar cognitivo conductual, entre otras (Solloa, 2001)

- **Tratamiento conductual**

Desde la corriente conductual se ha sugerido que la depresión ocurre cuando un niño (a) establece estándares demasiado altos que no alcanzará y que lo llevan a sentirse fracasado. También, la pérdida de refuerzos externos puede llevarlo al aislamiento por una tasa disminuida de conductas y consecuentemente a tener una autopercepción negativa. Es por esto que la mayoría de las técnicas conductuales se enfocan a incrementar las autoafirmaciones positivas, la tasa de conductas son reforzadas por el medio y a modificar los estándares de logro.

El énfasis de los enfoques conductuales está en perfilar los síntomas y conductas deseables, lo que puede determinar en forma objetiva los abordajes terapéuticos apropiados. El modelo conductual para la depresión está basado en los siguientes constructos, de acuerdo con Matson (1969):

- a) La indefensión aprendida
- b) La pérdida de reforzamiento, la frustración crónica y la falta de control sobre las relaciones interpersonales
- c) El patrón cognitivo negativo, la indefensión y la desesperanza

Algunas veces, el modificar y ajustar los estresantes del medio, específicamente en las relaciones familiares, es una parte importante de la intervención con niños (as) y adolescentes (Solloa, 2001)

- **Farmacoterapia**

Este tratamiento se apoya en las hipótesis neuroquímicas de la depresión, pues los medicamentos utilizados actúan a nivel de neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina y dopamina.

No existen evidencias de la efectividad de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión infantil pues las investigaciones en esta muestra ha sido limitada; las investigaciones dan testimonio de éxito en relación con los adultos. Además, los efectos secundarios a largo y corto plazo, aún no han sido suficientemente investigados. Por esto, es importante considerar intervenciones menos riesgosas que puedan ser apropiadas antes de decidirse por los medicamentos.

Los antidepresivos tricíclicos han sido los más estudiados como la imipramina, amitriptilina, nortriptilina y desipramina.

En relación con el tratamiento con fármacos, es un hecho que aún no se conocen bien los efectos secundarios por lo que su uso debe ser tomado con cuidado, sobre todo por las consecuencias a largo plazo. Además, este tipo de tratamiento no toma en cuenta todos los factores ambientales que intervienen en la depresión infantil; por lo que es necesario tener presente que existen grados de depresión, en los que sí se requiere el uso de medicamentos, para poder iniciar el tratamiento psicológico (Solloa, 2001)

A lo largo del estudio de la depresión se han realizado investigaciones comparando y aplicando diversos tratamientos para tratar la depresión, algunos de éstos se describen a continuación. En uno de ellos realizan una comparación entre la psicoterapia interpersonal y el tratamiento tradicional en clínicas de residencia de salud mental, la muestra fue de 63 pacientes con una edad promedio de 15.1 años, fueron sometidos a 2 pruebas, la Escala de Clasificación de la Depresión de Hamilton y la Escala de Evaluación Global para niños. Los resultados fueron que los pacientes tratados con psicoterapia interpersonal mostraban una reducción de síntomas y mejoraron en su funcionamiento general (Mufson, Kristen y Wickramaratne, 2004)

También se puede tratar la depresión en niños (as) por medio de programas cognitivos-conductuales, como en la investigación en donde se realizó un programa cognitivo-conductual basado en pruebas de habilidades de afrontamiento para niños (as) en edad escolar que experimentaban ansiedad y síntomas depresivos. Se concluyó que los niños (as) al final de dicho tratamiento reportaban menos síntomas y su puntuación aumentó en las evaluaciones (Friedberg, McClure, Goldman, et al., 2003)

Igualmente se han hecho investigaciones sobre la eficacia de usar habilidades sociales para decrementar la sintomatología depresiva, este estudio se realizó en 72 niños (as) de 5° grado de una escuela pública. Se asignaron aleatoriamente a uno de tres grupos, donde el primero era el de habilidades sociales en la interacción con los pares, el segundo era sólo la interacción con los pares y el tercero era control sin tratamiento. Se evaluaron a los niños (as) pre y post- test con un mes de diferencia, la sintomatología depresiva y las habilidades sociales se evaluaron con autoreportes y reportes de los maestros; concluyeron que el programa de habilidades sociales era favorable para la reducción de dichos síntomas (Soffer, 2003)

Se ha investigado sobre un tratamiento a través de videoconferencias, donde la intervención era de tipo cognitivo-conductual, durante 8 semanas se le dio la terapia al niño (a) deprimido a través de un escenario telemédico donde se incluían dos computadoras con el programa correspondiente y la terapia cara a cara. El éxito de dicha investigación se definió por decrementar los síntomas depresivos en un nivel similar para ambos grupos, y se demostró la factibilidad de un control de la salud mental (Nelson, Barnard y Cain, 2003)

En cuanto a la terapia de juego, se han hecho investigaciones también, como en donde se aplicaba una terapia con juego narrativo, es en ésta donde los niños (as) podían superar sus eventos traumáticos simbólicamente en la terapia. La resolución de la terapia narrativa se correlacionó con la reducción en depresión y ansiedad, se observaron las grabaciones de las sesiones y mostraban a niños (as) traumatizados de 3 a 5

años; en el modelo resultante los niños (as) simbolizaban aspectos de los eventos traumáticos y los resolvían en las historias de la terapia de juego. (Kanters, 2002)

Otro estudio es el realizado por medio de terapia de juego individual intensiva para niños (as) diagnosticados con diabetes mellitus, se pretendía reducir los síntomas de depresión infantil, los síntomas de ansiedad, las dificultades conductuales en general, así mismo incrementar el ajuste de salud, la adherencia de los niños (as) diabéticos y emancipar los síntomas emocionales y conductuales a través del tiempo. 15 niños (as) recibieron 12 sesiones de terapia de juego mientras se encontraban en un campamento de verano para niños (as) con diabetes y otros 15 niños (as) no recibieron terapia, encontrándose también en el campamento. Los niños (as) y los padres complementaron instrumentos pre y postest, 3 meses después de la intervención. Los niños (as) con la terapia mejoraron la adaptación a su diabetes, y se concluyó que los niños (as) con diabetes tienen la capacidad de superar la ansiedad, depresión y otros problemas emocionales relacionados con la diabetes, en terapia (Jones, 2001)

EPIDEMIOLOGÍA

En cuanto a la epidemiología existen estudios internacionales de la depresión con inicio en la infancia donde se estima una prevalencia de depresión mayor entre niños (as) de 9 a 17 años, alrededor de 5% en los últimos seis meses (Shaffer, Fisher, Dulcan, Davies, Piacentini, Schwab-Stone et al., 1996)

Sin embargo se debe tomar en cuenta que la prevalencia aportada varía ampliamente según la población empleada y los criterios de diagnóstico usados, es por esto que las tablas de depresión infantil varían considerablemente. Los resultados de diferentes investigaciones oscilan entre 0.14 y 61%, aunque los estimados caen regularmente entre 10 y 20%. En la adolescencia y edad adulta se muestra una prevalencia mayor de depresión en mujeres. Actualmente las investigaciones en el ámbito infantil no han mostrado esta diferencia entre niños (as) prepuberales, donde la depresión aparece en la misma proporción en ambos sexos. De la misma manera diversos estudios (citados por Reinherz, Giaconia, Carmola Hauf, Wasserman & Silverman, 1999) han concluido que, en la infancia, los niños y las niñas tienen igual probabilidad de sufrir de depresión, pero en la adolescencia son los sujetos de sexo femenino los que tienen una mayor probabilidad de desarrollar el trastorno (Wicks-Nelson e Israel, 1997).

De hecho estos autores han encontrado que, en el paso a la adultez, las mujeres tienden a presentar más depresiones severas, mientras los hombres desarrollaba episodios leves (Reinherz et al, 1999).

El trastorno varía a través de las edades y es más frecuente cuando el niño (a) es mayor; por lo que es más común entre adolescentes que entre niños (as). En la población preescolar la incidencia de la depresión es muy rara; en un estudio de 1000 niños (as) sólo nueve cumplieron los criterios diagnósticos (Solloa, 2001)

Entre los 9 y 10 años, los niños (as) se identifican con el padre de su mismo sexo, y ante una separación de éstos pueden presentar ansiedad, preocupación, soledad y rabia hacia ambos padres por haberse separado. (Morla et all, 2006)

El Instituto de Salud Mental de Estados Unidos de América estima que la prevalencia de la depresión varía de casi no ocurrencia hasta 53% debido a los diferentes criterios de diagnóstico, edades y nivel socioeconómico de las muestras utilizadas en diferentes estudios (Solloa, 2001)

En diversos estudios se ha encontrado que el trastorno depresivo coexiste con regularidad con la ansiedad, y también con otros padecimientos como el trastorno negativista, el trastorno por déficit de atención, los problemas de aprendizaje y los trastornos de conducta (Jiménez, 1995)

Goldstein, en 1987 señaló que los estados depresivos afectan a 10% de los niños (as) menores de doce años, pero se observa en un mayor porcentaje en aquellos niños (as) que además cursan problemas de ansiedad, déficit de atención, trastornos de conducta y con problemas de aprendizaje. En los niños (as) con problemas de aprendizaje se ha estimado que la prevalencia de depresión es de 35 a 40%, siendo aún más frecuente y severa mientras más joven es el pequeño. Si los padres son depresivos o muestran bipolaridad el riesgo de padecer depresión aumenta (Solloa, 2001)

En México, la clínica de Trastornos Emocionales del Hospital Infantil Psiquiátrico estima que entre 5 y 10% de la población infantil llega a padecer alteraciones depresivas (Solloa, 2001)

Se han hecho también estudios en población escolar pero se han realizado con instrumentos que miden sintomatología más no el diagnóstico, siendo así de una cobertura limitada (González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner, 2003) y (Medina-Mora, Cravioto, Villatoro, Fleiz, Galván y Tapia, 2003)

Dentro del tema de la epidemiología de la depresión infantil se puede observar que no existen datos concluyentes al respecto. Pues se requiere del uso de criterios descriptivos estandarizados con fines diagnósticos y el desarrollo de entrevistas diagnósticas estandarizadas con el fin de que se logre una mayor claridad y fiabilidad en los datos (Solloa, 2001)

Con respecto a las diferencias sintomatológicas por género se han encontrado algunas entre las niñas y los niños (as) deprimidos. Por ejemplo, determinadas asociaciones entre depresión y otras características (conducta no verbal, impopularidad, quejas somáticas), parecen ser mayores y más consistentes en las niñas que en los niños. Así mismo, síntomas como la culpa y la desesperanza pueden requerir un nivel de funcionamiento cognitivo, por lo que los síntomas no podrían ser una expresión común del trastorno depresivo en los niños (as) más pequeños (Jiménez, 1995)

CAPÍTULO 3. SEPARACIÓN DE LOS PADRES

En ésta investigación se manejará el término familia uniparental cuando uno de los padres no viva en la misma casa que el niño (a), o éstos estén divorciados legal y/o religiosamente.

