



UNIVERSIDAD SALESIANA

INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

“Niños de Educación Primaria con Bajo
Rendimiento Escolar y su Relación con la
Depresión”. Estudio de Casos.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N :

**ELSA ESTELA NÚÑEZ ESPINOZA
MARÍA GUADALUPE PACHECO RODRÍGUEZ**

DIRECTOR DE TESIS: FRANCISCO JESÚS OCHOA BAUTISTA

MÉXICO, D.F.

JUNIO DE 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

La búsqueda de caminos para una vida plena, para la humanización verdadera del ser humano ha sido la pasión de los hombres de ciencia, de los artistas, de los educadores; pero nunca lo han logrado solos, por eso en la realización de este trabajo quiero agradecer, en primer lugar a quien es La Fuente de verdad, bondad y belleza: Dios; a todas las personas que de diversas formas han enriquecido mi camino de búsqueda, en forma especial: mi familia y mi Instituto, la Universidad Salesiana y muy especialmente a los niños implicados en la investigación y a sus familiares y educadores.

A todos ellos: ¡Gracias!

Ma. Guadalupe Pacheco Rodríguez

DEDICATORIAS.

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este momento tan especial en mi vida, por haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

Por los triunfos y momentos difíciles que me han enseñado a valorarte mas.

A mis padres

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor. Por haberme educado y soportar mis errores

¡Gracias por darme la vida!

¡Los quiero mucho!

A mis familiares.

A mi hermano por ser quien eres y formar parte de mi vida por que siempre he contado contigo para todo, gracias por la confianza que siempre nos hemos tenido a mis primos por sus consejos y regaños, a mis abuelitos que si ya no están aquí pero en este momento se sentirán orgullosos de mi los extraño mucho (Nico y Amadea) y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis.

¡Gracias a ustedes!

A mi compañera de tesis por su comprensión apoyo y dedicación para este trabajo.

A mis maestros.

Gracias por su tiempo, por su apoyo y motivación así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

A la Universidad Salesiana por haberme dado la oportunidad de desarrollarme, al Colegio Civilización por darme la oportunidad de trabajar con sus alumnos.

¡A TODOS GRACIAS!

Elsa Estela Núñez Esp

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1. SÍNDROME DEPRESIVO	4
1. SÍNDROME DEPRESIVO	5
1.1 DEMARCACIÓN HISTÓRICA DE LA DEPRESIÓN	5
1.1.1 La Melancolía en la Época Clásica	5
1.1.2 Edad Media	6
1.1.3 Melancolía en el Renacimiento	7
1.1.4 La Melancolía en los siglos XVII y XVIII	8
1.1.5 La Melancolía en el siglo XIX	9
1.1.6 Melancolía y Depresión en el siglo XX	9
1.2 LA DEPRESIÓN COMO TRASTORNO	12
1.3 ETIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN	13
1.4 CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN	15
1.4.1 La Depresión Endógena	16
1.4.2 La Depresión Sintomática	17
1.4.3 La Depresión Situacional	19
1.4.4 La Depresión Neurótica	21
1.5 LA DEPRESIÓN DIFERENCIAL	22
1.5.1 La Depresión en la Infancia	23
1.5.2 La Depresión en la Edad de la Lactancia	24
1.5.3 La Depresión en la Edad Preescolar	24
1.5.4 La Depresión en la Edad Escolar y Adolescencia	25
1.5.5 La Depresión en la Edad Adulta	29
1.5.6 La Depresión Pos-Parto	31
1.5.7 La Depresión en la Vejez	32

CAPÍTULO 2. ALGUNOS MODELOS EN LA CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL	33
2. ALGUNOS MODELOS EN LA CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL	33
2.1 Desarrollo Histórico y Conceptualización de la Depresión Infantil	34
2.2 Enfoque Psicodinámico	43
2.3 La Depresión Infantil Enmascarada	47
2.4 La Depresión Infantil como un Desorden Clínico	50
2.5 La Depresión Infantil como un aspecto del Desarrollo	52
CAPÍTULO 3. FACTORES ETIOLÓGICOS Y FORMAS CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN INFANTIL	
3. FACTORES ETIOLÓGICOS Y FORMAS CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN INFANTIL	55
3.1 Estados Depresivos en Lactantes y Primera infancia	57
3.2 Estados Depresivos en la Infancia Temprana: Edad Preescolar	61
3.3 Estados Depresivos en los Periodos Intermedios y Final de la Infancia: Edad Escolar	63
3.4 Factores Etiológicos relacionados con la Depresión Infantil	66
3.5 Depresión Endógena	71
3.6 Depresión Sintomática	73
3.7 Depresión Situacional	74

3.8 Depresión Neurótica	84
CAPÍTULO 4. DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN INFANTIL	87
4. DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN INFANTIL	88
4.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LA DEPRESIÓN INFANTIL	89
4.2 INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO PARA EVALUAR LA DEPRESIÓN EN LA INFANCIA	91
4.2.1 Entrevista	93
4.2.2 Entrevista con el Niño	94
4.2.3 Entrevista para Padres	95
4.2.4 Entrevista para Profesores	96
4.2.5 Observaciones	97
4.2.6 Observación Participante	98
4.2.7 Escalas y Cuestionarios	98
4.2.8 Escalas de Autoinforme	99
4.2.9 Cuestionario para Padres	100
4.2.10 Cuestionario para Compañeros	101
4.2.11 Cuestionario para Maestros	101
4.2.12 Cuestionarios de uso Clínico	101
4.2.13 Test Psicológicos	102
4.3 EVALUACIÓN GLOBALIZADA DE LA DEPRESIÓN EN LA INFANCIA	102
CAPÍTULO 5. RENDIMIENTO ESCOLAR Y SUS IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS	107

5. EL RENDIMIENTO ESCOLAR Y SUS IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS	108
5.1 DEFINICIÓN DE RENDIMIENTO ESCOLAR	109
5.2 CONSIDERACIONES PARA ABORDAR LAS MANIFESTACIONES DEL RENDIMIENTO	111
5.3 CAUSAS DEL BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR	114
5.3.1 Causas Físicas y Sensoriales	114
5.3.2 Causas Afectivas y Emocionales	115
5.4 LOS ESTILOS DE APRENDIZAJE	117
5.5 EL PROCESO DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE	118
5.6 LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN	119
CAPÍTULO 6. METODOLOGÍA	122
6. METODOLOGÍA	123
6.1 Universo de la Investigación y Elección de la Muestra	127
6.2 Aplicación de Instrumentos	127
6.3 Entrevistas	128
6.4 Informe Psicodiagnóstico Clínico del Niño	129
CAPÍTULO 7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	131
7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	132

7.1 INFORME DEL CASO UNO	132
7.1.1 Ficha de Identificación	132
7.1.2 Descripción del Paciente	133
7.1.3 Antecedentes	134
7.1.4 Interpretación Clínica de los Instrumentos Aplicados	141
7.1.5 Análisis e Interpretación del Informe	145
7.1.6 Análisis e Interpretación del Caso	148
7.1.7 ¿Cómo se diagnosticó el caso en torno a la depresión infantil de acuerdo con Alonso Fernández y Victoria del Barrio?	150
7.2 INFORME DEL CASO DOS	152
7.2.1 Ficha de Identificación	152
7.2.2 Descripción del Paciente	152
7.2.3 Antecedentes	153
7.2.4 Interpretación Clínica de los Instrumentos Aplicados	160
7.2.5 Análisis e Interpretación del Informe	163
7.2.6 Análisis e Interpretación del Caso	166
7.2.7 ¿Cómo se diagnosticó el caso en torno a la depresión infantil de acuerdo con Alonso Fernández y Victoria del Barrio?	168
7.3 INFORME DEL CASO TRES	170
7.3.1 Ficha de Identificación	170
7.3.2 Descripción del Paciente	170
7.3.3 Antecedentes	171
7.3.4 Interpretación Clínica de los Instrumentos Aplicados	176
7.3.5 Análisis e Interpretación del Informe	178
7.3.6 Análisis e Interpretación del Caso	179
7.3.7 ¿Cómo se diagnosticó el caso en torno a la	

depresión infantil de acuerdo con Alonso Fernández y Victoria del Barrio?	181
7.4 INFORME DEL CASO CUATRO	183
7.4.1 Ficha de Identificación	183
7.4.2 Descripción del Paciente	183
7.4.3 Antecedentes	184
7.4.4 Interpretación Clínica de los Instrumentos Aplicados	186
7.4.5 Análisis e Interpretación del Informe	188
7.4.6 Análisis e Interpretación del Caso	189
7.4.7 ¿Cómo se diagnosticó el caso en torno a la depresión infantil de acuerdo con Alonso Fernández y Victoria del Barrio?	191
CONCLUSIONES	193
BIBLIOGRAFÍA	197
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es una investigación cualitativa que aborda la Depresión infantil y su relación con el bajo rendimiento académico. La depresión en menores de edad se ha convertido en un fenómeno frecuente; esto resulta desalentador porque se empieza a percibir un deterioro significativo en la adaptación psicosocial del desarrollo afectando de forma negativa diferentes esferas de la vida.

El Disorders Statistics Manual IV (DSM IV) indica que la depresión está relacionada con apatía, baja en la actividad general, pérdida de la energía, una disminución acusada del interés, sentimientos de inutilidad y pérdida de la capacidad para pensar y concentrarse, entre otros; todos estos síntomas pueden tener un impacto importante en la vida del niño, también por el significado que éste otorgue a las cosas, a las situaciones y a la vida misma.

La afectación significativa del desempeño escolar es sólo una de las consecuencias posibles donde la depresión infantil puede repercutir, por ello decidimos revisar si el bajo rendimiento académico se ve influenciado por la depresión infantil.

El objetivo principal del trabajo es, **analizar a través de estudio de casos, si los niños con bajo rendimiento académico presentan problemas de depresión y establecer si existe relación** entre el bajo desempeño escolar y la sintomatología depresiva.

En el estudio de casos consideramos interesante evidenciar la validez de la escala CDS (Children's Depression Scale) de Lang y Tisher, en los niños mexicanos dada la dificultad o complejidad para diagnosticar dicha afección.

Para llegar a las conclusiones pertinentes nos planteamos los siguientes cuestionamientos: ¿En qué medida la depresión está presente en los niños con bajo rendimiento escolar?; ¿Qué relación existe entre la depresión infantil y el rendimiento académico?; ¿El instrumento CDS aporta elementos importantes

para el diagnóstico de la depresión infantil?; ¿El CDS arroja información para un diagnóstico claro?

En el desarrollo del trabajo partimos de investigación en fuentes históricas y la evolución del síndrome depresivo en su descripción clínica, etiológica así como las distintas depresiones diferenciales.

En un segundo apartado nos adentraremos en la temática esencial **Depresión Infantil**, algunos modelos de clasificación y aspectos del desarrollo histórico y conceptual.

La presentación de la **situación actual**, en torno a las características de la depresión en la infancia, así como a los factores más frecuentemente aducidos como generadores de depresión infantil constituye el contenido del capítulo tercero.

Posteriormente en el cuarto apartado, tratamos aspectos relacionados con **instrumentos**, criterios diagnósticos y evaluación integral de la depresión en la infancia.

En nuestro último apartado teórico abordamos el **rendimiento académico**, con las causas y consecuencias psicológicas implicadas.

Posteriormente abordamos el aspecto metodológico de nuestra investigación, tomando la línea de investigación cualitativa, en donde plasmamos las relaciones que existen entre el bajo rendimiento académico y la sintomatología depresiva en alumnos de Educación básica.

Después de la presentación del Marco Teórico, abordamos el aspecto metodológico de nuestra investigación, que como indicamos, es de corte cualitativo. En esta parte del trabajo damos razón del proceso metodológico recorrido para llegar a las conclusiones.

Finalizamos con el apartado de **Análisis e interpretación de Resultados**, donde plasmamos la información de los casos, su análisis e interpretación y las **Conclusiones a las que llegamos**.

Como es común en la investigación de casos no es posible siempre generalizar los hallazgos, sin embargo para la labor del psicólogo, docente y en apoyo al tratamiento de la depresión infantil creemos aportar modestamente elementos significativos en el tratamiento de esta situación infantil más generalizada de lo que se piensa.

CAPÍTULO 1

SÍNDROME DEPRESIVO

1.- SÍNDROME DEPRESIVO

A lo largo de este capítulo presentaremos el panorama histórico de los trastornos depresivos que no sólo son las alteraciones psicopatológicas más frecuentes sino también las más antiguas. Sus orígenes conceptuales se remontan hacia el S.VII A.C. con los escritores hipocráticos que acuñan el término de melancolía, constituyendo el principal testimonio de los orígenes de la medicina occidental.

Hablaremos de cómo ha ido cambiando el síndrome depresivo tanto en su descripción clínica, como los esquemas etiológicos, las clasificaciones y las formas de tratamiento para las distintas depresiones diferenciales.

Veremos los tipos de tristeza patológica, denominada también humor depresivo, humor disfórico o simplemente "depresión".

También mencionaremos en el presente capítulo algunas de las distintas teorías explicativas a lo largo de la historia, y las denominaciones que a la vez han surgido para designar el hoy llamado "síndrome depresivo".

1.1 DEMARCACIÓN HISTÓRICA DE LA DEPRESIÓN

Como veremos, la historia terminológica conceptual de la depresión está jaloneada, fundamentalmente, por tres vocablos: *melancolía*, *acedia* y *depresión*.

1.1.1 La Melancolía en la Época Clásica

Podemos decir que la historia de la depresión es la historia de la melancolía¹, pues ésta aparece como enfermedad normal en Grecia y Roma clásica, que

¹ Cfr. S. Jackson, *Historia de la melancolía y la depresión: Desde los tiempos hipocráticos a la época moderna*, p.23.

hablan de tres tipos de locura al referirse a los trastornos mentales: frenitis, melancolía y manía.

Los escritores hipocráticos se basan en la *teoría de los humores*, que más tarde desarrollaría Galeno para explicar la enfermedad. Esta teoría parte de los cuatro humores corporales: sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema. Un desequilibrio, por exceso o por defecto, de alguno de los humores produciría desorden mental. Desde Hipócrates, se pensó que el exceso de bilis negra era la que producía la melancolía. Desde esta época, todos los escritos llegados de Grecia y Roma (Aristóteles, Celso, Sorano de Éfeso, Rufo de Éfeso, Areteo de Capadocia, entre otros) compartían la Teoría humoral e incluso algunos de ellos hacen conexiones entre la melancolía y la manía.

1.1.2 Edad Media

En esta época, podemos decir que no cambiaron súbitamente las ideas en torno a la depresión. Algunas aportaciones médicas importantes fueron las de Oribasio de Pérgamo (324-403), Pablo de Egina (625-605), Constantino Africano (1020-1087) y autores de la medicina árabe como Avicena (980-1037) e Ishaq Ibn Imram, de gran trascendencia en la historia del pensamiento médico medieval. Todos eran portadores del pensamiento galénico, sosteniendo que el factor causal principal de la melancolía era el exceso de la bilis negra.

Avanzada la Edad Media, época de prevalencia de interpretaciones demonológicas de la enfermedad mental, se muestra el estado depresivo -la melancolía - como consecuencia y casi como castigo de una existencia culpable, y empezó a utilizarse el término *acedia* (*accedia*, *acedia*, *acidia*) para denominar el trastorno.

En un principio se asociaba la acedia con la aflicción y la tristeza, y al hablar de ella se la denominaba como el "pecado de la negligencia o de la pereza", pero otras veces se refería a ella haciendo alusión a la desesperación. A finales de la edad media se la asocia con las luchas de los anacoretas contra el aislamiento y las tentaciones carnales. Se pensaba que estas luchas o tentaciones se producían por una excesiva atención a los asuntos terrenos mientras se afanaban en alcanzar la perfección espiritual y la unidad en el Señor.

Como podemos darnos cuenta, con el florecimiento del escolasticismo, y su análisis sobre la fe, cambió un poco el concepto de acedia y, si bien continuaba siendo considerada como un pecado, se le empezó a tratar desde la fisiología y a relacionarla con los temperamentos personales.

1.1.3 La Melancolía en el Renacimiento

Podemos decir que a pesar de las grandes contribuciones de esta época (tanto humanísticas como científicas y artísticas, fruto de un pensamiento más secularizado) la orientación galénica siguió prevaleciendo durante todo el S.XVI. Sin embargo, a medida que iba pasando el tiempo, se veía cómo declinaba lentamente, iniciándose frecuentes conatos de crítica sobre las posturas que imperaban en el medievo.

Entre los autores más destacados cabe señalar a Paracelso, Timothie Bright, André Du Laurens. El "Tratado sobre la melancolía" de Timothy Bright (1586), y el médico español Francisco Vallés (1524-1592), son los primeros que rechazarían el concepto demoníaco de la enfermedad, y algunos también la teoría humoral².

Estas críticas se convierten en sistemáticas en el Barroco. Consideramos interesante en esta época el testimonio de un ilustre enfermo, el clérigo y filósofo

² *ibidem*, p.137.

inglés Robert Burton (1644), con su libro "The anatomy of Melancholy". En donde podemos encontrar una explicación de la patogénesis de la enfermedad y referencias a veces a la teoría humoral, manteniendo una etiología multifactorial para la melancolía. Entre las causas generales contemplaba las sobrenaturales (Dios, demonios y brujos), las congénitas (hereditarias y vejez), las externas (**educación**, pobreza, terrores y miedos, muerte de amigos) y las internas (por enfermedades anteriores, o destemplado de partes concretas como corazón e hígado).

1.1.4 La Melancolía en los Siglos XVII y XVIII

En este siglo consideramos importante destacar que la teoría de los humores se reemplaza definitivamente por explicaciones médico-químicas. Richard Napier, contemporáneo de Burton, decía que los sentimientos experimentados por los melancólicos eran normales y que lo anormal era la intensidad con que se presentaban³.

En el siglo XVIII empiezan a utilizarse las explicaciones químicas y surgen otras explicaciones mecanicistas. El término "**depresión**" es mencionado por **vez primera** en los escritos sobre melancolía, y lo hace Samuel Johnson (1709-1784), describiendo su propio estado de aflicción.

Johnson nos habla de estar "bajo una depresión mental que encadena las facultades sin destruirlas, y deja a la razón el conocimiento del bien sin la capacidad para seguirlo"⁴

⁴ *ibidem*, p. 151.

1.1.5 La Melancolía en el Siglo XIX

Como veremos en este siglo fueron muchas las explicaciones teóricas surgidas, prestándose cada vez más atención al **curso del desorden**. La figura más representativa a finales del XVIII fue Pinel (1745-1826). En su "Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental", afirma que la melancolía consiste en un juicio falso que el enfermo se forma acerca del estado de su cuerpo que él cree un peligro por causas nimias, temiendo que sus intereses le salgan mal. Divide los desórdenes mentales en: **maniamelancholia- dementia-idiotismo**.

Los autores más destacados de la historia nosológica de la melancolía son: Kraepelin, Esquirol, Griesinger y Falret, junto a otros como Rush (que diferenciaba la hipocondría de la melancolía llamándolas tristimania y amenomanía), Maudsley; Von Krafft-Ebing y Mercier.

A finales de siglo, empezó a emerger un concepto de desorden afectivo que era similar al que prevalece en la actualidad. Los escritos de Jean Pierre Falret y Baillarger empezaron a hablar de "folie a double forme" y de "folie circulaire" para describir un desorden que era normalmente grave y que podía adoptar un carácter bipolar. Posteriormente Kraepelin (1896), siguiendo las observaciones clínicas de los psiquiatras franceses, **enunció el concepto de locura maniaco-depresiva** como entidad nosológica independiente.

1.1.6 Melancolía y Depresión en el Siglo XX

Es importante mencionar que los trabajos más representativos a principios del siglo XX fueron los de Emil Kraepelin (1856-1926), que se convirtió en una figura clave hasta mediados del S. XX. Kraepelin (1896) clasifica los estados melancólicos de manera muy semejante a la de sus contemporáneos. **Por vez primera se da importancia al término depresión, conservando el de melancolía para designar desórdenes en la senectud**. Reconoce que

numerosos pacientes deprimidos tendían a fluctuar hacia la manía y, en consecuencia, unificó manía y depresión en un único desorden. Sustituye las psicosis periódicas por psicosis maniaco-depresivas para referirse a un grupo en que incluía estados maníacos, estados depresivos, y estados mixtos. Él atribuye un carácter hereditario a la enfermedad, como factor etiológico más destacado.

Mencionamos a otro autor representativo de la época, Adolf Meyer (1895-1940) que da importancia, sobre todo, a la historia de la vida de la persona, y concibe los desórdenes psiquiátricos como reacciones de maladaptación y dependientes de la constitución y la experiencia vivida. Los de Henderson (1884-1965) y Gillespie (1897-1945) que clasifican los desórdenes depresivos en dos subcategorías principales: **psicosis maniaco-depresiva** y **melancolía involutiva**. Estos, además, mencionan otras formas más leves de depresión, que con frecuencia se presentan "enmascaradas". **Coinciden con Kraepelin en que la predisposición hereditaria es el factor etiológico más importante**, añadiendo que "cuando los desórdenes maniaco-depresivos surgen de la nada, sin ningún factor de precipitación definido, se denominan constitucionales o endógenos. En otros casos, no obstante, en los que parece haber existido algún factor precipitante más o menos adecuado, tanto físico como psíquico, hablamos de excitaciones o depresiones reactivas"⁵

Gillespie clasifica al trastorno depresivo en: **depresiones reactivas y depresiones autónomas (endógenas)**. En 1950, **Kurt Schneider**, considerando que sólo una minoría de casos merecía realmente el calificativo de maniaco-depresivo, propone el término de "**psicosis ciclotímicas**", término que tiene una gran aceptación. Finalmente, la innovación terminológica de "**psicosis fasotímica**" propuesta por **Alonso Fernández** (1976), permite recoger en el mismo vocablo las dos características básicas: la distimia vital, triste o eufórica, y el curso fásico.

⁵ *ibidem*, p. 192.

A lo largo de todo este período, surgieron otras discusiones en torno a una serie de dicotomías propuestas para clasificar los desórdenes melancólicos y depresivos. Las distintas propuestas hacen referencia a: endógeno-exógeno, endógeno-neurótico/psicótico-exógeno, primarias-secundarias, unipolar-bipolar, etc., debate que aún no está del todo resuelto.

Consideramos que otra de las contribuciones importantes, en torno a los trastornos afectivos en general, y que no debemos pasar por alto, es la de **Sigmund Freud** (1917) y sus colegas psicoanalistas. Freud en su obra "**Duelo y melancolía**", utiliza el término **melancolía** para referirse al **cuadro clínico atribuido actualmente a la depresión**.

Finalmente **Melanie Klein** (1882-1960), apuntó una serie de posiciones básicas como fases del desarrollo normal. Dice que el niño en la segunda mitad del primer año, pasa por una *posición depresiva* en la que experimenta sentimientos depresivos que alcanzan su clímax justo antes, durante y después del destete. Según la autora ésta sería una melancolía "instatu nascendi".

También actualmente existen las discusiones en torno a los paradigmas que atribuyen la depresión a descompensaciones bioquímicas orgánicas y autores como Hornstein Luis, opina "Las depresiones deben ser abordadas desde el paradigma de la complejidad" y así entender el desequilibrio neuroquímico presente en las depresiones: como consecuencia de la acción conjunta, y difícilmente deslindable, de la herencia, de la situación personal, la historia, los conflictos neuróticos y humanos, la enfermedad corporal, las condiciones históricas-sociales, las vivencias, los hábitos y el funcionamiento del organismo⁶.

⁶ Cfr. L. Hornstein, *Las Depresiones*, p.11.

1.2 LA DEPRESIÓN COMO TRASTORNO

Considerando los numerosos estudios realizados por la OMS (Organización Mundial de la Salud), **actualmente la depresión constituye uno de los principales problemas sanitarios**, según los datos epidemiológicos, y razones cualitativas, ya que esta afección ocasiona sufrimientos individuales y comunitarios considerables.

Importante es considerar que Psicopatológicamente, la depresión hace honor a su nombre, derivado de *depressio*, palabra latina que significa "abatimiento, descenso, concavidad", traduciéndose por un abatimiento de la vitalidad, psíquico y físico, que se extiende al estado de ánimo, a la impulsividad, a la sociabilidad y a la regulación de los ritmos, podemos decir, **las cuatro dimensiones o parámetros de la estructura clínica de la depresión**.

Cuando hablamos de **las cuatro dimensiones de la estructura de la depresión**, estamos aludiendo a un concepto relativamente novedoso, propuesto por Alonso Fernández y que él denomina "**modelo tetradimensional**". Este modelo trata de interpretar la enfermedad depresiva como algo más que un "problema afectivo", tal como viene tratado en el DSM-IV para convertirse en un "trastorno de la vitalidad" total del sujeto en un entramado que comprende un doble carácter, psicomorfo y somatomorfo.

Antes de seguir avanzando en el concepto hemos de distinguir la depresión como dolencia clínica o enfermedad de la depresión, como expresión empleada para referirse a sentimientos de tristeza e infelicidad.

La tristeza es un sentimiento displacentero motivado por alguna adversidad de la vida, concreta y definida, y que todo el mundo ha experimentado alguna vez; en cambio, el sufrimiento del enfermo depresivo, dice Alonso Fernández⁷, "es

⁷ F. Alonso-Fernández, *La Depresión y su Diagnóstico: Nuevo Modelo Clínico*, p.1.

profundo y difuso, se infiltra en la mayor parte de los procesos psíquicos y corporales y suele asociarse con otros signos y síntomas que reflejan la falta de impulso, la pérdida de la comunicación y la irregularidad imperante de los ritmos biopsíquicos". Por ello, identificar un estado de tristeza o infelicidad con depresión es una trivialización fruto del desconocimiento.

El hecho de que se haya reducido la depresión en el DSM-IV a un trastorno afectivo, representado éste por vivencias afectivas, intelectuales y volitivas, ha sido producto de la separación que reina entre las distintas perspectivas o escuelas.

1.3 ETIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

Consideramos que la etiología de la depresión es compleja, en ella intervienen múltiples factores, tanto genéticos, biológicos como psicosociales. Dentro de los biológicos hay evidencias de alteraciones a nivel de neurotransmisores, citoquinas y hormonas, además de modificaciones en los sistemas nervioso, inmunológico y endócrino. La psiconeuroinmunología ha demostrado alteraciones en el eje Hipotálamo-Hipófisis-Suprarrenal mediadas por citoquinas; alteraciones inmunológicas asociadas a neurotransmisores en la depresión mayor, dentro de las cuales: reducción del número de transportadores de serotonina en linfocitos de sangre periférica de pacientes deprimidos. Esto demuestra una relación directa entre la serotonina y el sistema inmunológico en este trastorno afectivo.

En este apartado abordaremos diferentes corrientes que exponen la etiología de la depresión y éstas serán explicadas más ampliamente a lo largo del escrito.

La orientación biologicista sostiene que la emoción tiene un origen físico, es decir, los cambios corporales que acompañan a la aparición de una emoción son su causa y por tanto esto mismo puede decirse de la depresión. Ésta sería un

trastorno que vendría a manifestarse a través de ciertos signos somáticos que a la vez representan la explicación de su origen.

Dentro de este marco se encuentran las alteraciones neurohormonales, fundamentalmente las concentraciones plasmáticas de cortisol, tiroxina, melatonina y el posible origen genético de estas alteraciones.

Las teorías psicoanalíticas sostienen que la explicación básica de la conducta, sobretodo de las emociones perturbadas, ha de buscarse en los conflictos generados entre el inconsciente y los dictados de la razón. Estos conflictos se originan en la infancia a partir de los deseos inconscientes, de carácter fundamentalmente sexual, de los niños hacia sus padres y en su choque con las normas.

Los trabajos de Sigmund Freud respecto al Duelo y la Melancolía contribuyeron bastante a la comprensión de los mecanismos inconscientes que siguen la depresión normal y la patológica, y en el aporte psicoanalítico, es importante tomar en cuenta estos aspectos.

La teoría Cognitiva propone que la persona afectada, a lo largo de la vida ha distorsionado sus pensamientos sobre sí mismo y su entorno en forma negativa llegando finalmente a conclusiones erróneas, negativas, de sí mismo, sus experiencias y la visión que tiene del futuro.

Por su parte los conductistas también han contribuido a formular hipótesis para explicar el problema: la depresión está condicionada por un patrón estable de conducta caracterizada por incapacidad para interrumpir el estímulo nocivo y escapar de eventos traumáticos, al parecer, de acuerdo a estos estudios, se puede concluir que el deprimido “ha aprendido a no defenderse”.

Los estudios de los tipos de personalidad nos proporcionan datos interesantes: ciertos tipos de personalidades, cuyas características son la escrupulosidad, el sentido del deber, perfeccionismo, la falta de espontaneidad y el afán de orden (personalidades obsesivas) son más propensas a desarrollar depresión.

Se ha hablado del estrés psicosocial (Agudo: muerte de familiar, divorcio; y crónico: desempleo, sobrecarga de trabajo, conflictos matrimoniales), factores que sin duda propician o desencadenan la depresión. Conviene enfatizar que al respecto, una pérdida parental precoz es común encontrar en la historia de las personas deprimidas. Si sabemos que el funcionamiento neuronal no es ajeno a las influencias del medio ambiente, nos queda claro que el estrés psicosocial juega un papel importante al respecto.

1.4 CLASIFICACIONES DE LA DEPRESIÓN

Como vimos anteriormente, la depresión viene determinada por diversos factores causales, como corresponde al condicionamiento nosográfico de un síndrome. El síndrome depresivo vital se sistematiza en cuatro entidades nosológicas:

- a) Depresión genética, representada por componentes hereditarios.
- b) Depresión somatógena como producto de afecciones corporales, medicamentos y drogas.
- c) Depresión psicógena como producto de un carácter neurótico.
- d) Depresión sociógena, como reacción a situaciones ambientales perturbadoras.

Alonso Fernández, propulsor de este modelo, prefiere denominarlas respectivamente así: depresión endógena, depresión sintomática, depresión neurótica y depresión situacional. Veamos brevemente cómo se configura cada una de ellas⁸.

⁸ *ibidem*, pp.136-163

1.4.1 La Depresión Endógena

En síntesis podemos decir que la etiología de la depresión endógena corresponde a un tipo de depresión determinada genéticamente, es decir, hereditaria. Los marcadores biológicos genéticos que se conocen son de ligazón cromosómica y de vulnerabilidad genética. Estos últimos se caracterizan por anomalías hereditarias (hiperfunción colinérgica), mientras que los marcadores cromosómicos se asocian a un sector del "cromosoma X" y al "cromosoma 6". Habitualmente se acompaña de presencia de familiares con este trastorno y en general de una sobrecarga familiar depresiva. Alonso Fernández, califica a la depresión endógena como el cuadro depresivo habitualmente más intenso y completo que se caracteriza por:

- Antecedentes personales de episodio hipertímico.
- La característica principal es un temperamento ciclotímico, que suele presentar oscilaciones en la escala de la tristeza-euforia, hundimiento exaltación, y una alta capacidad de sintonización con las demás personas.
- Presencia de melancolía, entendida ésta como un cuadro depresivo intenso, adscrito a las psicosis maniaco-depresivas.
- Se encuentra implícita en distintas modalidades de depresión con términos muy dispares: depresión endogenomórfica, depresión vital, depresión mayor, depresión psicótica congruente, depresión autónoma y melancolía.
- Se desarrolla desde dentro de la persona.

En torno a ellas, los síntomas son descritos por distintos autores de forma desigual. Tomando como referencia las cuatro dimensiones del modelo tetradimensional de Alonso Fernández, los síntomas se distribuyen así:

- *Dimensión I:* dolor moral o sufrimiento por vivir, acompañado de tendencias suicidas; hipocondría acompañada de trastornos corporales difusos; sentimientos de culpa con la desesperanza.
- *Dimensión II:* aburrimiento y/o desgano, asociado con la sensación de no tener sentimientos; disminución de la actividad psicomotora habitual con agotamiento o cansancio precoz.
- *Dimensión III:* reducción del lenguaje hablado con sensaciones de recelo y desconfianza; falta de reactividad a los estímulos agradables, acompañada de sensaciones de soledad.
- *Dimensión IV:* insomnio medio, acompañado de empeoramiento por las mañanas; despertar precoz o insomnio terminal, acompañado de pérdida de apetito-peso.

En cuanto al diagnóstico, los datos familiares y de la personalidad previa poseen un gran valor para identificar la depresión endógena.

1.4.2 La Depresión Sintomática

Podemos decir que son depresiones originadas por trastornos del organismo, bien producidos por una enfermedad orgánica o física o por la administración de algún medicamento o droga. Este tipo de depresión es la que se relaciona con la drogodependencia y la alcoholdependencia. La depresión sintomática se divide en:

Depresiones somáticas: producidas por enfermedades físicas extracerebrales (cardiopatías, endocrinopatías, metabopatías, etc.).

Depresiones orgánicas: determinadas por una enfermedad física cerebral (tumor cerebral, afección vasculocerebral, traumatismo craneoencefálico, etc.).

Depresiones farmacógenas: causadas por la administración de algún fármaco o droga.

La depresión farmacógena es generada por diversos agentes etiológicos, procedentes del campo médico o de las sustancias dependígenas o drogas. En la mayor parte de ellas, el efecto depresivo proviene de la interferencia causada por dichas sustancias en el metabolismo de los neurotransmisores en el cerebro, particularmente la noradrenalina. La relación causal es difícil de establecer, por ello, la utilización prolongada las convierte en factores de riesgo de contraer depresión. En cuanto a la depresión somática general y cerebroorgánica, los enfermos más propensos a padecerla son los que sufren enfermedades graves en sentido médico, y los que tienen antecedentes de depresión. Las enfermedades físicas, donde la capacidad depresógena se encuentra debidamente contrastada, son: procesos renales avanzados sometidos a diálisis; período inmediato al postinfarto de miocardio; en cirugía coronaria; el cáncer u otros procesos malignos; ciertas enfermedades endocrinas, metabólicas y neurológicas; SIDA. Además, la demencia de Alzheimer y la enfermedad de Huntington son anunciadas a menudo por un cuadro depresivo.

Este tipo de depresión suele plantear problemas diagnósticos, puesto que el cuadro depresivo puede aparecer como consecuencia de otros factores psicosociales asociados a la enfermedad como: pérdida de independencia personal, sometimiento a normas hospitalarias, temor a perder el empleo; sufrimientos, temores y frustraciones que integran la vivencia de la enfermedad, acompañada de un estrés psicológico. Por ello, resulta difícil comprobar la existencia de un factor de causalidad real que parta de la enfermedad física cerebral o extracerebral o del agente químico para originar la depresión. Las dudas apuntan a si se trata de una depresión sintomática auténtica o de una depresión que coexiste con ciertos trastornos del organismo.

El cuadro clínico se agrupa en tres psicosisíndromes:

- El *psicosíndrome de transición*: sin trastorno de la conciencia, que puede ser puro o asociado a trastornos psicomotores, alucinatorios o amnésicos, sensación de debilidad y falta de energía vital.
- El *psicosíndrome con alteración de la conciencia*: la clásica psicosis exógena aguda.
- El *psicosíndrome exógeno* (somático) y orgánico, con obnubilación de la conciencia en el primer caso, y el deterioro de la inteligencia en el segundo.

1.4.3 La Depresión Situacional

Incluimos en esta categoría aquellas depresiones determinadas primordialmente por circunstancias psicosociales conflictivas o traumatizantes, aunque su agente determinante no consiste en esa vivencia aguda y aislada, sino en la situación prolongada de la misma. Dado que también una situación traumatizante puede determinar un cuadro de depresión endógena, la depresión situacional sólo puede diagnosticarse después de haber excluido la posible existencia de aquélla.

Podemos decir que las situaciones depresógenas más determinantes suelen ser: pérdidas significativas de tipo afectivo o relacional, que inciden sobre el estado de ánimo; sobrecargas emocionales producidas por grandes tensiones emocionales o estrés acumulado, que afectan al caudal de las energías e impulsos, con un hundimiento general; el aislamiento o la inactividad generada después de la liberación de una situación opresora o de la descarga de una preocupación, que incide sobre la regulación de los ritmos; y las situaciones de desarraigo producidas por cambios bruscos como mudanzas, cambios de trabajo, emigración; no asimilados por el sujeto, que se manifiestan con crisis y rupturas del ritmo habitual de la vida. También, pueden intervenir como agentes provocadores ciertos acontecimientos de la vida, o ciertas características o circunstancias familiares.

Los **"acontecimientos vitales"** y las **"pérdidas"** son consideradas como los causantes principales de la depresión situacional. Los acontecimientos vitales constituyen una incidencia aguda e intensa, que opera a modo de estímulo y tiene un origen externo al sujeto, con lo cual éste se remite a recibir el acontecimiento pasivamente.

Estas situaciones suelen identificarse con el área de las relaciones sociales, al modo de agentes estresantes sociales. Existe la evidencia de que el número y la intensidad de los acontecimientos vitales estresantes se relacionan positivamente con la incidencia de cuadros depresivos. La explicación de por qué los mismos acontecimientos no producen siempre depresión, reside en el hecho de que algunas personas son portadoras de una vulnerabilidad para la depresión que puede ser precipitada por un acontecimiento vital. Es la interacción que se produce entre el sujeto y el acontecimiento vital lo que se considera situación depresógena y no al acontecimiento por sí solo.

En conclusión podemos decir que la depresión situacional no se puede conceptualizar como reactiva ya que implica modificaciones conceptuales significativas como: las de poseer una etiología estructurada en forma de una situación; la de no dejarse catalogar como una reacción, ya que no cumple las condiciones propias de una reacción vivencial; para obtener su remisión clínica no resulta casi nunca suficiente la supresión de la situación depresógena y la de implicar ciertas alteraciones biológicas neuroquímicas, acompañadas de una alta sensibilidad a los fármacos antidepresivos. Por eso, para algunos, en el diagnóstico de depresión endógena es prioritario excluir el de depresión situacional. El agente etiológico primordial de la depresión situacional, es aceptado como la situación conflictiva yo-mundo. Los cuadros clínicos de la depresión situacional no suelen ser tan completos ni acentuados como los de la depresión endógena. Aquí se incluyen la mayor parte de los cuadros depresivos primarios unipolares no endógenos.