Se comenzará por explicar que el término divorcio se emplea cuando existe la ruptura de un matrimonio legal y/o religioso, ésta debe ser determinada por una autoridad competente. Se habla de divorcio desde el antiguo testamento. Alfredo Chavero encontró entre los Mexicas juicios de divorcio en pinturas y códices; la disolución del matrimonio se realizaba después de que alguno de los esposos lo solicitaba, los hijos eran entregados al padre y las hijas a la madre, si se encontraba a algún cónyuge culpable se le despojaba de la mitad de sus bienes.

La primera forma que el divorcio tomó fue como repudio; en el antiguo Egipto, era empleado el repudio pero mediante causa grave, primero se le otorgó esa facultad al hombre y posteriormente a la mujer. Dentro de la sociedad Maya era causa de repudio la infidelidad de la mujer, si existían niños (as) y eran pequeños se quedaban con la madre y si eran más grandes se les daba de la misma forma que a los Mexicas (los niños a los padres y las niñas a las madres). En la sociedad Romana desde sus orígenes el divorcio fue admitido legalmente a favor del esposo, puesto que la mujer se encontraba sometida a la ley del marido. (Benítez, 1993)

Es a los finales de los 60's y principios de los 70's cuando al divorcio se le consideraba algo patológico ya que éste anteponía las metas y necesidades del individuo a las de la familia, siendo tachado de egoísta e implicando disfunciones psicológicas.

Actualmente la separación de las parejas se ha vuelto algo tan común dentro de la sociedad occidental.

Diversos autores se han enfocado en estudiar y dividir las etapas de la separación, según sus investigaciones y experiencia.

Wallerstein y Blakeslee (1990) señalan que el proceso emocional de la separación puede durar varios años y lo dividen en tres etapas y son:

1° etapa, le llaman etapa aguda, ésta comienza con una infelicidad cada vez más grande del matrimonio y finaliza con la decisión de la separación.

2° etapa, los adultos y los niños (as) deben de adquirir nuevamente roles dentro de la estructura familiar.

3° etapa, se caracteriza por una sensación de estabilidad. La familia se convierte en una nueva unidad, segura y dinámica.

Se postulan no sólo las etapas anteriormente descritas dentro de la separación sino, que también fuerzas previas a éste que son las que determinan la supuesta estabilidad del matrimonio. (Doménech, 1994)

Estas fuerzas circundantes al matrimonio son tres, siendo que si las dos primeras fuerzas se traspasan asertivamente se aleja la perspectiva de la separación; es en la tercera donde se incluyen las etapas de la decisión de la separación. Y dichas fuerzas son:

1. Las atracciones que representa el matrimonio, implica la seducción de los beneficios que se pueden obtener de dicha unión donde se incluyen las responsabilidades, derechos, etc.
2. Las presiones sociales para permanecer juntos; que emergen de la esfera social en la que se desenvuelve el matrimonio, que incluyen los costos normativos (quebrantar un compromiso social, así como emocional). La magnitud de esta fuerza depende de los conceptos y valores que se tienen respecto a la familia y el divorcio.
3. Y finalmente las atracciones alternativas, estos estímulos hacen atractivo y factible la disolución del matrimonio y suavizan los costos. Las etapas del divorcio que entran aquí son: el periodo previo a la decisión, la decisión clara de separarse, el periodo de negociación y la etapa de la reestructuración (Doménech, 1994)

Existen diversas teorías e investigaciones con respecto a la separación y cada autor nombra sus etapas pero lo relevante dentro de esta investigación es analizar cómo afecta la separación de los padres en los niños (as), lo cual se describirá a continuación.

CÓMO AFECTA LA SEPARACIÓN DE LOS PADRES A LOS NIÑOS (AS)

Inmediatamente después de una separación los niños (as) parecen confundidos, sobre todo los que se encuentran en edad escolar, comienzan a mostrar problemas de conducta en la casa y la escuela; se altera de manera profunda su vida diaria y su conocimiento del mundo social. Sus patrones establecidos de su vida familiar han desaparecido; anteriormente su mundo era predecible. Esto hace que los niños (as) regularmente prueben las reglas para observar si el mundo sigue funcionando igual que antes.

Los niños (as) que resultan afectados profundamente por la separación de sus padres tienden más a repetir el año o a ser expulsados de la escuela y a ser sometidos a tratamientos por sus problemas psicológicos y de conducta, que los hijos (as) de familias intactas (Craig, 2001)

La gran mayoría de las investigaciones a encontrado que los niños (as) tienden a alcanzar mejores resultados en las familias integradas, donde se incluyen ambos padres biológicos o adoptivos. (Papalia, 2001)

La atmósfera de la familia es un factor importante. Las familias integradas no tienen que manejar el estrés y la perturbación que padecen las familias que sufren una separación y/o divorcio o la muerte de uno de los cónyuges, ni las presiones

económicas, psicológicas y financieras que viven los padres solteros, o la necesidad de ajustarse ante un nuevo matrimonio.

La relación del padre con sus hijos (as) puede ser una medida de la permanencia de la unión de los cónyuges. Y se ha observado que cuando el papá se vincula profundamente, es probable que la madre se sienta más satisfecha y espere que el matrimonio perdure (Papalia, 2001)

Más de un millón de niños (as) menores de 18 años se ven involucrados en situaciones de separaciones de sus padres cada año. Sin importar lo infeliz que haya sido un matrimonio, la separación suele causarle un choque al niño (a). Puede llegar a sentirse temeroso del futuro, culpable por su responsabilidad en dicha separación, lastimado por el padre que se marcha y furioso con ambos padres. (Papalia, 2001)

La respuesta del niño (a) ante el conflicto de sus padres suele estar influida por sus creencias y expectativas en relación con la eficiencia de los mecanismos disponibles para enfrentar la situación (Compas, 1987). Las estrategias son consideradas como resguardos importantes para disminuir el impacto de la situación.

La mayoría de los niños (as) se vuelven a ajustar gradualmente. Por lo general en el reajuste se ven implicadas seis “tareas” que no necesariamente se cumplen en el mismo orden: 1) reconocer la calidad de la ruptura matrimonial, 2) separarse del conflicto y la angustia de los padres, y reasumir los objetivos habituales; 3) resolver la pérdida del padre con quien no se vive, de la seguridad de sentirse amados y cuidados por ambos padres, de las rutinas familiares diarias y de las tradiciones de la familia; 4) resolver la ira y el sentimiento de culpa; 5) aceptar la permanencia de la separación, y 6) lograr una esperanza real para sus propias relaciones íntimas.

Otros factores que tienen que ver con la manera como los padres manejan los aspectos relacionados con la separación y el reto de educar a los hijos después de la ruptura: son los acuerdos de custodia, condiciones económicas, contacto con el padre que no recibe la custodia, si los padres se vuelven a casar y cuándo, y la calidad de relación con el padrastro o la madrastra. La edad, el género y el temperamento de un niño (a) también inciden en la condición. Los niños (as) más pequeños se muestran más ansiosos al momento de la separación y tienen percepciones menos reales de las causas del mismo, pero pueden adaptarse más rápido que otros niños (as) mayores, quienes sienten los efectos por más tiempo (Papalia, 2001)

En la mayor parte de las separaciones y/o divorcios, la madre recibe la custodia. Los niños (as) tienen mejores resultados cuando el padre encargado de su custodia crea un ambiente estable, estructurado y de provecho, y no espera que sus hijos actúen con más madurez de la que les corresponde o que asuman responsabilidades para las que no están listos (Papalia, 2001)

Aunque la mayoría de los hijos de parejas separadas se adaptan bastante bien, algunos no lo logran y los efectos pueden persistir más allá de la niñez (Papalia, 2001)

En la separación de los padres, los niños (as) la llegan a percibir de distinta manera. Regularmente los papás creen que ésta es buena para sus hijos; sin embargo, los niños (as) creen haber perdido algo posiblemente esencial para su desarrollo, lo que se puede llamar estructura familiar.

Por lo general, estar en familia de cierta manera es un apoyo psicológico, emocional y físico que se necesita para alcanzar la madurez. Cuando esta estructura se desbarata, el mundo del niño (a) pierde temporalmente dicho apoyo.

La separación destruye la estructura, los niños (as) se sienten solos y atemorizados con respecto al presente y al futuro, se pueden llegar a sentir rechazados cuando sus padres se separan. Cuando uno de ellos abandona al otro, los niños (as) lo interpretan como si los abandonaran a ellos.

Así mismo pueden llegar a sentirse culpables, esto puede acentuar factiblemente la sensación de pérdida, apenarse y tratar de esconder la realidad (Bird, 1990; Gardner, 1988; Dolto, 1988). Es por esto que los papás deben de evitar que los niños (as) se sientan responsables de la situación, porque en lugar de aliviar su miedo lo aumentan, desarrollando tal vez problemas psicológicos graves de larga duración (Teyber, 1990). Lo mejor que los papás divorciados y/o separados pueden hacer es seguir siendo padres, a pesar de no ser esposos (Martínez, 1986)

Si el hogar se destruye a causa de la ausencia de un progenitor o a la separación de la pareja, el niño (a) va a sufrir dos niveles de desestructuración: el nivel espacial que repercute físicamente y el nivel de la afectividad, con disociación de sentimientos. Si la ruptura se da cuando el niño (a) está en la edad preescolar, será difícil que lo supere y es hasta los 7, 8 o 9 años, cuando comprende dicha separación (Dolto, 1988)

Morla, Saad de Janon, Saad (2006) menciona que entre los seis y ocho años, los niños (as) ya saben lo que significa la separación y observan el conflicto que existe entre sus padres. Aunque ya no piensan que su conducta pudo haber provocado la separación, tienen un conflicto de lealtad ya que quieren igual a ambos padres y no saben a quién elegir.

Entre los nueve y doce años, ya tienen una comprensión psicológica de la separación. Ya entienden que el problema es de sus padres, sin embargo tienden a alinearse con alguno de ellos.

Reig (1983) menciona algunos de los mensajes que las actitudes de los niños (as) muestran relacionados con la separación de sus padres y son:

- Los niños (as) no quieren que sus papás se separen, ni verlos desdichados, y lo expresan únicamente a través de sus juegos, sueños y fantasías.
- Los niños (as) se sienten culpables, por lo que generalmente se vuelven ordenados, pulcros y realizan esfuerzos desesperados por mantenerse tranquilos. En algunos casos extremos los niños (as) pueden llegar arañarse, y morderse en un acto de autoflagelación.

- Hay niños (as) que reaccionan de manera violenta con actitudes opuestas. “Los odio, ya no quiero que sean mis papás”, y después lloran y dicen “Abrácenme, los quiero mucho”.
- Otros, después de enterarse de la separación se aíslan y se aficionan a los juguetes mecánicos.
- En ocasiones niños (as) que habiendo sido buenos estudiantes y de conducta adecuada, de repente llevan a cabo actos vandálicos que sorprenden a sus papás.