1.4.4 La Depresión Neurótica

Este tipo de depresión nos lleva a hacer referencia de los trastornos "neuróticos" de la personalidad predepresiva. El tipo de personalidad más propenso es la insegura, puntual, pulcra y puritana, con una fuerte carga de autoexigencias y un gran sentido de responsabilidad, hipervigilancia de la conciencia moral, la escrupulosidad, la seriedad desmedida, el perfeccionismo, el exagerado afán de orden, la desmedida autoexigencia con relación al trabajo y a los rendimientos y una notable tendencia a la responsabilización, con una falta de medida en la valoración de lo pequeño y de lo inútil o insignificante. En cuanto a las relaciones humanas, mantienen lazos de fidelidad tanto con las amistades como con la familia. La depresión se produce cuando se rompe ese orden del sujeto por circunstancias vitales externas. Cuando hablamos de depresión neurótica nos referimos a aquel grupo de depresiones en cuya determinación han tomado un papel primordial los factores neuróticos. Serían depresiones secundarias a una neurosis. Pero se debe enlazar con una modalidad de personalidad comúnmente descrita como personalidad neurótica. En las definiciones que se han dado sobre neurosis observamos que sostienen, por un lado, que éstas son el resultado de la incapacidad para resolver adecuadamente los conflictos que existen en el psiquismo. Por otro, que son consecuencias del fracaso del "yo" en la labor de integrar los impulsos instintivos del "ello", junto a las exigencias normativas y prohibitivas del "superyo" y las presiones de la realidad externa.

El cuadro de la depresión neurótica no suele ser ni muy intenso ni muy amplio. Se acompaña de síntomas neuróticos, sobre todo de elementos relacionados con sentimientos tímicos (miedo, temor, inseguridad, angustia y ansiedad), de autosubestimación de la personalidad y de algunas producciones fóbicas.

Es importante mencionar que este cuadro depresivo viene desencadenado por situaciones de frustración, sufrimiento o decepción, muchas veces determinadas por la evolución infantil, que convierte estas situaciones en patógenas. **Ante las**

situaciones desagradables, el yo intenta defenderse de los impulsos amenazadores, pero aparece la depresión y, por ella, los síntomas.

En cuanto a los sentimientos tímicos, vemos cómo en la angustia neurótica prevalecen las notas psíquicas sobre las corporales, y se imponen sensaciones de inquietud, sobresalto y falta de aire, admitiéndose que **la angustia ha tomado una forma especial, la ansiedad. No debemos emparejar nunca depresión y ansiedad.** En la escala tímica podemos encontrar: miedo, temor, terror, pánico, inseguridad, angustia, ansiedad.

Algunas derivaciones de este estado serían: neurosis de ansiedad, neurosis fóbica y neurosis obsesivo compulsivas. Desde el punto de vista sintomatológico la depresión neurótica es la más peculiar. Lo más característico es la ansiedad, la despersonalización, hipocondría, desrealización y otros elementos neuróticos. Raramente se presentan tendencias suicidas e indicadores biológicos. Hay autores que definen este modelo de depresión como un modelo integrador de depresión y ansiedad. En general, tanto desde el plano semiológico como terapéutico, es una depresión muy peculiar.

1.5 LA DEPRESIÓN DIFERENCIAL

Actualmente se puede decir que se ha generalizado la concepción de que el síndrome depresivo presenta en las distintas edades una etiología y un cuadro clínico diferente, no quedando con ello excluido el hecho que se compartan en los distintos niveles muchos aspectos. En general se observa un origen común de la enfermedad y una patogenia similar, a la vez que variaciones importantes en el cuadro clínico dictadas por el estadio evolutivo correspondiente a la edad cronológica en que se encuentre el sujeto. Para otros autores además la edad

justifica perfectamente un tipo de clasificación particular, puesto que con frecuencia presentan características clínicas específicas⁹.

A pesar de que son muchas las publicaciones existentes sobre cuadros depresivos específicos, como los que aparecen junto a una enfermedad física (la depresión en enfermos de cáncer) o como reacción a un acontecimiento de vida importante (la depresión post-parto), los autores clasifican este tipo de depresiones en torno a categorías dependientes de los distintos períodos evolutivos del sujeto.

De acuerdo con la psicopatología cultural del desarrollo, podemos distinguir como formas clínicas diferenciadas por sintomatología específica, las depresiones de la infancia, adolescencia, edad madura y vejez, porque se constituyen desde cuatro formas culturales diferenciadas.

Así, hablamos de:

- Depresión infantil.
- Depresión del adolescente.
- Depresión en la edad madura.
- Depresión en la senectud.

1.5.1 La Depresión en la Infancia

La depresión en la infancia, como veremos más ampliamente en capítulos posteriores, se ha visto sujeta a grandes controversias en la historia de la investigación. Afortunadamente, hoy goza de total autonomía, y aunque todavía se trata de diagnosticar y tratar de forma similar a la depresión en la edad adulta, es más por una limitación de recursos adaptados a la infancia, como instrumentos de diagnóstico y sistemas clasificatorios, que porque no se acepte una depresión diferencial específica para esta edad.

⁹ Cfr. S. Arieti, *Psicoterapia de la Depresión*, p. 24

Dentro de la infancia, a su vez, se pueden establecer distintos subestadios, en función de la edad, que hacen al niño más o menos vulnerable; de ahí que dependiendo del período de edad estudiado, los autores se posicionen a favor o en contra de la existencia de este síndrome.

Los períodos más importantes se sitúan en torno a tres niveles de edad específicos: la lactancia (de 0 a 2 años aproximadamente), la edad preescolar (alrededor de los dos hasta los 5 años) y la edad escolar (hasta los 10 u 11 años).

1.5.2 La Depresión en la Edad de la Lactancia

Es éste uno de los períodos de edad más estudiados históricamente. Entre los trabajos más importantes destacan los de Spitz, Bowlby y Klein. Todos sostienen la existencia de un cuadro dominado por la tristeza y el retraimiento que se producía en el bebé cuando éste era separado de su madre.

Otros autores, sin embargo, aún aceptando la existencia de estos casos, sostienen que son reacciones a carencias afectivas o enfermedades orgánicas, pero que no tiene que ver con lo que se entiende por depresión. Autores de tendencia no psicoanalítica discuten estas propuestas.

1.5.3 La Depresión en la Edad Preescolar

No se conocen trabajos amplios alrededor de esta edad, por lo que la mayoría de los autores sostienen que son muy raros los síntomas depresivos en este período, y que es posible que no puedan presentarse hasta que no se alcance un mayor grado de madurez. Otros, sin embargo, atribuyen esa escasez de casos encontrados al hecho de que los niños a esta edad aún no pueden exteriorizar sus sentimientos depresivos.

1.5.4 La Depresión en la Edad Escolar y Adolescencia

Es este el período de edad que más atención está recibiendo en los últimos años, siendo muchas las publicaciones generadas al respecto. En general podemos observar cuadros clínicos similares a los que se presentan en el adulto, pero con características diferenciales. Por otro lado, las tasas de prevalencia e incidencia son cada vez más altas en todo el mundo. Ello ha hecho que se acepte por unanimidad la existencia de la depresión en la infancia. Hoy la controversia gira en torno a otros parámetros tales como cuadro clínico, criterios diagnósticos, etiología, etc. aspectos que estudiaremos en próximos capítulos dedicados específicamente a ello.

Si bien, como hemos mencionado, aún existe la duda de si podemos hablar de síndrome depresivo en la infancia, sin embargo nadie duda la existencia de depresiones en la adolescencia. Es más, la aceptación universal de la adolescencia como una época difícil por la confluencia de diversos cambios, y la normal oscilación de estados de ánimo, ha hecho que se consideren normales muchos trastornos cuando se dan en esta edad, entre ellos la depresión. El problema pues, está en diferenciar los verdaderos estados depresivos de los normales episodios de abatimiento, producto de la remodelación de la estructura psíquica del individuo, que se produce como consecuencia de los masivos cambios biológicos, sociales y psicológicos que se dan en la adolescencia.

Este estado en la adolescencia, se produce cuando el individuo rompe con los lazos del pasado para forjar una nueva imagen de sí mismo. Las presiones que el "ello" y el "superyo" ejercen en el proceso de formación hacen de la adolescencia un período turbulento de inestabilidad emocional. Los cambios que se producen en esta edad conllevan en sí mismos una vivencia. La desidealización y autonomización de los padres así como la renuncia de los vínculos infantiles, dan origen a un sufrimiento mental que absorbe al adolescente, volviéndole malhumorado, negativista, pudiendo desembocar en un estado de sufrimiento

psíquico de angustia y de depresión. Otras posiciones afirman que no hay adolescencia normal sin depresión, o sin momentos depresivos y no por ello deba asociarse o identificarse con depresión clínica.

Alonso Fernández en una posición frente a la defensa de la depresión diferencial en la adolescencia manifiesta:

"Ya es hora de que el síndrome depresivo del adolescente deje de enfocarse erróneamente como una crisis del desarrollo, como un período de modificación de las relaciones objetales, como el producto de un super-ego internalizado o como una perturbación educacional corregible con medidas pedagógicas punitivas. La depresión del adolescente significa nada más y nada menos que una encrucijada, patológica en extremo, que rompe e interfiere el desarrollo de la personalidad y, a la vez, proporciona grandes sufrimientos y suscita importantes riesgos".¹⁰

Como podemos observar, las dificultades existentes para explicar el problema de la etapa evolutiva de la adolescencia, ha generado muchas polémicas a la hora de describir el síndrome depresivo en este período. Sin embargo, en general se sostiene que la depresión adolescente es una entidad diagnóstica identificable en la adolescencia.

Actualmente las polémicas giran, del mismo modo que en la infancia, en torno a sus características diferenciales. Mientras unos defienden un cuadro similar al que se produce en el adulto, otros tratan de justificar cuadros específicos para la infancia y adolescencia. Veamos algunas características diferenciales halladas en torno a la etiología y sintomatología en la depresión de este periodo; dichas características serán abordadas en capítulos posteriores, sin embargo consideramos conveniente explicarlas aquí brevemente.

¹⁰ Alonso-Ferández, *op.cit.*, p. 185

a) *Consideraciones etiológicas:*

Partiendo de la premisa de que en el niño y adolescente puede aparecer la depresión igual que en el adulto, sitúa la depresión en la adolescencia en torno a tres niveles:

- *Factores genéticos y bioquímicos.* Los descritos en general para la psicosis maniaco-depresiva.
- *Factores de la personalidad.* Aquéllos que contribuyen a debilitar las bases narcisistas de la personalidad y a mantenerla en una dependencia exagerada hacia el entorno: separaciones frecuentes en la infancia, discontinuidad en la relación con la madre, conflictos familiares, depresión de la madre y sobre todo pérdida de la madre antes de los once años. Se encuentra también en los cuadros de los toxicómanos y los suicidas.
- *Factores biográficos y del entorno.* Situaciones de pérdida reales o fantasmáticas, conflicto y separación de los padres, utilización por uno o ambos padres del adolescente con fines narcisistas o de proyección de sus propios conflictos (incesto), confusión generacional y difuminación de las fronteras interindividuales o intergeneracionales, situaciones de marginación, descalificación y prohibiciones por parte de la familia, etc.

b) *Características de la depresión en la adolescencia:*

Observamos que los cuadros sintomatológicos de la depresión adolescente son muy polimorfos y varían en los distintos autores. El problema mayor con que se encuentran los clínicos a la hora de diagnosticar una depresión en la adolescencia es que, contrariamente a lo que sucede con los adultos, el adolescente no se queja de que está deprimido. Esto supondría confesar una debilidad y reconocer una dependencia, contra la que está justamente tratando de luchar.

Algunos autores defienden un cuadro clínico específico en la adolescencia, que con la edad se va semejando al del adulto. Otros la caracterizan más bien, por aquello que no aparece en el desarrollo normal de la adolescencia, que por la manifestación de signos positivos. (Male) habla de los "adolescentes taciturnos", en los que aprecia un rechazo por el mundo y sus objetos, interpretándose como un equivalente depresivo.

En general podemos decir que las formas depresivas más citadas hacen referencia a: culpabilidad, ansiedad e inhibición, humor depresivo, falta de energía y falta de sentido de la realidad. En la adolescencia precoz, sin embargo, las formas de depresión más frecuentemente encontradas son **fracasos y fobias escolares**, conductas antisociales y trastornos psicósomáticos y viscerales. Los síntomas más novedosos que se producen en esta época, respecto a la etapa infantil son: conductas hiperagresivas y delictivas, promiscuidad sexual y consumo indebido de drogas y alcohol. En general, la atipicidad propia de los cuadros depresivos de la adolescencia va disminuyendo a medida que el sujeto se aproxima al límite de la edad adulta. De este modo, en la adolescencia tardía se suelen observar cuadros depresivos más típicos y completos, produciéndose mayoritariamente apatía, pasividad, abstramiento, incomunicación, desgana, etc. en definitiva un prototipo de "sujeto instalado en la penumbra"¹¹.

Finalmente, otro apartado que consideramos importante en el cuadro sintomatológico son las tendencias a presentar anorexia y/o bulimia y otras psicopatologías adolescentes desde la perspectiva de la depresión.

1.5.5 La Depresión en la Edad Adulta

¹¹ Cfr. Arieti, op. cit., p.196

Los estudios sobre la depresión en la edad adulta son los más desarrollados científica y clínicamente. En este apartado nos enfocaremos a presentar algunos tipos de variables depresivas específicas de este período de edad.

La depresión de la mujer en la edad madura: "Síndrome del ama de casa"

El "síndrome del ama de casa", se considera una categoría más dentro de la depresión diferencial. Algunos autores han denominado así a la depresión que se desencadena en muchas mujeres a causa de la ruptura de factores psicosociales alrededor de los cuales fueron configurando sus vidas.

Consideramos que los parámetros más importantes son los relacionados con la mujer esposa-ama de casa. Muchas mujeres, al casarse renuncian a sí mismas y adoptan un estilo de vida incondicional, dependiente, a las necesidades y demandas de las personas que componen su entorno familiar. Ese rol que desempeñan, las hace sentirse útiles e importantes, hecho que cambia cuando los hijos se van haciendo mayores, autosuficientes y se despegan del hogar en el que ellas son las "amas". Suelen atravesar entonces, una crisis de identidad con un creciente vacío de realización personal y una marcada ausencia de perspectivas y de proyectos de futuro, que fácilmente desencadena en un cuadro depresivo con síntomas como cansancio, abatimiento, cambios psíquicos, etc. denominado **"síndrome del ama de casa"**¹².

Esta crisis se inicia, con frecuencia, con un sentimiento de pérdida afectiva por la separación de sus hijos. La mujer se muestra triste, dolorida y decepcionada, no se siente útil y acaba deprimiéndose, a menos que obtenga otras compensaciones y gratificaciones o que movilice eficazmente sus mecanismos de defensa.

En otros casos, menos frecuentes, la mujer se percata de que a lo largo de su vida, ha sido una víctima inocente de la familia y de la sociedad. Por ello le surge

¹² Cfr. E. González Duro, *Las Neurosis del ama de casa*, p.87

el resentimiento y un sentimiento de hostilidad. Sólo si esta hostilidad se transforma en un impulso consciente, en deseo manifiestamente agresivo (adquiriendo nuevos roles sociales, y cambiando su modo de vivir en la sociedad), la mujer podrá evitar su caída en la depresión y encontrará una salida positiva para la crisis, lo que requiere el apoyo de su pareja, los familiares y de la comunidad.

Pero estos desequilibrios psíquicos también se dan en mujeres que trabajan fuera del hogar, que además también desempeñan el trabajo tradicional de ama de casa. Algunos autores las han denominado "mujeres con doble vida". En nuestra sociedad, tradicionalmente rural, la familia proporcionaba a la madre una constante fuente de estima y afecto, así como una estimulación de su identidad personal y de su imagen social. Como consecuencia del descenso del número de hijos y la predominancia de la familia nuclear se ha producido un aumento del "síndrome del ama de casa".

Otros autores hablan, como factores causantes, de la cotidianidad, de las vidas monótonas, vacías y sin objetivos a las que se ven sometidas muchas mujeres, siendo amas de casa. Esta circunstancia genera una ansiedad y malestar. Se configura así un estado depresivo, que en cierto modo es una autoagresión psíquica, donde se toma al "yo" como objeto de odio. La imagen internalizada de ese objeto genera sentimientos ambivalentes, convirtiéndose en el blanco del odio, y del amor que había sido dirigido hacia el objeto perdido. Esta es la condición intrapsíquica que predispone a la depresión.

Ante la falta de amor, el depresivo desea expresar la intensa ira que siente hacia el objeto amado, pero su dependencia de éste le impide mostrar abiertamente su hostilidad. De modo que, a través de la depresión, la paciente puede vehiculizar su hostilidad hacia las personas más próximas, por las que se siente abandonada.

Los casos de depresión profunda son menos frecuentes, y suelen aparecer a partir de los 45 años, cuando la mujer comienza a perder casi definitivamente los objetos más significativos en su vida. En la mujer de 35 a 45 años, que aún mantiene fuertes vínculos familiares, la depresión no es, en general, muy acentuada. Suele mejorarse y curarse, pero en ocasiones se producen recaídas y la depresión tiende a cronificarse.

También hay mujeres que, por sus rasgos de personalidad, parecen especialmente predispuestas a sufrir una depresión, es decir, que tienden a una personalidad "predepresiva". Se trata de mujeres que sólo se sienten satisfechas cuando ven felices a los demás, cuando se saben útiles para los familiares, si no, se sienten inútiles, casi como un estorbo. No saben vivir por y para sí mismas. Y si no se sienten felices, consideran que será culpa suya o porque no lo merecen. Están abocadas a la depresión, a no ser que pudieran ser de otra manera y organizar sus vidas de un modo diferente.

1.5.6 La Depresión Post-Parto

Desde la época clásica se definió un cuadro clínico que presentaban las mujeres en la fase de puerperio. Los estudios recientes sobre esas alteraciones adscriben la sintomatología a tres tipos de síndromes: síndrome transitorio, psicosis puerperal y depresión moderada.

De esas alteraciones la depresión post-parto ha sido el síndrome más recientemente identificado y, consiste en la aparición de depresión y ansiedad tras el parto y que persiste después de la primera semana del nacimiento. Los síntomas más comúnmente encontrados son cambios de humor, desánimo, llanto, irritabilidad, fatiga, insomnio, síntomas de hipocondría y sentimientos de incompetencia y ansiedad ante el recién nacido. Los distintos estudios realizados, sin embargo, son muy dispares en cuanto a procedimientos y muestras utilizadas, por lo que no se ha llegado aún a conclusiones definitivas.

1.5.7 La Depresión en la Vejez

Con la jubilación se produce un "parón" en la vida laboral y profesional experimentándose una redefinición del "tiempo vital" (se tiene todo el tiempo, hay que "matar el tiempo", el tiempo se hace terminal). Este cambio y pérdida se hacen generadores de depresión.

Con la llegada de la vejez, además, se forjan alrededor de la persona de edad dos factores que muchas veces le sitúan al borde de la depresión. Por un lado, el descenso del nivel de vitalidad, originado a su vez por el envejecimiento fisiológico y psicológico progresivo. Por otro, a medida que se va desvinculando del mundo exterior (vida laboral, familiar y social) va teniendo más posibilidades para profundizar en su intimidad y desarrollar una vida interior más intensa. Esa vida interior muchas veces se ve inundada con la imagen de la muerte, y aunque el anciano suele aceptar la muerte sin temor, es ésta una de las constantes que más le acercan al enfermo depresivo¹³.

Podemos concluir que a lo largo de este capítulo profundizamos en el aspecto histórico que la depresión ha ido tomando en la psiquiatría y la psicología, así como las diferentes formas de manifestarse y sus clasificaciones. Es interesante hacer notar que no hay una depresión única sino un amplio rango de humores y de expresiones afectivas, pues el depresivo puede ser un agobiado en busca de estímulo, un ansioso en busca de calma, o insomne en busca de sueño; este agobio se puede expresar en la temporalidad, en la motivación y en la propia estimación.

¹³ *ibidem* p. 224

CAPÍTULO 2

ALGUNOS MODELOS EN LA CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

2. ALGUNOS MODELOS EN LA CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

Consideramos importante a lo largo de este segundo capítulo adentrarnos más de cerca en nuestra temática esencial **Depresión Infantil**, para ello es conveniente partir del desarrollo histórico y conceptual de la depresión para posteriormente poder hablar de clasificaciones de la depresión, para esto, hemos de remontarnos a la coyuntura de los siglos XIX y XX con Kraepelín, uno de los primeros que estableció un cierto orden en la nosografía de las psicosis de la afectividad; quien fundándose a la vez en datos etiológicos, constitucionales y evolutivos, hace grandes aportaciones.

La psicosis maniaco depresiva quedaba así caracterizada por una etiología genético-constitucional y un cuadro clínico que oscilaba entre fases depresivas y fases maníacas o hipertímicas.

2.1 Desarrollo Histórico y Conceptualización de la Depresión Infantil

La alternancia de fases hipertímicas y fases depresivas había sido tomada desde el siglo XIX por los psiquiatras franceses Falret y Baillarger para describir, respectivamente, la psicosis circular y la psicosis de doble forma.

Kraepelín distinguía cinco clases de depresión:

- Depresión endógena, incluida en las psicosis maniaco depresivas.
- Depresión psicógena, iniciada después de un estrés psíquico.
- Personalidad depresiva, caracterizada por un estado depresivo permanente.
- Depresión sintomática, que podía ser sintomática de una enfermedad somática o de otra enfermedad psíquica.
- Depresión involutiva, iniciada después de los 45 años, con una sintomatología próxima a la depresión endógena.

La descripción Kraepeliana constituyó el primer esquema nosológico, ya que se adaptaba a la estructura de la asistencia psiquiátrica de la época.

Tanto es así, que la concepción actual de los trastornos afectivos se encuentra todavía influida por sus ideas. Pero su esquema pronto se desmembró, dando paso a una gran variedad de clasificaciones diagnósticas, al no resultar del todo satisfactoria cuando se vio que muchos pacientes no encajaban bien en las categorías nosológicas clásicas y que no servían adecuadamente para las exigencias de la investigación farmacológica, bioquímica y epidemiológica.

Tomándose como punto de referencia la clasificación de Kraepelin se fueron desarrollando posteriormente numerosas tipologías clasificatorias, atendiendo a los distintos enfoques que se iban desarrollando alrededor de este síndrome. Entre las más importantes tenemos las de Guillespie (1929), Kiloh y Garside (1963), Carney et al... (1965), Kielholz (1966), Klein (1974), Pollit (1965), Van Praag (1965), Andreasen y Grove (1982).

Actualmente son otros los sistemas clasificatorios existentes, pero igualmente con ciertas discrepancias entre unos y otros. Andreasen¹ los divide en dos grupos: los que se usan en la práctica clínica y los que se usan en investigación.

Sistemas clasificatorios actualmente en vigor en la práctica clínica. Hay dos grandes sistemas:

A) Décima edición de la clasificación internacional de enfermedades.
ICD-10. (Organización Mundial de la Salud, 2007)

Este sistema de clasificación es complejo y a menudo se solapan algunas de sus categorías. La razón de su complejidad y amplitud tiene que ver con los objetivos de su elaboración. Este está hecho para que sea utilizado por los

¹ Andreasen, citado por Polaino A.-Lorete, *Las depresiones infantiles*, pp. 147-149.

psiquiatras de todo el mundo y se adapte a cualquier contexto cultural, social y económico. Apenas se parece a ninguno de los sistemas de clasificación de la depresión usados en investigación. Las categorías principales en el ICD10 hasta la adolescencia son:

- Orgánico, incluyendo desórdenes sintomáticos, mentales.
- Desórdenes mentales y del comportamiento debido al uso psychoactive de la sustancia.
- Desórdenes de la esquizofrenia, schizotypal y delusional.
- Desórdenes (afectivos) del humor
- Neurótico, tensión relacionada y desórdenes del somatoform.
- Los síndromes del comportamiento se asociaron a disturbios fisiológicos y a factores físicos.
- Desórdenes de la personalidad y del comportamiento del adulto
- Retraso mental
- Desórdenes del desarrollo psicológico
- Desórdenes del comportamiento y emocionales con el inicio que ocurre generalmente en niñez o adolescencia.

B) Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM- IV.

Esta clasificación fue diseñada para satisfacer las necesidades de clínicos e investigadores de un único país. Sin embargo ha tenido una gran acogida internacional y su uso es casi mundial. La mayoría de los desórdenes afectivos vienen agrupados en un solo encabezamiento, y no dispersos en las psicosis, neurosis y en los desórdenes de personalidad como sucedía en el ICD-9 y en el DSM-III.

Las subdivisiones que hace de los desórdenes afectivos, que en esta revisión denominan trastornos del estado de ánimo, son las siguientes:

- 1) Trastornos bipolares: presencia de uno a más episodios maníacos.
- Trastorno bipolar: tipo mixto maníaco y depresivo.
 - Trastorno ciclotímico: se suceden los episodios maníacos y de depresión mayor sin períodos de remisión.
 - Trastorno bipolar no especificado: con síntomas maníacos o hipomaniacos que no cumplen los criterios de un trastorno bipolar.
- 2) Trastornos depresivos: presencia de uno o más episodios de depresión sin episodios maníacos.
- Depresión mayor: tipo melancólico y tipo crónico.
 - Distimia: ánimo deprimido, pero los síntomas de los dos primeros años no concuerdan con los de depresión mayor.
 - Trastorno depresivo no especificado: con sintomatología depresiva que no cumple los criterios de ningún trastorno del estado de ánimo.

Muchos de estos sistemas de clasificación *han sido desarrollados por investigadores que creen que su utilidad primaria está en la clínica, es decir, creen que poseen una validez predictiva significativa. Sin embargo gran parte de los sistemas de clasificación aquí desarrollados, han tenido poco impacto sobre los sistemas clínicos.*

- Depresión endógena-exógena, desde el punto de vista sintomatológico, el concepto dualista de las depresiones obtuvo un apoyo importante con la publicación por Kiloh y Garside, estableciendo el perfil de depresión endógena y depresión neurótica. Esta clasificación dicotómica ha sido la más problemática y la más ampliamente estudiada por los investigadores y más usada por los clínicos².

En la práctica esta distinción es habitualmente intercambiable con la dicotomía endógena-neurótica o psicótica y neurótica.

² Cfr. Polaino A.-Lorete, *Las depresiones infantiles*, p. 175.

El concepto primitivo de depresión endógena alude a la depresión que "provenía de dentro" en oposición a la depresión "exógena" que era causada por razones externas. Con el término psicótico se tiende a destacar simplemente la intensidad de la sintomatología depresiva. En esta clasificación también queda implícito que lo psicótico está determinado básicamente por causas biológicas, y lo neurótico surge de la dinámica personal y de los acontecimientos vitales.

Se sabe, tras amplios estudios factoriales, que la depresión endógena posee un conjunto de síntomas característicos como trastornos en el sueño terminal, retardo psicomotor, cualidades diferentes en el estado de ánimo, pérdida de peso, dificultad para concentrarse, ánimo muy abatido e incapacidad para reaccionar a los cambios placenteros, que se dan en las situaciones vitales o en el entorno. Adivinar si tal o cual depresión ha sido o no precipitada por algún factor externo puede ser una tarea ciertamente difícil.

Por otro lado, las depresiones endógenas puras, en el sentido de carecer por completo de factores desencadenantes identificables, son muy raras.

Como este término ya no puede calificarse como "proveniente de dentro", hay investigadores que se preguntan si debemos mantener todavía el término endógeno. Klein (1974) ha propuesto en su lugar el término "endogenomórfico". La clasificación DSM- IV ha elegido el término "con melancolía" para hablar de estas depresiones.

La depresión reactiva implica un trastorno de aparición relativamente aguda precipitado por algún acontecimiento exterior, trastorno que probablemente se extinguirá tan pronto como la situación desencadenante sea controlada. Los estudios factoriales parece que han preferido usar el término "neurótico". Los síntomas característicos son: estado de ánimo susceptible de variación, rasgos histéricos, insomnio inicial, irritabilidad, hipocondrías, tendencia a las obsesiones, desencadenamiento súbito y factores precipitantes. La mayor parte de estos rasgos pueden ser más propiamente asociados con el concepto de neuroticismo que con el de reactividad.

Finalmente hay quien se refiere a las depresiones endógenas como equivalentes de las depresiones psicóticas, de modo que la subclasificación de la depresión se convierte en una subdivisión psicótico frente a neurótico.

El término psicótico tiene múltiples significados tales como: exigencia de que haya fantasías y alucinaciones o un notable trastorno en el pensamiento formal; pérdida de contacto con la realidad; que sea incapacitante y exija hospitalización; desorden muy severo; o cualquier desorden que en el ICD-9 sea clasificado entre las psicosis.

Actualmente, los hallazgos clínicos y neuroquímicos o neuroendocrinos en apoyo del concepto de depresión endógena son bastante notables.

- Depresión primaria y depresión secundaria. Tras las críticas hechas a la clasificación endógeno-exógeno surgen nuevos esquemas como el de la depresión primaria y depresión secundaria propuesta por Munro (1966), siendo luego más desarrollada por Robins (1972) y la escuela de Saint Louis en Estados Unidos³.

Es éste el primer criterio diagnóstico utilizado para calificar cualquier síndrome depresivo, y hace referencia a la historia natural de los antecedentes psiquiátricos del paciente. De lo que se trata es de averiguar la existencia o no de otra patología que pueda ser la causa de la depresión.

Si no se encuentra ninguna alteración previa que la explique la depresión será primaria. Si por el contrario ésta es producto de otra patología, la depresión será secundaria.

Otra cuestión en la distinción entre depresión primaria-secundaria se refiere a la naturaleza del diagnóstico anterior. De este modo la depresión secundaria puede serlo a alguna enfermedad, física o psíquica, o bien ser el efecto de

³ A. Chinchilla, *Guía Terapéutica de las depresiones*, p. 48.

alguna droga o fármaco, aunque actualmente han quedado eliminados los diagnósticos médicos.

Esta clasificación basándose en los siguientes criterios: cronología y presencia o ausencia de enfermedades asociadas, las define del siguiente modo:

- Depresión Primaria: sin antecedentes psiquiátricos, salvo episodios previos de depresión o manía y ausencia de afección somática conjunta.
- Depresión Secundaria: todo síndrome que no responda a las condiciones anteriores.

Los trastornos depresivos primarios a su vez pueden subdividirse en: unipolares y bipolares. Esta clasificación jerárquica, propone además que los trastornos unipolares vuelvan a ser subdivididos en base a la historia familiar, distinguiendo: depresión de comienzo temprano o "enfermedad de espectro depresivo" y, depresiones de comienzo tardío o "enfermedad depresiva pura".

Los factores diferenciales son: edad de comienzo, sexo y antecedentes familiares, siendo irrelevantes las diferencias clínicas.

Algunos investigadores se han preguntado si será preciso subdividir ulteriormente la depresión secundaria, debido a que los diagnósticos antecedentes son muy heterogéneos. Un intento ha sido el de la subdivisión de las depresiones secundarias en dos grupos: las caracterizadas por ansiedad (pánico, fobias, trastornos obsesivo-compulsivos, y, las que cuentan con diagnósticos previos relativos a conductas "actuadas" (personalidad antisocial, alcoholismo).

c) Depresión unipolar y depresión bipolar:

En base a la ocurrencia o no de manía, los trastornos primarios han sido divididos en dos enfermedades distintas: depresión unipolar y depresión bipolar.

- Depresión Unipolar: La psicopatología reside en el polo depresivo, es decir, sólo ha sufrido episodios de depresión.
- Depresión bipolar: su evolución se caracteriza por alternar entre fases maníacas y fases depresivas.

Esta subdivisión de los desórdenes afectivos es tal vez la más ampliamente aceptada en todo el mundo, adoptada por la clasificación de las enfermedades mentales de la OMS (ICD-9, 1978) y de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (DSM-III, 1988). A su vez ambas categorías han sido subclasificadas en distintos tipos por diversos autores.

Sin embargo, son varios los autores que se oponen a esta clasificación, por diversas limitaciones que presentan en el diagnóstico. Pero a pesar de esas limitaciones, la clasificación evolutiva de las depresiones en bipolares y unipolares, se considera en la literatura psiquiátrica como una importante contribución para la comprensión de la nosología de los trastornos depresivos, a la vez que útil, para la clínica y la investigación.

d) Categorización nosográfica multiaxial

Esta clasificación es propuesta por Alonso Fernández. Trata de aproximarse a una tipología nosológica fundamental del síndrome depresivo vital, y se desarrolla en la línea de la clasificación de las depresiones propuesta por Kraepelín.

En la categorización nosográfica multiaxial de las depresiones, propuesta por Alonso Fernández, atiende al establecimiento de correlaciones entre los ejes etiológicos, sintomatológico y evolutivo diferenciando entre:

- Depresión Endógena: con evolución bipolar y multifásica.
- Depresión Situacional: con evolución unipolar y multifásica.
- Depresión Sintomática: con evolución unipolar y unifásica.
- Depresión Neurótica: con evolución unipolar encronizada.

La descripción de cada una de ellas puede observarse en el apartado dedicado a la etiología de la depresión.

Finalmente, siguiendo un criterio cronológico (edad de aparición), la depresión puede clasificarse en:

- Depresión en la infancia.
- Depresión en la adolescencia.
- Depresión del adulto.

e) Depresión pura versus trastorno del espectro de la depresión versus depresión no familiar.

Este método de subclasificación fue propuesto por vez primera por Andreasen y Winokur (1979) y sus asociados. El propone un modelo familiar (partiendo de observaciones en estudios piloto), en el que sugiere que el alcoholismo, la personalidad antisocial y la depresión pudieran componer un espectro de trastornos interdependientes que tenderían a estar relacionados desde el punto de vista de la familia, y posiblemente también de la herencia, y que se manifestarían como alcoholismo y como personalidad antisocial en los varones y como depresión en las mujeres.

El problema surge cuando se ve que no cubre todas las posibilidades.

En consecuencia se ha desarrollado más recientemente un método más simple para estudiar los trastornos depresivos en base al historial familiar que queda así:

1. Desórdenes afectivos secundarios.
2. Desórdenes afectivos primarios:

* Bipolares.

* Unipolares:

- No familiares: historial familiar carente de enfermedades psiquiátricas.

- Puros: historia familiar únicamente de trastornos depresivos.
- Del espectro de la depresión: historia familiar de alcoholismo, personalidad antisocial, histeria o abuso de drogas, bien aislados o bien en combinación con la depresión.

2.2 Enfoque Psicodinámico

Estas posiciones se desarrollan en la década de los 50, y desde un principio se niegan a admitir que las depresiones se den en los niños antes de la pubertad. Este punto de vista se basa en distintas argumentaciones, pero la de mayor relevancia es la psicoanalítica.

La concepción freudiana de la depresión adulta se fundamenta a través de la interacción de las distintas instancias de la personalidad.

Algunos autores definían la depresión como consecuencia de una desviación de la agresión hacia el propio sujeto, por influencia de un superyó fuerte, es decir, la consideran como el resultado de un conflicto intrapsíquico entre un super-ego primitivo y un ego desvalido. En torno a ello se postulaba, siguiendo las teorías de Abraham y Freud, que como el super-yo no estaría estructurado antes de la adolescencia, no existe la posibilidad de elaborar un síndrome depresivo en la infancia. Si se conceptualiza la depresión como la pérdida de la autoestima derivada de un conflicto entre el yo-ideal y el yo-actual ("Si mismo"), dado que la autoimagen y el yo-ideal no se constituyen de forma estable hasta el final del período de latencia y durante la adolescencia, no es posible hablar de depresión a edades más avanzadas. Otra opinión explica que dado que el niño no dispone de un superyo lo suficientemente desarrollado e internalizado, la agresión no puede estar dirigida contra el propio sujeto, lo cual es condición indispensable a la hora de explicar el fenómeno depresivo.

Entienden que para que haya depresión en la infancia deben estar suficientemente desarrolladas determinadas estructuras metapsicológicas, que

no están adquiridas en las etapas evolutivas infantiles. Por esta razón, la mayoría de los trabajos se han centrado en el estudio de la depresión a partir de la etapa preadolescente. Como esta escuela es la que predomina en aquel momento, el tema queda casi excluido entonces de los manuales de la psiquiatría infantil. A pesar de ello, se cuenta con importantes aportaciones de esa época como las de Bakwin (1953) que tratan los temas de suicidio y depresión anaclítica, o las de Michaux (1953) que trata la depresión infantil de forma clara y contundente.⁴

Tiempo después otros psicoanalistas, señalaron que los síntomas considerados como indicadores de un síndrome depresivo sólo son fenómenos transitorios del desarrollo infantil que desaparecen con el paso del tiempo. La explicación que daban a la aparición de determinados síntomas es que, a distintas edades, existen marcadas diferencias en la prevalencia de síntomas depresivos y que muchos de los síntomas característicos de depresión aparecen con mucha frecuencia en niños normales.

Esta postura de la escuela psicoanalítica, mantenida durante mucho tiempo, ha sido criticada por otros autores psicoanalistas más próximos a la práctica clínica, que puntualizan que la depresión puede aparecer en cualquier edad, dependiendo sus manifestaciones sintomáticas y la experiencia depresiva del desarrollo alcanzado. Estos autores llegan incluso a aceptar y definir estados depresivos "normales" asociados a determinadas etapas del desarrollo como la etapa edípica, adolescencia, etc. En este sentido se expresa M.Klein (1921, 1945), al referirse a la "posición depresiva" como una etapa normal y necesaria del desarrollo psicoafectivo. Esta autora es la primera psicoanalista que habla de depresión en la infancia haciendo referencia a tres acontecimientos puntuales⁵:

- El trauma del parto, como pérdida del "feliz estado intrauterino", que crea el primer estado angustioso en el niño.

⁴ Cfr. Polaino –Lorente, *op.cit.*, pp. 194-198.

⁵ Cfr. S. Arieti, *Psicoterapia de la Depresión*, pp. 49-58.

- La etapa oral, en la que el niño experimenta su primera emoción en medio de un conflicto entre los impulsos libidinosos e impulsos agresivo-destructivos como consecuencia de la etapa anterior. Sería ésta la "etapa de la ansiedad depresiva". La depresión aparecería del tercero al sexto mes de vida, relacionada con el temor a perder el objeto amado: el pecho de la madre, ambivalencia entre lo bueno y lo malo.
- Sentimientos de hostilidad hacia el padre, al verle como posible competidor de las relaciones con su madre. Surgen así las reacciones depresivas, que manifiestan latentes sentimientos de culpabilidad, que el niño en ocasiones sublima para atenuar su ansiedad depresiva. Según la autora la "ansiedad depresiva" supondría pues, una etapa forzosa en el desarrollo evolutivo del niño. La depresión constituiría una respuesta comportamental normal, incluso con finalidad adaptativa.

La depresión constituiría una respuesta comportamental normal, incluso con la finalidad adaptativa.

A este autor se le critica la poca contribución que han tenido sus aportaciones en el desarrollo del concepto de depresión infantil, e incluso se ha llegado a decir que las mismas lo que han hecho es confundir más al clínico con sus concepciones antipsicopatológicas, traducidas en un concepto de normalización.

El psicoanálisis ortodoxo no atiende a determinados aspectos del desarrollo afectivo infantil, sostiene que la depresión infantil hay que enfocarla bajo los parámetros del desarrollo afectivo y cognitivo del yo, más que bajo los del "superyo" del psicoanálisis clásico.

Simultáneamente a las aportaciones Kleinianas, se abren paso algunas líneas de investigación, con metodologías más científicas y rigurosas, que tratan de explicar ese comportamiento infantil. Entre ellas tenemos los estudios de los efectos que se producían en los niños de corta edad cuando se les separaba, transitoria o permanentemente, de la madre.

Las aportaciones más importantes que se desarrollan en esta línea son las de Spitz (1946), y Bowlby (1952, 1960), y además las de Deutsch, Batwin, Freud y Burlingham, Schaffer, Heinicke.⁶ En todos estos trabajos se estudian las relaciones entre separación, experiencias de pérdida y la aparición de comportamientos afectivos patológicos caracterizados por la ansiedad y la depresión. Las conclusiones obtenidas hacen referencia a que, cuando al niño se le separa transitoriamente de su madre o le atiende una madre sustituta, aparece un comportamiento caracterizado por la ansiedad; en cambio, cuando la separación es definitiva y no goza de la presencia de otra figura materna, el nuevo comportamiento que emerge es típicamente depresivo.

Spitz se opone a los autores analíticos que atribuyen al recién nacido una vida mental complicada, llena de fantasías y conflictos entre instintos opuestos, sentimientos de culpabilidad y tendencias a la reparación. En el nacimiento, para Spitz, no hay aún procesos intrapsíquicos; no existe el pensamiento, la sensación, la percepción, ni la voluntad. Sostiene que en el lactante existe, en un principio, un estado inicial indiferenciado (no existe el "yo") a partir del cual y a través de la maduración y el desarrollo, todas las funciones se van diferenciando, adquiriéndose de forma lenta y continua, las distintas estructuras de los procesos psicológicos y, para él, el progreso y el desarrollo psicológico están esencialmente basados en el establecimiento de las "relaciones objetales" y sociales. Esas relaciones objetales se van a establecer en base a dos principios, el "principio del placer" y el "principio de la realidad". Por otro lado, el medio para él está compuesto por un solo individuo, la madre o su sustituto, con la que va a establecer esas primeras relaciones objetales.

Durante toda la mitad de su primer año, el niño centra toda su seguridad en la actitud mantenida por su madre. Consecuencia de la seguridad adquirida es el rápido desarrollo de la segunda mitad. Esa seguridad y desarrollo viene determinado por los vínculos o desarrollo afectivo. La función del desarrollo afectivo es la precursora del desarrollo perceptivo. En el desarrollo de la

⁶ Cfr. Polaino –Lorente, *op.cit.*, pp. 201-206.

percepción, los afectos de desagrado tienen su parte equivalente a los de placer. Ambos colaboran en la formación del psiquismo; la inactivación de uno de ellos sólo puede conducir al desequilibrio.

Las críticas que se le hacen a esta teoría, entre otras, es que la privación materna, por sí sola, no es suficiente para producir la aparición de la depresión. Desde esta postura se encuentran trabajos como los de Ainsworth (1969, 1977) que estudia las relaciones entre la conducta de apego y el comportamiento exploratorio, en niños de un año con la madre y sin la madre. Más tarde, las relaciones que se producen con dos tipos de madres, sensibles e insensibles. Las conclusiones a las que llega es que no todos los niños responden deprimiéndose ante la deprivación materna; que su exposición a situaciones extrañas puede ser tan irrelevante como una mayor o menor presencia de la figura materna, y que lo que de verdad importa es la interacción madre-hijo, es decir, la calidad de esa interacción, no la cantidad de tiempo que la madre está con el niño.

2.3 La Depresión Infantil Enmascarada

Alrededor de los años 60, surgen los conceptos de "depresión enmascarada" y de "equivalentes depresivos" para explicar la depresión en la infancia. Se sostiene que como las construcciones psíquicas y cognitivas no están lo suficientemente consolidadas en el niño, hecho que no le permitirá manifestar su afecto depresivo en forma de humor depresivo, propio del adulto, éste manifiesta su estado depresivo con sintomatología somática y trastornos psicopatológicos diversos, "equivalentes depresivos", "equivalentes conductuales".⁷

Desde este nuevo enfoque la mayoría de los autores sostienen que la depresión puede ocurrir en la infancia, pero cuando lo hace aparece de forma sumergida, con sintomatología somática y trastornos psicopatológicos diversos, que difieren de las normales manifestaciones depresivas. Estos se traducirían

⁷ J. Vallejo y C. Gastón, *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*, pp. 868-872.

en conductas observables y manifiestas como trastornos de conducta, hiperactividad, enuresis, trastornos del aprendizaje, quejas somáticas, desobediencia, delincuencia, fobias, irritabilidad, ansiedad de separación, bajo rendimiento escolar, etc.

Desde esta perspectiva, la ausencia de estado de ánimo disfórico, anhedonia y otros síntomas característicos de la depresión en el adulto no impiden considerar un afecto deprimido.

Se considera que la "reacción de depresión enmascarada" es la forma más habitual de manifestación depresiva en el niño más que la conducta y el humor depresivo presentes en el adulto.

Por eso manifiesta sus conflictos y estados por vía somático-corporal y conductual, encargándose la edad (hacia el umbral de la adolescencia) de diferenciar y configurar la sintomatología depresiva final.

Algunos autores señalan que las depresiones infantiles pueden enmascararse en forma de "trastornos psíquicos" como aislamiento, apatía, aburrimiento, ideas obsesivas, fobias, bajo rendimiento escolar y, "alteraciones de conducta" tales como conducta delictiva, inhibición, agresividad y agitación.

La reacción de "depresión enmascarada" es la forma más común de presentarse la depresión infantil, en cuanto que la conducta y humor depresivos se presentan con baja frecuencia. Hay tres vías de análisis sintomatológico: conducta y humor, fantasías y contenido del sueño y expresión verbal.⁸

Toolan y Sperling sugieren que los niños son incapaces de manifestar el afecto depresivo como lo hace el adulto y que por tanto representa el desorden a través de otros síntomas: trastornos gastrointestinales y del sueño, cólicos, dolor de cabeza, rabietas, huidas del hogar y propensión a los accidentes. Este

⁸ Cfr. Polaino –Lorente, *op.cit.*, pp. 234-235.

concepto difiere de la "depresión encubierta" descrita por Cytryn y McKnew (1972), quienes la consideran una modalidad infantil de defensa contra los sentimientos depresivos.

Actualmente, y a pesar de la vigencia obtenida en épocas anteriores, el concepto de "depresión enmascarada" ha perdido credibilidad y ha quedado casi abandonado en el marco de la psicopatología depresiva, al igual que el hecho de considerar como "equivalentes depresivos" determinados síntomas. Al respecto se prefiere hablar de una constelación de síntomas que formarían parte de un cuadro depresivo manifiesto y abierto propio de estas edades. Lo contrario, supondría caer en un error diagnóstico, al considerar cualquier trastorno psicossomático o conductual como depresión.

Al analizar la conceptualización que se hace de la depresión desde esta perspectiva, lo que se nos plantea es un problema conceptual, pues no nos permite diferenciar si estamos ante un síndrome depresivo o no, al no disponer de criterios adecuados para determinarlo. Ello es debido a que los síntomas que se toman como referencia para diagnosticar la depresión enmascarada, son característicos también de otros desórdenes psicopatológicos que pueden diferenciarse o no de la depresión infantil.

Otros autores entre los que destacan Kovacs y Beck, señalaron que el término es engañoso e innecesario. Consideran que esos mismos síntomas se dan en el adulto, y no se supone que enmascaran por ello una depresión, sino que son parte integrante de la misma. Carlson y Cantwel, reafirmaron esta opinión. Para ellos, junto a esta sintomatología se debe apreciar otra propiamente depresiva y concluyen que los trastornos conductuales es típico que se hallen presentes antes del inicio del episodio depresivo, y que a veces son tan significativos que pueden eclipsar la sintomatología depresiva, por lo que expresan que es más frecuente que sea el clínico y no el niño quien enmascare la depresión, por tanto, una evaluación clínica atenta y detallada permitirá constatar la presencia

de un síndrome depresivo que la restante sintomatología no enmascara por completo.⁹

Una crítica a todas esas concepciones:

- No existe una conexión lógica entre el síntoma equivalente y la supuesta depresión subyacente.
- No hay pruebas de que exista un afecto depresivo del cual el síntoma se considera equivalente.
- La presencia de la depresión se infiere únicamente a partir de fundamentos teóricos, lo que permite suponer que todo niño que no exhiba una manifestación directa de depresión después de una pérdida, debe estar expresándola de alguna otra manera.
- Se ha caído en el error de considerar que todo síntoma susceptible de ser interpretado como simbólico de privación oral (eje. Trastornos alimenticios) es un equivalente psicodinámico de la depresión.

2.4 La Depresión Infantil como un Desorden Clínico

Este concepto nace en EEUU. de la mano del DSM-III-R. La denominación científica del concepto es la de Depresión Mayor, y en el cuadro sintomatológico no se aprecian diferencias respecto a la depresión en el adulto. Esta orientación acepta la existencia de la depresión en la infancia, pero equiparándola a la del adulto, sosteniendo que ambas son fases de un mismo trastorno. El hecho de que se abogue por la continuidad del trastorno depresivo a lo largo de todas las edades no significa que en la infancia no existan unas características propias.

⁹ *ibidem*, pp. 279-295.

Estos autores, al sostener que la depresión se da en la infancia y que los aspectos esenciales del desorden son similares en niños, adolescentes y adultos consideran que incluso puede diagnosticarse utilizando los mismos criterios e instrumentos que en el adulto, sin embargo, que se pueda presentar una sintomatología asociada, ligada a la edad y al estadio de desarrollo, que no enmascaran la depresión, por lo que las manifestaciones de este cuadro no tienen que ser necesariamente idénticas.

El DSM-III-R ha influido decisivamente en la clínica entre la que goza de un relativo prestigio. Los avances que se han logrado en el esclarecimiento de los componentes biológicos, motivacionales, cognitivos y afectivos de la depresión infantil se produjeron al amparo de esta posición conceptual y hoy es uno de los sistemas clasificatorios más utilizados tanto en la clínica como en la investigación.

Sin embargo, en la actualidad son muchas las críticas que recibe pues algunos autores consideran que la subclasificación que hace de los desórdenes afectivos en niños, se ha realizado muy pobremente.

Polaino-Lorente, opina que tal y como se presentan los subtipos de trastornos en el DSM-III-R, no se puede saber si éstos existen o no.

Además añade que porque la depresión se pueda diagnosticar en niños, adolescentes y adultos, no significa las manifestaciones en los distintos grupos tengan que ser necesariamente idénticas.¹⁰

Cobo, al respecto dice así: "los criterios empleados por el DSM-III-R no son datos clínicos tratados estadísticamente, sino que más bien parecen el resultado de un consenso burocrático que fija un marco para aplicación de medidas. Creemos que tiene mayor interés una evaluación clínica, es decir, una apreciación de cada caso".¹¹

¹⁰ *ibidem*, p.287

¹¹ C. Cobo, *La depresión Infantil del Nacimiento a la Adolescencia*, p. 27.

2.5 La Depresión Infantil como Aspecto del Desarrollo

Alrededor de los años 70 se empieza a producir un despliegue de trabajos que sostienen, tras la observación de que los niños siguen manifestando estados depresivos, que existe un síndrome depresivo "diferencial" en la infancia independiente de la depresión adulta.

Este concepto se deriva de la psicología evolutiva que sostiene que el parámetro de desarrollo es el que puede ofrecer un punto de vista más acertado para el estudio teórico de la depresión infantil.

Bajo este enfoque, basado en los estadios de desarrollo, no se cuestiona la depresión en la infancia, sino el modo en el que ciertas limitaciones cognitivas y afectivas propias de cada período evolutivo, modulan la vivencia y expresión de la depresión. El desarrollo afectivo va ligado al desarrollo de estructuras cognitivas, que se van adquiriendo a lo largo de la infancia. Si los aspectos cognitivos se van modulando y adquiriendo de forma progresiva en las distintas edades, las vivencias afectivas van a ser distintas en los diferentes momentos del desarrollo, configurándose, entonces, el estado depresivo de una u otra forma en función del estado evolutivo en que se encuentre el niño. Esto equivale a decir que los síntomas van a cambiar a lo largo de los diferentes estadios o edades y por tanto, en la infancia tendría una sintomatología propia no equiparable a la del adulto. Ello nos permitirá diferenciar entre aquellos síntomas asociados al desarrollo normal, de aquellos más específicos del desarrollo depresivo. Esta sintomatología sería fundamentalmente la relacionada con problemas de conducta, tales como hiperactividad, agresividad, fugas, de ahí que se le haya denominado "depresión enmascarada", pues muchos profesionales equivocan su diagnóstico.¹²

La depresión sería, pues, una vivencia afectiva que requiere un elevado nivel de maduración cognitiva, ya que sería imposible sentir ciertas emociones, si no

¹² Cfr. V. Del Barrio, *La Depresión infantil: causas, evaluación y tratamiento*, pp. 26-30.

se ha desarrollado la capacidad de hacer una apreciación cognitiva de determinados aspectos de la experiencia.

Desde esta conceptualización se hace necesario explicar la depresión infantil en el marco del desarrollo general - afectivo, cultural, cognitivo, social y motor -, de ahí que se haya otorgado, desde la psicopatología evolutiva actual, un valor modular y nuclear a la edad y a determinados procesos evolutivos considerados como estructurantes de la personalidad, como el primer año de vida. Con ello se llega a la conclusión de que la depresión puede llegar en cualquier momento del desarrollo infantil y que su sintomatología se dispersa en función de la edad del sujeto.

Aceptar que el síndrome depresivo es vulnerable a la edad del niño, está suponiendo una amplia discusión sobre la aplicación de los criterios de la depresión adulta a los niños. Por tanto es importante que se haga una revisión de los criterios diagnósticos y clasificatorios de las depresiones, pues han de introducirse nuevas variables, parámetros y dimensiones, que hasta el momento habían sido desatendidas.

En conclusión podemos decir que afortunadamente, la depresión infantil goza de gran autonomía, a pesar de que hemos de destacar la escasez de trabajos que se encuentran dedicados al estudio específico de ésta; sin embargo, aún reina un gran desacuerdo en torno a su conceptualización y diagnóstico y se sabe muy poco sobre los factores etiopatológicos. Nosotros consideramos que muchos de los problemas de planteamiento se obviarían, si se reconociera la específica cultura infantil que matiza profundamente la forma sintomática de presentar la depresión.

CAPÍTULO 3

FACTORES ETIOLÓGICOS Y FORMAS CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

3. FACTORES ETIOLÓGICOS Y FORMAS CLÍNICAS DE LA DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

Hay que distinguir, una cosa es la interpretación sobre las causas o desencadenantes de una perturbación y otra muy distinta su fenomenología, es decir cómo se reconoce y qué características propias la distinguen de otros tipos.

En este apartado, trataremos de hacer una presentación de cuál es hoy la situación en torno a las características de la depresión en la infancia, así como a los factores más frecuentemente aducidos como generadores de depresión infantil.

Como hemos explicado en capítulos anteriores, tradicionalmente se ha venido sosteniendo una similitud entre la depresión adulta y la infantil. Sin embargo, otros estudios sostienen la existencia de diferencias evidentes entre ambas al creer que la inmadurez cognitiva y emocional de los niños debe producir manifestaciones diferentes. Otro grupo de autores más conciliadores, sostiene la existencia de síntomas comunes y otros específicos de la infancia asociados al propio desarrollo.

Esta última perspectiva es la que hoy goza de mayor solidez científica. Se enmarca dentro de la Teoría del desarrollo y parte de la premisa de que el síndrome depresivo puede tener en las distintas edades un origen común y una patogenia similar, pero con variaciones importantes en el cuadro clínico, dictadas en gran parte por el estadio evolutivo del sujeto.

Por esa razón *se considera la edad, como una variable que incide en la configuración de los síntomas depresivos. Dependiendo del nivel de maduración cognitivo y afectivo de cada edad se van a producir manifestaciones depresivas diferentes.*

La investigación infantil desde esta perspectiva, por tanto, se muestra complicada debido a las características evolutivas del niño, siempre en continuo cambio. Por otro lado, no hay un común acuerdo sobre cuál es el perfil característico de niño depresivo en general, desconociéndose aún más descripciones específicas para cada nivel de edad. Los distintos autores utilizan criterios diferentes, lo que dificulta enormemente el acercamiento en la definición del cuadro sintomatológico. Por ejemplo, Poznanski y Zrull, *exigen que el niño sea descrito como triste, desgraciado o deprimido*. Puig-Antich, emplean los criterios del RDC (humor disfórico y síndrome depresivo). Murray, habla de *8 síntomas principales: depresión, trastorno del sueño, temor a la muerte, retraimiento social, absentismo escolar, quejas somáticas, agresión y ansiedad general*¹.

Doménech y Polaino-Lorente, junto a muchos otros, usan los criterios del DSM-III-R. Lefkowitz y Burton, manifiestan, por otro lado, que *la prevalencia de muchos de los síntomas del síndrome depresivo infantil es tan elevada en los niños normales que tales síntomas pueden no ser estadísticamente atípicos*. A pesar de la incertidumbre y el desacuerdo existente, nos encontramos con algunas propuestas más sólidas y elaboradas como las de Nissen o Bemporad. Estos autores **proponen perfiles sintomáticos en función de la edad**. Nissen además añade **diferencias referidas al sexo**. Según él las niñas suelen ser tranquilas, inhibidas, con tendencia a las fluctuaciones del humor, y "son buenas y se portan bien"; por su parte los niños presentan dificultades para establecer contactos, tendencia al aislamiento, inhibiciones de aprendizaje e irritabilidad, dificultades escolares y agresividad.

Expondremos a continuación el perfil que hemos configurado, después de analizar los distintos síntomas propuestos por los distintos autores para cada uno de los periodos de edad.

¹ Cfr. POLAINO –LORENTE, *Las depresiones infantiles*, pp. 301-308.

3.1 Estados Depresivos en Lactantes y Primera Infancia

Las primeras contribuciones al respecto hacen referencia a los estudios de Rene Spitz que estudia la reacción de los bebés ante la separación de la madre. Para Spitz los bebés desarrollan estados de angustia y depresión a partir de la ambivalencia que sienten entre los instintos libidinales y agresivos que sienten hacia su madre o sustituto. Por otro lado, el niño halla toda su seguridad en la actitud mantenida por su madre, seguridad que viene determinada por la calidad de los vínculos afectivos que establece con ella. Si esa seguridad se ve alterada (abandono materno) se producirá un desequilibrio en el desarrollo.

En el desarrollo de la angustia Spitz establece tres fases:

a) Traumatismo del nacimiento: definida por Freud como estados de tensión. Son manifestaciones psicológicas aún arcaicas y duran hasta la octava semana.

b) Estados de tensión: se manifiesta en situaciones más específicas del desarrollo. Se empiezan a producir hacia el tercer mes, como respuesta a percepciones de desequilibrio interior. Se desarrolla una reacción de "miedo" que tiene su origen en experiencias desagradables del entorno.

c) Angustia de los ocho meses o primera reacción de angustia propiamente dicha: se produce ante el contacto con extraños alrededor de los 8 meses. El niño a esa edad ya diferencia al extraño del amigo y reacciona con angustia. Pero la reacción de miedo ante un extraño no implica que anteriormente haya tenido experiencias desagradables con extraños, sino que proviene de la angustia y el miedo de no volver a ver a su madre.

Partiendo de estas teorías Spitz centra su investigación en comprobar los efectos que producen en el niño la separación de sus madres. Los niños, al ser separados

de éstas reaccionaban con actitudes y comportamientos patológicos, produciéndose en el niño lo que Spitz llama "trastornos de carencia afectiva". Estos trastornos suelen ser de dos tipos en función del tipo de deprivación: por carencia parcial y/o por carencia total.

a) *Trastornos por carencia afectiva parcial.* Generado a partir de situaciones vividas por niños que se vieron privados de sus madres después de 6 meses de buenas relaciones con ellas. El sustituto que se les proporcionó no les satisfizo y manifestaron un cuadro clínico que progresaba en el tiempo si la separación continuaba. Spitz denomina este cuadro *depresión anaclítica*. Esta se iba agravando mes a mes, en función del tiempo que duraba la separación. El perfil característico, según Spitz era:

- Primer mes: los niños se vuelven llorones, exigentes y se aferran al observador que toma contacto con ellos.
- Segundo mes: los lloros se transforman en chillidos. Hay pérdida de peso. Estacionamiento del desarrollo.
- Tercer mes: rechazo del contacto. Posición patognomónica (los niños permanecen la mayor parte del tiempo acostados boca abajo en la cuna). Insomnio. Continúa la pérdida de peso. Tendencia a contraer enfermedades intercurrentes. Generalización del retraso motor. Rigidez de la expresión facial.
- Después del tercer mes: se fija la rigidez del rostro. Los lloros cesan y son reemplazados por gemidos extraños. El retraso aumenta y se convierte en letárgica. Si se restituye la madre al niño, o se consigue hallar un sustituto aceptable para éste antes que transcurra un periodo crítico situado entre los finales del tercero y del quinto mes, el trastorno desaparece con sorprendente rapidez. Hemos llamado a este trastorno depresión anaclítica, debido a la semejanza que presenta con el cuadro clínico de la depresión en el adulto.

Insistimos en considerar la estructura dinámica de la depresión anaclítica completamente distinta de la depresión en el adulto.

b) Trastornos por carencia afectiva total. Estas investigaciones han sido llevadas a cabo con niños de orfanatos separados de sus madres alrededor de los tres meses, confiándoles a los cuidados de una niñera que atendía a varios niños a la vez. Los cuidados materiales eran perfectos, pero al ocuparse la niñera de varios niños, éstos recibían solo parte de todo el afecto maternal, lo que se considera como una total carencia afectiva. Este cuadro entraría también dentro de lo que él denomina "depresión anaclítica", y Spitz lo escribe del modo siguiente:

Una vez separados de la madre, estos niños pasaron rápidamente por los estados que hemos descrito en los casos de privación parcial. Tras ellos, el retraso motor se hizo plenamente evidente. Estos niños, de pasividad total, yacían en sus cunas, con el rostro vacío de expresión, con aire generalmente idiota y presentando con frecuencia una coordinación ocular defectuosa.

El desarrollo se retrasa en todas sus dimensiones, llegando a extremos de no ponerse de pie ni hablar a los cuatro años. La poca resistencia a las infecciones, por una parte, y el deterioro progresivo, por otra, dieron a estos niños un porcentaje extremadamente elevado de marasmo y de muerte.

Bowlby, continuó en esta línea sus estudios. Sugirió que la madre despierta actitudes instintivas de apego en el bebé, y éste, a su vez, moviliza actitudes innatas de apego en ella. Si se les separa, los bebés parecen entristecer y al tiempo se retraen en una especie de estado defensivo. Pero a este estado, aunque tenga connotaciones depresivas, él no lo denomina estado de depresión, sino de "duelo" secundario a la separación y le denomina "hospitalismo". El cuadro clínico observado por Bowlby sigue el siguiente proceso:

- *Etapa de protesta*: a través de llantos y chillidos trata de restablecer el contacto con la madre.
- *Etapa de desesperación*: todavía tiene esperanzas de reunirse con la madre, pero su llanto es menos convulso y constante. Finalmente cae en el silencio, disminuye sus movimientos, y se comporta como auténtico deprimido.
- *Etapa final de defensa o desapego*: el bebé parece haberse recuperado de la pérdida y reacciona ante otros adultos. Se muestra otra vez contento y sociable, pero ya no individualiza a su madre y hasta puede ignorarla si ésta reaparece.

Podemos decir que la falta de estímulos cognitivos, e incluso la desnutrición pueden dar lugar a conductas similares a la depresión del adulto como llantos, protestas y retraimiento. La ausencia de la madre, como expresó Piaget, provoca el deterioro del desarrollo psíquico, sea en el plano de los afectos, del conocimiento o de la motricidad. Probablemente al formar todas las funciones en esa edad una unidad, la pérdida de la madre puede ser equiparable a la pérdida de estímulos o de alimentos. Por ello Bemporad se muestra partidario de interpretar esas reacciones patológicas en los bebés más como privaciones de su desarrollo que con padecimientos depresivos, al igual que Bowlby, ya que al tiempo el bebé sale de su retraimiento y comienza a interrelacionarse con los demás.²

Algunos autores, como Alonso Fernández, interpretan hoy los cuadros depresivos en lactantes descritos por Spitz, Wolf y Bowlby, como una "reacción regresiva" al abandono o a la privación afectiva más que como una depresión. Al respecto Alonso Fernández dice así: "hay que ser cautos y no confundir una depresión con una regresión".³

² Cfr. V. Del Barrio, *Depresión Infantil: Factores de riesgo y posibles soluciones*, pp. 52-58.

³ Cfr. F. Alonso-Fernández, *La Depresión y su diagnóstico: Nuevo modelo clínico*, p. 258.

Puig-Antich, desde postura conductista, al respecto, dice que aunque hay una gran relación entre la ansiedad de separación y la depresión en la primera infancia, abundan los trastornos depresivos de los niños sin ansiedad de separación.

3.2 Estados Depresivos en la Infancia Temprana: Edad Preescolar

En este periodo de edad, son muy escasos los estudios realizados en torno a la depresión. Es por ello por lo que se ha llegado a concebir, de forma generalizada, la idea de que la depresión es muy rara entre los doce y dieciocho meses y la fase edípica, aunque sí se sostiene que puede ser una época crucial para sentar las bases de posteriores episodios depresivos.

Esta etapa se caracteriza por la individuación psicológica. El niño no se contenta sólo con recibir y quiere hacer cosas por sí mismo e intenta satisfacer su voluntad en ese sentido, aún corriendo el riesgo de ser censurado por sus padres.

En esta circunstancia los padres suelen insistir en que su hijo muestre un comportamiento perfecto, con lo que los niños sienten amenazados sus deseos. Esas amenazas si son excesivas pueden generar inhibición, actitud que puede engendrar posteriores autonegaciones y temores hacia la propia realización. Esta situación, se complica cuando además uno de los padres es depresivo, e incapaz de participar de la alegre excitación que experimenta el niño al descubrir el mundo. Las raíces de la depresión, por tanto, parecen encontrarse en el castigo y la falta de respuesta por parte de los padres a las normales actitudes de exploración y aprendizaje⁴.

Ante estos hechos los niños se suelen volver tristes y temerosos, renunciando a su propia gratificación para obtener la satisfacción de los padres. Sin embargo, no

⁴ Cfr. V. Del Barrio, *op. cit.*, p. 61.

se suele identificar este estado como depresivo sino con predisposición a padecer depresión, puesto que se va configurando un estado de ánimo susceptible de modificación en función de las circunstancias y por tanto, sus comportamientos están regidos más por demandas externas que por deseos propios.

En esta misma hipótesis se sitúan las conclusiones del trabajo de Mahler (1966), que no notó verdaderos síntomas depresivos en la temprana infancia, pero sí actitudes que parecían indicar una predisposición a la depresión en épocas ulteriores.

Expondremos a continuación algunos cuadros descritos para estos niveles de edad, observados en niños identificados como deprimidos.

Cuadro sintomatológico depresivo en la primera infancia⁵.

FROMMER (1971)	NISSEN (1973)	BEMPORAD (1990)
<ul style="list-style-type: none"> - Enuresis. - Anorexia. - Insomnio. - Molestias abdominales y ansiedad. - Respuesta favorable a la medicación antidepr. 	<ul style="list-style-type: none"> - Insomnio. - Anorexia. - Crisis de llanto y gritos. - Situación prolongada de carencia afectiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tristeza. - Miedos. - Seriedad. - Inhibición. - Aferramiento. - Desaprobación por padres.

⁵ Cfr. A. Polaino-Lorente, *op.cit.*, pp. 131-135.

3.3 Estados Depresivos en los Periodos Intermedios y Final de la Infancia: Edad Escolar

Es en torno a este periodo de edad donde se está llevando a cabo un mayor volumen de investigaciones y publicaciones sobre los estados depresivos. En contra de lo que siempre se creyó, que este periodo de edad era un periodo de latencia, hoy se ha podido comprobar la existencia de una vida interior más intensa y un alto riesgo de caer en depresión. Se considera esta edad como límite a partir de la cual la frecuencia depresiva se acrecienta progresivamente.

Varios autores han confirmado la existencia de síndromes depresivos semejantes a los observados en adultos. En general, presentan periodos prolongados de tristeza, como respuesta a tensiones ambientales crónicas. Los distintos autores los definen como niños desdichados, aunque no pueden identificar los motivos de su aflicción.

Otros autores al estudiar estos casos, observaron una transformación cognitiva que se traducía en la aparición de miedo generalizado hacia todos los seres humanos y sentimientos de que nunca podrían alcanzar sus metas, por lo que no tenía sentido esforzarse. Estos sentimientos sugieren la presencia de rasgos depresivos. En general, en estos casos se observaban frustraciones causadas por oposiciones, desaprobaciones y carencias afectivas de los padres, lo que iba generando impotencia, desesperanza, y más tarde, infravaloración. Vendría a ser lo que Seligman llamó "indefensión aprendida o adquirida".⁶

Estos períodos de tristeza y desesperanza, sin embargo, suelen ser breves, circunstancia que se explica por las propias características de esta edad en la que los chicos suelen estar muy predispuestos a defenderse de sentimientos displacenteros. Esta característica puede explicar también la denominada

⁶ *ibidem*, p. 142.

"depresión enmascarada": el niño, aparte de que por sus características presta más atención a los estados agradables, conserva una gran capacidad de olvidar las cosas cuando no se enfrenta con ellas. Ello, unido al normal hedonismo infantil, nos hace comprender por qué los síntomas depresivos a estas edades son raros y fugaces. Por otro lado muchos niños y adolescentes suelen avergonzarse de demostrar tristeza o depresión y disimulan estas emociones con una afectada jovialidad. Paralelamente a estos estados de tristeza, el fracaso escolar es el fenómeno más constante que acompaña al trastorno depresivo.

Veamos a continuación una descripción general de los síntomas encontrados por distintos autores en este periodo de edad.

Cuadro sintomatológico depresivo en los periodos intermedios y final de la infancia.⁷

HARRINGTON Y HASSAN (1958)	NISSEN (1971)	AYUSO Y SAINZ (1981)
<ul style="list-style-type: none"> - Crisis de sollozos. - Irritabilidad. - Abatimiento. - Temor a la muerte propia o a la de los padres. - Quejas somáticas. - Pérdida de impulso. - Pérdida de apetito. - Inadaptación escolar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inhibición afectiva. - Irritabilidad y llanto. - Problemas de aprendizaje. - Resistencia a jugar. - Timidez. - Molestias psicósomáticas - Enuresis - Manipulación de los genitales. - Miedos nocturnos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tristeza. - Sollozos sin motivos. - Voz y tono monótono. - Descenso del rendimiento. - Enlentecimiento del pensamiento. - Dificultades de atención y memoria. - Inhibición y aislamiento. - Miedos nocturnos y fobias.

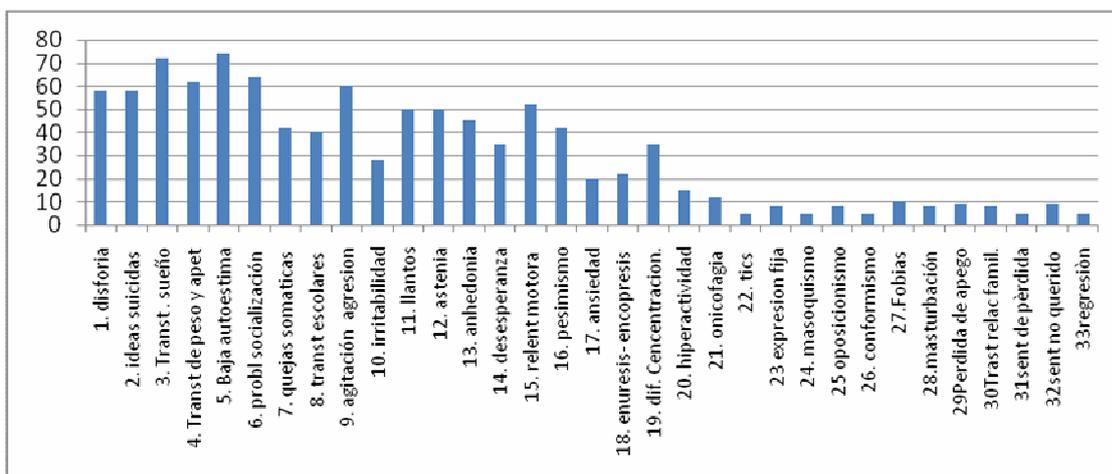
⁷ *ibidem*, pp. 152-155.

		- Síntomas somáticos.
--	--	-----------------------

ALONSO FERNANDEZ (1988)	BEMPORAD (1990)
<ul style="list-style-type: none"> - Molestias psicosomáticas e insomnio. - Llanto frecuente y negativismo. - Trastornos de conducta (rebelde, violenta, hiperactiva, agresiva) y pérdida de peso. - Rechazo a la escuela y bajo rendimiento. - Ansiedad, desmotivación, aislamiento. - Dificultades de concentración y pensamiento. - Discomunicación intelectual. - Falta de la energía psíquica habitual. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tristeza generalizada como respuesta automática. - Rechazo parental. - Pérdida de actividades gratificantes.

V. Del Barrio en 1990 ha hecho un excelente trabajo en el que revisó todas las características propuestas por los distintos autores para este periodo de edad. Posteriormente, reagrupó todos aquellos síntomas que tenían el mismo contenido, y analizó el porcentaje de aparición de cada uno de ellos en el conjunto de los perfiles propuestos por los distintos autores. Al ser un trabajo muy completo, reproduciremos a continuación la tabla donde recoge y representa gráficamente el peso de cada síntoma.

Figura 1. Porcentaje de síntomas depresivos recogidos por los distintos autores



En general observamos un escaso acuerdo entre los autores respecto a los aspectos más relevantes de la depresión infantil. Por ello, urge definir un modelo desde el marco del desarrollo general (afectivo, cognitivo, cultural, social y motor), en el que las características y limitaciones afectivas y cognitivas de cada etapa articulen y den forma a la afectividad y los trastornos afectivos en el niño.

Los síndromes depresivos en niños pueden ser expresiones fenotípicas del final de un curso común de muchos procesos etiológicos y por consiguiente, los actuales intentos de establecer una causa etiológica específica para la mayoría de estos no han tenido éxito.

3.4 Factores Etiológicos relacionados con Depresión Infantil

Una vez que se ha perfilado el panorama de la depresión y sus clases, la pregunta puede ser ¿por qué se produce?, la contestación a esta pregunta no es fácil por

ser ésta referida a la conducta humana, pero sabemos que se contesta de diferente manera según el marco teórico a que se haga referencia.

La concepción etiológica, como ya hemos mencionado, de la depresión depende en gran medida de la concepción de la emoción que cada teoría ha creado, ya que la depresión es considerada en el fondo como un tipo de emoción.

La etiología de la depresión en la infancia constituye un tema poco maduro a causa de la diversidad en la conceptualización del síndrome depresivo infantil. Podemos decir que son muchas las preguntas sin respuesta y, aunque es mucho lo que en las últimas décadas se ha avanzado en la investigación de la depresión, todavía es más lo que nos queda por hacer.

Entre los factores más frecuentemente aducidos como generadores de depresión infantil se citan el temor a la separación de los padres, la vivencia del divorcio parental, el bajo rendimiento escolar, la falta de confianza en sí mismo, la ausencia de amigos y compañeros, entre otros.

Junto a todos estos factores se insiste en la importancia del nivel de vulnerabilidad originado por la sobrecarga afectiva y/o sobreprotección familiar, o por el abandono parental. Algunos autores insisten en que en los niños más pequeños parecen predominar factores de separación y crianza, mientras que en los mayores suelen ser más determinantes la baja autoestima y las pérdidas de personas, animales o cosas queridas.

Cobo habla de una "condición depresiva" en la que engloba dos tipos de factores intervinientes: una "forma de ser" que hace referencia a un tipo particular de personalidad y una serie de "factores o condiciones" que facilitan la aparición de la depresión. En la misma línea se sitúa Beck, que habla de la interacción entre factores que predisponen al desarrollo del síndrome y variables que lo precipitan. Por tanto esas variables etiológicas sólo producirían patología "si encuentran eco

en la individualidad" o un estado de vulnerabilidad en ese determinado momento que le predispone. En el niño, la depresión es "una enfermedad más condicionada desde el interior de su persona que desde fuera. No es suficiente una desgracia grande en la vida del niño para que enferme de depresión; hace falta que esa desgracia se encuentre con una disposición interior del niño, con una sensibilidad especial, con una etapa vulnerable de su desarrollo para que la mezcla resulte depresiva"⁸.

Sin embargo, independientemente de la predisposición interior de cada individuo, se ha podido comprobar cómo determinados acontecimientos en la vida del niño han podido ser determinantes en el desencadenamiento de una depresión. En torno a ellos se han establecido varias hipótesis etiológicas.

En Cobo, Petti describe la enfermedad depresiva como una senda psicobiológica final, que depende de la interacción de varios factores que incluyen: vulnerabilidad genética, acontecimientos del desarrollo, acontecimientos psicosociales, estresantes fisiológicos y rasgos de personalidad. Este autor hace una descripción de los distintos modelos etiológicos de cinco escuelas principales: psicoanalítica, conductual, sociológica, existencial y biológica.

a) *Escuela psicoanalítica*. Hace hincapié en el modelo de Abraham-Freud de la "cólera replegada". Es decir, la desviación hacia dentro del instinto agresivo causado por la pérdida de un objeto amado de forma ambivalente. Este instinto agresivo se convierte entonces en afecto depresivo. Otros modelos dentro de esta escuela son los de Spitz, Horney, Bowlby.