Bird (1990) menciona: “que un niño que sigue atrapado en el fuego cruzado entre progenitores hostiles, que se ve abandonado en un sentido literal o emotivo o que sufre por falta de atención en forma crónica, nunca quedará intacto.”

La separación es una experiencia dolorosa, intensa y que regularmente se recuerda durante mucho tiempo; los niños (as) sienten que están solos por el mundo y con una impresión difusa de perder algo, pero que a ciencia cierta no saben qué es.

En algunas ocasiones como lo menciona Reig (1983), debe tenerse cierta conciencia de que la separación no es lo peor que le puede suceder a una familia, sino que un matrimonio infeliz sin divorcio y/o separación puede resultar una experiencia más traumática y destructiva para los niños (as), que quienes pueden presentar desadaptación y diversos síntomas neuróticos y son realmente desadaptados.

Morgado y González (2001) mencionan que al principio de un divorcio los niños (as) se ven afectados pero después de un tiempo se van adaptando a su nueva situación, sufren un desequilibrio, se reorganizan y se reequilibran, logrando así dicha adaptación a sus nuevos roles, relaciones y tareas.

En diversos estudios no se han encontrado diferencias significativas entre los hijos de padres divorciados y padres casados. Emery (citado por Morgado y González, 2001) nos indica que de diversas investigaciones hechas en varios países han concluido que la evolución más frecuente de los niños (as) tras una separación de sus padres, es una evolución “normativa”, logrando así adaptarse sana y armónicamente a esta nueva situación.

Para algunos niños (as) la separación puede ser un factor de estabilización, ya que diversos indicadores de bienestar psicológico y de ajuste personal, mejoran tras la separación.

En el estudio realizado por Morgado y González (2001) concluyeron que los niños (as) de madres separadas mostraban un mayor rendimiento académico, una mejor competencia cognitiva y social y una mayor autoestima. En cambio, los niños (as) que vivían con ambos padres presentaban mayores problemas de comportamiento que los niños (as) de padres divorciados. La muestra del estudio tenía entre dos y cuatro o más años de haberse dado la separación de sus padres; menciona que probablemente se habrían encontrado datos distintos si el estudio se hubiera realizado en los primeros meses de la separación.

Con esto se podría confirmar que con el paso del tiempo los niños (as) se adaptan a esa nueva situación de manera positiva.

En otro estudio realizado por Morla, Saad de Janon y Saad, (2006), en adolescentes ecuatorianos encontraron que la depresión era la patología más frecuente en adolescentes de padres separados y era mayor en las niñas de estas familias.

Bird (1990), afirma que los niños (as) resultan especialmente afectados por la separación porque tiene lugar durante los años de su formación.

Se ha observado en distintos estudios que tanto la calidad de estimulación en el desarrollo cognitivo y social de los niños (as) es menor en hogares desintegrados. Estas diferencias se pueden observar en diversos estudios donde se abarcan 18 meses aproximadamente después del divorcio.

Algunos niños (as) se muestran muy tristes después de la separación de sus padres, no pueden comer, presentan problemas para dormir, muestran menos interés en el juego y en los trabajos de la escuela y viven abatidos casi todo el tiempo. (Gardner, 1988)

Algunos efectos a corto plazo referidos por Doménech (1994) son:

Primero son los cambios del entorno, ya que desciende el nivel económico y asciende el estrés y conforme aumenta el cambio, los niños (as) se ven a sí mismos y a sus padres como menos capaces de controlar el mundo.

El segundo es el advenimiento de los cambios en las interacciones padres-hijos. Aquí se gesta un proceso de desajuste y separación del padre que no tiene la custodia y este mismo se convierte en un compañero de días festivos.

En tercer lugar los efectos en el desarrollo cognoscitivo. El bajo nivel de interacción con los padres es causa importante que puede explicar el bajo rendimiento académico.

En cuarto lugar, es el desarrollo emocional. Los niños (as) de familias uniparentales presentan un riesgo doble de problemas psicológicos y de conducta que otros niños (as).

Con la separación, los niños (as) sufren un “síndrome de estrés agudo” el cual se divide en tres etapas: se inicia con una reacción aguda seguida de una fase de apatía-depresión y por último pérdida de interés por el padre. Finalmente los efectos en el desarrollo social.

Otros efectos inmediatos referidos por Ríos (citado por Arana, 1976) son: los sentimientos de inseguridad y la falta de confianza básica, trastornos psicossomáticos, alteraciones en el comer y en el sueño, control de esfínteres, perturbación del lenguaje y en general conductas que manifiestan la dificultad del niño (a) para conseguir el aprendizaje de una independencia física y emocional. En edades más tempranas habría apatía, tristeza, deseo inconsciente de morir o el no poseer organización alguna en la vida y no progresar en ese sentido, aparece también una fatiga psíquica, en la escuela aparecen limitaciones intelectuales.

En la personalidad surge: inmadurez afectiva, inseguridad, rigidez, ansiedad y angustia, fondo depresivo, sensación de irritabilidad, tristeza, timidez, escasa independencia, bloqueo de la sociabilidad, inestabilidad, represión afectiva, sentimientos de culpabilidad, comportamiento reactivo y tensión emocional.

Doménech (1994) menciona que las repercusiones de la separación sobre la vida emocional de los hijos dependerán del grado de conciencia del niño (a) ante la separación, de la edad del niño (a) y de algunos factores no identificados del sexo; así como la duración del proceso ya que a mayor duración mayor número de conflictos.

En la escala de traumatismo infantil, es la separación después de la muerte de alguno de los padres que le sigue por la magnitud de sus efectos el que ocupa ese lugar. A pesar de que las circunstancias en que se desenvuelve cada niño (a) son diferentes existen ciertas reacciones casi generales como un traumatismo seguido por una depresión. Los niños (as) entre las consecuencias emotivas que más expresan se encuentra la tristeza (Bird, 1990)

Es por todas estas reacciones que muestran los niños (as), donde la depresión ocupa los primeros lugares dentro de las consecuencias que siguen de la separación de las parejas y ya que en estos últimos años se ha podido observar una ruptura familiar entre las parejas; que toma importancia la relación que existe entre la separación de los padres y/o divorcio y la depresión en los niños (as), para poder así darles algún tipo de ayuda y/o posibles soluciones a este estado en el cual muchos niños (as) se están viendo implicados.

CAPITULO 4. RESILIENCIA

El concepto de Resiliencia surge a finales de los años 70's. La discusión en torno a este concepto se inició dentro de la psicopatología. Dicho enfoque de la resiliencia surge de la premisa que nacer en la pobreza, así como vivir en un ambiente psicológicamente insano, son condiciones de alto riesgo para la salud física y mental de las personas. La resiliencia se preocupa en observar las condiciones que posibilitan el desarrollarse más sana y positivamente tanto como las características del individuo lo permiten.

Es a partir de los 80's hasta la actualidad que ha crecido el interés por conocer a aquellas personas que desarrollan competencias a pesar de haber sido criadas en condiciones adversas o en circunstancias con mayor riesgo de presentar psicopatologías (Osborn, 1990)

Werner (1989) plantea que el tema de la resiliencia es importante porque a partir de su conocimiento es posible diseñar políticas de intervención. Dicha autora dice que la intervención desde un punto de vista clínico puede ser concebida como un intento de alterar el balance actual en las personas que fluctúa desde la vulnerabilidad a la resiliencia. Esto puede ser disminuyendo la exposición a situaciones estresantes y que atentan contra la salud mental (como por ejemplo: el alcoholismo de alguno de los padres, la psicopatología de los padres o bien a la separación o divorcio de éstos) y aumentando o reforzando el número de factores protectores que pueden estar presentes en una situación proporcionada.

El vocablo resiliencia tiene su origen en el idioma latín y el término resilio significa volver atrás, resaltar, rebotar. El termino resiliencia fue adaptado a las Ciencias Sociales para caracterizar a aquellas personas que a pesar de haber nacido y/o vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos. La resiliencia es importante porque es la capacidad humana para enfrentar las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido o transformado.

Algunas de las definiciones de la resiliencia dadas por diversos autores son:

Definición	Autor	Año
En general se admite que hay resiliencia cuando un niño (a) muestra acciones moderadas y aceptables y si el ambiente le somete a estímulos nocivos.	Goodyer	1995
Capacidad universal que permite al individuo, grupo o comunidad impedir, disminuir o superar los efectos nocivos de la adversidad.	Grotberg	1995
Es una combinación de factores que permite al niño(a), a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida, y construir sobre ellos.	Suárez Ojeda	1995

Capacidad universal que permite al individuo, grupo o comunidad impedir, disminuir o superar los efectos nocivos de la adversidad.	Kreisler	1996
Concepto genérico que se refiere a una amplia gama de factores de riesgo y su relación con los resultados de la competencia. Puede ser producto de una conjunción entre los factores ambientales y el temperamento, y un tipo de habilidad cognitiva que tienen algunos niños (as), aún cuando sean muy pequeños.	Osborn	1997
Es un proceso dinámico que tiene por resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad.	Luthar et al	2000
Capacidad del individuo de construir y vivir de forma satisfactoria, a pesar de las dificultades y de las situaciones traumáticas a las que puede enfrentarse.	Manciaux	2003

(Manciaux, 2003)

Dicho término, propone trabajar no sobre los factores de riesgo que afectan a los niños (as), sino sobre la capacidad que tienen éstos para afrontarlas, anteponiendo en juego sus capacidades individuales. Es así como la resiliencia se sustenta en la interacción existente entre la persona y el medio ambiente. Específicamente en las intervenciones psicosociales, la resiliencia ha cambiado la naturaleza de los marcos conceptuales, las metas, las estrategias y las evaluaciones.

El enfoque de la resiliencia considera necesario observar el ambiente y la cultura del individuo, al igual que las tareas específicas correspondientes a cada etapa del desarrollo.

Se mencionan ocho enfoques y descubrimientos del concepto de resiliencia, que definen lo que está pasando en el área de desarrollo humano: La resiliencia está ligada al desarrollo y al crecimiento humano, incluyendo diferencias de etapas y género; promover factores de resiliencia y tener conductas resilientes requieren diferentes estrategias. El nivel socioeconómico y la resiliencia no están relacionados; la resiliencia es diferente de los factores de riesgo y de protección; la resiliencia puede ser medida, además es parte de la salud mental y la calidad de vida. Las diferencias culturales disminuyen cuando los adultos son capaces de valorizar ideas nuevas y efectivas para el desarrollo humano; prevención y promoción son algunos de los conceptos en relación a la resiliencia; y la resiliencia es un proceso: hay factores de resiliencia, comportamientos resilientes y resultados resilientes.

La resiliencia tiene dos componentes importantes: la resiliencia a la destrucción y la capacidad para reconstruir sobre circunstancias o factores adversos. Se ha observado que las condiciones del medio ambiente social y familiar que favorecen la posibilidad de ser resiliente como son: la seguridad de un afecto recibido por encima de

todas las circunstancias y no condicionado a las conductas ni a ningún otro aspecto de la persona, la relación de aceptación incondicional de un adulto significativo; y la extensión de redes informales de apoyo.