La teoría psicoanalítica sostiene que la explicación básica de la conducta sobre todo la de las emociones perturbadas, ha de buscarse en los conflictos generados entre el inconsciente y los dictados de la razón. Estos conflictos se originan en la infancia a partir de los deseos inconscientes, de carácter fundamentalmente sexual

⁸ C. Cobo, *La Depresión Infantil del nacimiento a la adolescencia*, p. 179.

de los niños hacia sus padres (complejos de Edipo y Electra), y en su choque con las normas. La depresión según la concepción psicoanalítica, se debe a la pérdida de la autoestima (la pérdida del YO). Después de una negación inicial de la existencia de la depresión infantil, supuesto que el niño carecía de la capacidad intrapsíquica que le permitiera experimentar una depresión, el psicoanálisis ha considerado que la pérdida del objeto bueno (la madre) es la explicación teórica de la existencia de niños deprimidos. Dicha pérdida puede tener diferentes motivos: muerte, separación, rechazo y todas las formas posibles de distanciamiento. Los niños al experimentar cualquier pérdida interiorizan los sentimientos negativos que primordialmente deberían ir dirigidos hacia el objeto perdido y ahí comienza entonces la pérdida de la autoestima y la depresión.

Klein en 1934, refiere que los niños no necesitan que se produzca una pérdida, si no que pueden deprimirse por la simple ausencia de una relación adecuada con sus madres durante sus primeros años de vida. Esto se puede considerar como un factor de riesgo o vulnerabilidad para el desarrollo de una depresión en la vida adulta.

Podemos decir que el núcleo de la explicación psicoanalítica de la depresión es el concepto de pérdida que en el caso de los niños ha tenido que ser adaptada a la relación del niño con su madre.⁹

El modelo de depresión de Beck, que defiende el concepto de "triada cognitiva depresiva" (visión negativa de sí mismo, del ambiente y del futuro), es considerado como puente entre el modelo psicoanalítico y conductual.

b) Modelo Conductual. Abarca dos modelos: el modelo de "indefensión aprendida" de Seligman que consiste en la incapacidad individual para escapar de circunstancias aversivas y, el modelo de "pérdida de reforzamiento" de Lewinsohn. El primero se relaciona con la pérdida de reforzamiento, frustración crónica y

⁹ Cfr. Wicks- Nelson, *Psicopatología del Niño y del Adolescente*, pp. 54-59.

pérdida de control sobre las relaciones interpersonales, estado cognitivo negativo, desesperanza. En la medida que los niños son conscientes de su ineficacia o de su fracaso, van perdiendo su autoestima y se vuelven incapaces de resolver tareas que habían resuelto antes. Dweck demuestra que los niños experimentan indefensión y cogniciones negativas tras fracasar en una tarea. El segundo modelo, que se relaciona con el primero, al ser el sujeto incapaz de obtener reforzamientos positivos, se vuelven vulnerables a la depresión y/o al aislamiento. Esta falta de reforzamientos se produce bien porque el sujeto carece en su ambiente de los mismos o, por una incapacidad para obtenerlos a causa de déficits en sus habilidades sociales. Lewinsohn y sus compañeros hallaron como antecedente de comportamientos depresivos una falta de reforzamiento positivo.

c) *Escuela sociológica*. Defiende un modelo centrado en la ruptura de la autoestima individual.

d) *Modelo existencial*. Similar al sociológico, en que la depresión resulta de una pérdida del significado de la existencia.

e) *Modelo biológico*. Se basa en la *Teoría Aminobiogénica* en la que se considera que las alteraciones en la neurotransmisión monoaminérgica son la base de la depresión. A pesar de que son varios los autores que defienden la existencia de este componente biológico en los trastornos depresivos, no se ha podido demostrar suficientemente que las depresiones en los niños cuenten con un componente biológico. Sin embargo se ha comprobado que los síntomas asociados a la depresión experimentan gran mejoría con tratamiento de antidepresivos tricíclicos.

En apoyo a esta teoría biológica de la depresión se está desarrollando una línea de trabajo que trata de demostrar la existencia de una disfunción fisiológica como tiroidismo, reducción hipofisaria de la estatura, tumores cerebrales, trastornos

neurológicos, etc. Finalmente dentro de este modelo se han encontrado causas familiares.

Efectivamente, los hijos de padres con trastornos psiquiátricos en general y depresivos en particular parecen mostrar una vulnerabilidad especial a la depresión.

Como complemento a esta clasificación, podemos añadir el *Modelo Cognitivo*.

f) *Modelo Cognitivo*. Desde esta perspectiva se considera a la depresión como una sofisticada vivencia afectiva que requiere un elevado nivel de maduración cognitiva. Las distintas experiencias del sujeto van creando unos esquemas cognitivos que hacen que se vea a sí mismo y al mundo de forma negativa. Estas limitaciones cognitivas van a ser distintas dependiendo del periodo evolutivo en el que se encuentre el niño, por lo que las vivencias serían distintas en función del nivel de desarrollo adquirido.

Una vez descritos los modelos de análisis de la depresión en la infancia planteamos que pueden distinguirse cuatro formas etiológicas en la depresión infantil, al igual que en la adulta: *endógena, sintomática, situacional y neurótica*.

Hemos comentado anteriormente que las manifestaciones sintomáticas de la depresión infantil son diferentes de las que aparecen en la adultez, debido a que su cultura también es diferente, y como hemos afirmado, el particularismo diferencial se constituye en vehículo específico de la sintomatología.

3.5 Depresión Endógena

En la *etiología endógena* aludiremos a las causas biogénicas y orgánicas.

a) *Causas genéticas.* Son varios los autores que atribuyen la causa de los trastornos afectivos a la herencia, aunque los datos de los que se dispone en la actualidad no son lo suficientemente demostrativos como para apoyar esta afirmación. Se desconoce aún concretamente cómo se efectúa la determinación genética, si hay un gen concreto ligado a la enfermedad o no, pero la convicción clínica y distintos datos de investigaciones hechas en esta línea han demostrado que un factor genético juega un papel importante en la vulnerabilidad a los trastornos depresivos, sobre todo de padres a hijos. Sin embargo algunos estudios con gemelos, han tratado de separar la influencia genética y la ambiental encontrando que los trastornos aparecen de forma heredada, aunque se modifican por la acción del ambiente, lo que nos permite sugerir que lo verdaderamente importante en la detección de factores de riesgo son las situaciones traumáticas en la vida del niño.

Este tipo de investigaciones se han centrado mayoritariamente en el estudio de grupos de gemelos, a partir de los cuales aparecen claras evidencias a favor de la hipótesis de la heredabilidad; estudios de adopción cuyos padres biológicos padecían algún tipo de trastorno depresivo, siendo los resultados también favorables a la hipótesis; y estudios familiares en los que se analiza, sobre todo, la incidencia de depresión en hijos de padres depresivos.

b) *Causas biológicas.* Se basan en que las alteraciones neuronales y bioquímicas y los mecanismos neurofisiológicos implicados en la neuroregulación de las alteraciones afectivas, se acompañan y manifiestan a través de alteraciones biológicas a las que se denomina marcadores biológicos. Probablemente, cada uno de los efectos de tipo psicológico de un suceso crítico tiene un sustrato neurofisiológico que está relacionado con ciertos aspectos neuroquímicos, fisiológicos y farmacológicos del funcionamiento del sistema nervioso central; estos factores activan los circuitos que regulan el estado de ánimo, y de esta forma, llega a producirse la depresión.

Son varios los estudios de este tipo hechos con adultos; sin embargo, este componente biológico (sustancias neuroquímicas en sangre y orina, ciclo del sueño, funciones neuroendocrinas, etc.) es complejo y bastante discutido.¹⁰

3.6 Depresión Sintomática

Las causas *sintomáticas* hacen referencia a la acción de otras enfermedades o la influencia médico-hospitalaria. Al respecto, es preciso anotar la importancia que tiene el prolongado internamiento de los niños en hospitales ("*hospitalismo*"); los largos tratamientos ambulatorios, seguidos muchas veces de incapacidades físicas que les impiden una convivencia normalizada con los demás, así como la depresión producida por secuelas de tratamientos quirúrgicos o tratamientos farmacológicos. Con frecuencia, la depresión generada por esta suerte de hospitalismo interno o ambulatorio, comporta un estado depresivo que dificulta la propia recuperación ya que la depresión contribuye a una cierta inmunodeficiencia y bajas defensas.

Ya Spitz describió lo que les sucedía a los niños hospitalizados. A pesar de que estaban perfectamente tratados y cuidados, los niños experimentaban un agravamiento de su estado general que él llamó "depresión anaclítica".

La causa era la privación de la madre y la carencia afectiva. De ahí se deduce, además, que aunque la madre estuviera presente, si el afecto era carencial o patógeno producía el mismo efecto. Aunque hoy no se ven tanto estas situaciones, el descubrimiento de la depresión anaclítica, esto, permitió en algunos casos, demostrar que la carencia afectiva puede ser causa de patología de la personalidad si opera en las primeras edades.

Desde el Conductismo encontramos la teoría de la "indefensión aprendida" para explicar este tipo de síntomas en tales situaciones. La indefensión hace hincapié

¹⁰ *cfr.* Cobo, *op.cit.*, p. 197-199.

no en la causa, sino en el efecto, convertido en un razonamiento negativo. El problema de la indefensión no reside en el daño que producen los hechos traumáticos, sino en la incapacidad del sujeto de controlar tales hechos. El sujeto con indefensión vive siempre pensando que no se puede hacer nada para evitar las situaciones malas o desagradables. Se identifican también como causas de indefensión, las situaciones aversivas y restrictivas familiares, que a su vez le predisponen a la depresión. Al respecto, Cobo, desde una posición más evolutiva, defiende la hipótesis de que el niño indefenso presenta trastornos instrumentales que le han impedido vivir un desarrollo con seguridad y entusiasmo, y requerirá una reeducación psicopedagógica. De todos modos, es necesario descubrir el núcleo de indefensión que puede conllevar una depresión infantil para hacerle frente terapéuticamente.

Concluyendo, consideramos que debe revisarse, o por lo menos atenuarse la práctica de internamientos prolongados de los niños en situación hospitalaria y, por el contrario, fomentar al máximo su socialización con la familia y con los amigos en el contexto de la propia cultura infantil (juegos, cuentos, otros compañeros de su edad).

Otras situaciones relacionadas con la etiología sintomática son las separaciones prolongadas del niño del lado de sus padres o, la cesión de éstos a otras personas (generalmente abuelos) para su crianza, y el internamiento en centros escolares u otros.

3.7 Depresión Situacional

Como principales generadores de este tipo de depresión se identifican los sucesos críticos de la vida y las pérdidas de personas u objetos vivenciados como afectivamente propios, a los que se añaden situaciones escolares insatisfactorias, hogares rotos, entre otros. Veamos a continuación algunos de ellos.

a) Sucesos críticos de la vida.

Los niños sometidos a sucesos vitales traumáticos como la muerte de sus padres o algún familiar; niños abandonados; niños maltratados física y psíquicamente; niños marginados socialmente; la emigración a culturas y espacios ajenos a los que hay que adaptarse; las catástrofes (incendios, terremotos, inundaciones); las guerras y el terrorismo con sus efectos de explosiones, raptos, ataques; la inseguridad ciudadana, miedo a ser raptado o atacado; constituyen factores traumáticos que marcan la vida de los niños como pueden verse en los campos de refugiados, cárceles, accidentes, situaciones de hambre y miseria.

Todos estos aspectos se relacionan, como factores intervinientes, con las depresiones en la infancia. Los factores estresantes en la edad temprana y posterior sometidos a carencia afectiva o a altos niveles de estrés en la primera infancia, están más predispuestos a padecer, tanto en el presente como en la vida adulta, un amplio espectro de trastornos, entre los que se incluye la depresión.

Sin embargo, son pocos estudios desarrollados en torno a esta vinculación. Las conclusiones son extraídas, mayoritariamente, de la experiencia clínica.

De la misma forma que en los adultos, inmediatamente después de los hechos traumáticos, no suele manifestarse con claridad el estado depresivo, sin embargo, ha podido comprobarse que hacia los seis meses comienza una abundante sintomatología depresiva como consecuencia retardada de tales sucesos.

b) Situaciones de pérdidas

Son éstas las causas más abundantes. Entre ellas, las más conocidas son las referentes al entorno familiar como muerte o separación de los padres, cambio de domicilio y/o colegio, muerte de animales queridos, pérdida de amigos. Algunos autores, diferencian este tipo de depresiones, que denominan afectivas, de la

depresión como enfermedad biológica. Expondremos a continuación algunas de las más importantes.

- *Pérdida de alguno de los progenitores por muerte*

Krakowski en Polano-Lorente dice que junto al divorcio, la pérdida de un ser querido son la causa más importante de depresión. Otros como Spitz, Bowlby, Weissman, y otros, aluden a la deprivación materna en los niños pequeños como causas más frecuentes.

Sin embargo, estudios recientes han encontrado escasa correlación entre depresión y muerte de uno de los progenitores hallando una correlación más alta con pérdida por separación.

Las conclusiones respecto a las relaciones entre depresión y muerte de alguno de los padres suelen variar en función de otras consideraciones como la edad en la que se produce la pérdida y el sexo del progenitor muerto. Durante los primeros años de vida parece afectar mucho más la muerte de la madre. Más tarde dependerá del sexo del niño, que se encontrará más identificado con el progenitor de su propio sexo.

- *Pérdida de uno de los progenitores por separación o divorcio*

Este ha sido uno de los factores más relacionados con depresión infantil, y los estudios más recientes avalan dicha hipótesis. Al respecto, debemos decir que el divorcio es experimentado, a veces, como más traumático que la muerte de un ser querido, porque el niño hasta los diez años no suele vivenciar la muerte como irreversible.

Pero al igual que con la presencia de otros indicadores de riesgo, la influencia en el desencadenamiento de depresión por el divorcio, parece más plausible cuando se interponen ciertos patrones de personalidad. Sin embargo Doménech y

Polaino-Lorente proponen no hacer depender las depresiones infantiles de la "angustia por la separación de los padres", esta angustia, por sí sola, no justifica la aparición de cuadros depresivos.

Actualmente se sostiene que en el proceso del divorcio de los padres es lo que realmente suele causar un mayor impacto en el niño, son las situaciones de tensión anterior, y de pérdida ulterior, que pueden durar mucho tiempo. En estas circunstancias parece que la vulnerabilidad será mayor en la medida que las situaciones postpérdida sean más adversas, tales como el cambio en las condiciones de vida que supone la separación, la relación posterior que el niño/a establece con el padre que se va y, la nueva relación que se produce con el padre o madre que se queda con su custodia, las relaciones que mantiene la pareja después de separarse.¹¹

Algunos estudios, sin embargo, han encontrado escasa correlación entre divorcio y depresión, a la vez que se ha constatado una gran relación entre bienestar psíquico y humor de la madre y sintomatología depresiva en sus hijos. Normalmente, la custodia de los hijos de padres separados queda en manos de la madre, las que a su vez, por falta de apoyo afectivo y social, son más vulnerables a padecer una depresión y a comunicarla a sus hijos. De ello se desprende que los efectos del divorcio sobre los hijos son más bien indirectos.

• *Pérdida de amor de los padres y niños no deseados*

Es éste otro de los grandes factores de riesgo relacionado con las pérdidas en la precipitación de la depresión en la infancia. Krakowski, dice que las familias que abandonan y descuidan a sus hijos, les frustran y les rechazan psicológicamente, van modelando con sus actuaciones conductas depresivas en el niño. Por su parte el niño responde con hostilidad a la amenaza de una pérdida de amor, experimentando sentimientos de culpa, engrosando el cuadro de la depresión. Son

¹¹ *ibidem*, pp. 201-207.

la calidad de las interacciones padres-hijos las que refuerzan y/o producen depresión.

c) Hogares rotos y/o conflictivos

Últimamente está tomando fuerza la variable psicopatológica de los padres referente al estrés familiar, enfermedades crónicas y/o patológicas de los padres como alcoholismo, enfermedades psíquicas o físicas, conflictos permanentes con peleas y discusiones.

Entre ellos, un factor frecuentemente citado en los últimos años es el estrés familiar. Cuando las madres padecen mucho estrés (entre las que se puede encontrar a mujeres separadas o divorciadas) las repercusiones en los hijos son importantes. La vida estresada en los niños (accidentes, cambios de colegio, enfermedades psíquicas de los padres, estrés de los padres) puede surgir como un predictor significativo de depresión y, añade que cualquier trastorno en la relación padres-hijos puede ser origen de depresión en los hijos.

Sin embargo, como en todos los factores de riesgo citados, sucede a veces que niños con condiciones de vida sumamente adversas y traumáticas, son muy resistentes a la depresión. Se les ha denominado niños "psicológicamente invulnerables". Ante estos casos se plantea la duda de cómo conseguir o generar esa invulnerabilidad, si protegiéndoles y evitándoles todo lo que pueda suponer un riesgo o "vacunarles" exponiéndoles a situaciones duras.

Finalmente, la depresión de los padres juega un papel importante (no sólo por su condición biológica, ya tratada anteriormente) en la modulación de cuadros depresivos en los niños. Desde esta perspectiva cobran relevancia los aspectos relacionados con las pautas de crianza y la relación que se establece entre padres e hijos cuando aquéllos padecen algún trastorno psíquico en general. Parece ser

que las relaciones que se establecen, al no poseer los padres un modelo positivo de interacción, suelen ser negativas como de sobreprotección, castigo, comunicación deficiente, sentimientos negativos hacia el niño, hostilidad y rechazo, pautas de educación negativas, pocos cuidados, pobres expresiones de afecto, etc. produciendo efectos nocivos en el niño.

Distintos estudios comparativos entre hijos de padres depresivos y normales, concluyen que en los hijos de padres depresivos el riesgo de padecer disfunciones psicopatológicas es mayor. Esta circunstancia parece que se agrava en la medida que se sumen otros factores psicosociales negativos como dificultades económicas, edad elevada de los padres, drogadicción.¹²

d) Causas escolares

Junto a la familia, el marco escolar o las situaciones escolares insatisfactorias constituyen el agente que aparece más vinculado a las depresiones situacionales en la infancia. Entre ellos, cobra especial relevancia el fracaso escolar. Desde que se han iniciado los estudios en torno a la depresión infantil, el fracaso y/o el rendimiento escolar han sido variables frecuentemente relacionadas con dicho trastorno. Por otro lado, todas las categorías diagnósticas disponibles y los instrumentos de evaluación que se conocen, contemplan el fracaso escolar o el funcionamiento escolar inadecuado como síntoma del síndrome depresivo en la infancia.

Históricamente, al amparo de la concepción de la depresión infantil "enmascarada", se consideraba al fracaso escolar como el síntoma más representativo tras el cual el niño ocultaba su depresión.

Estas alusiones, sin embargo, resultan aún muy débiles por dos razones. Primero, porque son muy escasos los estudios específicos realizados en torno al esclarecimiento del binomio rendimiento escolar síndrome depresivo en términos

¹² Cfr. Polaino-Lorente¹, *op.cit.*, pp. 162-163.

de causa-efecto y, segundo, por la diversidad de argumentos respecto a si el fracaso o bajo rendimiento escolar en el niño constituye el origen de la depresión, o si por el contrario es una consecuencia o manifestación de ésta. Es por ello por lo que encontramos importante esclarecer las posibles relaciones entre la depresión y el ámbito escolar, puesto que aquélla puede afectar de forma importante a factores asociados al aprendizaje, como el rendimiento escolar, el comportamiento en el aula, la interacción con otros compañeros y con el profesor.

Independientemente de la falta de conclusiones consistentes en torno a esta variable, los autores contemplan con cierta normalidad las manifestaciones del síndrome depresivo en relación al ámbito escolar en general al ser la escuela el lugar donde transcurre gran parte de la vida del niño. Por otro lado, son las ejecuciones escolares la tarea por excelencia de la etapa infantil, por lo que resulta casi evidente que cualquier desajuste a este nivel incida en el equilibrio afectivo y emocional del niño. En la revisión sobre este tema, podemos decir que cada vez que aparecen síntomas del tipo trastorno afectivo en la infancia, como hiperactividad, irritabilidad, agresividad, distracción, malhumor; los niños suelen enviarse a un especialista para que evalúe los problemas escolares.

Por otro lado, aunque la relación depresión infantil/rendimiento escolar no siempre es directa, en la mayoría de las investigaciones se ha encontrado un mayor porcentaje de síntomas depresivos entre los niños que reprueban o son repetidores.

Por ello, cuando un niño manifiesta: fobia a la escuela, excesiva fatiga y ansiedad en clase, disminución de la concentración, hipoactividad, baja autoestima, quejas somáticas, disminución de la socialización, debe pensarse en la posibilidad de que sufra un síndrome depresivo.

- *Expectativas sociales y familiares*

Tanto a nivel social como familiar, el éxito escolar es el elemento por el que es más valorado el niño. El niño que obtiene buenas notas escolares es valorado socialmente, admirado por sus compañeros y premiado por profesores y padres. Al contrario, el niño que reprueba es rechazado, ridiculizado y muchas veces castigado. Estas circunstancias otorgan al niño una excesiva responsabilidad, acompañada generalmente de estados estresantes generadores de depresión.

En el ámbito social y escolar, el niño que fracasa reiteradamente se automargina, descendiendo con ello su autoestima y el nivel de sus aspiraciones, evita reunirse con chicos que tienen mejores calificaciones, inhibiendo con ello su comportamiento social. Todo ello supone un debilitamiento en su motivación y un fuerte desvalimiento frente a las situaciones. En consecuencia, lo que inicialmente es un fracaso ocasional, transitorio, puede mutarse en un hábito comportamental, que moldea y configura la aparición de un estilo cognitivo depresógeno. Los resultados de las investigaciones hechas avalan dicha hipótesis.

En torno al ámbito familiar, al ser las notas escolares la causa por la que los niños son más premiados/regañados familiarmente, un descenso de éstas suele engendrar en los niños miedo a ser rechazados afectivamente por sus padres y a perder la aceptación y admiración que de ellos esperan y necesitan. Esta situación por si sola es ya suficientemente agobiante, pero además, suele suceder, que los niños que suspenden asocian cualquier problema familiar como discusiones o separaciones, a su "mala" conducta y/o a sus malas notas, apareciendo entonces depresión por culpa. Por ello un niño que fracasa en las tareas escolares se sentirá responsable de las disputas familiares y de todo lo negativo que a su alrededor sucede.

- *Excesivas demandas escolares.*

Es frecuente encontrar en los programas escolares una inadapatación entre objetivos de instrucción y capacidades individuales, sobre todo cuando esos programas son aplicados a alumnos que no reúnen el perfil del alumno medio.

Estas situaciones están más que identificadas por los expertos escolares como fuentes generadoras de fracasos, los que a su vez generan retraimiento, baja autoestima, desesperanza, convirtiéndose con ello poco a poco en niños deprimidos.

La amplia literatura sobre el tema nos muestra cómo la situación psicológica y personalidad del alumno cobran especial relevancia en el logro académico. Dentro de ellas, la autoaceptación juega un papel decisivo, ya que aseguran que el autoconcepto positivo es un prerrequisito básico para el aprendizaje.

Al respecto manifiesta que:

"un niño, situado en una clase que le plantea exigencias inadecuadas a sus capacidades, desarrolla posteriormente una baja autoestima, indefensión y desesperanza... el rendimiento de un niño deprimido ha disminuido a consecuencia de la poca concentración y los sentimientos de desesperanza... lo cierto es que el fracaso escolar y la depresión están a menudo asociados".¹³

Estas situaciones son explicadas desde la óptica del modelo de "indefensión aprendida". Desde este modelo, los niños con incapacidades para el aprendizaje escolar no suelen obtener reforzamientos positivos, con lo que, ante esa incapacidad e indefensión se convierten en particularmente vulnerables a la depresión. Por ello, a pesar de que algunos niños con tales dificultades escolares manifiestan estabilidad emocional, existe la probabilidad de presentar un trastorno emocional con el paso del tiempo.

Distintas investigaciones han tratado de estudiar la relación entre síntomas depresivos y rendimiento académico. De ellas no se pueden extraer conclusiones en términos de causa-efecto, puesto que la depresión también puede ser causa del fracaso escolar o bajo rendimiento, pero casi todas encuentran relaciones

¹³ B. K. Keogh, *Temperamento y rendimiento escolar*, p. 49.

significativas entre ambas variables ante lo que todos concluyen que los niños con fracaso escolar son más propensos a padecer depresión.

Pensamos pues que, independientemente de que los estados depresivos afecten al rendimiento académico, junto a las bajas notas y los reiterados fracasos escolares, con toda probabilidad, se van elaborando síndromes depresivos en los niños. En consecuencia lo que inicialmente puede ser un fracaso ocasional, puede convertirse en un hábito comportamental que le predisponga a la aparición de un estilo cognitivo depresógeno.

Ante estos hallazgos se está iniciando una línea de prevención centrada en la escuela. Esta consiste en alertar al profesor para que pueda detectar y prevenir riesgos de padecer síndrome depresivo. El papel del profesor, en este sentido, tendría dos funciones, por un lado, saber detectar comportamientos depresivos en el aula y, por otro, actuar preventivamente con ejercicios de motivación y reestructuración cognitiva, con aquellos chicos con aparente fracaso académico.

e) *Otros*

Si bien las circunstancias más determinantes o desencadenantes del síndrome depresivo a este nivel son las expuestas en los apartados precedentes, no queremos dejar de mencionar otras variables que han mostrado ser parte de muchos cuadros etiológicos. Nos referimos a fracasos personales (con amigos, con el primer amor, tareas importantes), personalidades muy retraídas o inhibidas, carencia de habilidades sociales.

Las relaciones con los amigos ha sido la variable más estudiada. El aislamiento y las dificultades para relacionarse con sus compañeros hacen que los niños se sientan solitarios, acomplejados y muchas veces rechazados por sus propios compañeros, lo que les va convirtiendo en niños depresivos. Sin embargo, la

relación entre depresión, popularidad, comportamiento social y problemas de conducta, encontraron relaciones muy poco significativas.

3.8 Depresión Neurótica

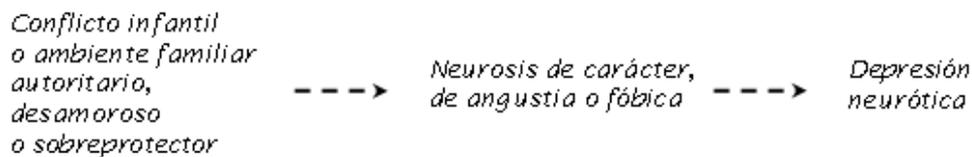
La etiología neurológica en la depresión infantil ha sido poco estudiada, en gran parte porque el tema de las neurosis ha sido un tema tratado predominantemente por psicoanalistas, los cuales consideran los estados neuróticos más propios de los adolescentes y adultos que de los niños. Sin embargo, junto a la neurosis de ansiedad, que acompaña a las manifestaciones neuróticas no es fácil detectar formas de histerismo (llamar la atención, celos, llantos con gritos, conductas anoréxicas o bulímicas), fóbicas (miedos a animales o cosas, fobias a los alimentos, a la obscuridad, a los colores, a las enfermedades) y, obsesivo compulsivas (manía de orden, limpieza, comportamiento sadomasoquistas) que provocan formas depresivas a veces difusas y menos intensas que las situacionales.

La ansiedad neurótica presente en distintas formas de neurosis, sobre todo en la neurosis de ansiedad y la neurosis fóbica, facilita la instauración de un estado depresivo. El propio carácter neurótico, caracterizado por la inseguridad y la baja autoestima, es asimismo un terreno adecuado para la germinación depresiva: En tanto que la ansiedad y las fobias neuróticas no precisan más especificaciones, es conveniente resaltar que el carácter neurótico se manifiesta sobre todo por la inseguridad de sí mismo, las inhibiciones y la timidez.

La depresión neurótica queda presentada así como la depresión cuya determinación se debe a factores neuróticos de inseguridad o de ansiedad. Las neurosis de carácter y de ansiedad son trastornos que arrancan de la infancia, a partir de un conflicto psíquico puntual o de un ambiente familiar dominado por la

privación amorosa, el autoritarismo o la sobreprotección. El yo infantil se muestra demasiado débil para hacerse cargo de un ambiente de estas características o para afrontar el conflicto, y, en consecuencia, trata de desentenderse, portándose como si no existiesen las dificultades creadas por el conflicto o por la adaptación familiar, Para ello suele recurrir el niño al mecanismo de la represión intrapsíquica. Una vez el material conflictivo es reprimido toma mayor fuerza y se convierte en germen de la neurosis.¹⁴

La causalidad de la depresión neurótica se desdobra, por lo tanto, en dos secuencias.



Es necesario considerara que hay múltiples factores de riesgo en una compleja asociación. Cada escuela teórica afirma cierta seguridad sobre el origen de la depresión, sin embargo en este como en muchos otros problemas estudiados por las ciencias humanas no es fácil encadenar los eslabones entre las causas y productos o efectos.

Se sabe poco acerca de las causas de los problemas conductuales y emocionales y más bien las investigaciones se encaminan a hablar de las situaciones de riesgo, es decir a aquellos elementos que muestran una correlación significativa con un determinado problema o trastorno, aunque esta relación no implique causalidad.

En el caso de los niños se destaca que su vulnerabilidad está estrechamente ligada a su capacidad de control emocional y a los procesos de apego, especialmente en aquella que tiene que ver con los trastornos de tipo emocional.

¹⁴ Cfr. E. Jacobson, *Depresión. Estudios comparativos de condiciones normales, neuróticas y psicóticas*, pp. 42-46.

Así mismo es importante considerar la relación que existe entre la pérdida y la depresión. Durante mucho tiempo el punto de vista más abordado que la pérdida precoz pone al individuo en una situación de riesgo para desarrollar una depresión, sin embargo estudios más recientes ponen esta opinión en duda. Ellos proponen que la pérdida precoz no es ni en sí misma ni por sí misma patógena más bien se cree que tal pérdida así como otros sucesos pueden desencadenar toda una serie de circunstancias adversas tales como una falta de cuidados, cambios en la estructura familiar y dificultades socioeconómicas que hacen que el individuo corra el riesgo de desarrollar un trastorno posteriormente.

Hay diferencias teóricas a la hora de dar prioridad a unos teóricos que a otros. Algunos de ellos otorgan más peso a los factores personales y otros por el contrario sostienen que las depresiones tienen origen en el contexto circunstancial al que el sujeto tiene que hacer frente.

Nosotras consideramos que la psicología actual tiene una postura integradora en la que se considera importante tomar en cuenta todos estos factores interactuando de una manera compleja a la hora de dar una explicación etiológica de la depresión.

CAPÍTULO 4

DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

4. DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

El diagnóstico de la depresión infantil ha estado frenado por las vicisitudes conceptuales a las que se ha visto sometido este síndrome: desde no admitir su existencia, a su deficiente formulación.

La información que se posee en la actualidad es relativamente reciente y es un área que se encuentra en la actualidad en una etapa de investigación muy activa, aunque se encuentra con limitaciones como la escasa precisión del cuadro sintomatológico.

Sin embargo, el mayor problema en torno a este aspecto es que los logros alcanzados son mayoritariamente adaptaciones del material que se disponía para evaluar la depresión adulta. Si hoy aceptamos un síndrome diferencial, hemos de demandar unos criterios e instrumentos diagnósticos específicos.

Desde el ámbito clínico, el diagnóstico del niño pronosticado de posible deprimido, debe comenzar con un estudio pediátrico que permita descartar cualquier patología orgánica. Si no se encuentra ningún problema de este tipo se inicia entonces el diagnóstico psiquiátrico o psicológico.

Cobo propone que el diagnóstico de la depresión en la infancia se haga en el siguiente orden:

- Entrevista con el niño.
- Entrevista con los padres o personas adultas que convivan con él.
- Entrevista con los profesores.
- Tests psicológicos.
- Evaluación e interpretación de la información.

4.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LA DEPRESIÓN INFANTIL

Los primeros criterios diagnósticos de depresión infantil que se conocen son los de Hoffe y Sandler que sólo son una especie de listado de síntomas.

Entre los criterios diagnósticos más significativos tenemos:

- Criterios de Ling (1970). Sobre los de Ling se basan los de Weinberg (1973) y los del DSM-III (1980).
- Criterios de Fighner (Fighner et al., 1972).
- Criterios de Weinberg (Weinberg et al., 1973).
- Research Diagnostic Criteria. RDC (Spitzer et al., 1978).
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-III-R (American psychiatric Association, 1985, 88).
- Criterios de Birlson (1981). Son exclusivamente infantiles.
- Criterios de Poznanski (Poznanski, 1982).
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV (American psychiatric Association, 1995).

En el DSM-III-R y el RDC apenas fueron modificadas las versiones existentes para adultos. Los otros se han construido específicamente para la infancia. Entre ellos los más utilizados son los de Weinberg y el DSM-III-R. Los de Weinberg son los que han producido un impacto mayor, por estar adaptados a la infancia, sin embargo, se ha comprobado que sólo el 6% de los autores los han utilizado, mientras que 72% han utilizado los del DSM-IV.¹

Esta circunstancia nos muestra un claro desplazamiento de los otros criterios por el DSM-IV, a pesar de que éste no tiene en cuenta síntomas exclusivamente infantiles propuestos por los autores infantiles, como problemas escolares y quejas somáticas.

¹ V. Del Barrio, "Depresión Infantil: Causas, evaluación y Tratamiento", p. 12.

Todos los criterios requieren la presencia de humor disfórico. Mientras unos exigen que el estado de ánimo sea expresado verbalmente por el niño, otros contemplan la posibilidad de hacer el diagnóstico a través de las conductas no verbales.

En cuanto a la duración de los síntomas no hay unanimidad entre ellos, oscilando esta categoría entre una semana a un mes como mínimo. El número de síntomas exigido por los distintos sistemas para el diagnóstico de depresión también varía de un autor a otro. En la tabla 1 se pueden observar los síntomas contemplados como mínimos en cada uno de los criterios diagnóstico.

Tabla 1. Criterios diagnósticos para la depresión infantil²

	Ling 1970	Fighner 1972	Weinberg 1973	Spitzer 1978	DSM- IIIR 1980/88	Birleson 1981	Poznanski 1982
Disforia	*	*	*	*	*	*	*
Anhedonia		*		*	*	*	*
Aumento/dism. Apetito/peso	*	*	*	*	*	*	
Insomnio o Hipersomnia	*	*	*	*	*	*	*
Falta de energía o fatiga	*	*	*	*	*	*	
Agitación/retraso motor		*		*	*		*
Reproche o culpabilidad	*	*	*	*	*	*	*
Pobre concentración		*		*	*		
Pensamientos muerte		*		*	*	*	*

² V. Del Barrio, *Depresión Infantil*, p. 22.

Retraimiento social	*		*			*	*
Llantos inmotivados						*	
Agresividad	*	*					
Cambio en rendimiento Esc.	*		*			*	*
Quejas somáticas	*		*			*	
Fobia escolar	*						
Cambio actitud escuela			*				
Ensoñaciones						*	

4.2 INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO PARA EVALUAR LA DEPRESIÓN EN LA INFANCIA

En este ámbito los fines diagnósticos son: diagnosticar si el niño manifiesta los síntomas específicos de la depresión y establecer la gravedad de la misma.

La evaluación comportamental infantil es más compleja que en el adulto, por lo que se aconseja utilizar varias fuentes de información complementarias, ya que es frecuente que algunos niños que padecen depresión no lo manifiesten a través de los cuestionarios, hecho que es muy raro en los adultos.

Los instrumentos de los que actualmente se dispone son:

- Entrevistas con los padres u otros familiares o personas cercanas a la vida del niño.
- Entrevista con el niño.
- Observación de la conducta del niño.

- Escalas de evaluación y estudios de laboratorio: estudios de medidas biológicas y pruebas psicológicas.
- Cuestionarios: de autoinforme, para padres, para maestros, para los compañeros y, finalmente, los que formalizan los clínicos. Sin embargo, en la práctica diaria el diagnóstico se realiza mayoritariamente con entrevistas a los niños, a los padres y/o maestros y escalas de evaluación. Rutter realizó un estudio sobre fiabilidad y validez del diagnóstico, encontraron que la entrevista con los padres es el mejor instrumento aislado para detectar niños con trastornos psiquiátricos. En investigación, sin embargo, se han fomentado más el uso de escalas conductuales, a las que los clínicos consideran de gran utilidad. Pero en general, son muy escasos los trabajos sobre la fiabilidad y validez del proceso diagnóstico en psicopatología y psiquiatría infantil.

El énfasis en los instrumentos diagnósticos de depresión, la habilidad de la medida para discriminar niños con desórdenes frente a otros sin patologías significativas. Posteriormente se debería tener en cuenta, a la hora de seleccionar un instrumento u otro, que éste permita aislar sintomatología depresiva frente a otras categorías diagnósticas. Finalmente se analizarían sus habilidades para valorar la severidad, duración y frecuencia de los síntomas. Cuando seleccionamos una medida es importante ser conscientes de las diferencias en edad y el formato de los instrumentos.

Algunos autores consideran que los formatos de respuesta de "sí" y "no" generan dificultades por la falta de respuestas, siendo más indicados para valorar la severidad los de más alternativas.

Hay que considerar que para llevar a cabo un adecuado proceso diagnóstico en depresión infantil debe de utilizarse:

- Entrevista con los padres del niño, para recoger información sobre éste.
- Entrevista a familiares.

- Entrevista con el niño.
- Escalas de evaluación conductual que contestan padres y maestros, así como otras personas significativas en la vida del niño.
- Una exploración neurológica.
- Ciertos estudios de laboratorio que incluyen la administración de pruebas psicológicas.

Haremos a continuación una breve descripción de los instrumentos más utilizados.

4.2.1 Entrevistas

La entrevista ha sido y sigue siendo el instrumento más extendido en el campo de la evaluación y el diagnóstico. Se caracteriza por la posibilidad de acceder a las perspectivas de las personas entrevistadas, al mundo de sus opiniones y valoraciones, sentimientos, percepciones, significados personales, etc. Por otro lado, nos permite explorar todos aquellos aspectos que no pueden ser observados directamente. Teniendo en cuenta que la depresión está vinculada al mundo interior de las personas, la entrevista constituye una fuente de información de primer grado.

Dependiendo de los fines que nos propongamos con la entrevista, utilizaremos una determinada modalidad de la misma. Si bien para la investigación es más práctica la entrevista estructurada, para la clínica se aconseja la no estructurada por ser la que más información ofrece, siempre que se deje al entrevistado (niño, maestro, padre) hablar con espontaneidad y añadir información asociada a las preguntas que el clínico le hace. Ya algunos estudios han demostrado cómo se pierde mucha información importante en el diagnóstico infantil con entrevistas estructuradas.

El mayor problema con el que cuenta el uso de este instrumento es la formación y experiencia que se requiere por parte del evaluador. Esta se puede sintetizar en:

conocimiento profundo de la técnica de la entrevista; tener presentes todos los elementos que pueden estar interrelacionados con el estado de la conducta que se pretende evaluar; aspectos motivadores y de empatía que debe generar en la situación de entrevista; objetividad en la recogida e interpretación de la información facilitada por el entrevistado.³

4.2.2 Entrevista con el Niño

Son varios los investigadores y clínicos que defienden el uso de la entrevista para el diagnóstico de la depresión en la infancia. Al igual que con los adultos, toman al propio enfermo como principal fuente de información. Al igual que la entrevista con el niño es el instrumento más importante a la hora de diagnosticar sintomatología depresiva en la infancia, por lo que sugiere, que ésta reemplace la tradicional entrevista a los padres y maestros, manifestando que los niños son informadores fiables. Prioriza el uso de la entrevista frente a otros instrumentos diagnósticos, al constituir los síntomas de la depresión signos internos que pueden escapar a las observaciones de otras personas.

La entrevista con el niño es aconsejable desde los seis o siete años, o desde que el niño posea una buena capacidad verbal. Debe hacerse a solas con él para que no se sienta mediatizado por la presencia de los padres. Algunos clínicos valoran esta información muchísimo pues consideran que la información que poseen tanto los padres como los maestros, tiene más que ver con manifestaciones externas de la conducta, como problemas de comportamiento o integración, rendimiento escolar, hábitos y relaciones interpersonales.

Los adultos que rodean al niño frecuentemente suelen desconocer la parte más interior de éste, sus ideas, pensamientos y sentimientos, que el niño sí revela en la

³ Cfr. C. Cobo, *La Depresión infantil del Nacimiento a la adolescencia*, pp. 96-98.

entrevista clínica, "El niño posee su propia palabra, su entidad, su versión de lo que ocurre".⁴

Si bien la entrevista más rica suele ser la no estructurada, existen muchas entrevistas estructuradas para evaluar síndrome depresivo en la infancia y adolescencia. Algunas de ellas son:

- *Diagnostic Interview for children and adolescent (DICA)*, desarrollada por Herjanic (Puig-Antich et al., 1987). Abarca más información sobre la vida del niño que en el episodio actual.
- *Interview Schedule for children (ISC)*, desarrollada por Kovacs (1984). También abarca la vida del niño e incluye todos los síntomas que aparecen en la literatura como parte integrante de la depresión infantil. Recoge una versión separada para padres.
- *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school-age Children (Kiddie-SADS-P, K-SADS-P)*, desarrollada por Puig-Antich y Chambers (1987). Mide psicopatología sólo en el momento del trastorno. Tiene una versión para padres.

4.2.3 Entrevistas para Padres

La entrevista a los padres suele ser el primer requisito del clínico cuando tiene que hacer una exploración psicopatológica infantil. Sin embargo, hay algunos síntomas que se cree tienen mayor validez si se entrevista al niño y no a los padres. Esta entrevista se puede hacer antes de entrevistar al niño, o inmediatamente después de hablar con éste. Es aconsejable hacer una entrevista no estructurada y complementar ésta con una estructurada o cuestionario que haga referencia sobre todo a los síntomas del niño.

⁴ *ibidem*, p. 226.

En la actualidad existen bastantes formatos de entrevistas estructuradas para padres. Estas se empezaron a desarrollar como instrumentos para la investigación, pero están siendo de gran utilidad en la práctica clínica. Muchas de ellas están dirigidas a evaluar psicopatología general, pero otras miden específicamente depresión.

Entre las más conocidas tenemos:

- Children's Depression Rating Scale (CDRS), Poznanski et al., 1979.
- Children's Depression Scale-revised (CDRS-R), Poznanski et al., 1984.
- Bellevue Index of Depression (BID), Petti, 1978.
- Children's Affective Rating Scale (CARS) McKnew et al., 1979.
- Interview Schedule for Children (ISC-Form C), Kovacs et al., 1984.
- Kiddie-SADS (K-SADS), Chambers et al., 1978).
- Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA).
- Diagnostic Interview Schedule for Children-Parente Form (DISC-P).
- Columbia Psychiatric Interview (COLPA).

4.2.4 Entrevistas para Profesores

El informe escolar de los profesores se considera otra fuente útil de información, puesto que es la escuela uno de los marcos donde tiene lugar gran parte del desarrollo infantil.

Además, es en la escuela donde el niño pasa una gran parte de su tiempo, bajo la observación de los maestros, por lo que éstos conocen bastante el comportamiento infantil.

Por otro lado, muchas depresiones, tales como las derivadas de fobias escolares, retrasos en el aprendizaje, pueden tener manifestaciones claras en la escuela y no en la casa. Al respecto, son varios los autores que consideran imprescindible la información de los profesores para la elaboración del diagnóstico.

4.2.5 Observaciones

La observación puede considerarse como el más antiguo y más moderno método de recogida de información sobre la conducta. La observación es un procedimiento básico de recogida de información, de forma intencionada y estructurada, del comportamiento de los sujetos evaluados. El uso de la misma se hace prioritario cuando no son factibles otras técnicas de evaluación. En el contexto del diagnóstico clínico o psicopedagógico la observación es muy utilizada ya que muchos aspectos de la vida psíquica y de la conducta, objeto de estudio de ésta, son imposibles de abordar a través de instrumentos estandarizados de diagnóstico.

En el diagnóstico de la depresión, la observación de la conducta ha sido una estrategia poco utilizada debido al propio carácter interiorizado de las alteraciones depresivas. Actualmente, sin embargo, está cobrando una gran relevancia. Algunos autores, consideran muy necesario la inclusión de este tipo de registros en el proceso diagnóstico por la relevancia que se ha podido comprobar que tiene la conducta no verbal en estos pacientes.

Los primeros intentos de utilización de la observación en el diagnóstico de la depresión infantil, han tenido lugar en la consulta con el niño. Las conductas más observadas para su registro han sido conducta motora, fluidez verbal, contacto ocular, movimiento de las manos y posición y movimientos corporales. Kazdin ha elaborado un código de conductas para hacer observaciones en niños deprimidos. Las conductas seleccionadas son: contacto ocular, expresividad facial, latencia de respuesta, movimientos corporales, movimientos de manos, ceño, aislamiento e interacción social. Por su parte Kashani crea el "General Rating Affective Symptoms in Preschool". Es éste el primer instrumento de observación sistemática de la conducta deprimida en los niños.

Las conductas fundamentales recogidas en este registro son retraimiento, anhedonia, irritabilidad e hiperactividad⁵.

4.2.6 Observación Participante

La observación participante se caracteriza porque el observador se introduce, como un miembro más en el escenario de la observación y pasa el mayor tiempo posible con el o los sujetos que observa.

Para que esta se lleve a cabo debe existir un conocimiento previo entre el observador y observado y una "permisividad en el intercambio" establecido puesto que lo que interesa, o lo realmente significativo de esta observación, es la dinámica que se genera, es decir, el proceso más que el producto. Estas estrategias son las que permiten a la observación participante llegar a obtener matices en el diagnóstico que es muy difícil adquirir con otras técnicas.

La relevancia de este tipo de instrumentos en el diagnóstico radica además en que permite contemplar los fenómenos en situaciones naturales, permite adaptarse a cualquier fenómeno observable, posibilita explorar respuestas atípicas e idiosincráticas y, sobre todo, permite analizar el fenómeno en un contexto global.

4.2.7 Escalas y Cuestionarios

Estos empezaron a producirse a comienzo de los años 70 y después de la aparición de los criterios diagnósticos de Ling y de Weinberg. Todos se encuentran aún en fase de desarrollo. Unos en fases más prematuras y otros avalados por un número razonable de trabajos. Sólo la mitad de ellos aproximadamente han sido construidos para la evaluación de la depresión. El resto, recogen una amplia gama de perturbaciones infantiles o adolescentes entre las que se encuentra la depresión. Entre ellos tenemos: escalas de autoinforme y

⁵ Cfr. P.C. Cozby, *Métodos de Investigación del comportamiento*, pp. 111-115.

cuestionarios para padres, maestros, otras personas cercanas al niño, compañeros y para el propio clínico.

4.2.8 Escalas de Autoinforme

Algunos autores se preguntan si la utilidad de los cuestionarios autoadministrados es la misma en niños que en adultos. Tanto en un caso como en otro los cuestionarios autoadministrados están sujetos a ciertas fuentes de sesgo y distorsión. Pero en la infancia el sesgo se supone que es mayor por las limitaciones que el niño puede tener en el lenguaje y habilidades cognitivas, que probablemente influyen en la interpretación que éste hace de los ítems planteados en la escala. Por otro lado, se ha cuestionado la capacidad del niño para definir sus síntomas. Sin embargo, algunos autores las defienden como la mejor fuente de información, puesto que "no hay duda de que el niño es la mejor fuente de información de sus sentimientos internos y fenómenos subjetivos". Algunas de ellas se presentan con formato de entrevista para que el clínico pueda ayudar al niño a entender el contenido de los ítems preguntados.

Otra ventaja que presentan es el bajo costo que suponen en dinero y en tiempo, puesto que se pueden administrar rápidamente. Por otro lado, la estandarización y uniformidad permite hacer comparaciones posteriores entre los sujetos y entre poblaciones distintas. Finalmente, permiten obtener datos normativos con puntos de corte preestablecidos, con lo que se elimina la subjetividad.

Por todo ello, en el ámbito del diagnóstico de la depresión los autoinformes están especialmente indicados, además de que los estados afectivos se prestan más a la evaluación subjetiva. Los más usados son⁶:

- Children's Depression Inventory (CDI), Kovacs y Beck, 1977.
- Children's Depression Scale (CDS), Lang y Tisher, 1978.

⁶ Cfr. B. E. Compas, *Psicología Clínica. Ciencia y práctica*, pp. 180-183.

- Short Children's Depression Inventory (Short-CDI), Carlson y Cantwell, 1979.
- Face Valid Depression Scale for Adolescents (DSA), Mezzich y Mezzich, 1979.
- Center for epidemiological Studies Depression Scale (CES-D), Weisman et al., 1980.

Modificado para niños.

- Beck Depression Inventory (BDI-A), Chiles et al., 1980. Modificado para adolescentes.
- Modified Zung (M-Zung), Lefkowitz y Tesiny, 1980.
- Self-Rating Scale (SRS), Birlleson, 1981.

4.2.9 Cuestionarios para Padres

El objetivo de éstos es el mismo que el de las entrevistas estructuradas. Entre los más conocidos tenemos:

- *Cuestionario de Rutter*, Rutter et al. 1970. Evalúa trastornos psiquiátricos en general.
- *Child Behavior Checklist*, Achenbach (1985).
- *Modificación del cuestionario de Connors y Puig Antich* (1978).
- *Children's Depression Scale (CDS)*, Lang y Tisher (1978). Versión para padres.
- *Children's Depression Inventory (CDI)*, Carlson (en proceso de elaboración). Versión para padres.

Los cuestionarios de Rutter y Connors no contienen muchos ítems referidos al estado de ánimo del niño. El de Achenbach se valora como muy adaptado a la patología depresiva.

4.2.10 Cuestionarios para Compañeros

Los compañeros de clase del niño son considerados una fuente de información muy importante puesto que conocen numerosas conductas que no se suelen expresar en otros contextos. Por eso, son de un valor muy estimable a la hora de realizar un diagnóstico. Existen ya cuestionarios destinados a tal fin como el *Peer Nomination Inventory for Depression (PNID)*, de Lefkowitz y Tesiny (1980). La estructura del mismo es similar a la de un test sociométrico. Exige que un niño sea evaluado por muchos compañeros en el marco ambiental del aula.

4.2.11 Cuestionarios para Maestros

Al igual que en los de padres, se trata de escalas de psicopatología general. Sólo en el caso de Achenbach existe un número significativo de ítems referidos al estado de ánimo.

Estos cuestionarios no se consideran de mucha fiabilidad, puesto que se ha observado, en ocasiones, que el maestro conoce muchas cuestiones de comportamiento pero no de estado de ánimo. Han recibido las mismas críticas que los de padres.

4.2.12 Cuestionarios de uso Clínico

Finalmente, la apreciación clínica del especialista es la más importante por ser sobre la que recae la responsabilidad del diagnóstico.

Si bien los cuestionarios facilitan enormemente el descubrimiento de una depresión, ningún diagnóstico clínico debe basarse únicamente en ellos⁷.

⁷ *ibidem*, pp. 1185-187.

El clínico debe formular su propio cuestionario con los datos obtenidos a través de las otras fuentes de información, además de sus propias observaciones. Debe fijarse en el aspecto físico del niño, cómo anda, su mirada, su aspecto de salud, etc. Otro aspecto importante gira en torno al lenguaje, en el que debe apreciar el tono, la intensidad, la fuerza de las respuestas, su espontaneidad.

4.2.13 Tests Psicológicos

Estos suelen ser tests proyectivos y se utilizan para evaluar las fantasías del niño. Las que se han utilizado en este sentido han sido:

- El Rorschach.
- El Test de Apercepción Temática de Murray (TAT).
- El CAT.
- El test de dibujo de la figura humana.

En la mayoría de los casos no se han administrado de un modo sistemático en el estudio de la depresión infantil, pues no se consideran muy válidas para el diagnóstico por su poca contribución. Otros autores, sin embargo, los encuentran de mucha utilidad, sobre todo cuando se valora el juego y el dibujo libre, que suelen ser los equivalentes verbales en los niños más pequeños.

4.3 EVALUACIÓN GLOBALIZADA DE LA DEPRESIÓN EN LA INFANCIA

Frecuentemente el diagnóstico de la depresión en la infancia se desarrolla a través de un proceso centrado en el síntoma. Estas prácticas provienen del modelo conceptual clínico, defendido mayoritariamente por la comunidad científica americana, al amparo de los criterios diagnósticos como el *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV*. Este tipo de diagnóstico suele ser de tipo ambulatorio y los que practican el mismo, muchas veces no suelen detenerse en valorar otras variables moduladoras y/o interactivas en la conducta depresiva, ni tienen en cuenta si los cuadros descritos por el DSM-IV, prototipos

del comportamiento depresivo de la sociedad americana, son los equivalentes a los manifestados por pacientes de otras culturas u otros entornos socioambientales distintos.

En la génesis de la depresión convergen múltiples factores que se interrelacionan haciendo posible la aparición de sintomatología depresiva. De hecho cuando se describe el cuadro clínico del niño con trastornos, se suele aludir a factores de desarrollo, familiares, sociales, culturales y cognitivos. Evidentemente, cada uno de ellos tendrán más o menos peso, pero todos se suceden interrelacionándose entre si y por tanto, todos pueden ser influyentes y a la vez susceptibles de verse afectados, por lo que deberán tenerse en cuenta.

Este modelo de diagnóstico que presentamos tiene como objetivo, en contra del diagnóstico clínico aislado, hacer un acercamiento al problema desde el propio contexto en el que se produce y de forma global. Esta aproximación globalizante conlleva tener en cuenta todos los aspectos posibles intervinientes y no una vana precisión de detalles.

Diagnosticar desde un marco contextual supone una aproximación sistemática de la realidad, es decir, teniendo en cuenta de forma conjunta todas las partes que componen el todo. En este sentido se enfatiza el trabajo interdisciplinar en el diagnóstico. El individuo, y sobre todo el niño, está inmerso en una realidad donde coexisten diversos sistemas, cada uno con sus reglas, estructura e ideología. Los sistemas fundamentales para el niño son la familia y la escuela, por lo que en todo diagnóstico sobre el comportamiento infantil en general, es necesario acercarse a ellos para conseguir información sobre las características básicas de ambas, para que nos ayuden a comprender y valorar la conducta del niño. Por otro lado, si planteamos el diagnóstico como una evaluación globalizante y/o integral, hemos de entender que deben tenerse en cuenta todas las fuentes de información posibles.

Las fuentes de información están relacionadas con aquellas que nos puedan aportar datos sobre cualquier elemento interviniente en las circunstancias de vida del niño. En éste hemos visto como las depresiones vienen determinadas primordialmente por los sistemas *familia*, *escuela* y *amigos*. El contexto o sistema familiar del niño configura tanto la etiología depresiva como su evaluación diagnóstica y tratamiento.

Algunos autores al plantear el diagnóstico de la depresión en la infancia, proponen una evaluación más exhaustiva en la que se contemplen otros elementos además de la conducta depresiva, por ejemplo habla de:

- Biografía del niño: historia evolutiva, familiar y escolar.
- Autodescripción del estado actual.
- Observación de su aspecto físico y actividad psicomotora.
- Descripción de su conducta: en su familia, en la escuela y en la clínica.
- Antecedentes familiares y personales.

Este tipo de diagnóstico conlleva una ampliación de las competencias profesionales que deben ir más allá del mero uso de instrumentos estandarizados para identificar los síntomas. El mismo vendrá condicionado por:

- Conocimiento de los factores relacionados con el síndrome depresivo.
- Conocimiento y aplicación de distintos instrumentos diagnóstico.
- Tener en cuenta todos los factores relacionados con la vida del niño que pueden influir en el desarrollo del mismo, tanto familiares como psicopedagógicos.
- Conocer el contexto cultural tanto infantil como étnico.

En él toman relevancia los instrumentos cualitativos poco estructurados y abiertos, pues el evaluador tiene que posibilitar que el sujeto plasme su cuadro clínico y situación particular. En este sentido, la entrevista, tanto con el niño como con los maestros y sus padres y la observación de la conducta del niño en su contexto, se

presentan como los instrumentos más relevantes. Evidentemente, consideramos de gran utilidad los instrumentos estandarizados, como escalas y cuestionarios, por un doble motivo; en primer lugar porque permiten confirmar el diagnóstico y establecer la severidad o intensidad de los síntomas, y en segundo lugar porque ofrecen la posibilidad al clínico de hacer comparaciones.

La consideración de la severidad de los síntomas es de gran importancia en el diagnóstico infantil por varias razones: la intensidad de los síntomas es más sensible a los cambios que el diagnóstico global; las relaciones que se pueden establecer entre depresión y otras variables demográficas y de personalidad son más ricas cuando se hacen con grados de severidad que cuando se hace con valores de presencia y/o ausencia; a la hora de establecer criterios de intervención, el grado de severidad es más útil que el mero diagnóstico.⁸

En conclusión los instrumentos de evaluación de la **DI** varían en función del marco teórico del que se derivan y de lo que pretenden medir. Así, cuando se quieren medir las conductas interiorizadas, se usan fundamentalmente pruebas de lápiz y papel que pueden ser: entrevistas estandarizadas, inventarios, escalas, cuestionarios, test pictórico, y otros. Cuando lo que se pretende es medir la conducta manifiesta se hace observación de conductas, registro de conductas, y aplicación del juego infantil.

La evaluación de los aspectos biológicos de la depresión infantil se lleva a cabo con análisis y pruebas objetivas de los elementos físicos que se han mostrado relacionados con ella. Así tenemos pruebas de carácter endocrino, como la determinación de los niveles de cortisol y la hormona de crecimiento. Pruebas como el electroencefalograma EEG (sobre todo durante el sueño) y el electromiograma EMG (relacionado con la musculatura facial implicada en la expresividad).

⁸ Cfr. Polaino-Lorente, *Las Depresiones Infantiles*, pp.303-305.

Cuando se revisa la literatura especializada, se define con toda evidencia que los instrumentos de mayor uso en la evaluación de la **DI** son fundamentalmente dos: el Child Depression Inventory CDI (Kovacs y Beck) y el Child Depression Scale CDS (Tisher y Lang). En la actualidad el cuestionario más utilizado es el modificado de M. Kovacs CDI.

Al recurrir a estos instrumentos de evaluación se deben tomar en cuenta algunos factores como: el nivel de desarrollo del niño, su grado de madurez intelectual, su labilidad emocional y el carácter interiorizado de la conducta deprimida, por todo ello es conveniente pasar el cuestionario dos veces.

La entrevista a los padres surge como un instrumento importante de recolección de datos, tanto del niño deprimido como de la familia. Así como también la entrevista a los maestros y compañeros de clase.

CAPÍTULO 5

EL RENDIMIENTO ESCOLAR Y SUS IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS

5. EL RENDIMIENTO ACADÉMICO Y SUS IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS.

En los últimos años ha surgido un creciente interés y preocupación en la mayoría de los países por el fracaso escolar, un problema determinado por múltiples factores como el contexto social, la familia, el funcionamiento del sistema educativo, el trabajo de cada profesor y la disposición del propio alumno.

El niño tendrá, posiblemente, una dificultad para algún tema escolar. Si en su escuela o en su casa, se dan cuenta a tiempo de que el niño tiene dificultades, podrán estudiar esas dificultades y poner en marcha las acciones necesarias para superarlas: una mayor atención sobre el niño, unas clases especiales o una adaptación de los objetivos educativos.

Si nadie repara en las dificultades del niño, o si no se les da la necesaria importancia, el niño tendrá trastornos en sus aprendizajes, que, en el peor de los casos, se irán acumulando a cada curso que el niño haga. Lo único real es que hay niños con dificultades, las cuales pueden ser muy variadas.

El fracaso escolar se produce cuando algo falla en algún punto del sistema educativo, y el niño con dificultades no es ayudado para superarlas. La culpa no es del niño. El niño es el eslabón más débil de la cadena: primero porque es niño, segundo porque es un niño que tiene dificultades, tercero porque el niño no es un técnico ni en pedagogía, ni en psicología, ni es maestro, ni ninguno de los profesionales que, se supone, son quienes trabajan para enseñarle y conducir sus aprendizajes.

El fracaso es de alguna acción educativa que no ha orientado correctamente las dificultades del niño, ni las ha tratado con el necesario acierto.

Los docentes son la segunda pieza más débil del sistema. Están colocados en la línea de fuego y, a veces, ni se les prepara ni se les ayuda a la hora de programar los aprendizajes de sus alumnos. Es lógico que, en ocasiones, se mantengan a la defensiva cuando se sienten atacados.

La solución consiste en ver qué dificultad concreta plantea un niño con trastornos de aprendizaje. Después, detectar todos los factores que intervienen en su dificultad. Y, sabiendo las implicaciones del caso, construir un programa de objetivos para ese niño, y ponerlo en práctica.

5.1 DEFINICION DE RENDIMIENTO ESCOLAR

El traslado de rendimiento al ámbito educativo ha preservado su significación económica. Está asociado con los desarrollos teórico-metodológicos que se han dado en el campo de la economía de la educación, desde la determinación del costo-beneficio hasta el análisis de sistemas.

En los estudios educativos el rendimiento escolar se ha definido de diversas maneras, que, sin embargo, no han podido precisar de manera unívoca la naturaleza del problema, lo que ha originado diversas, e incluso ambiguas, acepciones del vocablo rendimiento.

Al revisar algunos estudios sobre rendimiento elaborados en América Latina durante la última década, es posible agruparlos en dos formas según sus aproximaciones a la definición y operación del mismo:

Se trata indistintamente el rendimiento con el aprovechamiento escolar, en el momento de establecer definiciones operativas para el estudio de la problemática.

El **aprovechamiento escolar** puede concebirse como el nivel de conocimientos, habilidades y destrezas que el alumno adquiere durante el proceso enseñanza-aprendizaje; la evaluación de éste se realiza a través de la valoración que el docente hace del aprendizaje de los educandos, lo que va a

estar en relación con los objetivos y contenidos de los programas y el desempeño de los escolares. De ahí que el aprovechamiento, al ubicarse fundamentalmente en el aprendizaje en el aula, se encuentre en un nivel de conocimiento distinto al problema del rendimiento; bajo esta perspectiva, se le incorpora como un elemento constitutivo del rendimiento.¹

Se distingue claramente al rendimiento del aprovechamiento escolar, considerando por lo general a éste como variable o indicador. En la mayoría de esos estudios, la ubicación analítica del rendimiento se circunscribe en el plano descriptivo, como problemática educativa factible de ser comprendida tan solo a través de sus representaciones empíricas. Estas se expresan, por lo general, en los resultados de un proceso escolar determinado, con lo que se tiende a reconocer y sistematizar al rendimiento a partir de representaciones tales como calificaciones de alumnos, acreditación, reprobación y egreso, entre otros.

Sin embargo, cuando se define al rendimiento mediante la descripción de alguna o varias de esas representaciones se soslayan la totalidad del proceso mismo que le da origen, realizando con ello una simple sustitución terminológica. Asimismo, al pasar directamente de la enunciación del rendimiento a su manejo operativo sin que medie algún supuesto teórico, solamente se capta el lado superficial del rendimiento. Esto lleva a que la discusión conceptual se sustituya, de hecho, por la instrumentación operativa,

El rendimiento en un primer nivel, viene definido, por la o las notas obtenidas por el alumno al cumplir con los requisitos de ingreso, en los colegios que realizan algún tipo de selección académica. A un segundo nivel se define al rendimiento a partir de las calificaciones obtenidas por los alumnos en las diferentes asignaturas.

La evaluación del aprovechamiento escolar (en otro momento denominado rendimiento, en el proceso enseñanza-aprendizaje, es el acopio sistemático de datos cuantitativos y cualitativos, que sirve para determinar si los cambios propuestos en los objetivos de aprendizaje se están realizando en los alumnos".

¹ Cfr. F. Carreño, *Medición del rendimiento escolar*, pp. 23-24.

Así, a partir de datos observables y medibles se han derivado análisis que emplean desde la estadística descriptiva hasta modelos complejos que incorporan análisis multivariado, factorial y otros, considerando lo observable y mensurable como los únicos criterios de validez, confiabilidad y objetividad en el estudio del rendimiento. Los aspectos cualitativos inherentes a las representaciones empíricas son olvidados, puesto que se supone, desde esa perspectiva, que los datos obtenidos son resultados escolares que se explican por sí mismos y que, al mismo tiempo, expresan el rendimiento.

5.2 CONSIDERACIONES PARA ABORDAR LAS MANIFESTACIONES DEL RENDIMIENTO

Como hemos señalado anteriormente, las características del rendimiento son perceptibles, en primera instancia, en el plano empírico. Esta circunstancia, sin embargo, ha creado una serie de confusiones e imprecisiones en su medición durante el proceso de evaluación del mismo, lo que ha originado que en los momentos de captación y análisis de datos se utilice información muy general (agregada), en procedimientos que requieren de mayor precisión y detalle (o sea, de tipo desagregado); inclusive en algunas investigaciones se han trasladado y/o confundido las manifestaciones por no considerar sus particularidades. Así por ejemplo, existen estudios que tratan de aproximarse a la deserción escolar pero no distinguen a los alumnos desertores del conjunto de los repetidores o de los rezagados en un ciclo escolar, presentando este fenómeno con una magnitud que no corresponde a la realidad. Estas situaciones, aparentemente menores.

De ello se desprende la necesidad de estudiar las manifestaciones del rendimiento del conjunto de manifestaciones hemos identificado la eficiencia terminal, la aprobación, la reprobación y la deserción escolar como las más significativas en el estudio del rendimiento escolar. Porque son representativas de las dos instancias más importantes del proceso escolar: la institución y la población estudiantil, ya que son las más fácilmente identificables en el análisis empírico y constituyen un punto de partida para el desglose de otras manifestaciones; además, son el centro de atención de la mayor parte de los

estudios y evaluaciones enfocados en la investigación del objeto rendimiento, lo que permite hacer comparaciones.

La manifestación de eficiencia es considerada por la institución como un indicador para evaluar parte de su funcionamiento y logros y, en particular, su rendimiento como integrante del sistema educativo.

Las aprobación y reprobación como formas de expresión de los resultados del proceso enseñanza-aprendizaje, tradicionalmente se utilizan como equiparables al rendimiento de los alumnos; se les trabaja como expresión del aprovechamiento escolar en el proceso enseñanza-aprendizaje, que es calificado con determinadas notas escolares a partir de las cuales se determina la condición de aprobación. Son consideradas, en última instancia, indicadores de los logros escolares obtenidos por los estudiantes.

La deserción escolar como problemática educativa no sólo afecta la movilidad y expectativas educacionales y laborales de los individuos desertores, también influye significativamente en las metas y objetivos trazados por la institución escolar y, en particular, en su capacidad de retención: un número importante de desertores modifica sustancialmente los niveles de eficiencia terminal y, por tanto, el rendimiento alcanzado por la misma institución.

Estas últimas manifestaciones permiten la caracterización pormenorizada de los tipos de recorridos escolares de los alumnos: completos, incompletos, regulares o irregulares, que con la manifestación eficiencia terminal sólo quedaban esbozados.

Por último, hay que insistir en que las manifestaciones eficiencia terminal, aprobación, reprobación y deserción tomadas en conjunto no expresan esta problemática en toda su complejidad; su tratamiento es una primera aproximación desde distintos ángulos significativos del proceso escolar, en la búsqueda de los nexos internos y la dinámica que delimita y afecta al rendimiento.

Facilitar la concentración: procurar un espacio en el hogar adecuado para el estudio de los niños. Sin música, sin ruidos, con buena iluminación. Cada niño es diferente, por lo tanto tenemos que conocer quien se concentra durante más rato o más deprisa, o quien necesita descansar del estudio más a menudo y volver a empezar. Debemos de ayudar a que controlen la imaginación, no los podemos interrumpir en cada momento, para no dispersarlos, y lo que sí podemos hacer es preguntarles cuando hayan finalizado el tiempo de estudio; de esta forma podemos saber si han aprendido a resumir y sintetizar y si han reflexionado sobre lo que han estudiado.

Es importante considerar que la educación no se puede comprender si no se hace una relación con la estructura del sistema de relaciones sociales de que forma parte. Por lo tanto, la educación es el proceso mediante el cuál se transmiten conocimientos.²

Debido a las deficiencias del sistema educativo, el personal docente no puede en muchas ocasiones cumplir con los objetivos de la materia. Además, las actitudes de los niños pueden llegar a complicar al mejor profesor, es un círculo vicioso entre las deficiencias de hace años, y el desorden que puede provocar un grupo de niños que no tienen un buen desarrollo de las habilidades para el aprendizaje.

Sin embargo, es necesario considerar que la causa del bajo rendimiento escolar es la vida emocional del niño, la falta de comunicación con los integrantes de la familia, la inestabilidad de su desarrollo físico y emocional, que dan como resultado justamente el bajo desempeño, la reprobación de materias, e incluso la deserción escolar o problemas que pocas veces son tomados en cuenta como patologías psicológicas que son difíciles de diagnosticar (Depresión).³

Además, el sistema educativo de gobierno maneja una base de conocimientos general, y este manejo de la información mediante la memorización y

² Cfr. B.K. Keogh, *Temperamento y rendimiento escolar*, p. 37.

³ Cfr. M. Ruiz, *Lo que dicen los niños con sus actitudes*, pp. 99-100.

repetición, deja a un lado la enseñanza de “aprender a aprender”; creando así un círculo vicioso, un cúmulo de conocimientos deformados, y no una guía para superar niveles de educación y promover que se responsabilicen por su aprendizaje y que adquieran el gusto e iniciativa por aprender.

De acuerdo a lo anterior, la pregunta a plantearse es la siguiente: ¿Cuál de los siguientes factores: familiar, social, personal, problemas de conducta, logros y fracasos, salud y escolar afectan el rendimiento escolar?.

5.3 CAUSAS DEL BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR.

Deberá diferenciarse un fracaso escolar verdadero del abandono pedagógico. La falta de documentación respecto a la inasistencia frecuente, la falta de recursos, entre varios factores. Por otra parte, también suele confundirse el fracaso escolar con el bajo rendimiento. El buen rendimiento suele referir el resultado final de las calificaciones, aunque se trata de una evaluación relativa.

El fracaso escolar es aquella situación en la que el sujeto no alcanza las metas esperables para su nivel de inteligencia, de manera tal que ésta se ve alterada repercutiendo en su rendimiento integran y en su adaptación a la sociedad.

Existen así, dos tipos de fracaso escolar:

1. El fracaso del niño de modo tal que su capacidad intelectual no le permite seguir el ritmo normal de la clase.
2. Puede darse también el caso del sujeto que fracasa siendo su inteligencia, atención, memoria e interés normales o incluso superiores.⁴

5.3.1 Causas Físicas y Sensoriales

Salud: La salud tiene una influencia negativa en el rendimiento escolar. La responsabilidad del tutor en relación a este aspecto, supone:

⁴ C. Boujon, *Atención, aprendizaje y rendimiento escolar*, pp. 101-103.

- Observar los síntomas de enfermedad.
- Ajustar la enseñanza a los niños con menor vitalidad.

Temperamento: Estos son algunos de los elementos influyentes al respecto:

- Estabilidad e inestabilidad emocional
- Ánimo o depresión
- La fluidez; hay caracteres más fluidos y otros más dispuestos al bloqueo
- La capacidad de concentración, de atención, la voluntad
- La velocidad psíquica
- La seguridad personal

Integridad sensorial: la percepción es un elemento básico en todo el proceso cognoscitivo.

Causas intelectuales y neurológicas: Se ha considerado a la inteligencia el factor más importante de los que influyen en los escolares. Existe pues, una correlación entre inteligencia y rendimiento. Pero existen otros factores de rendimiento intelectual como la atención que permite la concentración de fuerzas y la memoria, que es un instrumento de primera importancia para el aprendizaje.

5.3.2 Causas Afectivas y Emocionales

- La perseverancia en una tarea determinada.
- La pasión, que puede ser motivadora o por el contrario, generar una sobreexcitación contraproducente.
- El nivel de aspiración, porque la predisposición al rendimiento puede estar determinada por la autoestima y la confianza en sí mismo.

- La voluntad.

Causas ambientales:

Dentro de las causas ajenas al individuo, se incluye el método, la desproporción de los deberes impuestos fuera del horario escolar, la sobrecarga de trabajo, entre muchos otros factores.

Otras causas como la fatiga o el stress de las grandes ciudades, también podrían ser consideradas.

Algunos otros factores, se plantean como posibles hipótesis de causalidad: el ambiente socioeconómico, el ambiente familiar y la dificultad del comportamiento de los maestros.

Algunas investigaciones han estudiado el fracaso del superdotado, sujetos que parecen presentar a veces rasgos de ansiedad o inseguridad como consecuencia de las exigencias familiares.

¿Cómo se llega al diagnóstico de fracaso escolar?

Se deberán considerar las siguientes variables:

- Diagnóstico de la inteligencia (inteligencia, personalidad, ambiente y técnicas de trabajo).
- Diagnóstico de la personalidad.

Orientación de los hábitos de trabajo y estudio:

La educación debe proporcionar experiencias y promover el desarrollo de la autoconfianza, la adaptación social, la autoexpresión y la capacidad para hacer frente a la realidad. En definitiva, contribuir al desarrollo de la personalidad.

Hablar de los niños y jóvenes con bajo rendimiento escolar es considerar un grupo heterogéneo en donde están involucradas unas series de variables, por eso para que podamos entender mejor la realidad que aqueja a muchos estudiantes es necesario distinguir sus distintas formas de presentación.

La primera de ellas se relaciona con los niños que tienen dificultades reales de aprendizaje en cualquiera de sus manifestaciones. Este grupo de estudiantes por el hecho de tener un mal rendimiento generalmente se deprimen, tienen problemas de autoestima y su motivación para la escuela es muy pobre. Esto mismo hace que les continúe yendo mal, y de esta forma es cada vez más difícil que puedan salir del estado en que se encuentran.

El segundo grupo incluye a los niños que les cuesta atender, concentrarse en clases, porque son más impulsivos e inquietos y tienen malos hábitos de estudio. Si bien algunos pueden presentar síndrome de déficit de atención, esto no ocurre necesariamente en todos los casos.

Por último un tercer grupo lo integran los niños deprimidos, lo cual puede deberse a diferentes causas, cuando el menor está triste baja de inmediato su rendimiento porque la atención está centrada en sus preocupaciones. Por lo general, esto ocurre por una reacción a ciertas circunstancias que afectan directamente al niño o joven, como un cambio de escuela, la separación de los padres, la muerte de algún familiar, el rechazo de los compañeros o cualquier otra situación en particular.⁵

5.4 LOS ESTILOS DE APRENDIZAJE

Las personas tenemos un rango diverso de habilidades y capacidades, así mismo poseemos muchas formas de aprender ya que la inteligencia humana tiene muchas herramientas para procesar y acomodar la información. Los niños presentan diferentes estilos de aprendizaje y desarrollan una forma preferencial de captar y asimilar la información que facilita su aprendizaje. Es importante por lo tanto considerar la implementación de una educación basada en el descubrimiento y la estimulación de los talentos y habilidades de los

⁵ Cfr. M.L. Pérez, *Afectos, emociones y relaciones en la escuela*, pp. 38-41.

educandos, es pues nuestra tarea como docentes identificar las capacidades y aptitudes excepcionales que poseen los alumnos y así utilizar una gama de estrategias educativas que permitan que todos nuestros estudiantes puedan poner en práctica sus fortalezas cognitivas, afectivas y psicomotoras.⁶

5.5 EL PROCESO DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE

Ubicar el aprendizaje escolar en un contexto socioeducativo nos permitirá comprender que todo proceso escolar se expresa en un conjunto de prácticas sociales por medio de las cuales se promueve el aprendizaje y que para que los alumnos puedan asimilar los conocimientos, requiere de la preparación de un ambiente interactivo que propicie una variedad de experiencias preparadas y ejecutadas bajo un plan de acción psicopedagógico.

En este sentido, el aprendizaje escolar se concibe como un proceso en donde interactúan con una dinámica particular los maestros, los alumnos y los contenidos del programa de estudios.

En el proceso de enseñanza-aprendizaje es fundamental tener presente la participación de elementos relacionados con conocimientos, habilidades, capacidades y experiencias previas, y entre estas, aquellas que son comunes para todos los estudiantes y las que son particulares, dentro de estas últimas encontraremos a los alumnos con problemas de aprendizaje.

Es necesario considerar desde la función docente el sentido que los maestros y alumnos atribuyen a las actividades de aprendizaje, así como las percepciones que los alumnos reflejan frente a un conocimiento o actividad concreta. En este sentido, el acto educativo requiere de una voluntad del maestro para intervenir sobre los procesos de aprendizaje de los alumnos, esto significa que como

⁶ Cfr. P. Vail, *Niños inteligentes con problemas escolares*, pp. 63-65.

maestros deben tener una voluntad para enseñar y no solo un proceso en donde el alumno aprenda.

Para que se dé un acto educativo se requiere de procesos interactivos escolares que se caracterizan por tres vértices:

- El sujeto que aprende
- El objeto u objetos de conocimiento que constituyen los contenidos del aprendizaje; y
- El sujeto que tiene la voluntad de enseñar: el maestro o la maestra.

El profesor es el mediador quien con sus intervenciones específicas promueve el aprendizaje a través de la organización de actividades que le permitan a los alumnos estructurar sus conocimientos.