Marshall (2004) menciona además ciertos mecanismos protectores tanto personales como ambientales que permiten, al estar en un estado vulnerable, construir de la adversidad un significado de vida; éstos son:

Personales

1. Características temperamentales: ritmicidad biológica estable, mayor CI verbal y matemático, mayor tendencia a establecer vínculos, sentido del humor, y creatividad.
2. Características psicobiológicas: mejor estado de salud
3. Características cognitivas, afectivas y espirituales: mayor empatía, mejor autoestima, mayor motivación al logro, y mayores sentimientos de autosuficiencia

La resiliencia puede ser fomentada; a los factores temperamentales se suman los factores ambientales, los cuales pueden ser adquiridos, promovidos y modificados.

Cualquier adulto puede promover la resiliencia, ya que como tal, tiene la responsabilidad de cuidar y proteger a los niños (as), asegurarles afecto, confianza básica e independencia.

La resiliencia se funda en una interacción entre la persona y su entorno; para que la resiliencia se desarrolle requiere que se pongan en marcha los recursos propios del niño (a) y que se trabaje sobre su ambiente o medio cultural. Todo niño (a) tiene el potencial de desarrollar y mostrar su resiliencia.

Para formar niños (as) resilientes es necesario que se promueva lo siguiente: prevenir los riesgos; no hay invulnerabilidad, no existe ningún programa preventivo, política social que pudiera suprimir los riesgos y/o amenazas; no hay fatalidad, no hay determinismo absoluto. Frente a situaciones aparentemente sin esperanza, es posible construir un camino; cambio de perspectiva, tener una mirada positiva sobre las personas y sus capacidades, factor que nos permite empoderar al otro y formar vínculos positivos (Marshall, 204)

CAPITULO 5. METODOLOGÍA

JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estudio de la depresión se ha planteado desde diversas teorías, a la depresión en los niños (as), no se le nombraba como tal hasta los años setenta donde se acepta que la depresión también la pueden presentar los niños. Son varios los modelos que describen las causas de ésta; los principales modelos son: el enfoque psicodinámico, los modelos interpersonales-sociales, los modelos cognitivos-conductuales, los biológicos y el modelo evolutivo.

En los últimos años se ha observado que la depresión en los niños (as) va en aumento. Los datos epidemiológicos sobre la depresión infantil nos muestran que en edad preescolar, un niño (a) de cada cien presenta este tipo de trastorno y puede alcanzar cifras de 4 por 100 niños si se habla de una población clínica. En edad escolar las cifras aumentan y en población general se encuentra un 10 por 100, mientras que en población clínica se eleva a un 59 por 100; se le llama población clínica cuando se busca ayuda por una u otra razón.

Algunas de las experiencias o situaciones que podrían haber vivido los niños (as) con depresión ya diagnosticada, podría ser: la hospitalización crónica, la privación emocional o escasez de cuidados y afecto por un período de tiempo largo, una pauta excesivamente autoritaria por parte de los padres, ruptura de la familia y fracaso escolar reiterado (Arco, 2004)

En diversos estudios se ha observado que la separación de los padres puede afectar al niño considerablemente en su salud emocional.

Es por esta ruptura familiar por la cual se plantea en este estudio el conocer las diferencias de la depresión en los niños (as) con padres separados, ya que se puede observar cotidianamente la ruptura de las familias en nuestro país y en el resto del mundo.

De esta manera el objetivo de esta investigación fue la de explorar mediante la aplicación del cuestionarios CDS-M, la presencia de niveles de depresión mayores en niños (as) de familias uniparentales. Por tanto, el problema que se pretendió esclarecer se expresa mediante la siguiente pregunta.

¿Qué diferencias existen en cuanto al nivel de depresión entre niños con padres separados de los que viven en familias integradas?

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Existen diferencias estadísticamente significativas respecto al nivel de depresión, en los niños (as) con padres divorciados (familia uniparental) que en los niños (as) de padres casados (familia integrada), medidos con el CDS-M?

¿Existen diferencias estadísticamente significativas respecto al nivel de depresión entre los niños y las niñas?

¿Existen diferencias estadísticamente significativas de acuerdo a las edades de los niños (as)?

OBJETIVOS

GENERAL

Analizar si los niveles de depresión en niños (as) de entre 8 y 10 años, son mayores cuando los niños (as) tienen una familia uniparental y menores en los niños (as) de familias integradas.

ESPECÍFICOS

1. Observar si existen niveles de depresión entre los niños (as) que viven en una familia uniparental y una familia integrada.
2. Evaluar si los niveles de depresión son mayores en las niñas que en los niños
3. Evaluar si existen diferencias en cuanto a los niveles de depresión con respecto a las edades de los niños (as)

VARIABLES

La variable dependiente que se manejó es la depresión en niños (as).

Como variables independientes: 1) que el niño (a) viva dentro de una familia integrada o el niño (a) viva en una familia uniparental. Además se consideraron 2) variable género y 3) edad de los niños (as).

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

Depresión: (De acuerdo con Lang y Tisher, 1978). Es la respuesta humana normal que varía de intensidad y cualidad presentando las siguientes características sintomatológicas:

- a) Respuesta afectiva: Sentimientos de tristeza, desamparo y llanto.

- b) Autoconcepto negativo: Sentimientos de inadecuación, poca autoestima, inutilidad, desamparo, desesperanza y falta de cariño.
- c) Disminución de la productividad mental y de los impulsos: Aburrimiento, alejamiento, falta de energía, descontento, y poca capacidad de planear y para aceptar la ayuda o el confort, así como retraso motor.
- d) Problemas psicósomáticos: Dolores de cabeza, abdominales, insomnio y otras perturbaciones del sueño.
- e) Preocupación por la muerte: Enfermedad, propia o de los demás, así como pensamientos suicidas y sentimientos de pérdida.
- f) Problemas de agresión: Irritabilidad y explosiones de mal humor.

Familia Integrada: Familia en la cual se da una vida conjunta de individuos pertenecientes, generalmente, a dos generaciones: la de los padres y la de los hijos. (De acuerdo a Morla et al, 2006)

Familia Uniparental: Familia en la cual se da una separación, abandono, muerte, divorcio o ausencia por motivos forzosos de uno de los padres, y el otro se hace cargo de los hijos y convive con ellos. (De acuerdo con Morla et al, 2006) Presentándose aún la convivencia del padre con el niño (a) a pesar de no vivir en la misma casa.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Depresión: Puntajes de los niveles de depresión obtenidos del Children's Depression Scale, versión mexicana. (CDS-M)

Familia Integrada: Familia donde vivan en la misma casa ambos padres y el niño (a). Sin importar que exista un contrato legal y/o religioso o los padres vivan en unión libre.

Familia Uniparental: Familia en la cual el niño (a) viva con un solo padre, siendo ésta situación por una separación y/o divorcio.

TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio descriptivo ya que se miden o evalúan diversos aspectos del fenómeno a investigar; logrando identificar problemas actuales. Así mismo se tienen los elementos para realizar comparaciones descriptivas del fenómeno. Y correlacional porque se trata de medir el grado de relación que existe entre dos variables, para saber

cómo se puede comportar una variable a través del comportamiento de otras variables relacionadas.

DISEÑO

Es un diseño transeccional descriptivo porque se llevan a cabo mediciones en un grupo de personas y en una o más variables y proporciona su descripción. Así mismo la recolección de datos es en un solo momento. El propósito de este tipo de diseño es el de describir variables y analizar su interrelación en un momento dado.

PARTICIPANTES

Se trabajó con una muestra no probabilística, en la que las características específicas fueron tener entre 8 y 10 años y ser parte de una familia integrada o una familia uniparental. En este estudio se consideró que la familia integrada es cuando los padres viven juntos; no importando si existe un contrato legal y/o religioso o vivan en unión libre. En cuanto a la familia uniparental, se consideró que la pareja esté separada y/o divorciada, es decir que ya no vivan juntos y con el niño (a).

Fue una muestra de 60 niños (as), los cuales fueron divididos en dos grupos, donde el grupo 1 fue el de niños (as) con familias uniparentales, 14 niñas y 16 niños y el grupo 2 fue el de niños (as) con familias integradas, 15 niñas y 15 niños.

ESCENARIO

La muestra se obtuvo de una escuela primaria pública, que accedió a que se realizara el estudio, esta está localizada en la colonia San Jerónimo Lídice, al suroeste del Distrito Federal. La aplicación del cuestionario fue en la biblioteca de dicha escuela. El nivel socioeconómico de los niños es medio.

PROCEDIMIENTO

Se estableció el contacto con las autoridades de la escuela informándoles sobre el proyecto de investigación; se les mencionó que dicha investigación sería anónima, confiable, que no establecería prejuicios en los niños (as) y así mismo no afectaría a ninguno de éstos. Posteriormente las autoridades de la escuela hablaron con los papás explicándoles lo antes mencionado y éstos firmaron una carta de aceptación para que se les aplicara el cuestionario a sus hijos (as).

El procedimiento específico se realizó dividiendo por grupos a los niños (as) conforme al lugar que se asignó para aplicar el instrumento; se fueron llamando a los niños (as) hasta cubrir con el número de participantes.

Se les pidió a las maestras de la escuela que identificaran a los niños y niñas los cuales cumplieran con las características necesarias (edad y el tipo de familia fuera

integrada o uniparental), haciendo una lista de éstos para posteriormente elegir al azar antes de la aplicación del instrumento.

Posteriormente se llevaron a los niños (as) a la biblioteca de la escuela, lugar asignado por las autoridades para la aplicación y se les dio las instrucciones del cuestionario, indicándoles que si tenían alguna duda levantarán la mano y se pasaría a su lugar a tratar de solucionarla; se le entregó el cuestionario a cada niño (a). Al terminar todo el grupo de responder el cuestionario lo pasaban a entregar uno por uno, preguntándoles sus nombres y verificando que hubiesen contestado todas las preguntas. Se les dio las gracias a los niños (as) por ayudar a contestar el cuestionario y se les entregó un dulce. Regresaron a sus actividades cotidianas después de recibir el dulce.

INSTRUMENTO

El instrumento que se aplicó para la realización del estudio fue el Cuestionario de Depresión para niños, en su versión mexicana (CDS, Versión mexicana), siendo dicha versión adaptada en la Facultad de Psicología de la UNAM. (Anexo)

FICHA TÉCNICA

- Nombre original: Children´s Depression Scale (CDS)
- Autores: M. Lang y M. Tisher
- Procedencia: Australia Council for Educational Research, Lt. (ACER), Victoria, Australia
- Adaptación Española: Sección de Estudios de test de TEA Ediciones, S.A., Madrid
- Adaptación Mexicana: Cruz Jiménez, Morales Medina, Ramírez Ortiz, (1996); Facultad de Psicología, UNAM
- Administración: Individual y Colectiva
- Duración: entre 30 y 40 minutos
- Aplicación: 8 - 16 años
- Material: Protocolo de 66 preguntas
- Formato: Lápiz y papel

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

En la validez del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS), se observa que existen dos tipos de puntuaciones: una depresiva y una positiva, constituyéndose dos escalas independientes. En cada una de estas escalas, hay una buena definición de los factores a pesar que cada subescala está cargada en más de dos factores.

Tiene una consistencia interna total de .85, por lo que se puede observar que la escala mide con exactitud los rasgos de depresión de los niños (as).

En cada una de las subescalas, la consistencia interna es: Animo-Alegría .62; Problemas sociales .64; Respuesta Afectiva.76; Autoestima .74; Preocupación por la Muerte .63, Sentimientos de Culpa .68; Depresivos Varios .62; Positivos Varios .58.

ADMINISTRACIÓN

Se le entrega a cada niño (a): La hoja de ejemplo, el cuestionario y la hoja de respuesta.

El CDS puede ser autoadministrado o aplicarlo en grupo. Las instrucciones se dan de manera clara y éstas pueden ser comprendidas por las personas que sepan leer y escribir.

El niño (a) debe llenar los datos demográficos que aparecen al inicio de la hoja de respuesta (Edad, sexo, grupo y fecha)

Si durante la aplicación surge alguna duda, se le podrá responder al niño (a) sin que la respuesta interfiera con el resto de la prueba o los demás niños (as).

Terminado de leer la prueba y habiéndola contestado, se recogen las hojas de respuesta, verificando que no queden respuestas no contestadas, que en ese caso se le volverán a leer al niño (a) y que los datos demográficos estén igualmente contestados.

CALIFICACIÓN

La puntuación va de 5 a 1, siendo para “Muy de acuerdo” 5; para “De acuerdo” 4; “No estoy seguro” 3; “en desacuerdo” 2; y “Muy en desacuerdo” 1, puntos de acuerdo a cada uno de los reactivos.

Posteriormente se obtiene la suma de los puntajes de cada subescala que conforman la escala Total Positivo y Total Depresivo por separado.

Cada uno de los puntajes crudos de cada subescala y escalas, se ubica en un puntaje percentilar, pudiendo establecer así una comparación intergrupo, intersexos e interedad para cada niño (a).

Para hacer una interpretación de los puntajes percentiles se utiliza la desviación estándar para describir la dispersión de los individuos por encima o por debajo de la media. Las desviaciones de dos o más unidades estándar de la media, se consideran extrema, según corresponda de acuerdo a las características contenidas en cada subescala.

CAPITULO 6. RESULTADOS

En este capítulo se describirán los resultados del manejo estadístico de las puntuaciones obtenidas en el CDS-M; de acuerdo a las respuestas de los niños (as) con familias uniparentales y familias integradas.

Para analizar los datos obtenidos sobre los niveles de depresión en el CDS-M, se utilizó la prueba t de student para saber si existen diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de familia en la escala negativa y también en la escala positiva; el cuestionario aplicado consta de dos tipos de puntuaciones, siendo ésta una depresiva y/o negativa y una positiva, constituyéndose dos escalas independientes. Es por esto que se analizaron por separado las escalas.

Se empleó la “t de student para determinar la probabilidad de la media, para observar si la distribución se comportaba aproximadamente normal, y para conocer la varianza poblacional; la t de student es una prueba de diferencias de medias muestrales para dos grupos o muestras independientes. La variable a partir de la cual se calcula la media debe ser de intervalo o razón, siendo en este tipo de prueba la variable dependiente. La variable independiente debe ser de tipo nominal/ordinal dicotómica.

También se empleó la “F” de Levene por que con esta prueba se pudieran hacer inferencias sobre dos varianzas poblacionales al emplear la razón entre sus varianzas muestrales; La aceptación de la hipótesis estadística nula que indica que las muestras presentan homogeneidad de varianzas, así mismo estas mismas pruebas estadísticas, se emplearon para observar si existían diferencias entre los niños y las niñas en ambas escalas de la prueba.

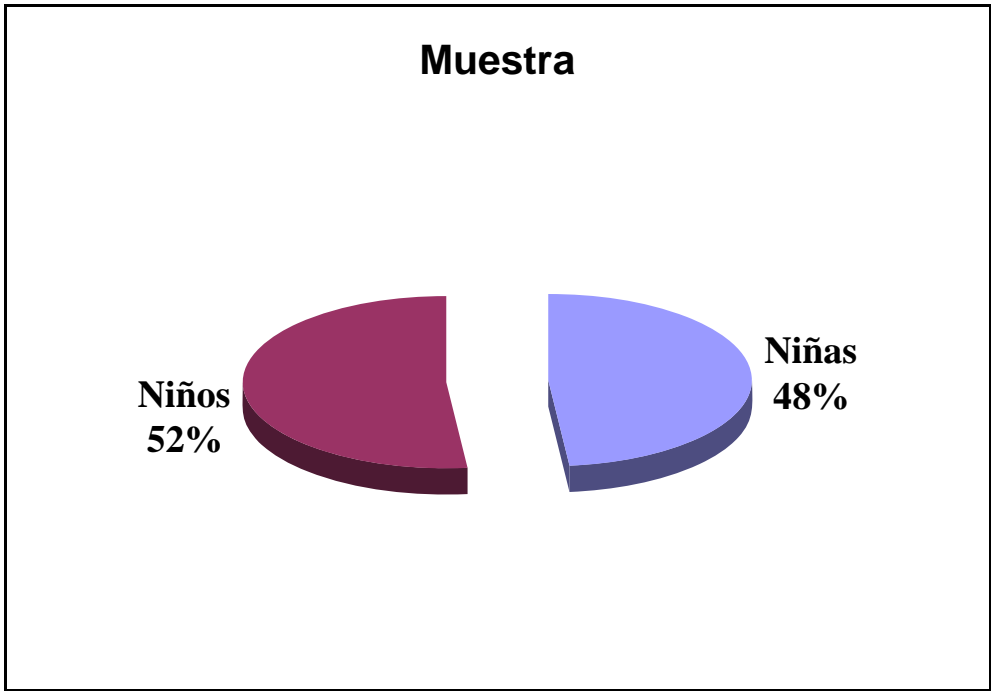
Se realizó el análisis con la prueba de Ji cuadrada para observar si había diferencias en la escala positiva y en la escala negativa con respecto a la edad de los niños (as). Esta prueba la empleamos porque los datos de las edades son frecuencias y se pudo determinar así la varianza de la muestra.

La ji cuadrada permite afirmar la existencia de una relación entre variables. Parte del estudio de la frecuencia de ocurrencia conjunta de los atributos, por lo que involucra necesariamente dos variables en escala nominal. Se empleó la ji cuadrada porque se esta planteando una comparación entre dos muestras independientes.

El primer análisis que se realizó fue mediante la prueba “t” de students para observar si existían diferencias estadísticamente significativas con respecto a los niños (as) de familias uniparentales y familias integradas, empleando esta misma prueba para saber si existían diferencias entre el sexo de éstos y los niveles de depresión.

Posteriormente se realizó el análisis con la prueba Ji cuadrada para comprobar si había diferencias en la escala positiva y la negativa con respecto a la edad de los niños (as).

La población que participó en este estudio fue de 60 niños (as) de los cuales 29 (48 %) pertenecían al sexo femenino y 31 (52%) al masculino. (Gráfica 1.)



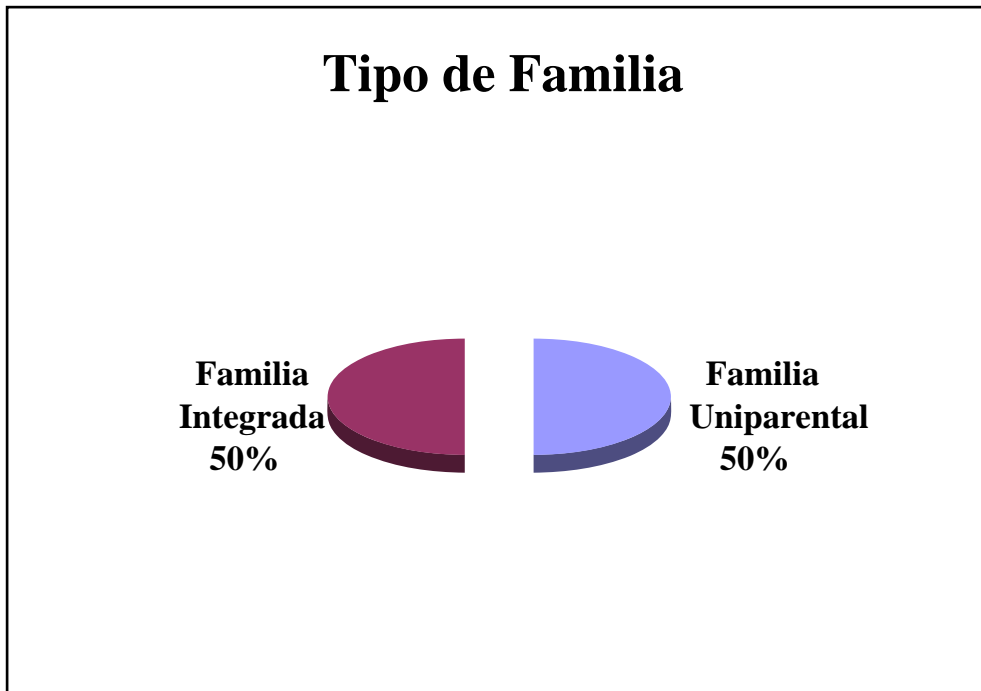
Gráfica 1. Porcentaje de niños y niñas evaluados

Las edades de los niños oscilaron entre 8 y 10 años (Gráfica 2.); de los cuales 10 niños (as) contaban con una edad de ocho años (16.7%); 34 niños (as) de nueve años (56.7%) y 16 niños (as) de diez años (26.7%).

La muestra estuvo dividida de la siguiente forma con respecto al tipo de familia; fueron 30 niños (as) (50%) de familia uniparental y 30 niños (as) del grupo de familia integrada (50%) (Gráfica 3.)



Gráfica 2. Porcentaje de edad presentada en los niños (as)



Gráfica 3. Tipo de familia de los niños (as)

Se utilizó la F de Levene ya que con este estadístico se pudo hacer una inferencia entre las dos varianzas poblacionales. En cuanto al tipo de familia en la escala positiva, el valor de F de Levene es de .404 y un nivel de significancia de .528 por lo tanto se acepta que son varianzas iguales.

La prueba “t” de student se empleó para determinar la probabilidad de las medias y ver si la población se comportaba normalmente, así como para conocer la varianza. Y para observar si existían diferencias estadísticamente significativas con respecto al tipo de familia de los niños (as) en las escalas positiva y en la escala negativa obtenidos estos datos de los resultados del CDS-M.

Los datos obtenidos para la “t” de student fueron: “t” de -.648, 58 grados de libertad y un nivel de significancia de .519; por lo tanto no existen diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de familia de los niños (as) en la escala positiva. (Tabla 1.)