Si coincidimos que la enseñanza se centra en procurar la construcción de conocimientos y el desarrollo de habilidades, valores y destrezas de los educandos, es tarea de los maestros presentar a sus alumnos objetos de aprendizaje ordenados y delimitados de tal manera que les permitan aproximarse progresivamente al conocimiento, a través de la utilización de distintos canales sensoriales, cognoscitivos y afectivos, siempre en la búsqueda de aprendizajes significativos. De esta forma la incidencia de problemas de aprendizaje puede disminuir considerablemente favoreciendo el rendimiento escolar de todos los estudiantes, incluyendo los que presentan problemas específicos de aprendizaje.

5.6 LOS CRITERIOS DE EVALUACION

El último aspecto que como psicólogos deben considerar al momento de analizar la situación que vive el niño con problemas de aprendizaje es la forma en que el centro educativo maneja las exigencias y los criterios de evaluación.

Las instituciones deben ser capaces de diferenciar las habilidades en los niños a manera de no exigirles a todos de la misma manera. La idea es potenciar lo que cada uno de los alumnos puede hacer mejor y no suponer que el grupo en su totalidad debe ser bueno para todo.

En conclusión el bajo rendimiento académico y el fracaso escolar son comunes en niños con depresión. Los problemas académicos pueden preceder al comienzo de los síntomas depresivos en algunos niños generalmente se acepta que los componentes cognitivos de los síndromes depresivos dificultan extremadamente el mantenimiento de un nivel académico o rendimiento profesional normal.

Los niños con depresión a menudo experimentan problemas a causa de una disminución del interés subjetivo en el progreso académico, tienen dificultades para concentrarse y prestar atención tanto en clase como en las labores que tiene que desempeñar a diario y manifiestan una pérdida en la energía y motivación requeridos para el éxito académico, lo que hace que el rendimiento escolar sea más difícil de mantener.

A veces, algunos individuos se sienten tan alterados que abandonan sus esperanzas de alcanzar cualquier logro o éxito académico y hasta dejan completamente de asistir a la escuela; la depresión clínica es uno de los diagnósticos más comunes entre la población de jóvenes que se niegan a ir a la escuela o presentan un bajo rendimiento académico.

Durante la vida escolar del niño los padres, los maestros y la sociedad en donde se desarrollan son un factores influyentes para llevar un buen desarrollo y tener una buena inserción en la sociedad el método de crianza infantil que apliquen los padres tiene una gran influencia sobre los sentimientos de

competencia y autonomía del niño el desarrollo de la conciencia durante los años escolares ayudara al niño a que tenga un buen desarrollo y desempeño escolar esto será provocado tanto por los padres también por la escuela y el medio que lo rodea.⁷

⁷ Cfr. C. Boujon, *op. cit.*, pp. 112-115.

CAPÍTULO 6

METODOLOGÍA

6. METODOLOGÍA

A lo largo de todo este siglo, la psicología se ha consagrado de lleno a la creencia de que la verdad o el conocimiento científico debían fundamentarse y/o deducirse de la observación directa.

A lo que más valor se ha dado en la investigación han sido las mediciones cuantitativas realizadas por investigadores objetivos en situaciones controladas.

En los últimos años el interés se ha centrado más en una serie de planteamientos denominados métodos cualitativos; en este tipo de enfoque los datos suelen recopilarse animando a la gente a que hable de sus experiencias vitales, actitudes o creencias. Así mismo pueden examinarse algunas otras formas de información.

Por otro lado la observación en entornos naturales también es importante ya que la situación se describe de modo más completo de forma narrada que a través de un restrictivo sistema de códigos. Más aún puede considerarse que los datos son más creíbles cuando el observador participa en la situación o es parte del entorno, y por lo tanto comprende la dinámica de la misma.

Un supuesto elemental de la investigación cualitativa es que la conducta y el desarrollo humanos se comprenden mejor desde un sistema de referencia personal. Así pues por ejemplo el relato de una persona de su experiencia puede aportar información a la investigación. De hecho, grandes cantidades de datos que suelen recopilarse en forma de historias o incidentes dan bastante información sobre el contexto en que se han desarrollado de las experiencias del individuo. Una vez recopilados, los datos narrativos se conceptualizan analizan e interpretan.

Este proceso supone codificar o categorizar declaraciones u observaciones escritas. Lo que se codifica, cómo se realiza la codificación y cómo se interpretan

los datos varía en función del enfoque y de los objetivos del estudio que algunos investigadores hacen.

Relativamente pocas interpretaciones ya que prefieren permitir a la persona que hable por si misma. Los descubrimientos de la investigación pueden utilizarse para desarrollar conocimientos elementales, ilustrar y enriquecer hallazgos cuantitativos, evaluar programas.

Los procedimientos cualitativos permiten que la investigación sea flexible y de amplio alcance, mientras que los métodos cuantitativos se centran más en la recopilación tradicional de los datos y en la comprobación de hipótesis. Cada conjunto de datos, obtenido de diferentes maneras también sirve como medio de comprobación de los demás. Esta técnica se le conoce como triangulación puede ampliar el alcance de los descubrimientos y aumentar la confianza en los mismos.

México es un país joven cuya población infantil demanda, en un buen porcentaje y cada vez más, atención o apoyo a la salud mental, principalmente por problemas de conducta, de aprendizaje o ambos.

El interés de este trabajo está relacionado con el deseo de investigar la relación que existe entre el rendimiento escolar y la depresión infantil, dado que la depresión en menores de edad se está convirtiendo en un fenómeno frecuente y que deteriora significativamente la adaptación psicosocial y el desarrollo, por tanto, afecta negativamente diferentes esferas de la vida.

Una de estas esferas es necesariamente la escuela, donde los niños y las niñas pasan gran parte de tiempo, y donde, paradójicamente, se ha venido descuidando su dimensión afectiva, en oposición a un esfuerzo de mucho mayor peso dirigido al desarrollo cognitivo.

La importancia de este tema radica en que son muchos los problemas que se encuentran en la escuela y que se vinculan directa o indirectamente con dificultades de comprensión intra e interpersonal; para esta investigación se ha tenido en cuenta la relevancia que tiene la posible interdependencia entre la depresión y el rendimiento académico.

Para la atención de esta problemática, dentro del equipo interdisciplinario de salud, el psicólogo juega un importante papel tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. Sin embargo, consideramos que para ofrecer un tratamiento adecuado y oportuno es necesario que el psicólogo realice evaluaciones diagnósticas mediante la utilización de diversas técnicas psicológicas.

El diagnóstico psicológico es una tarea compleja que consiste en explicar la conducta y los procesos mentales dentro de una situación dinámica en la que se concibe al sujeto como un ente total. Aun cuando de manera aislada y mediante varias técnicas se exploran los diferentes aspectos que conforman la personalidad, como son el rendimiento intelectual, desarrollo perceptual, funcionamiento y desarrollo emocional, es necesario integrar los datos de manera que nos permitan comprender globalmente el padecimiento o desajuste que presenta el paciente.

El psicodiagnóstico es esencialmente un proceso de inferencia clínica mediante el cual el psicólogo examina los datos obtenidos por estas técnicas, ordenándolos y organizándolos dentro de un marco de referencia construido por las teorías del desarrollo y la personalidad, lo cual le da sentido.

Las técnicas psicológicas que se revisan y analizan de manera crítica son, diferentes métodos clínicos de observación, entrevista con niños y entrevista con padres y las técnicas conocidas como pruebas psicológicas, tanto psicométricas como proyectivas.

Como observación clínica, nos referimos básicamente a la respuesta libre del niño ante determinado material o situación; por ejemplo, la observación directa del comportamiento frente a la situación de prueba, en el juego, aula o situaciones sociales. La entrevista nos permite observar los hechos, las palabras y los productos de la imaginación, por lo que se constituye en un método de observación estable, que se basa en el intercambio de actitudes y palabras entre el niño y el adulto. Las pruebas psicológicas, se relacionan con teorías de la personalidad de tipo fenomenológico y descriptivo, y poseen características que las hacen estables para su manejo. Estos atributos son la estandarización entendida como la uniformidad de los reactivos que conforman la prueba y la validez, como cualidad del instrumento psicológico, a través del cual los estímulos o reactivos que la conforman se relacionan estrechamente con la función o conducta que se pretende evaluar. La confiabilidad, que se refiere a la consistencia del instrumento.

Las pruebas proyectivas, manifiestan la dinámica de la personalidad de manera global. Se basan en la teoría psicoanalítica, la cual considera los motivos de la conducta como básicamente inconscientes, por lo que a través de estas técnicas se explora la expresión de la "subjetividad" de cada persona y nos permiten comprender cómo estructura el individuo su mundo a partir de sus deseos y motivaciones internas. Como lo dice Doltó, las reacciones que se generan por una situación conflictiva inconsciente se manifiestan en el comportamiento. Las pruebas proyectivas estructuradas con base en la teoría psicoanalítica, son instrumentos estandarizados (siempre son los mismos estímulos para todos los sujetos), en los que lo latente (inconsciente) lo constituyen los datos de la prueba, y lo manifiesto (consciente) la conducta del individuo. Las pruebas proyectivas pueden considerarse como una situación muestra que permite hacer inferencias acerca de la personalidad.

En el presente trabajo de investigación en el que analizaremos detalladamente si los niños con problemática escolar muestran problemas de depresión, utilizamos,

como ya lo hemos mencionado, una metodología cualitativa en la que seguimos una serie de pasos que permitieron organizar y estructurar nuestra investigación:

6.1 Universo de la Investigación y Elección de la Muestra

Esta investigación fue realizada en el Colegio Salesiano Civilización Primaria, dicho colegio es de índole particular y con tendencia religiosa católica. Los primeros pasos que se siguieron fueron: investigación en fuentes documentales sobre este fenómeno a través de la historia y en estudios recientes, elección del universo de la investigación, selección de los grupos de 3º, 4º y 5º de Primaria, entrevista con la directora de la escuela y las maestras de grupo para solicitar las listas de control de calificaciones, elección de la muestra, el criterio de selección - los alumnos que expresen menor rendimiento en las asignaturas de Español y Matemáticas (con el criterio de igual o inferior a 7.0 en las asignaturas de Español y Matemáticas dado su carácter instrumental y decisivo que dichas materias tienen en los Planes de Estudio de Educación Primaria, tomando en cuenta los registros bimestrales oficiales de la escuela, del primer al cuarto bimestre).

6.2 Aplicación de Instrumentos

Una vez seleccionados los alumnos, se aplicó a este pequeño grupo la prueba “Children Depresión Scale (CDS)” es un cuestionario que consta de 66 ítems que pueden agruparse en dos escalas: escala de depresión (48 ítems) y escala positiva (18 ítems), cuyo objetivo es evaluar global y específicamente la depresión.

Al estar dividida en diferentes subescalas permite conocer qué aspectos de la vida del niño están más afectados.

La importancia de dicho instrumento también radica en el hecho de que tiene mucha importancia las observaciones de las personas que rodean y conocen al niño (los otros significativos), tales como los padres y los profesores; aunque el

CDS está destinado a los niños, la misma escala, con ligeras modificaciones de formato, puede ser contestada por un familiar, profesor u otro significativo que responda según su conocimiento del niño.

Las autoras del CDS creen que dicha depresión es una respuesta humana normal que varía en intensidad y cualidad, que se encuentra en la población infantil y que juega un papel especial.

Las diferentes características aludidas sobre sintomatología de la depresión en la infancia podría resumirse en: **Respuesta Afectiva:** sentimientos de tristeza/desgracia y llantos; **Autoconcepto Negativo:** sentimientos de inadecuación, poca estima, inutilidad, desamparo, desesperanza y falta de cariño; **Disminución de la Productividad Mental y de los impulsos:** aburrimiento alejamiento, falta de energía, descontento, poca capacidad para el placer y para aceptar la ayuda y el confort, así como retraso motórico; **Preocupaciones:** por la muerte, la enfermedad, el yo o los otros, así como pensamientos suicidas y sentimientos de pérdida (real o imaginaria); **Problemas de agresión:** irritabilidad y explosiones de mal humor.

Estas características se tomaron como conceptos operativos para definir la entidad que intenta evaluar el CDS.

De la información arrojada por la prueba se seleccionaron los niños que mostraban rasgos depresivos, para profundizar más en cada caso.

6.3 Entrevista

Posteriormente se llevó a cabo un estudio exhaustivo de cada persona seleccionada, realizando: entrevista con niños, con la madre o padre de éste y con los profesores, pruebas psicométricas como CDS (Escala de Depresión para

Niños) su objetivo es darnos información acerca de la sintomatología depresiva en niños; las Matrices Progresivas de RAVEN, escala coloreada para niños, instrumento para medir la capacidad intelectual para comparar formas y razonar por analogías, independientemente de los conocimientos adquiridos; Prueba Gestáltica Visomotora de Bender, utilizando la Escala de Maduración desarrollada por Koppitz; la Prueba del Dibujo de la Figura Humana, con interpretación según Koppitz. Las pruebas Proyectivas empleadas fueron, el Dibujo de la Familia, la Figura Humana con interpretación según Machover y la Prueba de H-T-P (Casa-Árbol-Persona).

6.4 Informe Psicodiagnóstico Clínico del Niño

El informe psicológico es un registro clínico que requiere un especial cuidado en su elaboración. Aunque existen diferentes estilos para realizarlo, elegimos diseñar un formato estándar de los elementos que deben considerarse en un informe, según lo propuesto por Fayne Esquivel en el libro *Psicodiagnóstico Clínico del Niño*.

Cada caso esta caracterizado de la siguiente forma:

*Ficha de identificación.

*Antecedentes importantes con relación al problema (entrevista e historia clínica, otros estudios: Entrevista con el niño, madre o padre y profesora, CDS, Matrices Progresivas de RAVEN, Bender, Figura Humana, Dibujo de la Familia, H-T-P.

*Observaciones de la conducta del niño y de los familiares durante las sesiones de evaluación.

*Resultados de las pruebas

*Interpretación clínica de los resultados en el contexto familiar, escolar y social del niño

*Integración de la información

Para la integración del informe se buscaron los temas y tendencias comunes en los hallazgos de la observación de la conducta del niño, los antecedentes, las entrevistas y técnicas psicológicas aplicadas. Los datos obtenidos de la evaluación deben integrarse dentro de las perspectivas teóricas que lo sustentan. La meta en la evaluación psicológica consiste en obtener una visión amplia de la manera en que el niño funciona y se desenvuelve en diferentes ámbitos y en su situación de vida. Antes de integrar la información, es necesario tener una comprensión general de toda la información de la que se dispone, sin olvidar el motivo de evaluación y cómo se relaciona éste con lo encontrado en las diferentes técnicas empleadas.

CAPÍTULO 7

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Con el objetivo de hacer un análisis exhaustivo de la información reunida para la presente investigación nos remitimos a los objetivos de ésta, donde se formulo a manera de problema la existencia de la relación del rendimiento académico con depresión infantil. Es decir se suponía que el bajo rendimiento académico de los alumnos en edad escolar se debía a que presentaban algún rasgo de depresión infantil. Así tras la aplicación y el análisis de las pruebas se exponen los siguientes resultados.

7.1 INFORME DEL CASO UNO

7.1.1 Ficha de Identificación

NOMBRE:	Julio Yael
FECHA DE NACIMIENTO:	14 de Agosto de 1997
EDAD:	10 años 5 meses
SEXO:	Masculino
ESCOLARIDAD:	5° de Primaria
ESCUELA DONDE ESTUDIA:	C.
FECHA DE ELABORACIÓN:	15 de Enero de 2008
INSTRUMENTOS APLICADOS:	Entrevista: Padres y Profesores, Bender, Dibujo de la Familia, HTP, CAT, Wisc-RM, Raven, Historia del desarrollo, Historia de los Padres, cuestionario para padres y maestros CDS.

7.1.2 Descripción del Paciente

Julio de complexión muy delgada, con posible índice de desnutrición, de aproximadamente 1.36 m., de tez apiñonada, cara triste, ojos negros, ceja delgada y poco poblada, nariz recta, boca pequeña, labios medianos, cabello negro excesivamente lacio y cuidadosamente peinado; es de origen latino, sexo masculino; aparenta la edad declarada, su figura es normal, no se observan malformaciones físicas, su postura es encerrada, camina con paso o marchan no notable, su indumentaria y apariencia personal es limpia e institucional.

Julio manifiesta una actividad motora espontánea y coordinada.

El niño estableció buen contacto con la entrevistadora y se manifestó como un informante confiable, la entrevistadora encontró facilidad para empatizar con él y éste la percibió interesada; el comportamiento del niño fue apropiado para la ocasión y se mostró cooperador y de fácil trato.

Se observa que la producción del pensamiento tiene una fluidez normal, sin embargo en ocasiones mostró fuga de ideas o distracción, su pensamiento es circunstancial. No se observan anomalías.

Julio se percibe como un niño alegre, cariñoso, inquieto, dispuesto, platicador, inseguro, busca aprobación; en ocasiones se le dificulta entender algunos planteamientos así como explicar sus propias ideas.

Julio tiene un autoconcepto realista, muestra sentimientos de inferioridad, él se subvalora y se manifiesta con proyección de culpa.

La información anterior fue extraída de instrumentos clínicos de entrevista.

7.1.3 Antecedentes

- **HISTORIA DEL DESARROLLO**

Julio fue un niño deseado y planeado, al encontrarse la mamá embarazada la situación de la familia era estable y satisfactoria, ambos padres no tenían preferencia acerca del sexo de su hijo, el embarazo tuvo complicaciones en el inicio, terminó a tiempo y la salud de la madre durante el embarazo fue delicada, tuvo mucho vómitos y temor, pues antes había perdido a su primer hijo. Julio nació por cesárea, no tuvo complicaciones y nació pesando 4.00Kg., talla 53, no amoratado y respiró pronto.

Julio no ha tenido cirugías, sólo ha tenido enfermedades propias de la infancia.

Cuando Julio era bebé, dormía todo el tiempo, se despertaba cada hora para comer. Al mes, logró dormir por toda la noche, sin interrupciones. No ha manifestado problemas para conciliar el sueño, sin embargo durante el periodo en que Julio duerme se observa que babea, rechina los dientes, duerme con los ojos entreabiertos y se observa inquieto. Julio tiene un cuarto que comparte con su hermana y en él hay camas individuales para cada uno.

El desarrollo de Julio se ha dado de la siguiente manera, él logró sostener su cabeza a los 3 meses y voltearse solo a los 3 meses y medio, se sentó con ayuda a los 7 meses y sin ayuda a los 9 meses, comenzó a gatear a los 6 meses y logró ponerse de pie al año, caminar solo al año y medio.

Empezó su entrenamiento para ir al baño antes de los dos años y logró control de esfínteres a los 2 años. Empezó a hablar al año, a los 2 y medio años ya logró darse a entender.

Julio comenzó a alimentarse con pecho materno, hasta el cuarto mes, a los 3 meses empezó a tomar otros alimentos (papilla), a los 6 meses alimentos más sólidos. El apetito del menor ha sido hasta el presente deficiente. Ha sido necesario reforzar su alimentación con complementos alimenticios como pediasure, kidi...

Aproximadamente entre los 6-7 años empezó a darse cuenta de las diferencias entre las niñas y los niños y a sentir curiosidad por el origen de los bebés, los padres respondieron a esta curiosidad de forma normal y le explicaron por medio de semillas.

En la etapa actual 10 años, cuando en la escuela les hablaron del desarrollo sexual notaron que se tocaba y jalaba el pene, la madre trata de hablar con él de acuerdo con las preguntas que éste hace, no se observa que el padre intervenga en la explicación o diálogo con el niño. Los padres opinan que la escuela le ayuda al niño a prepararse al crecimiento y desarrollo.

Julio empezó su etapa maternal al año y ocho meses, en la Escuela Bernardet (Bilingüe) y ahí continuó hasta el 3º de preescolar, posteriormente ingresó al Colegio Salesiano Civilización en donde cursa actualmente el quinto grado de primaria.

Las observaciones manifiestan que es un niño explosivo, poco tolerante a la frustración, reprimido y con cierto grado de inseguridad.

Los juguetes preferidos en las diferentes etapas han sido trenes, carros de plástico, tren con sonidos (pilas), muñecos de acción, muñecos de guerra, bicicleta; actualmente le gusta el nintendo, la computadora y jugar voleibol.

Le gustan los animales pero no puede tener uno en casa porque ésta es pequeña.

En la escuela tiene amigos y en general es aceptado por sus compañeros en algunas ocasiones se manifiesta impulsivo y un poco agresivo con algunos compañeros que le llaman con el apodo de “Hueso” pero en general tiene amigos, le gusta estar con las personas, trabajar en equipo y platicar.

En el aula busca el apoyo de niñas que lo ayuden en la realización de sus trabajos. Le gusta participar en las actividades del colegio, pero con frecuencia su mamá no lo deja porque –se atrasa en las clases y tareas.

En las diferentes etapas de la vida de Julio, la mamá ha sido la encargada de poner las reglas o administrar la disciplina, sin embargo, admiten ambos padres ponerse de acuerdo generalmente para motivar y acordar, los castigos (no ver televisión, no salir a jugar,...), para llamar la atención los padres primero platican, hablan, pero si no hay una respuesta satisfactoria y es necesario sí recurren a los golpes (nalgadas, cinturonzos).

El nivel socioeconómico en el que se desenvuelve Julio es medio, su padre es Ingeniero Físico y su madre es secretaria, ambos padres viven juntos y comparten los gastos y la responsabilidad del hogar y de los dos hijos. (ENTREVISTA A PADRES)

- **ESTUDIO DE LOS PADRES**

Julio M., padre del menor se observa como una persona bien desarrollada y nutrida de aproximadamente 1.70 – 1.75 m, tez morena, cara redonda, ojos negros, ceja ancha y bien poblada, nariz recta, boca grande, labios medianos, bigote bien cuidado, cabello negro cano, lacio y cuidadosamente peinado; aparenta la edad declarada (41 años), su figura es normal, complexión delgada, no se observan malformaciones físicas, su postura es erecta, camina con paso o marcha no notable, su indumentaria y apariencia personal es limpia y formal.

Es originario del Distrito Federal, fue el segundo de cuatro hijos, todos sus estudios los realizó en escuelas públicas. Julio, estudió Ingeniería Física en la UNAM, trabajó un tiempo como docente en la misma facultad y en otras escuelas preparatorias particulares, posteriormente ingresó a trabajar al Instituto Politécnico Nacional como catedrático, actualmente sigue laborando en dicha institución, con un horario es de 7:00 a 2:30 y 3:00 a 9:00.

En sus tiempos libres le gusta leer, ver televisión e ir visitar a su familia.

Carolina, la madre de Julio es una persona bien desarrollada y nutrida de aproximadamente 1.55 - 1.60 m de tez blanca, cara alargada, ojos verdes, ceja delgada y poco poblada, nariz pequeña y respingada, boca pequeña, labios medianos, cabello rubio, largo y lacio, cuidadosamente peinado; es originaria del D.F., aparenta la edad declarada, su figura es delgada, no se observan malformaciones físicas, camina con ligereza, su indumentaria y apariencia personal es limpia, arreglada y formal.

Carolina, es la primera de 5 hijos, proviene de una familia de clase media, religión cristiana y ambiente familiar estricto y muy exigente. Estudió carrera técnica (secretarial) en una escuela particular. No tuvo oportunidad de seguir estudiando por problemas y situaciones familiares, al concluir la carrera técnica entró a trabajar en una escuela particular como auxiliar técnico, ha cambiado de trabajo para mejorar sus ingresos económicos.

Carolina deseaba seguir estudiando (no dice qué... ni explica); también le gustaba trabajar y es en una de las escuelas donde ella laboraba como secretaria donde conoce a Julio, quien era maestro de Matemáticas, se empiezan a caer bien y se frecuentan mucho en la escuela, empiezan un noviazgo que dura un año y posteriormente se casan.

Ambos opinan que al principio el matrimonio les resultó un poco difícil pero “era normal porque todo comienzo cuesta trabajo”, las cosas siguieron funcionando bien, al poco tiempo deciden tener un hijo (que muere al mes de nacido), después de poco tiempo llega otro bebé (Julio), posteriormente llega la niña; en general ambos opinan que se llevan bien, que tiene buena vida marital y que se apoyan mucho.

Julio es el segundo hijo, su hermano mayor murió (no se tiene información al respecto), tiene una hermana de 6 años que estudia 1º de Primaria. Actualmente Julio y su hermana viven con sus padres.

La mamá de Julio; Carolina Santos Flores de 39 años de edad, fue la mayor de 5 hermanos, actualmente trabaja como Técnico Administrativo en una escuela, su horario es de 7:45 a 14:10, es diabética y sufre de problemas de Tiroides.

Ella considera ser exigente con su hijo, en ocasiones llega a llamarle la atención de diversas formas, percibe que en ocasiones el niño se muestra cortante o con cierto miedo hacia ella.

Parece ser que la madre es la que está de fijo en casa y es quien carga más directamente con la responsabilidad de la educación de los hijos y las labores de la casa.

Comenta la madre que el papá tiene cierta inclinación hacia la niña, pero que en general éste se muestra cercano, paciente y dialogador.

Carolina explica que Julio pelea frecuentemente con su hermana y le pega.

Julio comenta que vive en un departamento en la calle de Lago Chapala. La casa tiene poco espacio para jugar, en ocasiones juega con su hermana, lo que más le agrada son los muñequitos de guerra.

El niño aporta que después de la escuela, llegan a la casa (mamá, hermana y él), comen juntos (Julio tiene algunas dificultades para alimentarse desde pequeño... no le gusta el pollo, ni la carne), después descansa un poco, hace la tarea, se baña, se acuesta y duerme.

El sueño de Julio es intranquilo, normalmente se acuesta a las 8:00 p.m. y se levanta a las 6:00 a.m.

Comenta que hace tiempo, él sí sabía comer camarones pero que ahora ya no, manifiesta no tener problemas para ir al baño pero que en alguna ocasión le sucedió que se orinó en su ropa.

Julio dice tener un estado de salud bueno, sin embargo tiene dolores fuertes de estómago (cuando come muchos dulces) para estos dolores toma un vino médico (remedio casero), tiene el pie plano (no usa zapato especial por que es muy caro) y se queja de dolor de rodilla cuando corre mucho.

Se describe, él mismo, como un niño que corre bien, hace ejercicio, tiene facilidad para estirarse, alegre, feliz, alto y flaco, también un poco bromista y enojón; él piensa que debe estudiar más, tiene muchas ganas pero a veces siente que no puede.

Julio dice no tener problemas académicos, sin embargo menciona que en ocasiones se siente triste, les teme a los perros; no explica por qué razón pero comenta que su mamá lo llevó un tiempo con una psicóloga de la escuela donde ella trabaja.

Manifiesta no tener problemas familiares y llevarse bien con su papá y mamá, la relación entre sus padres dice ser buena, comenta que en ocasiones sí pelea con su hermana.

Siente que en casa lo tratan bien y que le permiten hacer lo que quiere, las medidas disciplinarias que toman sus padres son hablar con él, lo regañan y si se portó muy mal le pegan con la mano (mamá).

Opina que su familia es amistosa, cariñosa y responsable.

En general le gusta asistir a la escuela, le gustan mucho Matemáticas, Historia y Educación Física, no le agrada la materia de inglés. Percibe a la maestra de grupo agradable e interesada en él, tiene buenos amigos en su salón y desea que se le apoye en como poder estudiar más. (ENTREVISTA NIÑO)

Algunas anotaciones de la maestra de grupo son que no cumple con tareas, no tiene sus apuntes limpios, completos ni legibles; también que Julio trata de llamar la atención de sus compañeros en el salón, platica en clase, cuando la profesora le llama la atención reprocha el regaño, cuando se le sorprende a Julio haciendo algo no correcto, niega haberlo hecho.

También la profesora opina que Julio trata de participar activamente en la clase, se esfuerza por sacar buenas calificaciones, se integra fácilmente en las actividades del grupo y trata de cumplir con el material solicitado; sin embargo hay olvidos frecuentes de tareas o materiales.(ENTREVISTA A PROFESORES)

Aportación de los padres de Julio acerca de un cuestionario para evaluar el estado de ánimo de las personas.

Los padres opinan que Julio cotidianamente se muestra con estado de ánimo enojado, molesto, con mucha flojera. Consideran que Julio suele ser muy

conformista, se esfuerza poco por lograr algo, suele ser buen hijo, pero hace enojar mucho a los padres, opinan éstos que es necesario que el niño valore más su sacrificio por pagar y tenerlo en una escuela privada.

La madre de Julio reconoce sentirse muy presionada la mayor parte del tiempo, se percibe que es muy exigente con su hijo, sin embargo, la señora argumenta haber sido educada de forma muy estricta, con violencia intrafamiliar, reprimida de muchas cosas y asumiendo grandes responsabilidades desde los 6 años y que se da cuenta que esta situación la está reflejando con su hijo; observa que en momentos aunque ella desee entablar conversación, el niño no conversa y eso la hace sentir muy mal, pues su hijo no la entiende, no le hace caso..

La señora aporta que el niño va regular en la escuela y que fue necesario cambiarlo de grupo para que éste mejorara pues la profesora faltaba mucho y no explicaba.

7.1.4 Interpretación Clínica de los Instrumentos Aplicados

- **ÁREA INTELECTUAL**

Los resultados obtenidos por Julio en la prueba de WISC-RM.

CI VERBAL 126, Se encuentra en el nivel superior al normal según escala WISC-RM.

CI DE EJECUCIÓN 115, Se encuentra en un nivel por arriba de lo normal según escala WISC-RM.

CI ESCALA TOTAL 123, Se encuentra en un nivel superior al normal según escala WISC-RM.

La situación de aplicación fue favorable, se estableció buen nivel de rapport, hubo participación y buena cooperación.

Los resultados obtenidos por Julio en la capacidad intelectual de razonamiento analógico, percepción y capacidad de abstracción es Igual al Término Medio (Raven).

La madurez visomotora es igual al término medio o promedio, ubicada con un percentil de 50, lo que indica que de cada 100 individuos supera a 49 y es superado por 50 y con una madurez de 9 años (por debajo de su edad cronológica) (Bender).

En los resultados obtenidos por Julio se observa que sus fortalezas están relacionadas con: buen pensamiento conceptual, habilidad para establecer relaciones, emplear el pensamiento abstracto y lógico, flexibilidad de los procesos de pensamiento así como buen desarrollo del lenguaje, habilidad para formar conceptos así como esfuerzo intelectual.

También se puede detectar buena concentración, habilidad para aprender material nuevo de manera asociativa, facilidad de trabajar con números.

Se puede decir que los aspectos que requieren fortaleza están muy relacionados con las debilidades reflejadas en los resultados y éstos son dificultades en la coordinación visomotora y problemas perceptivos, capacidad de planeación deficiente, dificultad para aplazar la acción.

Se detecta cierto índice de distracción, ansiedad e inseguridad que afecta la atención y la concentración, dificultad en la secuenciación auditiva. (WISC-RM).

- **ÁREA AFECTIVA**

Los resultados obtenidos por Julio en la prueba CDS (Children Depression Scale) lo ubican:

T.D. (Total Depresivo)= 95 centiles

- *RA (Respuesta Afectiva)= 85
- *PS (Problemas Sociales)= 85
- *AE (Autoestima)=80
- *PM (Preocupación por la muerte/Salud)= 95
- *SC (Sentimientos de culpabilidad) = 90
- *DV (Depresivo varios) =85

T.P. (Total Positivo)=55 centiles

- *AA (Ánimo alegría) = 45
- *PV (Positivo varios) = 60

Estas puntuaciones nos indican que está ligeramente alterada su capacidad de alegría, diversión y felicidad; hay pensamientos y sentimientos internos que afectan la estabilidad de disfrute, diversión y alegría.

En los resultados también podemos observar una puntuación significativa en sentimientos de tristeza, desgracia, inadecuación, poca autoestima, inutilidad, desamparo, desesperanza, falta de cariño; así como también sentimientos de aburrimiento, falta de energía, descontento, poca capacidad para el placer y aceptar ayuda, irritabilidad y explosiones de mal humor. (CDS)

Los resultados obtenidos por Julio en las pruebas proyectivas de: Dibujo de la Familia, HTP, CAT, FH.

Se puede observar que Julio emplea mucha energía en fantasear y probablemente se le esté dificultando hacer diferenciaciones entre el pensamiento, fantasía y realidad, esto es, puede dedicar mucho tiempo a la fantasía para buscar satisfacción en ella.

Lo anterior también puede estar relacionado con sentimientos de falla en el aspecto relacional, cierta reticencia a establecer contacto con el ambiente, alejamiento del intercambio interpersonal e inhibición en la capacidad de relaciones sociales, posible timidez y temor en las relaciones interpersonales.

Muestra preocupación en la interacción, deseos de agradar, ser acogido y valorado. Se proyecta con deseos de regresar a alguna etapa significativa de su vida en donde era importante y sentía importantes a los padres.

Se observa la presencia de impulsos no satisfechos que pueden ser percibidos claramente e interpretado según sus necesidades, por ello en ocasiones su actuar es sin tomar en cuenta las consecuencias y en función de su ello.

Proyecta pulsiones poderosas, audacia, violencia y tendencia de replegarse así mismo, algo en él se está reacomodando y se percibe como que ha perdido espontaneidad, inclinado a la tristeza, apatía y percibe un ambiente de prohibiciones.

Se observa que tal vez Julio se percibe con pocas posibilidades y con sentimiento de culpa, inferioridad e inseguridad, distanciado de ambos padres con tal vez poca posibilidad de comunicación significativa.

Julio considera que dentro de la familia la más importante es su hermana con quien posiblemente sienta rivalidad o envidia porque percibe que la mamá se dedica a ella y la ve como la preferida de los padres.

Es de considerar que tal vez Julio perciba a su padre muy responsable pero un poco alejado de él y dedicado al trabajo; a la mamá la percibe como dedicada a ellos, que los prevé de lo necesario, pone las reglas y sanciona cuando falla en algo.

Julio tiende a ser muy demandante y desea ser atendido y tomado más en cuenta por los padres, en muchos momentos se siente solo y busca compañía.

Es importante considerar que los resultados obtenidos en el aspecto visomotor y raven pudieron ser interferidos por estados de ánimo y por la tendencia de actuar

impulsivamente, esto es anteceder la acción a la reflexión; sin embargo también al respecto es importante considerar visitar un buen oftalmólogo que revise la agudeza visual de Julio.

7.1.5 Análisis e Interpretación del Informe

El nivel de madurez intelectual de Julio es Promedio.

Julio logra adaptarse al medio y resolver las situaciones conflictivas, sin embargo en ocasiones reacciona impulsivamente.

Su pensamiento fluctúa entre lo práctico-concreto-abstracto, es capaz de sacar conclusiones más allá de lo evidente.

La atención y concentración se ven disminuidas cuando se le solicita que realice las actividades con rapidez o toca el timbre para el cambio de clase, esto debido a la ansiedad que esta situación le genera.

El rendimiento intelectual de Julio está englobado en el término medio superior.

Podemos observar que Julio, mantiene contacto con la realidad, aunque ésta en ocasiones se ve afectada por las dificultades que presenta para manejar situaciones afectivas en las que interviene la necesidad de ser aceptado y apreciado lo que altera su capacidad de juicio con ideas o pensamientos recurrentes o excesiva fantasía. Esto es también observable en su tendencia a la irreflexividad e impulsividad.

No se aprecia daño orgánico. Sólo se observa algo de dificultad para escribir con claridad y sobre el renglón, lo cual se podría relacionar con dificultades visuales.

Julio manifiesta sentimientos inconscientes de devaluación, falta de interés, baja estima, con necesidad de ser apreciado y de reconocimiento, de ubicarse en la realidad, tal vez por exceso de fantasía o por inmadurez.

Se percibe sensación de expansividad, narcisismo, esto quizá relacionado con la etapa en la que está. A Julio, le interesa mucho el qué dirán y es por ello que establece relaciones interpersonales dependientes de aprobación, en ocasiones sumiso y una vez establecida la relación tiende a ser demandante, sin embargo teme la desaprobación, sentirse incapaz de defenderse y la pérdida de cariño.

El control de sus impulsos es débil a pesar de los esfuerzos que hace, por lo que en ocasiones actúa impulsivamente. Su integración y fuerzas yoicas muestran un yo débil y en ocasiones con falta de fortaleza en la respuesta.

Siente que en casa hay muchos límites que debe respetar y que no siempre puede realizar lo que él desea y trata de probar el desafío a los límites como nueva forma de control.

Podríamos decir que Julio esté viviendo alguna situación que lo esté presionando mucho, presión escolar, bajos resultados en sus evaluaciones académicas, aspectos relacionados con su desarrollo fisiológico; el descubrimiento de su sexualidad, con posible práctica masturbatoria que le ocasionan sentimientos de culpa o desaprobación, también se observan algunos rasgos de virilidad como necesidad de autoafirmación.

Las críticas y exigencias de sus padres; en algunos momentos le causan angustia, agresividad reprimida y manifiestas.

Se percibe en ocasiones que está perdiendo el control de sus respuestas y con rasgos de tristeza o depresión significativa.

Posiblemente el ambiente familiar en el cual se desenvuelve es poco espontáneo, la madre fue educada en una etapa de su vida de forma muy exigente y asumiendo responsabilidades fuertes desde muy pequeña, lo que influyó para

forjar en ella un carácter fuerte y poco tolerante y por tanto, Julio perciba a ésta dominante, rígida, agresiva, castrante, pero dependiente de ella y en la fantasía, de alguna forma le gustaría prescindir de ella pues en ocasiones ésta le produce ansiedad, conflicto interno o posiblemente malas relaciones.

Es posible que perciba a los padres como en dimensiones diferentes, a la madre como la figura de autoridad, control y más interesada en la limpieza y orden de la casa que en los que viven en ella, particularmente él. Posiblemente perciba al padre como un padre ausente, que se integra muy poco al grupo familiar, pero quien dicta las normas o decisiones para que su madre, hermana y él sólo las ejecuten.

Las relaciones interpersonales que establece Julio, tienden a ser demandantes, busca el afecto como compensación, muy sensible a lo que los otros dicen de él y posiblemente en momentos por ello de respuestas con cierta agresividad y enojo.

Este tipo de situaciones está relacionado con el núcleo familiar en el que le ha costado trabajo ganarse su lugar, la muerte del hermano mayor y el nacimiento de su hermana, le han causado el sentirse desplazado por su hermana, comparado con ella, por esto busca la aceptación y teme el rechazo; por otro lado el control y rigidez de la madre, le ha llevado en muchas ocasiones a no ser él mismo, sino lo que la mamá dice o el papá manda indirectamente, sin embargo él busca o siente la necesidad de autonomía, libertad y más democracia; en muchas ocasiones no encuentra las formas adecuadas de llevarlo a cabo y actúa de forma agresiva e impulsiva.