En cuanto al tipo de familia en la escala negativa, el valor de F de Levene es de 4.836 y un nivel de significancia de .032 por lo tanto se acepta que no son varianzas iguales.

El valor de “t” es de -.832, con 51.710 grados de libertad y un nivel de significancia de .409 por lo tanto no existen diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de familia que tienen los niños (as) en la escala negativa (Tabla 1.)

Escala	Valor de "F" de Levene	Nivel de significancia		Valor de "t"	Grados de Libertad	Nivel de significancia
Positiva	.404	.528		-.648	58	.519
Negativa	4.836	.032		-.832	51.710	.409

Tabla 1. Puntaje "t" de Student con respecto al tipo de familia de los niños en la escala negativa y positiva

Así mismo se aplicó la "t" de student para revisar si había diferencias estadísticamente significativas en cuanto al género de los niños (as) en ambas escalas.

Los resultados obtenidos fueron:

Para la escala positiva, el valor de F de Levene es de 3.339 con un nivel de significancia de .073 lo que indica que es mayor a .05 por lo tanto no se acepta la hipótesis nula y aceptamos varianzas iguales.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre los niños y las niñas en la evaluación de las escalas positivas que incluyen las subpruebas: ánimo-alegría y positivo varios. Por lo que se acepta la hipótesis nula.

Se obtuvo un valor de "t" de 1.684, un nivel de significancia de .098 y una media de 4.16 con 58 grados de libertad. (Tabla 2.)

Con respecto a las escalas negativas el valor de F de Levene es de 0.96 con un nivel de significancia de .758 lo que indica que es mayor a .05 por lo tanto se acepta la hipótesis nula y se acepta que existen varianzas iguales.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre los niños y las niñas en la evaluación de las escalas negativas que incluyen las subpruebas: respuesta afectiva, problemas sociales, autoestima, preocupación por la muerte-salud, sentimientos de culpa y depresivos varios por lo que se acepta la hipótesis nula.

Teniendo un valor de "t" de -.665, un nivel de significancia de .509 y una media de -5.90 con 58 grados de libertad. (Tabla 2.)

Escala	Valor de "F" de Levene	Nivel de Significancia		Valor de "t"	Grados de Libertad	Nivel de Significancia	Media
Positiva	3.339	.073		1.684	58	.098	4.16
Negativa	0.96	.758		-.665	58	.509	-5.90

Tabla 2. Puntaje "t" de Student con respecto al genero de los niños (as) en la escala negativa y positiva

Al realizar el análisis estadístico con la prueba Ji cuadrada los resultados obtenidos para la escala positiva en el CDS-M (Tabla 3.) fueron que se acepta la hipótesis alterna, no existen diferencias con respecto a la edad de niños (as).

El valor obtenido de la Ji cuadrada en la escala positiva fue de 54,352; los grados de libertad obtenidos fueron de 54 y el nivel de significancia es de 0.461; como el nivel de significancia es mayor a 0.05 se acepta que no existe una relación significativa entre las dos variables.

Variable	Valor	Df	Asymp. Sig. (2- colas)
Pearson χ^2	54,352	54	.461
Likelihood ratio	61,338	54	.230
Linear-by-Linear Association	1,826	1	.177
N of Valid Cases	60		

Tabla 3. Datos obtenidos por medio de Ji cuadrada (χ^2) con respecto a la escala positiva en el CDS-M y la edad de los niños (as)

Con respecto a los resultados obtenidos por medio de la prueba Ji Cuadrada en la escala negativa (Tabla 4.) en el CDS-M y las edades de los niños (as), se concluyó que no hay diferencias con respecto a la edad entre niños y niñas.

En esta escala el valor de Ji cuadrada fue de 85,971, los grados de libertad de 92 y un nivel de significancia de 0.657). Así mismo en la escala negativa como en la positiva, no existe diferencia significativa entre las edades de los niños (as) y la escala negativa.

Variable	Valor	df	Asymp. Sig. (2- colas)
Pearson χ^2	85,971	92	.657
Likelihood ratio	86,935	92	.630
Linear-by-Linear Association	.657	1	.418
N of Valid Cases	60		

Tabla 4. Datos obtenidos por medio de Ji cuadrada (χ^2) con respecto a la escala negativa del CDS-M y la edad de los niños (as)

CAPITULO 7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A nivel mundial, la depresión es una enfermedad que ha estado muy presente durante los últimos años, la Organización Mundial de la Salud considera que se trata de un problema que se ha extendiendo por todo el mundo de manera que se le ha nombrado la enfermedad del siglo XXI.

Muchos niños (as) posiblemente llegarán a ser adultos y vendrán arrastrando dicha enfermedad. La depresión ha sido estudiada por diversos enfoques psicológicos, como lo son el enfoque psicodinámico, los modelos interpersonales-sociales, cognitivos-conductuales, los biológicos y el modelo evolutivo. Con respecto a los síntomas, diversos autores los han planteado, Weinberg (1973) propuso diez criterios para describir los síntomas de una manera clara y descriptiva.

En el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV), se menciona que los trastornos depresivos caen dentro de la categoría de depresión mayor a distimia o neurosis depresiva. Si los criterios de alguna de estas dos categorías se cumplen se debe indicar si esta es leve, moderada o grave y si se presentan características psicóticas.

Los síntomas de los niños (as) deprimidos dependen de las condiciones ambientales y la edad de los niños (as) (Solloa, 2001).

Durante la etapa preescolar, los síntomas más frecuentes son la tristeza como estado anímico predominante, retraimiento, frustración, escasa capacidad de formar vínculos y agresión manifiesta.

En la edad escolar la depresión se manifiesta con la pérdida de interés en casi todas las actividades, bajo rendimiento académico y descuido en el arreglo personal. El niño presenta un concepto negativo de sí mismo. Cuando aparece la depresión en este periodo se observa que son niños que se dan por vencidos con facilidad.

Y finalmente la depresión en la pubertad incluye una mayor participación de componentes cognitivos y autocríticos.

Existe una relación entre ciertos acontecimientos estresantes en la vida de las personas y el estado psicológico de éstas. Un acontecimiento estresante para los niños (as) sería la separación de sus padres y como posible consecuencia se podría presentar una depresión en éstos. Actualmente muchas parejas que se separan tienen hijos (as) y es durante este periodo donde los niños (as) se sienten asustados (as), con mucha tristeza, pueden llegar a experimentar un sentimiento de pérdida y estar confundidos (as) por la amenaza a su seguridad personal.

La separación de sus padres suele ser una experiencia común para muchos niños (as) en el mundo. Y aún cuando se pueda admitir que el divorcio, en varios casos, sea la mejor solución para terminar con una relación destructiva, casi siempre la separación de los padres resulta doloroso para el niño (a), aunque poco a poco después de algún tiempo se vaya adaptando a su nueva situación familiar.

En este estudio se pretendía observar si existen niveles de depresión en los niños (as) de acuerdo a si viven dentro de una familia uniparental o una familia integrada.

Para dicho fin se realizaron diversas pruebas estadísticas con el fin de probar las hipótesis de investigación; se aplicó la prueba “t” de Students para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de familia de los niños (as) y los niveles de depresión obtenidos por el CDS-M, así como para saber si existían diferencias entre géneros y los niveles de depresión. Se planteó realizar un análisis factorial por escalas, sin embargo la muestra del estudio fue de 60 niños (as) y para realizar dicho análisis se necesitan como mínimo 320 aplicaciones. Al contar en el estudio con solo 60 aplicaciones, la prueba tendría inconsistencias.

Se utilizó la prueba de Ji cuadrada para identificar si existían diferencias con respecto a la edad de los niños (as).

Los resultados obtenidos por el CDS-M consta de dos puntuaciones, una escala negativa y/o depresiva, y una positiva; en este estudio se analizaron ambas escalas individualmente ya que son escalas independientes.

En el estudio se plantearon las siguientes preguntas:

La primera pregunta fue, si existen diferencias estadísticamente significativas respecto al nivel de depresión siendo mayor en los niños (as) con padres divorciados que en los niños (as) de padres casados, medidos con el CDS-M, para dicha pregunta no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al nivel de depresión de los niños (as).

Dichos resultados se han encontrado también en diversos estudios realizados; como en el estudio hecho por Morgado y Gonzalez (2001), donde observaron el ajuste psicológico de los niños y las niñas de padres separados y padres casados. Los resultados obtenidos fueron que los hijos (as) de padres separados tenían una mayor autoestima, una mejor competencia cognitiva y social y menos problemas de comportamiento que los hijos (as) que vivían con ambos padres.

En una revisión efectuada por Gately y Schwebwl (1992), concluyeron que los hijos (as) de padres separados son más maduros, responsables, empáticos y flexibles en sus roles de género que los niños (as) que no se encuentran en estas circunstancias (Citado por Morgado y Conzález, 2001)

Reig (1983) menciona que en ocasiones la separación no es lo peor que puede sucederle a una familia; un matrimonio infeliz podría resultar una experiencia más traumática y destructiva para los niños (as). Por lo cual se podría concluir que posiblemente para varios de los niños (as) que contestaron el cuestionario, la separación de sus padres pudo haber sido una mejor opción, a continuar viviendo observando discusiones, peleas, etcétera entre sus padres.

Morgado y Gonzalez (2001) dicen que al principio de una separación los niños (as) se ven afectados pero poco a poco se van adaptando a su nueva situación; aceptan sus nuevos roles, relaciones y tareas. Se podría confirmar que con el paso del tiempo los niños (as) se adaptan a esa nueva situación de manera positiva.

Para algunos niños (as), la experiencia de la separación de sus padres se convierte en un factor estabilizador, ya que diversos indicadores de su bienestar psicológico y ajuste personal mejoran tras la separación (Jaross y Szymandersky, 1985; Block, Block y Gjerde, 1986; Both y Amato, 2001. Citados por Morgado y González, 2001)

Emery (citado por Morgado y González, 2001) menciona también que en varias investigaciones que se han realizado en distintos países se ha concluido que la evolución más frecuente de los niños (as) después de la separación de sus padres, es una evolución “normativa”; se adaptan sana y armónicamente a dicha situación.

La segunda pregunta planteada era saber si había diferencias estadísticamente significativas respecto al nivel de depresión entre los niños y las niñas, siendo mayor en las niñas.

Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el género de los niños (as). En diversos estudios citados por Rienherz, Giaconia, Carmola Hauf, Wasserman y Silverman (1999), concluyeron que las niñas y los niños durante la infancia tienen la misma probabilidad de sufrir depresión; las diferencias se observan en la adolescencia siendo mayor la probabilidad de desarrollar ésta en las mujeres. En este estudio los niños (as) se encontraban en la etapa prepubertal; las edades de los niños (as) que contestaron el cuestionario en este estudio eran de ocho, nueve y diez años.