Su capacidad de insight está disminuida por el momento. La dificultad en el control de impulsos y su poca tolerancia a la frustración contribuyen a disminuir su autocrítica y sus capacidades de anticipación y planeación, sin embargo podría ser candidato a un proceso terapéutico y esto le vendría bien.

7.1.6 Análisis e Interpretación del Caso

Podemos observar en este caso, que el sujeto manifiesta varias situaciones de vulnerabilidad¹, desde su concepción, podemos observar que la situación emocional de los padres estaba afectada por la pérdida de un hijo anterior, el embarazo y nacimiento fue un periodo de gozo y temor por parte de los padres y transferido inconscientemente al hijo,² la presencia de sentimientos ambivalentes de los padres hacia el hijo, causa la inseguridad en éste. Así tenemos que el niño desde muy temprana edad hasta la fecha, muestra problemas de alimentación que tienen un significado en los deseos inconscientes de la madre y la investidura afectiva que el alimento tiene para el niño.³

Tomando en cuenta el ambiente familiar del sujeto, observamos la presencia de una madre neurótica, afectada por una infancia difícil que marcó su vida, con poco trabajo psicológico de terapia personal; se manifiesta rígida, dominante, poco tolerante. Observamos también que el área de estudio o desarrollo profesional está afectada ya que ella deseaba estudiar una carrera profesional y por situaciones económica y familiares no pudo; por otro lado la experiencia de un padre ausente, esto es, un padre muy responsable en el ámbito laboral, que trabaja la mayor parte del tiempo y que tiene muy poca oportunidad de convivir con sus hijos y esposa.⁴

La presencia de una hermana que llega cuando éste (Julio) tiene escasamente 4 años, en la etapa edípica⁵ propiamente dicha, lo que afectan de cierta forma. Así

¹ Cobo habla de "una condición depresiva", en donde interviene "la forma de ser" y una serie de "factores o condiciones" que facilitan la aparición de la depresión.

² La teoría psicoanalítica sostiene que la explicación básica de las conductas y sobretodo de las emociones perturbadas han de buscarse en los conflictos del inconsciente. Transferidos de padres a hijos.

³ Anna Freud en su teoría argumenta que los niños al experimentar cualquier pérdida interiorizan los sentimientos negativos que primordialmente deberían ir dirigidos hacia el objeto perdido y ahí comienza entonces la ausencia de la autoestima y la depresión.

⁴ Krakowski, dice que las familias que abandonan y descuidan a sus hijos, les frustran y les rechazan psicológicamente, van moldeando con sus actuaciones conductas depresivas en el niño. Por su parte el niño responde con hostilidad a la amenaza de una inminente pérdida de amor, experimentando sentimientos de culpa. Son la calidad de las interacciones padres-hijos las que refuerzan y/o producen depresión.

⁵ En su teoría del psicoanálisis Freud propone, que los varones temen (y a la vez anhelan) poder superar al padre, a quien aman y detestan a la vez.

el ambiente en que se ha desenvuelto Julio es ya exigente, rígido, muy conservador, encuadrado en el ámbito de la responsabilidad y poco espontáneo.⁶

La opinión de la profesora de grupo hace referencia también a situaciones de exigencia de los padres, desatención y fallas en la concentración y atención en el niño así como elaboración de trabajos incompletos, provocándole ansiedad y esto hace que según exprese dolores estomacales.⁷

Al parecer los padres han otorgado un excesivo valor al “estudio”, al logro de metas académicas, por lo que Julio puede estar relacionando el “ir bien en la escuela” con el aprecio y valoración de los padres. Por tanto si va decayendo en su rendimiento académico percibe que va perdiendo el aprecio y cariño de los padres, esto al mismo tiempo le provoca debilitamiento en sus fuerzas yoicas lo que hace mostrarse inconscientemente con temor, inseguridad, ansiedad, pensamiento operacional, resolver sus conflictos en la fantasía y despegarse de la realidad; a su vez esto, provoca fallas en la capacidad de concentración, atención, memoria a corto y largo plazo, razonamiento inductivo y deductivo, interpretación de la realidad y acontecimientos en forma parcialmente y/o subjetiva.

Esta situación limita su desempeño académico y al tener para él y para sus padres gran valor los resultados escolares siente la necesidad de luchar por buenos resultados (aprecio) y se esfuerza, sin embargo percibe que cada vez son más las demandas tanto de parte de los padres como de parte de la escuela y profesores y cada vez son menos las valoraciones o reconocimientos de éstos a su esfuerzo o entusiasmo en el estudio.

Así Julio va acumulando frustraciones que le van ocasionando que se sienta algunas veces triste, desdichado, con poca autoestima, sentimientos de inutilidad,

⁶ Klein en 1934 refiere que los niños no necesitan que se produzca una pérdida, si no que pueden deprimirse por la simple ausencia de una relación adecuada con sus madres (o demás integrantes de la familia)

⁷ Toolan. En su teoría dice que los niños son incapaces de manifestar la depresión como un adulto. Entonces pueden presentarse trastornos gastrointestinales y del sueño.

desesperanza, falta de cariño, aburrimiento, falta de energía e irritable (síntomas depresivos).

Tomando en cuenta este marco podemos considerar que el bajo rendimiento académico pincela de alguna forma la manifestación de sintomatología depresiva y que también a su vez los rasgos depresivos de personalidad (latentes) emerjan al investir de significatividad el buen desempeño escolar.⁸

A lo largo del desarrollo y análisis de este caso, podemos observar que hay múltiples factores que influyen en la manifestación de una depresión infantil.

El instrumento empleado para valorar la depresión (CDS) nos arrojó información valiosa a cerca de la situación emocional en la que se encontraba el niño, y al analizar, profundizar y contrastar dicha información con otros instrumentos (pruebas proyectivas, entrevista a niños, padres y profesores) nos percatamos de la presencia de rasgos depresivos manifiestos que afectan de formas diversas las esferas de desarrollo armónico del niño, una de ellas el desempeño académico.

7.1.7 ¿Cómo se diagnosticó el caso en torno a la depresión infantil de acuerdo con Alonso Fernández y Victoria del Barrio?

De acuerdo a Alonso Fernández (Cuadro sintomatológico depresivo en los periodos intermedios y final de la infancia), Julio manifiesta síntomas tales como: molestias psicósomáticas, negativismo, trastornos de conducta (rebelde, agresiva) y bajo peso, bajo rendimiento, ansiedad, desmotivación, dificultades de concentración y pensamiento.

⁸ López I., sostiene que las depresiones pueden enmascarse en trastornos psíquicos como: aislamiento, apatía, aburrimiento, ideas obsesivas, fobias, bajo rendimiento escolar, y alteraciones de conducta.

Según los estudios realizados por Victoria del Barrio acerca de síntomas depresivos muestran que Julio manifiesta los siguientes síntomas: tristeza, irritabilidad, falta del sentido del humor, sentimiento de no ser querido, baja autoestima y cambios de apetito.

Con base a los autores citados podemos concluir que Julio manifiesta sólo algunos de los síntomas que dichos autores consideran para diagnosticar una depresión infantil, por tanto consideramos que Julio no está completamente inmerso en un trastorno depresivo; sólo muestra rasgos que si no son atendidos desembocarán en un trastorno depresivo.

Todas estas situaciones (rasgos depresivos) y las características personales son las que directa e indirectamente afectan el desempeño académico de Julio.

7.2 INFORME DEL CASO DOS

7.2.1 Ficha de Identificación

NOMBRE:	Alaska Rebeca
FECHA DE NACIMIENTO:	24 de Febrero de 1997
EDAD:	10 años 3 meses
SEXO:	Femenino
ESCOLARIDAD:	4º de Primaria
ESCUELA DONDE ESTUDIA:	C.
FECHA DE ELABORACIÓN:	6 de Junio de 2007
INSTRUMENTOS APLICADOS:	Entrevista, CDS, Bender, Dibujo de la Familia, Figura Humana, Wisc-RM, Raven, Historia de los Padres, Cuestionario para padres maestros CDS.

7.2.2 Descripción del Paciente

Alaska Rebeca es de compleción muy delgada, con posible índice de desnutrición, de aproximadamente 1.34 m, de tez blanca, cara ovalada, ojos negros y dormilones, ceja delgada y bien poblada, nariz aguileña, boca grande, labios medianos, cabello negro lacio, largo y peinado cuidadosamente; es de origen latino, sexo femenino; aparenta la edad declarada, su figura es normal, no se observan malformaciones físicas, su postura es encerrada, camina con paso o marchan no notable, su indumentaria y apariencia personal es limpia e institucional.

Manifiesta una actividad motora espontánea y coordinada.

La niña estableció buen contacto con la entrevistadora y se manifestó como un informante confiable, la entrevistadora encontró facilidad para empatizar con ella y ésta la percibió interesada; el comportamiento de la niña fue apropiado para la ocasión y se mostró cooperadora y de fácil trato.

Se observa que la producción del pensamiento tiene una fluidez normal, sin embargo en ocasiones se mostró con fuga de ideas o distracción, su pensamiento es circunstancial. No se observan anomalías.

Rebeca se percibe como una niña activa, trabajadora y obediente; graciosa, de buen humor y juguetona.

La niña tiene un autoconcepto realista, muestra sentimientos de inferioridad, se manifiesta con proyección de culpa.

La información anterior fue extraída de instrumentos clínicos de entrevista.

7.2.3 Antecedentes

- **HISTORIA DEL DESARROLLO**

Rebeca fue un niña deseada, no planeada, al encontrarse la mamá embarazada la situación de la familia era estable y con buena posibilidad económica, ambos padres no vivían juntos, el embarazo no tuvo complicaciones, terminó a tiempo y la salud de la madre durante el embarazo fue buena, Rebeca nació por parto natural, sin complicaciones y pesando 3.00Kg., con talla 42 cm. y buena respiración.

No ha tenido cirugías, sólo ha tenido enfermedades propias de la infancia.

El desarrollo de Rebeca se ha dado de la siguiente manera: logró sostener su cabeza a los 3 meses y voltearse sola a los 3 meses y medio, se sentó con ayuda a los 6 meses y sin ayuda a los 9 meses, comenzó a gatear a los 10 meses y logró ponerse de pie al año y ya caminar sola al año y medio. Empezó su entrenamiento para ir al baño a los dos años y 7 meses y logró control de esfínteres a los 3 años. Empezó a hablar al año y su primera palabra fue mamá a los 3 años ya logró darse a entender bien. Rebeca comenzó a alimentarse con pecho materno y a los 8 meses empezó a tomar otros alimentos (papilla), dejó el pecho materno a los 2 meses. El apetito de la menor ha sido deficiente y ha sido necesario usar complementos alimenticios.

Rebeca estuvo en guardería desde los 2 meses en una instancia infantil del Seguro Social, después entró a preescolar a los 3 años en la Escuela Michael Faraday (Bilingüe) y ahí continuó hasta el 4º año, posteriormente ingresó a 5º año al Colegio Salesiano Civilización. El motivo del cambio de escuela fue por problemas con la profesora de grupo en la falta de apoyo en su proceso de enseñanza-aprendizaje.

Rebeca es una niña tranquila, cariñosa, inquieta cuando ya toma confianza, dispuesta, colaboradora, insegura, en ocasiones se le dificulta entender algunas explicaciones o planteamientos así como explicar sus propias ideas.

Las observaciones manifiestan que es una niña inteligente, manipuladora de sus padres, tolerante, poco expresiva y un poco insegura.

Los juguetes preferidos en las diferentes etapas han sido muñecas tipo bebés, Twister, manualidades y danza folklórica. Le gustan mucho los perros y tiene una mascota que llama Capulina.

En la escuela tiene amigas y en general aunque es de nuevo ingreso ha sido aceptada por sus compañeras y juega y se divierte con ellas. En general, le gusta estar con las personas, trabajar en equipo y platicar.

En el aula busca el apoyo de sus amigas, trata de atender a las indicaciones, explicaciones y orientaciones de los profesores; sin embargo con frecuencia platica mucho, falla con los trabajos, los hace descuidados o no los concluye. La profesora de grupo comenta que platica mucho en clase, lleva al salón distractores (gomas, lápices...de muñequitos) y en variadas ocasiones falla con las tareas.

En las diferentes etapas de la vida de Rebeca, se observa que ha estado en escuela de horarios extendidos, en estancias infantiles o en casa sola con la hermana adolescente y con escasa supervisión, pues ambos padres trabajan.

El nivel socioeconómico en el que se desenvuelve Rebeca es Medio Alto, su padre es Licenciado en derecho litigante y su madre es Doctora en derecho penal.

Los padres en ocasiones viven juntos (la señora es segundo frente) y comparten los gastos y la responsabilidades del hogar y de las dos hijas

- **ESTUDIO DE LOS PADRES**

José Joel M., padre de la menor se observa como una persona bien desarrollada y nutrida de aproximadamente 1.80 – 1.85 m, tez blanca, cara redonda, ojos negros, ceja ancha y bien poblada, nariz aguileña y ancha, boca grande, labios gruesos, bigote y barba bien cuidada, cabello cano, lacio y bien peinado; aparenta la edad declarada (51 años), su figura es ancha y con sobrepeso, compleción robusta, no se observan malformaciones físicas, camina con paso o marchan armónica, su indumentaria y apariencia personal es limpia y formal.

Es originario del Distrito Federal, fue el octavo de ocho hijos, todos sus estudios los realizó en escuelas públicas. estudió la Licenciatura en Derecho en la UNAM, trabajó desde los 18 años en diversas cosas para poder apoyar sus estudios. Los cambios de trabajo siempre correspondieron a superaciones personales y profesionales.

En sus tiempos libres le gusta salir con su familia al parque, al cine a la playa e ir visitar a la familia de su esposa.

Margarita Ramírez Herrera, la madre de Rebeca es una persona bien desarrollada y nutrida de aproximadamente 1.55 - 1.60 m de tez apiñonada, cara redonda, ojos café oscuros, ceja delgada y poco poblada, nariz recta, boca grande, labios medianos, cabello café oscuro, corto y ondulado; es originaria de Querétaro, aparenta la edad declarada (43 años), su figura es normal, no se observan malformaciones físicas, camina con ligereza, su indumentaria y apariencia personal es limpia, arreglada y formal.

Margarita, es la segunda de 8 hijos, proviene de una familia de clase baja, no creyente (sin religión) y ambiente familiar estricto y con muchas carencias económicas; desde pequeña (8 años) tuvo que trabajar, haciendo aseo en casas de vecinos para ayudar en los gastos de la familia. En la etapa de la secundaria tuvo que suspender los estudios por que iba muy mal y tenía un novio con el que tuvo toda clase de experiencias y después la dejó; sin embargo aunque ya habían pasado 5 años, ella concluyó la secundaria y posteriormente la preparatoria.

Estudió la carrera de licenciado en Derecho en la UNAM. Ha trabajado en el gobierno, en la UNAM. Le gusta mucho su carrera y busca de superarse y actualizarse. Actualmente está concluyendo un Doctorado en Derecho Penal y trabaja en el Penal de Almoloya. En ocasiones ha tenido que cambiar de trabajo por superación y situaciones personales. Hace aproximadamente 2 años perdió su trabajo después de 18 años de antigüedad, esto le causó mucho malestar

emocional y psicológico que tuvo que acudir por prescripción médica al psiquiatra quien diagnóstico una severa depresión.

La señora Margarita comenta que siempre quiso tener de esposo un hombre preparado, cariñoso, que su principal interés fuera la familia, comenta haber tenido muchos novios de poco tiempo pero con el hombre que decidió casarse tuvo un noviazgo de 6 años. Realizaban juntos variedad de cosas. Sin embargo argumenta que en los primeros años de matrimonio hubo situaciones maritales y personales que no pudieron superar y mejor se separaron.

Actualmente con el padre de Alaska (José Joel), lleva una buena relación y siempre se han apoyado en todo. Él tiene gran interés en la familia, trabajan en ocasiones juntos, muestra interés hacia la familia de ella y dicen tener una buena relación marital.

Rebeca es la hija menor de la familia, tiene una hermana de 16 años que estudia la preparatoria (Prepa 6). Actualmente Rebeca y su hermana viven con su mamá, parece ser que el papá no está de tiempo fijo en casa con ellas, el señor José Joel Meza Limón es la segunda pareja de la señora Margarita Ramírez Herrera y padre de Rebeca.

La niña comenta que hace tiempo, ella sí sabía las divisiones, fracciones equivalentes, tablas de multiplicar pero que actualmente se le olvidaron porque no las repasa.

Rebeca dice tener un estado de salud regular, haber padecido algunas ocasiones de gripe, tos y comenta tener dolores de cabeza “como cuatro días a la semana” y tomar para el dolor alguna pastilla; ante la pregunta de que si había consultado al doctor, ella argumentó que sus padres llevarán al doctor, cuando tengan tiempo, pero –siempre llegan tarde- comenta la niña.

En general la niña se percibe bien; sin embargo se observa estatura y peso bajo.

Se describe como una niña juguetona, graciosa y de buen humor. Le gusta platicar y jugar con sus amigas sobretodo veneno y escondidillas, se considera una niña activa, trabajadora y obediente.

La niña dice no tener problemas académicos, emocionales o de conducta, sólo tiene que ir a regularización porque su mamá se dio cuenta de que casi no estaba avanzando.

Las actividades cotidianas que realiza son levantarse, desayunar, cambiarse, su mamá la peina, ir a la escuela, trabajar, salir de la escuela, va su hermana por ella, llegan a casa comen, hace tarea, ve la televisión, va a la cama a dormir. Los fines de semana, se levantan más tarde, desayunan juntas (mamá, hermana y ella) algunas veces llega su papá; algunas veces salen al parque, al cine o rentan una película, mamá trabaja, la hermana y ella ven la televisión.

Manifiesta no tener problemas familiares y llevarse bien con su papá y mamá, la relación entre sus padres dice ser buena, “casi no se pelean”, comenta que en ocasiones su hermana Margarita se enoja con su mamá porque ésta no la deja salir...

Rebeca siente que en casa la tratan bien y que le permiten hacer lo que ella quiere, las medidas disciplinarias que toman sus padres son hablar con ella respecto al problema o situación conflictiva.

En general le gusta asistir a la escuela, le gustan mucho Danza y Educación Física, no le agrada Matemáticas e inglés. Percibe a la maestra de grupo agradable e interesada en ella, tiene buenas amigas en su salón y desea que se le apoye en el estudio de Matemáticas.

Algunas anotaciones de la maestra de grupo son que no cumple con tareas, no tiene sus apuntes limpios, completos ni legibles; también que se distrae y platica mucho en clase.

La profesora opina que Rebeca trata de participar activamente en la clase, se esfuerza en ocasiones por sacar buenas calificaciones, se integra fácilmente en las actividades del grupo y trata de cumplir con el material solicitado.

Aportación de los padres de Rebeca acerca de un cuestionario para evaluar el estado de ánimo de las personas.

Aportación de los padres de Rebeca acerca de un cuestionario para evaluar el estado de ánimo de las personas.

Los padres opinan que Rebeca cotidianamente se muestra con estado de ánimo bueno, Consideran que la niña suele ser buena persona, noble, respetuosa, alegre pero un poco distraída que suele ser sociable y agradable, le gusta vestir a la moda y jugar con la bicicleta, el basquetbol y las películas de Disney. Le teme mucho a lo incierto, lo desconocido. Sabe el valor de la familia, es honesta, respeta a sus mayores y a sus amigos. Sin embargo le hace falta ser constante en lo que se propone, concentrarse en sus trabajos y ordenar sus cosas.

El padre de Rebeca reconoce sentirse bien en su trabajo, en su familia, pues todos los días está dispuesto a prender algo nuevo. Reconoce que a veces es muy condescendiente con sus hijas, pero les ayuda a que sepan cumplir con sus tareas y obligaciones.

El señor aporta que su hija tiene un desempeño regular en la escuela y que fue necesario llevarla a clases de regularización. Sin embargo esta superando está situación.

7.2.4 Interpretación Clínica de los Instrumentos Aplicados

ÁREA INTELECTUAL

Los resultados obtenidos por Rebeca en la prueba de WISC-RM.

CI VERBAL 122, Se encuentra en el nivel superior al normal según escala WISC-RM.

CI DE EJECUCIÓN 107, Se encuentra en un nivel normal según escala WISC-RM.

CI ESCALA TOTAL 116, Se encuentra en un nivel por arriba del normal según escala WISC-RM.

La situación de aplicación fue favorable, se estableció buen nivel de rapport, hubo participación y buena cooperación.

El rendimiento intelectual de Rebeca de acuerdo a la clasificación propuesta por Weschler es por arriba del normal pero con una diferencia significativa entre las escalas verbal y de ejecución de 15 puntos, lo que puede ser predictivo de alguna alteración neurológica en los hemisferios cerebrales, sin embargo se observa un muy buen desempeño.

La madurez visomotora de Rebeca es de nivel igual al término medio o promedio, ubicada con un percentil de 40, lo que indica que de cada 100 individuos supera a 39 y es superado por 60 y con una madurez de 9 años 11 meses (muy ligeramente por debajo de su edad cronológica); se detecta índice de dificultad de lectura directa. (Bender)

Los resultados de la prueba Raven, orientada a medir capacidad intelectual de razonamiento analógico, percepción y capacidad de abstracción la ubican en un rango superior al Término Medio, con un percentil de 75.

En los resultados obtenidos por Rebeca se observa que sus fortalezas están relacionadas con buen pensamiento conceptual, habilidad para establecer relaciones, emplear el pensamiento abstracto y lógico, flexibilidad de los procesos de pensamiento así como juicio social y sentido común adecuado, reconocimiento de las demandas sociales, conocimiento de las reglas de conducta convencional, habilidad para organizar el conocimiento y verbalizarlo.

Se detecta buena percepción y concentración, atención hacia los detalles, método de ensayo y error adecuados así como habilidad para establecer series de aprendizajes y para diferenciar entre detalles esenciales y los que no lo son...

Se puede decir que los aspectos que requieren fortaleza están muy relacionados con las debilidades reflejadas en los resultados y éstos son dificultades en la coordinación visomotora y problemas perceptivos, capacidad de planeación deficiente, dificultad para percibir un todo, experiencia mínima en tareas de construcción y cierto grado de ansiedad, impulsividad e inseguridad; se detecta algo de desinterés por tareas de tipo escolar o problemas de aprendizaje escolar así como lentitud en algunas tareas. (Bender)

ÁREA AFECTIVA

Los resultados obtenidos por Rebeca en la prueba CDS (Children Depression Scale) la ubican:

T.D. (Total Depresivo)= 99 centiles

- *RA (Respuesta Afectiva)= 97
- *PS (Problemas Sociales)= 96
- *AE (Autoestima)=99
- *PM (Preocupación por la muerte/Salud)= 97
- *SC (Sentimientos de culpabilidad) = 90
- *DV (Depresivo varios) =97

T.P. (Total Positivo)=70 centiles

- *AA (Ánimo alegría) = 65
- *PV (Positivo varios) = 70

Estas puntuaciones nos indican que su capacidad de alegría, diversión y felicidad está en un rango normal o promedio.

En los resultados también podemos observar una puntuación significativa en sentimientos de tristeza, desgracia, inadecuación, poca autoestima, inutilidad, desamparo, desesperanza, falta de cariño; así como también sentimientos de aburrimiento, falta de energía, descontento, poca capacidad para el placer y aceptar ayuda, irritabilidad y explosiones de mal humor.

Los resultados obtenidos por Rebeca en las pruebas proyectivas de: Dibujo de la Familia, HTP, y FH:

En cuanto a factores emocionales los resultados manifiestan que probablemente Rebeca se siente poderosa, audaz y perciba que ella tiene el “mando” en las relaciones familiares.

Se observa cierto grado de ansiedad, impulsividad, un poco de inseguridad, agresividad, tendencia a replegarse en sí misma, se detectan varios rasgos depresivos (inadecuación, poca autoestima, inutilidad, desamparo, desesperanza, y apatía); tal vez esto está muy relacionado con la poca comunicación intrafamiliar que ella percibe sobretodo con las figuras paternas, la relación más cercana es con su mascota y su hermana.

En las pruebas se detecta que probablemente tenga alguna preocupación por su cuerpo, cierto conflicto o miedo con respecto a lo sexual o tal vez a crecer y dejar de ser niña.

Posiblemente ella percibe que le falta una base firme que le brinde seguridad emocional, lo cual puede deberse a factores de personalidad o situaciones externas.

Puede ser que Rebeca muestre rigidez y en algunos aspectos, tal vez dificultad en el control de impulsos que la llevan a sentirse deprimida o a no poder expresar con palabras lo que piensa y siente.

Se observan rasgos de preocupación excesiva por los detalles, posibles problemas personales en el aspecto de sentirse la mayor parte del tiempo sola.

7.2.5 Análisis e Interpretación del Informe

El nivel de madurez intelectual de Rebeca es Promedio (F.H. Koppitz).

Rebeca logra adaptarse al medio y resolver las situaciones que se le presentan, sin embargo en ocasiones reacciona muy pasivamente y se replega en sí misma.

Su pensamiento fluctúa entre lo práctico-concreto por lo que se le dificulta hacer abstracciones, sacar conclusiones más allá de lo evidente; es posible que esta sea la razón por la que se le dificultan tanto las matemáticas.

La atención y concentración se ven disminuidas por platicar con sus amigas o compañeras cercanas... esto puede estar manifestando un índice elevado de ansiedad que no canalizada adecuadamente, le provocan fallas en la atención y concentración.

El rendimiento intelectual de Rebeca está englobado en el término alto, con dificultades para el razonamiento lógico matemático, sin embargo con fortalezas en el aspecto artístico y deportivo, relacionado con la danza y el basquetbol.

Podemos observar que Rebeca, mantiene contacto con la realidad, aunque ésta en ocasiones se ve afectada por las dificultades manifiestas de concentración y

atención y tal vez esto le ocasione interpretaciones parciales de la realidad o subjetivas de ésta.

Emplea como mecanismo de autodefensa la fantasía.

No se aprecia Daño orgánico. Sólo se observa algo de dificultad para escribir con legibilidad y ortografía adecuada, lo cual se podría relacionar con dificultades visuales.

Rebeca manifiesta sentimientos inconscientes de devaluación, falta de interés, baja estima, agresión reprimida, esto lo trata de resolver en la fantasía y emplea mucho tiempo en esto y descuida la atención a otros aspectos importantes.

Se percibe sensación de expansividad, narcisismo, le interesa mucho la opinión de los demás, en ocasiones es sumisa en sus relaciones, sin embargo una vez establecida la relación puede ser exigente y manipuladora; tiende a ser demandante, sin embargo teme la desaprobación.

El control de sus impulsos es débil, tiende a reprimir y guardar por lo que requiere canalizar para que experimente la armonía y el equilibrio emocional. Su integración y fuerzas yoicas muestran un yo débil y en ocasiones rígido.

Siente que en casa puede hacer lo que ella quiere pues no hay supervisión ni presencia de adultos la mayor parte del tiempo; sin embargo cuando está la mamá hay cierta confusión y rechazo de las indicaciones, sugerencias que la madre pueda hacer. Porque ella, la niña, es la que siempre manda (a ella y su mascota).

Rebeca está viviendo situaciones nuevas, desde el cambio de escuela y todo lo que esto implica para una niña, hay presión en aspectos relacionados con lo escolar, bajos resultados en sus evaluaciones académicas, aspectos relacionados con su desarrollo fisiológico; el descubrimiento de su sexualidad, tal vez el rechazo

a crecer por el deseo de continuar siendo “la niña consentida” ... le ocasionan sentimientos de culpa o desaprobación.

El consentimiento y sobreprotección de los padres le causan angustia, agresividad reprimida y manifiesta ya que no encuentra la estabilidad y necesita la orientación de éstos.

Posiblemente el ambiente familiar en el cual se desenvuelve Rebeca es muy permisivo como resultado de que los padres trabajan todo el tiempo para dar a las hijas “todo lo que necesitan materialmente” y también esto puede ser como resultado de la situación familiar y económica que la madre vivió en su infancia y adolescencia; y por tanto Rebeca perciba a su madre como proveedora, permisiva pero ausente y lejana lo que le ocasione temores frecuentes, ansiedad evasión en la fantasía.

Las relaciones interpersonales que establece tienden a ser demandantes, busca el afecto como compensación, muy sensible a lo que los otros dicen de ella.

Su capacidad de insight está disminuida. Emplea la negación de sus propias incapacidades; tratar de dominar sus miedos, temores, inseguridades tratando de mostrarse sin problemas, alegre o replegada en si misma.

Por los rasgos de personalidad se puede decir que Rebeca tiene una estructura neurótica, con rasgos histérico-obsesivos, esto es, mantiene contacto con la realidad, tiene un yo integrado, que necesita fortalecerse; los conflictos de personalidad están ubicados entre el principio de placer y el ideal del yo.

Rebeca muestra inseguridad básica que es encubierta por depresiones, fantasía, replego en sí misma, irresponsabilidad escolar, pensamientos recurrentes de que si puede pero no entiende y tiende a ser demandante de atención y cuidado.

7.2.6 Análisis e Interpretación del Caso

En este caso podemos observar que el ambiente familiar en el que se llevó a cabo la gestación y nacimiento de la niña fue estable y armónico ambos padres deseaban al hijo (a). La madre sabía y era consciente de que era segundo frente y de que el padre tenía un compromiso que no iba a dejar.⁹

La situación familiar que envuelve el ambiente directo de la niña, es la presencia de padres ausentes, en ambos casos los padres trabajan todo el tiempo y la niña desde pequeña ha estado en guarderías y escuelas de horarios extendidos donde pasa la mayor parte del tiempo con iguales y con personas que cuidan de ella.¹⁰

También observamos la presencia de una madre con una infancia difícil, de mucha carencia económica y orillada a trabajar desde pequeña en casas haciendo labores domésticas, con gran necesidad de sentirse apoyada, segura, protegida, ha buscado sentirse así desde muy joven, en los muchos novios, en su primer matrimonio y con su pareja actual y los deseos que se le dan a la niña según lo dice.¹¹

Esta señora ha superado y encarado situaciones económicas y familiares muy difíciles y ha logrado ser profesionista y seguir superándose profesionalmente hasta lograr un doctorado.

Se puede observar que de alguna forma esta superación, éxito profesional forman parte de su todo ya que cuando esta pierde su trabajo en el cual llevaba (18 años) entra en una aguda y grave depresión, se somete a tratamiento psiquiátrico.

⁹ Cobo habla de “una condición depresiva”, en donde interviene “la forma de ser” y una serie de “factores o condiciones” que facilitan la aparición de la depresión.

¹⁰ Klein menciona que los niños no necesitan que se produzca una pérdida, si no que pueden deprimirse por la simple ausencia de los padres. También al respecto Spitz menciona que a pesar de que los niños estén perfectamente cuidados por otras personas es fundamental el cuidado y el acoyo de la madre.

¹¹ Abraham – Freud sostienen que la explicación básica de la conducta sobre todo de las emociones perturbadas esta en los conflictos inconscientes y los dictados de la razón.

Estas situaciones son transferidas y proyectadas a la hija de forma subliminal y conversiva ya que de cierta forma, ésta (madre) trabaja mucho y todo el tiempo para que a su hija no le falte nada; la sobreprotege, le concede todo lo que la niña quiere y le otorga todo el crédito, la libera de responsabilidades propias de su edad.¹²

Por otro lado el padre, también trabaja la mayor parte del tiempo, de vez en cuando se queda en casa, sobreprotege, consciente y se hace cómplice de varias situaciones con la hija.

La hermana de la niña, se encuentra en la adolescencia, la mayor parte del tiempo la pasa en la escuela y metida en su mundo.

Todo esto repercute de forma directa e indirectamente en el desempeño académico de la menor.

Al parecer Rebeca se percibe con gran poder y control hacia ella misma y hacia sus padres, situación que en cierta forma le ocasiona sentimientos de inseguridad, ira pasiva, ansiedad. El hecho de que la mayor parte del tiempo la pase “sola”, con su mascota, televisión, computadora, hermana, sin la supervisión u orientación directa de adultos, ha influido para que la niña se muestre desinteresada en el estudio, con fallas constantes en las tareas, con excesiva información de televisión e internet.¹³

Así tenemos que, al ser Rebeca de tendencia introvertida, se repliega en sí misma, tiene poca comunicación con los adultos pero en exceso con sus iguales, lo que le ocasiona que viva en un mundo interno de mucha fantasía y tenga

¹² La teoría psicoanalítica sostiene que la depresión es transferida de madre a hijos.

¹³ Krakowski, dice que las familias que abandonan y descuidan a sus hijos, les frustran y les rechazan psicológicamente, van moldeando con sus actuaciones conductas depresivas en el niño. Por su parte el niño responde con hostilidad a la amenaza de una inminente pérdida de amor, experimentando sentimientos de culpa. Son la calidad de las interacciones padres-hijos las que refuerzan y/o producen depresión.

necesidad apremiante de hablar con sus iguales y esto le ocasione fallas en la atención y concentración, atraso en los trabajos, falta de seguimiento de instrucciones, tareas y trabajos faltantes (comentarios dados por la profesora de grupo) y esto al mismo tiempo repercute en la obtención de buenos resultados académicos.

La falta de una base firme que le de seguridad, los sentimientos de soledad que presenta, hacen que en ocasiones se muestre triste, inadecuada, con baja autoestima, apática, sin apetito y con temor a expresar sus dudas o pensamiento.

También podemos apreciar que Rebeca, está experimentando cambios en su cuerpo que le dan temor y que le hacen tomar una postura de “no querer crecer” o “sentir miedo a ser grande”.

En este caso observamos que las aportaciones dadas por la profesora de grupo, por los padres, por la misma niña y por los resultados obtenidos en las pruebas CDS y proyectivas nos muestran rasgos significativos de sintomatología depresiva que de forma colateral afectan o limitan el buen desempeño académico de la menor.

7.2.7 ¿Cómo se diagnosticó el caso en torno a la depresión infantil de acuerdo con Alonso Fernández y Victoria del Barrio?

De acuerdo a Alonso Fernández (Cuadro sintomatológico depresivo en los periodos intermedios y final de la infancia), Rebeca manifiesta síntomas tales como: molestias psicósomáticas, trastornos de conducta (rebelde, hiperactividad,) y bajo peso, bajo rendimiento, ansiedad, dificultades de concentración y pensamiento.

Según los estudios realizados por Victoria del Barrio acerca de síntomas depresivos muestran que Rebeca manifiesta los siguientes síntomas: tristeza,

irritabilidad, sentimiento de no ser querido, baja autoestima, cambios en el sueño y cambios de apetito, bajo peso e hiperactividad verbal.

Con base a los autores citados podemos concluir que Rebeca manifiesta solo algunos de los síntomas que dichos autores consideran para diagnosticar una depresión infantil, por tanto consideramos que Rebeca no está completamente inmersa en un trastorno depresivo; sólo muestra rasgos que si no son atendidos desembocarán en un trastorno depresivo.

7.3 INFORME DEL CASO TRES

7.3.1 Ficha de Identificación

NOMBRE:	Daniel Oscar
FECHA DE NACIMIENTO:	26 de junio de 1998
EDAD:	10 años
SEXO:	Masculino
ESCOLARIDAD:	4° de Primaria
ESCUELA DONDE ESTUDIA:	C.
FECHA DE ELABORACIÓN:	6 de Junio de 2007
INSTRUMENTOS APLICADOS:	Entrevista, CDS, Bender, Dibujo de la Familia, HTP, Figura Humana, Raven, Historia de los Padres.

7.3.2 Descripción del Paciente

Daniel es un niño de estatura regular a alta en promedio 1.57 de estatura compleción gruesa, tez blanca, ojos expresivos de color negro, ceja semipoblada bien delineada, boca mediana, labios delgados cabello muy corto, lacio, negro, aparenta más edad de la reportada, no presenta mal formaciones físicas, su postura es encerrada, su marcha es lenta, se presenta varias veces al colegio con el uniforme sucio y desarreglado.

El niño presentó buen contacto con la entrevistadora y se manifestó como un informante confiable, se encontró facilidad para empatizar con él, y este se percató que se tenía interés en él. Se comportó adecuadamente para la ocasión.

Se observa que en su producción de pensamiento tiene fluidez, sin embargo en ocasiones mostro fuga de ideas y distracción algunas veces se le tienen que

explicar las cosas de varias formas para que de respuesta. No se observaron anomalías.

Daniel se percibe como un niño alegre, juguetón, dispuesto, platicador, inseguro, con sentimientos de culpa y necesidad de aprobación.

La información anterior fue extraída de instrumentos clínicos de entrevista.

7.3.3 Antecedentes

- **HISTORIA DEL DESARROLLO**

Daniel es un niño no planeado concebido en el noviazgo de los padres. La situación durante el embarazo era inestable; Vivian en casa de los padres del novio y comenta la madre que se sentía muy presionada al tener que hacer el quehacer de la casa para todos con respecto a lo económico había carencias debido a que el padre de Daniel no contaba con empleo en ese momento. Los padres no tenían preferencia por el sexo del bebé, el embarazo se desarrolló sin complicaciones, llegó a término de 9 meses de gestación, nacido por cesárea pesando 3.200 kg. Y con talla de 38 cm, no amoratado y respiró pronto.

Fue alimentado sólo 2 semanas con pecho materno, y posteriormente con fórmula hasta los 3 años de edad. Tomó papilla a los 6 meses y a los 8 meses ya consumía alimentos sólidos, no utilizó chupón y comenta la madre no haber tenido ningún problema con la alimentación de Daniel.

A los 8 meses lo tuvieron que intervenir quirúrgicamente para extraer las anginas que estaban afectando sus oídos posteriormente sólo presentó enfermedades propias de la infancia.

Daniel logró control de esfínteres a los 3 años aproximadamente con ayuda de la madre y con apoyo de la escuela, sin embargo a los 6 años (edad escolar) presentó problemas de enuresis y este problema desapareció a los 7 años. En el sueño se presenta el no poder dormir sin luz y tener que dormir con la madre. Daniel padece mucho de enfermedades o dolencias estomacales como: “reflujo”, “agruras” y últimamente problemas de riñón.

Daniel es el mayor de dos hermanos actualmente vive en departamento compartiéndolo con mas familiares (abuela materna, tía y primo).

- **ESTUDIO DE LOS PADRES**

La madre de Daniel, Karla P. persona de baja estatura, complexión delgada, tez blanca, ojos chicos color café, cara ovalada, nariz y boca pequeña, labios delgados; representa menor edad a la reportada (29 años), se presenta con vestimenta informal y desalineada.

Es originaria del D.F., es la mayor de 3 hijas, sólo termino el bachillerato, comenta haber iniciado la carrera de secretaria técnica y haberla truncado por el embarazo.

La madre comenta haberse casado muy enamorada, con grandes ilusiones de apoyo y comprensión mutua. En ese momento su pareja no contaba con empleo, ni tenían casa o espacio propio para recibir a su hijo. El haber quedado embarazada no fue la única razón por la cual se casaron, sino por el deseo de compartir la vida y darle lo mejor a su hijo (a).

Al poco tiempo de matrimonio, el padre es aceptado y alineado en la AFI (Agencia Federal de Investigaciones), después es trasladado a trabajar en Tijuana; al estar ella embarazada, deciden que es mejor para el bebé que ella se quede y tiempo después se pueda ir con el esposo.

En etapas posteriores la madre fue a vivir a Tijuana sin embargo la situación no le favoreció debido al clima y a la lejanía de su familia. Ella decidió venir al D, F., y comprar una casa esperando que a su esposo le dieran un cambio.

Tiempo después se da cuenta de que el esposo le es infiel, esto le afecta significativamente.

En algunas de las contradicciones observadas en la entrevista ella refiere ser buena con su hijo aunque algunas veces se comporta nerviosa y le da mucha ansiedad ya que esté que su hijo no hace lo que ella le pide cuando se lo pide, dice que su hijo es muy distraído y desobediente.

La madre refiere que Daniel tiene problemas para poder escuchar del oído izquierdo es por eso que siempre pide apoyo en la escuela para que pueda ser colocado en pupitres cercanos ala maestra. Refiere que en algunos otros aspectos de salud está bien.

También reporta no haber percibido que tuviera problemas de oído hasta que la madre la informo, sin embargo la profesora comenta que el niño presenta deficiencia en la agudeza visual al copiar las cosas le cuesta trabajo.

La maestra comenta que Daniel no cumplía con tareas a partir del tercer bimestre el niño cumple regularmente con sus tareas sin embargo a partir de la motivación hecha por esta el niño, las realiza.

Daniel presenta problemas con la aritmética en las sumas, restas, multiplicaciones divisiones. Se desconcentra y distrae fácilmente.

Respeto todas las órdenes que se le dan si comete algún error, se le explica y la trata de modificar su conducta Los reforzadores positivos que se utilizan en el

salón de clases son aplausos y apapacho por parte de la maestra para que vean que todos son importantes para ella. Daniel acepta ayuda de los demás y es cooperativo.

A Daniel lo perciben como un niño que va mejorando con el paso del tiempo y con la ayuda de sus profesores.

La situación de Daniel ha ido cambiando mes a mes a la fecha es un niño que cumple con las tareas que se le encomiendan se esfuerza por mejorar su desempeño se va dando cuenta que va obteniendo mejores resultados.

La maestra reporta que en clase se le da la atención adecuada pero en casa deberían prestarle más atención ya que algunas veces llega con el uniforme roto y sucio, llorando por haber peleado con su mamá abuela o tía, la maestra, sugiere que haya más armonía en casa y que se le de reforzamiento positivo de los logros obtenidos a lo largo del tiempo.

El padre de Daniel originario del D.F., de 35 años de edad, que trabaja en la AFI no se presentó a ninguna entrevista aunque la madre refiere que se presenta repentinamente en casa y descontrola todo lo que ella hace por que Daniel nada más le hace caso a él cuando llega.

La profesora aporta haber observado que el niño mostraba algunas situaciones difíciles de familia y salud. Daniel no cumplía con tareas, olvidaba materiales, no terminaba sus trabajos, se desconcentraba fácilmente y no atendía a las indicaciones; dicha profesora se dio a la tarea de hablar con el niño y motivarlo para que se superara y le pidiera apoyo en lo no entendido.

La situación de Daniel fue cambiando de unos meses a la fecha y ahora trata de respetar las indicaciones que se le dan, se le explica lo que no había entendido y hace sus trabajos. Ahora Daniel acepta la ayuda de los demás y es cooperativo.

A Daniel lo perciben como un niño que va mejorando con el paso del tiempo y con la ayuda de sus profesores.

Es un niño que cumple con las tareas que se le encomiendan se esfuerza mucho por mejorar su desempeño escolar aunque algunas veces se queda dormido en clase.

Aportaciones de los padres de Daniel acerca de un cuestionario para evaluar el estado de ánimo de las personas. Se obtuvieron los siguientes resultados.

La madre de Daniel reporta que es un niño alegre y muy bueno, convive con niños de entre 9 y 11 años de edad de forma regular y normal, cuando asiste a fiestas familiares se comporta adecuadamente, es sociable.

Le gusta el fútbol, el deporte, la lectura, regularmente utiliza ropa de mezclilla. Cuando Daniel recibe un regaño nota que se pone triste. Tiene buenos valores y se comporta bien en la escuela. Sin embargo la madre considera que les falta comunicación por que ella se desespera con facilidad.

La madre de Daniel trata de ser la mejor siempre en todo y hacer lo mejor para que el hijo admire lo que hace y tome el ejemplo de ella. El respeto es una de las principales reglas que se ocupan en casa. La ausencia del esposo la hace sentir muy triste, reporta que los demás tienen buena opinión de ella y cree tener buena salud.

Ella considera ser siempre la mejor en todo para que sigan su ejemplo.

7.3.4 Interpretación Clínica de los Instrumentos Aplicados

ÁREA INTELECTUAL

Los resultados obtenidos por Daniel en la capacidad intelectual de razonamiento analógico, percepción y capacidad de abstracción es igual al término medio (Raven)

Debido a esto sus habilidades se perciben como una fortaleza para él. Habilidad para aprender material nuevo de manera asociativa y facilidad para trabajar con la lógica deductiva e inductiva.

Se considera que tiene baja capacidad para planear y organizar esto puede deberse a factores emocionales.

Se puede detectar que Daniel tiene escasa concentración, rasgos de ansiedad, distracción e inseguridad que afectan la atención y la concentración así como dificultad en la secuencia auditiva.

ÁREA AFECTIVA

De acuerdo a los datos arrojados por el CDS se obtuvieron los siguientes resultados:

TD (Total depresivo) 99

RA (Respuesta afectiva) 99

PS (Problemas sociales) 97

AE (Autoestima) 97

PM(Preocupación por la
muerte/salud) 90**TP (Total positivo) 99**

AA (Animo Alegría) 45

PV (Positivos Varios) 99

SC (sentimientos de culpabilidad) 96

DV (Depresivo varios) 99

El sujeto presenta un gran porcentaje de respuestas afectivas negativas, dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad. Poca intensidad en los sentimientos de valoración y estima hacia si mismo, tiene preocupación por la muerte, se notan sentimientos de culpabilidad, autopunición; busca autocastigarse (rasgos de depresión).

Se nota ausencia de alegría, diversión y felicidad, baja capacidad para poder experimentarlas, carencia en la vida emocional. Los resultados que podemos analizar en las respuestas que da la madre de Daniel, muestran que hay dificultad en las relaciones sociales, en los datos que da la maestra se detectan rasgos depresivos como: aislamiento, baja sociabilización y pobre comunicación.

Se observa que Daniel es un niño tímido y retraído, presenta baja autoestima, tiene fantasías de omnipotencia en su enfrentamiento a las presiones ambientales, con sentimientos de inferioridad, en ocasiones se autocastiga, muestra inestabilidad emocional e interpersonal, un yo débil con rasgos de depresión.

Muestra agresión, manifiesta y reprimida, ansiedad, hay dificultad de expresión verbal, es un niño muy perceptible a las críticas, impulsivo y con tendencias al mal humor.

Se observa baja adaptación al medio que lo rodea, existe una necesidad de exteriorizar sus sentimientos y no saber como hacerlo.

Daniel emplea mucha energía en la fantasía a veces tiene dificultad en diferenciar entre el pensamiento, la fantasía y la realidad esto se relaciona con

sentimientos de falta en el aspecto emocional, contacto con el ambiente y posible temor a las relaciones interpersonales.

Muestra preocupación en la interacción, deseos de agradar ser acogido y valorado. Se proyecta con deseos de regresar a alguna etapa significativa de la vida donde sentía que los padres le daban importancia.

Se observan que tiende a ser agresivo, impulsivo y a replegarse consigo mismo se percibe como que ha perdido la espontaneidad, inclinándose a la tristeza y apatía.

Daniel tiende a ser poco expresivo de las necesidades que tiene. Y percibe que la hermana menor esta ganando terreno sobre la atención cuidado y cariño que le pone la madre a él.

La profesora aporta haber observado que el niño mostraba problemas urinarios ya que le hicieron varios estudios, sin embargo se percata que el alumno no sigue ningún tratamiento médico.

7.3.5 Análisis e Interpretación del Informe

Daniel es un niño emocionalmente inmaduro esto hace que se vea reflejado en su desempeño y su rendimiento escolar. Es demandante de atención y afecto, sobre todo de la figura materna con quien se encuentra identificado plenamente en sus debilidades, compite principalmente con su hermana pequeña por el afecto, sus fantasías se relacionan con ser la única persona para su madre, la comunicación no se logra plenamente y esto lo trasfiere en hostilidad y aislamiento.

Como le es difícil adecuar su conducta en las relaciones sociales e interpersonales se siente inadecuado y esto le genera ansiedad lo que lo lleva a tener conductas

obsesivas, rechazo hacia los demás y hostilidad. En algunas veces esto puede convertirse en agresividad y le genera sentimientos de culpa.

Aún cuando se le brinde toda la atención, el sentirá rechazo y desplazamiento por parte de su hermana.

Utiliza como mecanismos de defensa la regresión, el aislamiento, la represión, la negación. Con lo que intenta preservar su lugar en la familia y una buena autoestima para no sentirse inadecuado o fuera de lugar en el ambiente en el que se desenvuelve.

7.3.6 Análisis e Interpretación del Caso

En este caso podemos observar, que el sujeto manifiesta varias situaciones de inconsistencia familiar que repercuten en su vida cotidiana estos deseos son transferidos al sujeto.¹⁴

El niño fue concebido en la etapa de noviazgo, la madre contaba con 18-19 años (trunca su carrera), el padre con 25 años (desempleado), aunque ambos estaban de acuerdo en tener al hijo(a), no contaban con estabilidad económica, ni con un espacio específico para ellos y el bebé; aspectos importantes en el desarrollo armónico de la personalidad de un sujeto.

En el periodo de gestación del niño, el padre se traslada a otra ciudad, la madre se queda “sola” con la madre de ésta con quien nunca ha tenido buena relación, por motivos de peleas y discusiones se va a casa de la suegra, donde tampoco es muy bien recibida.

¹⁴ Teorías psicoanalíticas: Freud, Klein Spitz. Opinan que los afectos que se trasfieren a los hijos son base fundamental para el desarrollo.

Después del nacimiento del menor, el padre regresa temporalmente y rentan una pequeña casa, el padre nuevamente se debe trasladar a otra ciudad y la madre se queda sola con el bebé.¹⁵

En Daniel podemos apreciar la situación de una madre afectada emocionalmente, persona marcada desde su infancia por una madre que la rechazaba, un esposo que le abandona y le es infiel, situaciones que por tanto le hacen manifestarse consciente e inconscientemente con nerviosismo, ansiedad, poca tolerancia, exceso de carga emocional, poco control de sus impulsos. Por lo que ha golpeado y maltratado psicológicamente a su hijo.

Observamos la situación de una madre que ha estado colocando su ira y culpabilidad en el menor.

Como hemos observado también desde los inicios de la vida del sujeto vemos la carencia de un espacio vital y la necesidad de obtenerlo, por tanto en ocasiones se manifiesta reprimido e invadido, con agresividad activa y pasiva y mostrándose rebelde.¹⁶

Todas estas situaciones y las características propias de la personalidad de Daniel son las que de cierta forma repercuten en su desempeño académico y emocional y en ocasiones fluctuar entre el deseo de superarse y la apatía, desinterés, mal humor, baja estima, enfermedades de índole nervioso (problemas gastrointestinales) (rasgos depresivos).

Al parecer Daniel no ha desarrollado una separación psicológica con su madre y ésta le transfiere en gran parte su situación; sin embargo la intervención de la

¹⁵ Como lo menciona Victoria Del Barrio la familia es la pieza esencial en la explicación de la conducta infantil. El padre y la madre son el origen biológico pero además ellos también son los responsables de la nutrición física y mental del recién nacido dos aspectos esenciales para explicar el proceso del desarrollo y por tanto el devenir de un niño tanto física como mentalmente.

¹⁶ La depresión como consecuencia de una desviación de la agresión hacia el propio sujeto, la considera como el resultado de un conflicto intrapsíquico entre un superego primitivo y un ego desvalido.

profesora de grupo, con quien encontró empatía y cercanía (tal vez ideal de figura materna) ha modificado en gran medida su conducta y desempeño académico actual.

A lo largo del desarrollo y análisis de este caso observamos que múltiples factores repercuten en el desarrollo de una depresión infantil, en este caso consideramos que un factor importante en el funcionamiento armónico de la personalidad del niño, es el factor de la mamá y su situación emocional.

La madre en muchos momentos se contradecía en las aportaciones dadas en las entrevistas, de lo que se pudo entresacar también el desajuste emocional por el que ella atravesaba (se vio conveniente sugerir apoyo psicológico, y ella lo aceptó), la situación académica reportada por la profesora coincidió con la inestabilidad emocional y los rasgos depresivos manifestados por el niño en las pruebas proyectivas y CDS.

7.3.7 ¿Cómo se diagnosticó el caso en torno a la depresión infantil de acuerdo con Alonso Fernández y Victoria del Barrio?

De acuerdo a Alonso Fernández (Cuadro sintomatológico depresivo en los periodos intermedios y final de la infancia), Daniel manifiesta síntomas tales como: molestias psicósomáticas negativismo, trastornos de conducta (rebelde, violento, agresivo), bajo rendimiento, ansiedad, dificultades de concentración y pensamiento.

Según los estudios realizados por Victoria del Barrio acerca de síntomas depresivos muestran que Daniel manifiesta los siguientes síntomas: tristeza, irritabilidad, anhedonia, falta del sentido del humor, sentimiento de no ser querido, baja autoestima, cambios en el sueño y cambios de apetito y peso.

Con base a los autores citados podemos concluir que Daniel manifiesta sólo algunos de los síntomas que dichos autores consideran para diagnosticar una depresión infantil, por tanto consideramos que Daniel no está completamente inmerso en un trastorno depresivo; sólo muestra rasgos que si no son atendidos desembocarán en un trastorno depresivo.

7.4 INFORME DEL CASO CUATRO

7.4.1 Ficha de Identificación

NOMBRE:	Camila S.
FECHA DE NACIMIENTO:	17 de Agosto de 1996
EDAD:	11 años 9 meses
SEXO:	Femenino
ESCOLARIDAD:	5° de Primaria
ESCUELA DONDE ESTUDIA:	C.
INSTRUMENTOS APLICADOS:	Entrevista, Bender, Dibujo de la Familia, htp, Raven, Historia del desarrollo, Historia del Padre.

7.4.2 Descripción del Paciente

María Camila de complexión delgada adecuada a su edad de aproximadamente 1.45 de estatura de tez blanca, cara alargada, ojos cafés y de mirada triste ceja delgada semipoblada y bien delineada, nariz ancha y chata, boca grande y labios delgados, cabello excesivamente lacio largo y desalineado. En reiteradas ocasiones se presenta ala escuela con el uniforme desarreglado y desalineada. Es originaria del D,F., sexo femenino aparenta la edad reportada su figura es normal y no se observan mal formaciones físicas, su marcha o pasos son no notables.

Manifiesta una actividad motora espontanea y coordinada.

A la niña le costó trabajo establecer contacto con la entrevistadora aunque después se mostró como una informante confiable, se encontró dificultad para poder empatizar con ella, el comportamiento de la niña fue apropiado aunque lagunas veces se mostró poco cooperadora y de difícil trato.

Se observa que la producción del pensamiento tiene una fluidez normal, sin embargo en ocasiones se mostro con fuga de ideas, en distintas ocasiones se le tenían que repetir las cosas o decírselas de diferente manera para obtener alguna respuesta.

Camila se percibe como una niña alegre, obediente, de buen humor juguetona, insegura, con sentimientos de culpa.

La niña tiene un autoconcepto realista, muestra sentimientos de inferioridad.

La información anterior fue extraída de instrumentos clínicos de entrevista.

7.4.3 Antecedentes

- **Historia del desarrollo**

Se citó en reiteradas ocasiones a la madre de Camila para que pudiera dar información sobre la historia del desarrollo de la niña pero no se recibió ninguna repuesta y el padre argumenta no saber nada sobre el desarrollo de Camila (se nota una gran ausencia de parte del padre durante el desarrollo prenatal y postnatal de Camila).

Camila es hija única de Isabel B. R. (sin información) y Javier S. C., actualmente Camila Solís vive con su padre y la novia (Gabriela Ordóñez) y el hijo de ésta (Diego Ordóñez). Con el cual no le gusta convivir a Camila.

- **ESTUDIO DE LOS PADRES.**

El padre de Camila; Javier S. C., es originario del D.F., tiene 32 años de edad, se observa como una persona bien desarrollada y nutrida de aproximadamente 1.75, tez apiñonada, cara redonda, ojos pequeños color café; ceja ancha y bien poblada nariz alargada grande, boca grande, labios gruesos, bigote y barba arreglados, con poco cabello ondulado, aparenta mas de la edad reportada, no se observan malformaciones físicas camina con paso o marcha no notable, su indumentaria y apariencia personal es limpia y arreglado.

Fue el tercer hijo de 3, estudió hasta tercero de secundaria, actualmente trabaja como Programador de Eventos en un centro nocturno.

En sus tiempos libres le gusta convivir con su familia y salir a pasear.

El padre reporta que la madre es una persona que no se encarga en ningún momento de Camila y la considera desobligada.

La madre nunca se presentó a entrevista por lo que desconocemos información acerca de ella.

La situación familiar de Camila ha sido difícil, violencia intrafamiliar, separación de los padres, nueva pareja de ambos, la madre era la tutora pero por conflictos de Camila con la nueva pareja de la madre se vio en la necesidad de enviarla a vivir con su papá.

Ma. Camila es repetidora de 5º, es el primer año que cursa en el colegio Civilización, comenta que tuvo que repetir el curso porque faltaba mucho; el desempeño académico de Camila es bajo y está en riesgo de perder el ciclo escolar nuevamente (así ha sido cada año).

En general le gusta asistir a la escuela, le gustan mucho el recreo y la clase de Música. Percibe a la maestra de grupo agradable e interesada en ella, tiene varias amigas en su salón y desea que se le apoye en cómo poder estudiar más matemáticas y en la situación de sus papás.

Algunas anotaciones de la maestra de grupo: casi no realiza tareas, ni participa activamente en clase, saca bajas calificaciones, se distrae con frecuencia en clase, no tiene sus apuntes limpios, completos ni legibles; cuando realiza alguna lectura se le dificulta entender lo que lee y cuando se le solicita que lea e interprete instrucciones no lo realiza por que no entiende éstas.

También la profesora opina que Camila mantiene en orden su lugar, tiene buena disciplina y que sus padres nunca preguntan por el aprovechamiento y conducta de su hija.

No hubo aportación de los padres de María Camila acerca del cuestionario para evaluar el estado de ánimo de las personas. Debido a la inasistencia en reiteradas ocasiones.

7.4.4 Interpretación Clínica de los Instrumentos Aplicados

ÁREA INTELECTUAL

La situación de aplicación fue favorable, se estableció buen nivel de rapport, hubo participación y buena cooperación.

Los resultados obtenidos por Ma. Camila en la capacidad intelectual de razonamiento analógico, percepción y capacidad de abstracción se ve afectada y arroja un resultado por debajo del promedio (Raven).

La madurez visomotora la ubicada con un percentil por debajo de su edad cronológica (Bender).

Se detecta cierto índice de distracción, ansiedad e inseguridad que afecta la atención y la concentración, dificultad en la secuenciación auditiva.

ÁREA EMOCIONAL

Los datos arrojados por el CDS son los siguientes:

TD (Total depresivo) 30

RA (Respuesta afectiva) 35

PS (Problemas sociales) 20

AE (Autoestima) 30

PM (Preocupación por la muerte / salud) 65

SC (sentimientos de culpabilidad) 10

DV (Depresivo varios) 55

TP (Total positivo) 1

AA (Animo Alegría) 4

PV (Positivos Varios) 1

De acuerdo a los datos arrojados por el CDS en María Camila se encuentra que la respuesta afectiva alude a un estado de humor en promedio normal, se nota que tiene problemas con las relaciones interpersonales, con aislamiento y siente abandono por parte de la madre. La autoestima se encuentra en un rango normal, debido a esto podemos decir que es un gran punto a su favor. Se muestra que el ánimo, la alegría, diversión y felicidad están por arriba de lo normal.

Los resultados obtenidos en las pruebas proyectan que Ma. Camila muestra inestabilidad y falta de equilibrio busca a alguien que le brinde seguridad y estabilidad emocional.

Se observa tímida e insegura lo que la puede llevar a presentar episodios de depresión. Su refugio es la fantasía para no sentirse lastimada por la realidad frustrante, dura o incomprensible, en una de las pruebas realizadas se detecta que los padres la están poniendo en medio de situaciones muy difíciles para ella y esto le genera sentimientos de angustia y frustración.

Se detectan algunos indicios de bajo rendimiento intelectual y problemas de concentración.

Recurre ocasionalmente a mecanismos de defensa como es, la evasión, la hostilidad, mal humor y algunas veces agresividad reprimida.

Tiende a ser narcisista y egocéntrica, muestra grandes temores que la distraen y bloquean.

En las circunstancias actuales ve a su papá como la persona a la cual acudir y con quien se siente protegida. A la madre la está dejando en segundo término.

Camila es noble y se deja guiar por las reglas o normas de las personas en las que confía.

7.4.5 Análisis e Interpretación del Informe

El nivel de madurez intelectual de Camila es por debajo del término medio (F.H. Koppitz).

Camila no logra adaptarse a las situaciones que se presentan, sin embargo en ocasiones trata de ver la realidad aunque sea frustrante para ella.

Su pensamiento está centrado entre lo práctico y concreto aunque algunas veces se va hasta la fantasía, se le dificulta hacer abstracciones, sacar conclusiones y esto puede ser la causa de que tenga tanta dificultad en materias abstractas.

La atención y la concentración se ven afectadas por platicar con sus compañeras de clase. Esto nos indica un alto grado de ansiedad que no canalizada adecuadamente afecta a su rendimiento escolar que se enmarca dentro del término medio.

María Camila es una niña inestable emocionalmente, busca en su padre la seguridad que requiere para fortalecer el **yo**.

Es muy demandante de atención ya que se siente desplazada por el hijo de la nueva pareja y el abandono de la madre, percibe que el niño (hijo de la novia de su padre) la está desplazando y ella ha desencadenado una competencia por buscar la aprobación del padre.

Está en búsqueda de alguna **figura** (familiar) que le de identidad personal.

Es una niña ambivalente en relación con la expresión de sus sentimientos, demanda mucha atención y cariño incondicional por parte del padre ya que fue abandonada por la madre.

Muestra poca tolerancia a la frustración y esto se ve reflejado en su desempeño escolar y su baja concentración.

7.4.6 Análisis e Interpretación del Caso

Podemos observar en este caso, que la menor manifiesta varias situaciones de vulnerabilidad, desde su concepción, podemos observar que fue concebida por

accidente y con deseos de parte de la madre de abortar; sin embargo ambos acordaron tener al hijo(a).¹⁷

La situación emocional de la pareja al iniciar a vivir juntos fue difícil, la madre muy celosa del esposo ocasionaba riñas constantes acompañadas de violencia física y verbal. Por otro lado, el padre con situaciones familiares desde la infancia muy difíciles, pérdida del padre a muy temprana edad, madre alcohólica y fumadora de marihuana; él (el padre) transfiere, repite el patrón familiar vivido por él de violencia y maltrato físico y psicológico hacia la pareja y la hija, y aunado a esto tiene problemas con el alcohol y la droga.

Después de la separación, Camila se queda bajo la tutela de la madre, quien en muchas ocasiones buscaba al padre de Camila para reclamarle la falta de atención hacia la niña y la carencia de apoyo económico para los gastos de ésta.¹⁸

El frecuente cambio de pareja de parte de la madre,¹⁹ el abandono efectivo y afectivo hacia la niña, hizo que perdiera en dos ocasiones diferentes años escolares (3º y 5º), posteriormente se la llevó al padre porque ella ya no podía con ésta.

Los frecuentes cambios de escuela, la inestabilidad emocional de la niña, provocada por la situación familiar, el rezago escolar son factores que repercuten fuertemente en la menor y hacen que se manifieste triste, con sentimientos de culpa, abandono de ambos padres, desesperanza, soledad, impotencia, baja energía, poco apetito, pensamiento lento, falla en la atención y concentración, ansiedad, temores frecuentes, necesidad de ser apreciada y valorada.

¹⁷ Cobo habla de “una condición depresiva”, en donde interviene “la forma de ser” y una serie de “factores o condiciones” que facilitan la aparición de la depresión.

¹⁸ Klein menciona que los niños no necesitan que se produzca una pérdida, si no que pueden deprimirse por la simple ausencia de los padres. También al respecto Spitz menciona que a pesar de que los niños estén perfectamente cuidados por otras personas es fundamental el cuidado y el acoso de la madre.

¹⁹ Victoria Del Barrio la familia es la pieza esencial en la explicación de la conducta infantil. El padre y la madre son el origen biológico pero además ellos también son los responsables de la nutrición física y mental del recién nacido dos aspectos esenciales para explicar el proceso del desarrollo y por tanto el devenir de un niño tanto física como mentalmente.

Debido a esta complejidad de situaciones se puede aportar que los resultados de las pruebas realizadas para la medición de capacidad intelectual de Camila manifestaban bajo desarrollo en la inteligencia, inmadurez o sea, inhibición intelectual por motivos emocionales.²⁰

Al parecer Camila se siente con pocos recursos internos para salir adelante y percibe que es para sus padres una carga, alguien molesto de quien no se quieren ocupar; sin embargo Camila ha encontrado una salida que le ayuda a reestructurar sus fuerzas yoicas, el asistir al departamento psicopedagógico y el tener dos compañeras (amigas) que la han acogido y con quienes juega, platica, se divierte y en ocasiones hace tarea.

Tomando en cuenta este marco, podemos considerar que el bajo rendimiento está permeado de manifestaciones sintomatológicas depresivas producidas en gran parte por el ambiente familiar que ha envuelto desde la concepción a la menor.

Es importante tomar en cuenta en el estudio y análisis de este caso que las aportaciones manifestadas por la profesora de grupo, el padre de la menor, ella misma y las pruebas proyectivas nos dan rasgos importantes de depresión infantil; sin embargo en la prueba CDS, se manifiesta con rasgos de equilibrio emocional, sin depresión y con elevado porcentaje en ánimo y alegría. Aspecto que puede relacionarse con los deseos de la menor de no mostrar sus verdaderos sentimientos y encubrirlos con lo opuesto.

7.4.7 ¿Cómo se diagnosticó el caso en torno a la depresión infantil de acuerdo con Alonso Fernández y Victoria del Barrio?

De acuerdo a Alonso Fernández (Cuadro sintomatológico depresivo en los periodos intermedios y final de la infancia), Camila manifiesta síntomas tales

²⁰En un estudio realizado por Wallerstein y Kelly (1980) se decía que los hijos de padres divorciados presentan síntomas o rasgos depresivos.

como: llanto frecuente, trastornos de conducta (rebelde e hiperactiva), bajo rendimiento, ansiedad, dificultades de concentración y pensamiento.

Según los estudios realizados por Victoria del Barrio acerca de síntomas depresivos muestran que Camila manifiesta los siguientes síntomas: tristeza, irritabilidad, sentimiento de no ser querido, baja autoestima, hiperactividad.

Consideramos importante profundizar más en este caso.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Por medio de esta investigación se concluye que la depresión infantil, sí es un factor que influye en el rendimiento académico de los alumnos estudiados, en tres de los casos, los rasgos depresivos estuvieron presentes de forma diferenciada y singular.

La prueba empleada como instrumento base (CDS), nos aporta la intensidad y la cualidad de la depresión en cada niño; con base en la práctica observamos algunos inconvenientes como pueden ser: el CDS es una escala muy larga (en su adaptación para docentes y padres de familia), no valora la duración de los síntomas y desde el punto de vista de tipificación, es una prueba para población española.

Una ventaja que observamos en la prueba CDS es el ser no solamente instrumento para perfilar un diagnóstico sino también puede tener aplicación en la terapia, al arrojar información acerca de qué aspectos del cuadro clínico están más afectados y orientar en función de ellos el tratamiento. Esta prueba da flexibilidad a los padres para llegar a percatarse si su hijo se siente feliz o no, al contestar el mismo cuestionario. Con ello se puede mejorar la percepción que tienen del niño y la comprensión de sus necesidades psicológicas.

La prueba psicométrica CDS, nos da entrada para proponer una definición comprensiva de la depresión en los niños y para introducir una estructura conceptual sobre la misma, por tanto, desde esta perspectiva podemos decir que, obtuvimos, en tres de los casos, resultados estandarizados para rasgos de depresión significativa corroborado posteriormente dicha información con pruebas proyectivas, entrevistas personalizadas con niño (a), padres y profesores; con dicha investigación nos percatamos de la influencia entre depresión infantil y rendimiento escolar.

El marco escolar y la familia siempre han sido identificados como agentes etiológicos importantes de la depresión en la infancia. Su justificación, entre otras cosas radica en las excesivas e inadecuadas demandas escolares que suelen generar en los niños sentimientos de inferioridad, inseguridad, fracaso, marginación, entre otros.

Socialmente está enfatizada la idea de que es la institución educativa la única encargada de la formación académica de los alumnos, máxime cuando es una institución privada de corte religioso. Esta concepción constituye en diversos momentos, una limitante para coadyuvar al proceso educativo, por tanto consideramos que esta situación no ayuda a generar las condiciones óptimas para que los alumnos obtengan resultados satisfactorios en el rendimiento académico puesto que falta el apoyo indispensable de la familia.

Los resultados obtenidos en nuestra investigación, también pueden estar matizados o permeados de situaciones posiblemente temporales o pasajeras que de cierta forma influyen en los resultados concluyentes. Dichas situaciones a las que hacemos referencia son las siguientes:

- Enseñanza ortodoxa, donde se privilegia el enciclopedismo y se olvidan de los contenidos prácticos y significantes para el alumno.
- Donde se presupone erróneamente que el grupo de clase comparte capacidades y habilidades homogéneas, descartándose alumnos con necesidades diferentes.
- Factores de riesgo como el divorcio de los padres, el clima familiar, el bajo autoconcepto, la adaptación escolar, en general todas estas variables se

sitúan como generadoras y/o moduladoras de las depresiones en la infancia.

- El desinterés por parte de los padres de familia, en la educación de sus hijos influye en forma determinante en el bajo rendimiento académico de los niños.

Como hemos citado anteriormente, al considerar la depresión como factor influyente en el rendimiento académico, creemos también importante tomar en cuenta que dicha depresión puede ser producida por diferentes factores en el que juegan un papel muy importante la institución educativa, el profesorado, los padres de familia, para detectar y atender a tiempo la situación emocional y de aprendizaje de los niños así como para apoyar su proceso educativo.

Con esta investigación podemos argumentar: efectivamente la depresión en la infancia no es un evento extraño, en los casos estudiados se obtuvieron resultados significativos de prevalencia en depresión infantil, si bien nuestros resultados son similares a los obtenidos en algunas otras investigaciones, es evidente por ello la importancia de seguir realizando investigaciones más profundas y amplias de este tema.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

Alonso - Fernández, Francisco. " *La Depresión y su Diagnóstico: Nuevo Modelo Clínico* ". Barcelona: Labor, S.A., 1988.

Álvarez, Juan Luis, y Gayou Jurgenson. " *Cómo Hacer Investigación Cualitativa. Fundamentos y Metodología* ". Barcelona: Paidós Educador, 2007.

Boujon, Christophe, y Christophe Quaireau. " *Atención, Aprendizaje y Rendimiento Escolar* ". Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones Madrid., 1998.

Carreño Huerta, Fernando. " *Medición del Rendimiento Escolar* ". México: Trillas, 2005.

Chinchilla Moreno, Alfonso. " *Abordaje Práctico de la Depresión en la Atención Primaria* ". Barcelona: Masson, S.A., 2004.

—. " *Guía Terapéutica de las Depresiones* ". Barcelona: Masson, S.A., 1999.

—. " *Tratamiento de las Depresiones* ". Barcelona: Masson, S.A., 1998.

Cobo, Carlos. " *La Depresión Infantil del Nacimiento a la Adolescencia* ". Madrid: Temas de Hoy, 1992.

Compas, Bruce E., y Ian H Gotlib. " *Introducción a la Psicología Clínica* ". México: McGraw- Hill, 2003.

Cozby, Paul C. " *Métodos de Investigación del Comportamiento* ". México: McGraw-Hill, 2005.

Defior Citoler, Silvia. " *Las Dificultades de Aprendizaje: Un Enfoque Cognitivo* ". Málaga: Algibe, 2000.

Del Barrio, Victoria. " *Depresión Infantil: Causas, evaluación y Tratamiento* ". Barcelona: Ariel, S.A., 1997.

—. " *La Depresión Infantil: Factores de Riesgo y Posibles Soluciones* ". Málaga: Editores Aljibe, 2000.

Dolto, Françoise. " *Psicoanálisis y Pediatría. Las Grandes Nociones del Psicoanálisis Dieciséis Observaciones de Infantes* ". Paris: Siglo Veintiuno Editores, 1974.

—. " *Seminario de Psicoanálisis para Niños 2* ". México: Siglo Veintiuno Editores, 2003.

- . *"Seminario de Psicoanálisis para Niños 1"*. México: Siglo Veintiuno Editores, 2004.
- Esquivel, Fayne, Cristina Heredia, y Emilia Lucio. *"Psicodiagnóstico Clínico del Niño"*. México: Manual Moderno, 1999.
- Fendrik, Silvia I. *"Psicoanálisis Para Niños Ficción de sus Orígenes"*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1989.
- Fernández - Ballesteros, Rocío. *Evaluación Psicológica. Conceptos, Métodos y Estudio de Casos*. Madrid: Pirámide, 2007.
- Fierro, Cecilia, Bertha Fortoul, y Lesvia Rosas. *"Transformando la Práctica Docente: Una Propuesta Basada en la Investigación- Acción."*. Barcelona: Paidós, 2006.
- Hornstein, Luis. *"Las depresiones Afectos y Humores del Vivir"*. Argentina: Paidós Psicología Profunda, 2006.
- Jackson, Stanley W. *"Historia de la Melancolía y la Depresión: Desde los Tiempos Hipocráticos a la Epoca Moderna"*. Madrid: Turner, 1986.
- Jacobson, Edith. *"Depresión: Estudios Comparativos de Condiciones Normales, Neuróticas y Psicóticas"*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2007.
- Keogh, Barbara K. *"Temperamento y Rendimiento Escolar: Qué es, Cómo Influye, Cómo se Valora"*. Madrid: Narcea, S.A. Ediciones Madrid, 2006.
- Lammoglia, Dr Hernesto. *"Las Máscaras de la Depresión"*. México: Grijalbo, 2005.
- Lang, M., y M. Tisher. *"Manual CDS Cuestionario de Depresión para Niños"*. Madrid: TEA Ediciones, 2003.
- Lebovici, Serge, Michel Soulé, y René Diatkine. *"Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente V"*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1989.
- . *Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente IV"*. Madrid: Biblioteca Nueva., 1989.
- Machover, Karen. *Proyección de la* .
- Masana Montejo, Dr. Gillem. *Guía Clínica para el Tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor*. Barcelona: Ars Medica, 2001.
- Méndez, Francisco Xavier. *"El Niño que no Sonríe: Estrategias para Superar la Tristeza y la Depresión Infantil"*. Madrid: Pirámide, 1998.
- Mussen, Conger, y Kagan. *Aspectos Esenciales del Desarrollo de la personalidad en el niño*. México: Trillas, 2003.

Pérez Cabaní, Ma.Luisa, Ma. Reyes Carretero, y Josep Juandó. *Afectos, Emociones y Relaciones en la Escuela: Análisis de Cinco Situaciones Cotidianas en Educación Infantil, Primaria y Secundaria*. Barcelona: Biblioteca de Aula, 2001.

Pliego, Alfonso. *"Cómo Detectar y Vencer la Depresión en Jóvenes "*. México: Selector, 2002.

Polaino, Lorente A. *"Las Depresiones Infantiles"*. Madrid: Morata, 1988.

Portillo, Isabel Diaz. *"Técnica de la Entrevista Psicodinámica"*. México: Pax México, 1998.

Quesada Castillo, Rocío. *"Estrategias para el Aprendizaje Significativo: Guías del Estudiante "*. México: Limusa Noriega Editores, 2007.

Romero Sánchez, Patricia, y Alejandra Valencia Cruz. *"Manual de pruebas Estadísticas No Paramétricas I"*. México: UNAM, 2005.

Ruiz, Maruca. *"Lo que Dicen los Niños con sus Actitudes"*. México: Pax México, 2000.

Segal, Hanna. *"Introducción a la Obra de Melanie Klein"*. Barcelona: Paidós Psicología profunda, 2005.

Selles Manuel, Dr. Marcelo. *Manual De Psicoanálisis y Psicoterapia de Niños y Adolescentes"*. México: Nociones, 1991.

Shaffer, David, y Bruce D Waslick. *"Las Múltiples Caras de la depresión en Niños y Adolescentes"*. Barcelona: Ars Medica, 2003.

Soutullo Esperón, César. *"Depresión Enfermedad Bipolar en Niños y Adolescentes"*. Madrid: Eunsa, 2005.

Suárez Díaz, Reinaldo. *"La Educación: Teorías Educativas, Estrategias de Enseñanza- Aprendizaje "*. México: Trillas, 2005.

Vail, Prisilla L. *"Niños Inteligentes con Problemas Escolares: Todo lo que usted Debe saber y Consejos Prácticos para Aydarlos"*. México: Diana, 1987.

Valencia Cruz, Alejandra, y Patricia Romero Sánchez. *"Manual de Pruebas Estadísticas no Paramétricas II"*. México: UNAM, 2005.

Varma, Ved. *" La Violencia en Niños y Adolescentes: Guía para Estudiantes, Psiquiatras, Psicólogos, Orientadores y Educadores"*. México: Trillas, 2001.

Wicks- Nelson, Rita, y Allen C. Israel. *"Psicopatología del Niño y del Adolescente"*. Madrid: Pearson, 1997.

Winnicott, D.W. *"Realidad y Juego"*. Barcelona: Gedisa, 1999.

ANEXOS