Se ha encontrado en diversos estudios que durante la adolescencia las mujeres tienden a presentar más depresiones severas a diferencia de los hombres que desarrollan episodios leves (Reinhertz et al, 1999)

Se debe tomar en cuenta también que la prevalencia de la depresión varía considerablemente de acuerdo a la población empleada y a los criterios de diagnóstico usados, posiblemente es por esto que las tablas de depresión infantil varían considerablemente. Los resultados de diferentes investigaciones oscilan entre 0.14 y 61%, aunque los estimados caen regularmente entre 10 y 20%.

Las mujeres tienden a deprimirse de manera melancólica y a somatizar estos síntomas; mientras que los hombres muestran la depresión con agresión e irritabilidad. (Morla et al., 2006).

La tercera pregunta realizada fue saber si existían diferencias estadísticamente significativas de acuerdo a las edades de los niños (as). En este caso tampoco se encontraron diferencias con respecto a las edades de los niños (as) en la escala negativa ni en la escala positiva.

Solloa (2001) menciona que el trastorno varía a través de las edades y es más frecuente cuando el niño (a) es mayor; por lo que es más común la depresión entre adolescentes que entre los niños (as). En la población escolar y preescolar la incidencia de la depresión es muy rara; en un estudio de 1000 niños (as) sólo nueve cumplieron los criterios diagnósticos.

En el estudio no se encontraron niños (as) con un nivel de depresión significativo, la muestra se encontró en la media de dichos niveles.

Cuando los padres se separan, el niño (a) sufre dos niveles de desestructuración: el nivel espacial que repercute físicamente y el nivel de la afectividad, con disociación de sentimientos. Si la separación es cuando el niño (a) está en la edad preescolar, es difícil que lo supere, es hasta los siete, ocho o nueve años, cuando comprende ya dicha separación. (Dolto, 1988). Las edades empleadas en este estudio oscilaron entre 8, 9 y 10 años, edades donde según Dolto el niño (a) ya logra comprender dicha separación. Al igual que Dolto, en el estudio hecho por Morla et al (2006) mencionan que entre los seis y ocho años, los niños (as) ya saben el significado de la separación de sus padres y ya no piensan que su conducta provocó la separación de sus padres; en esta edad su conflicto es el de lealtad hacia alguno de ellos. Entre los nueve y doce años, ya comprenden la separación y entienden que el problema es de sus papás, pero tienden a aliarse con alguno de los dos. Posiblemente por esta causa no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las edades de los niños (as) de ambos grupos, así como el tiempo de separación de los padres y la edad del niño (a) al momento de la dicho evento.

También es importante señalar el tema de la resiliencia. La resiliencia es importante porque es la capacidad humana para enfrentar a las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido o transformado. El enfoque de la resiliencia considera necesario observar el ambiente y la cultura del individuo, al igual que las tareas específicas correspondientes a cada etapa del desarrollo.

Werner (1989) plantea que a partir del conocimiento de dicho tema es posible diseñar intervenciones adecuadas. La intervención desde un punto de vista clínico puede ser ideada como un intento de alterar el balance actual en las personas que fluctúan desde la vulnerabilidad a la resiliencia.

Esto se puede lograr disminuyendo la exposición a situaciones estresantes y que atentan contra la salud mental; en esta situación la separación de los padres. O bien aumentando o reforzando el número de factores protectores que pueden estar presentes en

una situación proporcionada, dichos factores podrían ser el fomentar en los niños (as) sentimientos de esperanza, autonomía e independencia, así como mejora la autoestima, enseñar estilos de enfrentamiento y mostrarle las redes sociales de apoyo que tiene para lograr en el niño (a) un mecanismo protector mediante un adulto significativo que le reafirme la confianza en él, lo motive y le muestre su cariño y aceptación incondicional.

Se ha observado que la resiliencia tiene dos componentes trascendentales: la resiliencia a la destrucción y la capacidad para reconstruir sobre circunstancias o factores adversos.

Se ha observado que las condiciones del medio ambiente social y familiar que favorecen la posibilidad de lograr que un niño (a) sea resiliente son: la seguridad de un afecto recibido por encima de todas las circunstancias y no condicionado a las conductas ni a ningún otro aspecto de la persona, la relación de aceptación incondicional de un adulto significativo; y la extensión de redes informales de apoyo.

La separación de los padres se está observando en los niños (as) de diversas edades como algo “común”; los niños (as) se identifican poco a poco con sus pares que se encuentran ante la pérdida de alguno de sus padres en casa.

Después de cierto tiempo dichos niños (as) se van adaptando a tener dos casas y a saber que a papá o mamá sólo los pueden ver algunos días a la semana; esta dinámica se convierte en la vida del niño, logrando adaptarse después de un periodo a este nuevo tipo de familia.

CAPITULO 8. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

El realizar este estudio permitió un acercamiento de manera más estructurada a la investigación; aprendiendo que en ocasiones se realizan juicios a priori y al final se observa que los resultados son totalmente opuestos a los esperados.

Son importantes estos tipos de estudios ya que se puede observar como perciben los niños (as) de hoy una separación de sus padres, cómo es que manejan dichas situaciones y con esto poder dar una mejor atención clínica a los futuros adultos y tener una sociedad emocionalmente sana.

Al comenzar el estudio se creyó que el CDI-M era la mejor opción para medir la presencia de síntomas de la depresión infantil, posteriormente a la aplicación durante una conferencia del Dr. Juan Antonio Amador impartida en la Facultad de Psicología de la UNAM refirió la tesis de Anna Figueras Masip, en dicha tesis se comparó el Reynolds Adolescents Depression Scale (RADS), el Reynolds Chile Depression Scale (RCDS) y el Children`s Depression Scale (CDI); siendo el RADS y el RCDS los mejores instrumentos para discriminar la presencia de síntomas depresivos en los niños (as). Posiblemente fue uno de los factores por los cuales no se encontraran diferencias estadísticamente significativas en las preguntas de investigación.

De igual forma los niños (as) que participaron en el estudio se encontraban en edades que autores como Dolto y en una investigación de Morla et al; mencionan que entre 7 y 12 años los niños (as) ya comprenden la separación y sus problemas tal vez serían con respecto a la lealtad hacia alguno de sus padres.

Así mismo al terminar el estudio se observó que muchas variables no se controlaron como serían la edad del niño en el momento de la separación, la relación actual que llevan sus padres, qué tanto conviven con el padre con el cual viven y con el que no, el cuestionario tal vez no fue el indicado para medir la sintomatología depresiva, entre otras variables.

Una de las limitaciones que se tuvo al momento de aplicar el cuestionario fue que el lugar donde se realizó la aplicación de este, enviaron a los niños (as) de diversos grupos, logrando con esto una aplicación a destiempo; se iban dando las instrucciones casi uno por uno de los niños (as) de acuerdo a como llegaban logrando con esto cierto grado de distracción de los niños (as) que ya estaban contestando la prueba.

Sería importante realizar la aplicación del cuestionario en grupos más pequeños para así poder darle la atención necesaria a los niños (as) en caso de que existieran muchas dudas con respecto a las preguntas del cuestionario, y comenzar la aplicación al mismo tiempo.

Para próximos estudios se recomienda ampliar el numero de niños (as), para también poder hacer un análisis estadístico más fino; tomar en cuenta la edad del niño (a) en el momento de la separación, el lugar que ocupa entre sus hermanos en caso de que los tenga, en que términos se dio la separación, cuantos años tiene de haber sucedido y cual es la relación actual entre los padres.

CAPITULO 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arco Tirado J. L., Fernández Castillo A. (2004) *Necesidades Educativas Especiales* España. Mc Graw-Hill.

Arieti S., Bemporad J. (1993) *Psicoterapia de la depresión*. México. Paidós

Autores Varios (1999) *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. Organización Panamericana de la Salud.

Bemporad, Jules. (1990) *Revisión crítica de los principales conceptos de depresión*. México. Paidos.

Benitez R. (1993) *Estudio comparativo entre hijos de padres divorciados e hijos de familia integrada respecto al autoconcepto, familia, relaciones interpersonales y lo sexual*. Tesis de licenciatura UNAM

Benjet, C.; Borges, G.; Fleiz Bautista, C.; Medina Mora, M. E.; Zambrano Ruiz, J. (2004) *La depresión con inicio temprano: Prevalencia, curso natural y latencia a tratamiento* Salud Pública de México. Vol. 46 No. 5.

Blechman, E; Tryon, A; Ruff, M. y Mc Enroe, M. (1989) "Family Skills Training and Childhood Depression" en Ch. Schaefer y J. Briemester, *Handbook of Parent Training*, John Wiley and Sons. EUA.

Bird F. L. (1990) *Los hijos frente al divorcio. Sus reacciones según la edad*. México. Diana

Bowlby J. (1976) *La separación afectiva*. España. Paidós

Bowlby J. (1980) *La pérdida afectiva*. España. Paidós

Craig G. (2001) *Desarrollo Psicológico*. México. Pearson Educación

Compas, B. E. (1987) *Coping with stress during childhood and adolescence*. Psych Bull

Cruz Jiménez, Concepción (1995) *Validez, Confiabilidad del cuestionario de depresión para niños (CDS), de Lang y Tisher*. México: UNAM

De Pina García, J. P. (1992) *Diccionario de derecho*. México. Porrúa. 18ª ed.

Del Barrio, V (1997) *Depresión infantil: causas, evaluación y tratamiento*. Ed. Ariel. España

Diccionario Santillana del Español. (1995). México. Santillana. 2ª ed.

Dolto, F. (1988) *Cuando los padres se separan*. México. Paidos.

Doménech A. (1994) *Mujer y divorcio: de la crisis de independencia*

Figueras Masip, Anna (2006) *Evaluación multimétodo y multiinformante de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes*. Tesis de doctorado. España: Universidad de Barcelona.

Friedberg R.; McClure J.; Goldman M.; et al. (2003) *A Cognitive-Behavioral Skills Training Group for Children Experiencing Anxious and Depressive Symptoms: A Clinical Report with Accompanying Descriptive Data*. Journal of Contemporary Psychotherapy. Vol. 33 (3)

Furr M., Funder D. (1998) *A multimodal analysis of personal negativity*. Journal of Personality and Social Psychology. Num. 74 Vol. 6 pp 1580-1591

Garber H., Kashani J. (1991) "Development of the Symptom of Depression", en Lewis M. Child and adolescents psychiatry, Williams and Wilkins. E.U.A.

García, B. (2005). *Estadística Auténtica par alas Ciencias Sociales (ESACS)*. México. UNAM

Gardner Richard A, M.D. (1988) *The boys and girls book about divorce* U.S.A. Bantam Books.

González Martínez, M. (1999) *Depresión en niños con padres ausentes y presentes*. México: UNAM

González-Forteza C, Ramos Lira L, Caballero Gutiérrez MA, Wagner Echeagarray FA. (2003) *Correlatos Psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos*. Psicothema;15:524-532.

Halgin, Richard P. Y Whitbourne, Susan K. (2003) *Psicología de la anormalidad* México. McGraw-Hill.

Hernández Sampieri, R; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (1998) *Metodología de la investigación* México. McGraw-Hill. 2° ed

Jiménez M. (1995) *Psicopatología infantil*. España Aljibe

Jones, E. M.; (2001) *The efficacy of intensive individual play therapy for children diagnosed with insulin-dependent diabetes mellitus*. Humanities & Social Sciences. Vol. 61 (10-A)

Kanters, A. L.; (2002) *Resolution of symbolic play therapy narratives of traumatic events: Exposure play therapy*. The Sciences & Engineering. Vol. 62 (10-B)

Klein M. (1935) *Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos* España. Paidós

Klein, D. N. y Salisbury, H. (1993) *Diagnosis and classification of dystymia*. Psychiatric Annals.. Vol. 23

Klerman, G. L.; (1979) *The age of melancholy*, Psychology Today. Vol. 12

Manciaux Michael (2003) *La resiliencia; resistir y relacionarse*. Editorial Gedisa, Barcelona.

Marshall Kathy (2004) *Promoción de la resiliencia al niño de Casa Cuna: Un reto urgente*. National Resilience Resource Center University of Minnesota. Minneapolis, E.U.A

Martínez Gómez, C. (2003) *Salud Familiar* Cuba. Científico-Técnica. 1ª reimpresión.

Martínez N. M. P. (1986) *Funcionalidad y disfuncionalidad*. Anuario jurídico 13, 139-32

Matson J. (1989) *Treating depresión in children and adolescents*. E.U.A. Pergamon Press

Medina-Mora ME, Cravioto P, Villatoro J, Fleiz C, Galván CE, Tapia CR; (2003) *Consumo de drogas entre adolescentes: Resultados de la Encuesta Nacional de 1998*. Salud Publica Mex 45:S16-S25.

Melillo A, Suárez Ojeda (2001) *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Paidós

Morgado B y González M. M. (2001) Divorcio y ajuste psicologico infantil. Primeras respuestas a algunas preguntas repetidas. Apuntes de Psicología, 19 (3).

Morla R; Saad de Janon E; Saad J. (2006) *Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador*. Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 35 No. 2

Mufson, L.; Kristen P.; Wickramaratne P; et al. (2004) *A Randomized Effectiveness trial of Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents*. Archives of General Psychiatry. Vol. 61 (6)

Nelson E.; Barnard, M.; Cain, S. (2003) *Treating Childhood over Videoconferencing*. Telemedicine Journal & e- Health. Vol. 9 (1)

O'Connor K (1988) Manual de terapia de juego. México. El Manual moderno

Papalia D.; Wendkos Olds S.; y Duskin Feldman R. (2001). *Psicología del Desarrollo*. Colombia. McGraw-Hill. 8a. ed.

Reig M. M. (1983) *Haga un éxito de su divorcio*. México Adamex,

Reinherz, Helen Z., Giaconia, Rose M., Carmola Hauf, Amy M., Wasserman, Michelle S. & Silverman, Amy B. (1999). Major Depresión in the Transition to Adulthood: Risks and Impairments. En Journal of Abnormal Psychology, Vol. 108, No3, pp.500-510. American Psychological Association, Estados Unidos, 199

Rende R., Plomin R., Reiss D. y Hetherington M. (1993) *Genetic and enviromental influences on depressive symptomatology in adolescente. Individual differences and*

extreme scores. Journal of Child Psychology and Psychiatry. Num. 34. Vol 8 pp. 1387-1398

Ríos J. Antonio citado por Arana, J. Et al (1976) *El divorcio, problema humano*

Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, Davies M, Piacentini J, Schwab-Stone ME et al. (1996) The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC.2.3): *Description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry; 35:865-877.

Soffer Alison, G. (2003) *School-based social skills and training to reduce children's depressive symptomatology*. Humanities & Social Sciences. Vol. 63 (12-A)

Solloa G. (2001) *Los trastornos psicológicos en el niño*. México. Trillas

Sperling M. (1993) *Psicoterapia del niño neurótico y psicótico*. Argentina. Hormé

Spitz R. (1965) *El primer año de vida del niño*. México. Fondo de Cultura Económica.

Teyber, E. (1990) *Cuando los padres se separan*. México. Planeta

Wallerstein J. y Blakeslee S. (1990) *Padres e hijos después del divorcio*

Wicks-nelson, Rita e Israel, Allen C. (1997). *Psicopatología del Niño y del Adolescente*. Editorial McGraw Hill, Madrid

Wolf S. (1970) *Trastornos psíquicos del niño: causas y tratamiento*. México. Siglo XXI

ANEXO

CDS-M

Favor de contestar todas las preguntas

1. Me siento alegre la mayor parte del tiempo

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

2. Muchas veces me siento triste en la escuela

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

3. A veces pienso que nadie se preocupa por mi

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

4. A veces creo que no soy importante

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

5. A veces me despierto durante la noche

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

6. Pienso muchas veces que dejo en vergüenza a mi mamá y a mi papá

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

7. Creo que se sufre mucho en la vida

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

8. Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

9. Siempre creo que el día siguiente va a ser mejor

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

10. A veces me gustaría estar ya muerto

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

11. Me siento solo muchas veces

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

12. Muchas veces estoy enojado conmigo mismo

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

13. Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

14. A veces creo que mi mamá o mi papá hace o dice cosas que me hace pensar que hice algo malo

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

15. Me pongo triste cuando alguien de enoja conmigo

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

16. Muchas veces mi mamá y mi papá me hacen sentir que las cosas que hago son muy buenas

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

17. Siempre estoy queriendo hacer muchas cosas en la escuela

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

18. Estando en la escuela muchas veces me dan ganas de llorar

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

19. A veces no puedo demostrar lo triste que me siento por dentro

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

20. Me molesta la forma de mi cuerpo o en la forma en que me porto

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

21. La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

22. A veces temo que lo que hago pueda molestar o enojar a mi mamá o a mi papá

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

23. Cuando me enojo casi siempre termino llorando

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

24. En mi familia todos nos divertimos mucho juntos

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

25. Me divierto con las cosas que hago

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

26. Muchas veces me siento triste

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

27. Muchas veces me siento solo y como un extraño en la escuela

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

28. A veces no me quiero a mi mismo

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

29. Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

30. Seguido pienso que debo ser castigado

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

31. A veces no me siento contento por causa de mis tareas escolares

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

32. Cuando alguien se enoja conmigo, yo me enojo con él

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

33. Casi siempre me gusta estar en la escuela

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

34. A veces pienso que no vale la pena vivir

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

35. La mayoría del tiempo creo que nadie me entiende

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

36. A veces me avergüenzo de mi mismo

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

37. Muchas veces me siento muerto por dentro

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

38. A veces estoy preocupado porque no quiero a mi mamá o a mi papá como debiera

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

39. A veces la salud de mi mamá me preocupa

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

40. Creo que mi mamá o mi papá está muy orgulloso de mi

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

41. Soy una persona muy feliz

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

42. Cuando estoy fuera de casa me siento muy triste

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

43. Nadie sabe lo triste que me siento por dentro

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

44. A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy mala

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

45. Estando en la escuela me siento cansado casi todo el tiempo

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

46. Creo que los demás me quieren, aunque no lo merezco

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

47. A veces sueño que tengo un accidente o me muero

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

48. Pienso que no es nada malo enojarse

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

49. Creo que me veo bien y soy bonito

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

50. Seguido no sé porque me dan ganas de llorar

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

51. A veces pienso que nadie me necesita

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

52. Cuando no hago bien las cosas en la escuela pienso que no sirvo para nada

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

53. A veces me imagino que me hago heridas o me muero

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

54. A veces creo que hago cosas que hacen sentir mal a mi mamá o a mi papá

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

55. Muchas veces me siento mal por que no puedo hacer las cosas que quiero

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

56. Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

57. Me salen bien casi todas las cosas que quiero hacer

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

58. Creo que mi vida es triste

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

59. Cuando estoy fuera de casa me siento solo

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

60. La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

61. A veces me siento mal porque no quiero y no escucho a mi mamá o a mi papá como se merece

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

62. Pienso a veces que no voy a lograr pasar año

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

63. Tengo muchos amigos

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

64. Utilizo mi tiempo haciendo con mi papá cosas muy interesantes

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

65. Hay mucha gente que se preocupa por mi

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------


66. A veces creo que dentro de mi hay dos personas que me dicen que haga cosas diferentes

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

HOJA DE EJEMPLO

Otros niños han contestado las frases que están en el cuestionario, diciendo como piensan o como se sienten, si están de acuerdo a no sobre lo que se dice en esas frases.
SOLO YO VERE LAS RESPUESTAS

Para ver como se contesta veremos los siguientes ejemplos:

 Me gusta ir al parque.

Si a un niño si le gusta mucho ir al parque, marcará con una “X”, ” MUY DE ACUERDO”

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
---------------------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

Si a otro niño le gusta poco ir al parque, marcará con una “X”, “DE ACUERDO”

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	-----------------------	-----------------	---------------	-------------------

Pero si algún niño, no sabe si le gusta o no ir al parque, marcará con la “X”, “NO ESTOY SEGURO”

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	----------------------------	---------------	-------------------


Si a algún niño no le gusta ir al parque, marcará con la “X”, “EN DESACUERDO”

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	--------------------------	-------------------

Si no le gusta para nada ir al parque, marcará el cuadro, “MUY EN DESACUERDO”

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	------------------------------

Para ver si entendiste, contesta el siguiente ejemplo:

 Me gusta ir a los museos

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

 Me gustan los dulces

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------	---------------	-------------------

**PERFIL
INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL
LANG Y TISHER**

VERSIÓN MEXICANA

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Escolaridad: _____ Fecha de aplicación: _____

Percentil	A.A.	R.A.	PS	A.E.	PM	SC	DV	PV	D	P	Percentil
99	40	35-38	37-39	37-38	31-33	37-39	42-45	47-49	200-217	83-86	99
95	39	31-34	35-36	34-36	29-30	35-36	40-41	45-46	193-199	81-84	95
90	37	30-33	32-34	31-33	27-28	33-34	38-39	43-44	180-192	77-80	90
80	36	29	31	30	26	32	37	42	175-179	75-76	80
75	35	28	30	29	25	31	36	41	167-174	74	75
70	34	26-27	28-29	28	24	29-30	34-35	40	155-166	71-73	70
60	33	24-25	26-27	26-27	22-23	27-28	33	38-39	147-154	69-70	60
50	32	23	25	25	21	26	32	37	146	68	50
40	30-31	20-22	23-24	22-24	19-20	25	30-31	36	138-145	66-67	40
30	29	19	22	21	18	23-24	29	34-35	133-137	64-65	30
25	28	18	21	20	17	22	28	33	128-132	63	25
20	26-27	15-17	17-20	17-19	15-16	19-21	25-27	30-32	111-127	61-62	20
10	24-25	12-14	15-16	15-16	12-14	16-18	22-24	27-29	110	57-60	10
5	0-23	0-11	0-14	0-14	0-11	0-15	0-21	0-26	0-109	0-56	5

Puntuación Bruta A.A R.A PS A.E. PM SC DV PV D P
