



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

DEPRESIÓN EN NIÑOS

ENSAYO MONOGRAFICO

**QUE PARA OBTENER MENCIÓN HONORIFICA Y TÍTULO DE
Y TÍTULO DE**

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

JESSICA NIETO ALVAREZ

Directora: Mtra. ARACELI SILVERIO CORTÉS

Dictaminadores: Mtra. MARÍA GUADALUPE OFELIA AGUILERA CASTRO

Lic. JUANA ÁVILA AGUILAR



Los Reyes Iztacala, Edo de México



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.

A MIS HERMANAS VERO Y NONA

Por confiar en mí, por quererme, por crecer conmigo, por ayudarme cuando ya no podía, por compartir conmigo lo maravilloso de sus vidas. Mis únicas amigas en el mundo, en el infinito y más allá. Las quiero. GRACIAS.

A MIS PADRES AMPARO Y JOSÉ

Por todo el apoyo y el cariño que me han dado, por las enseñanzas que han dejado en mí. Los vi luchar todos los días de mi vida buscando lo mejor para mis hermanas y para mí. Espero nunca se les olvide lo que me han enseñado: a luchar siempre, aunque ya no tenga fuerzas, siempre de pie, haciéndole frente a las tragedias. Los quiero. GRACIAS.

A DANIEL

Por todo el cariño, la compañía y el amor que he recibido desde que te conocí; por no dejarme caer e insistir a mi lado. Por compartir conmigo todos los momentos de tristeza, de alegría y de tonterías jiji. Recuerda que tú puedes, y el próximo examen al que asistirás y al que me invitarás, será al tuyo. Te amo. GRACIAS.

A MIS SERES NO HUMANOS

A todos esos animalitos que me enseñaron lo que ninguna persona pudo enseñarme: el valor de una vida. Los extraño, los quiero, nos veremos algún día. Hasta siempre. GRACIAS.

Dedico este trabajo a todos aquellos que estuvieron cerca,
a quiénes alguna vez confiaron en mí: a mi familia, a mis hermanas, a mis padres, a Daniel
y a mis profesores Araceli Silverio, Guadalupe Aguilera, Juana Ávila, Felicitas Salinas y
René Alcaraz.

*La obscuridad se acerca,
estoy tranquila,
está vez no estoy asustada,
ya no, ¿qué podría pasarme?...¿qué más?...
¿Puedes entenderme?...ellos no pueden...*

*La obscuridad ya no es negra,
ahora puedo ver en ella...*

ÍNDICE

	Pág.
Introducción	1
Cap. 1 Antecedentes en el estudio de la Depresión	4
Cap. 2 Concepto, Origen y Clasificación	12
Cap. 3 Características	21
Cap. 4 Consecuencias	25
Cap. 5 Terapia Cognitivo Conductual (TCC)	28
Cap. 6 Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento	32
Cap. 7 Depresión en Niños	41
Propuesta	55
Conclusiones	67
Referencias	71

INTRODUCCIÓN

A lo largo de nuestra vida experimentamos diversos estados de ánimo pero es con la adquisición del lenguaje cuando empezamos a expresar verbalmente lo que sentimos y lo que pensamos aumentando el autocontrol emocional, como lo menciona Méndez (2002).

El desarrollo de las emociones interactúa con factores hereditarios y ambientales, es decir, estar triste es común en las personas, sin embargo al prolongarse la tristeza por más de dos meses o por más de un año, se habla de una depresión, en donde se modifican los pensamientos, las conductas, las emociones (fenómeno psicofisiológico) y los sentimientos (componente subjetivo y cognitivo de las emociones).

Ahora bien, existen diversos enfoques que definen la depresión, algunos de ellos se abordarán en este ensayo, considerando que la depresión se debe a factores familiares, ambientales, psicológicos, sociales, genéticos o de alteraciones endocrinológicas, hormonales y de neurotransmisores (Soutullo, 2005).

En cada persona aquello que desencadena la depresión es diferente, sin embargo, sea cual sea la causa de una depresión, debe considerarse el papel que juegan los pensamientos, ya que éstos determinan las conductas en las personas, porque son una característica individual de gran importancia en el desarrollo de la depresión, tales como una visión negativa, las explicaciones y expectativas pesimistas.

Existen diversos tratamientos, entre ellos, los de tipo médico, como los antidepresivos efectivos en algunos casos, dependiendo de la causa y es conveniente utilizarlos únicamente cuando algún médico lo autorice, su uso no se descarta, sin embargo en algunos casos y administrado inadecuadamente puede ocasionar dependencia. En cuanto a tratamientos psicológicos, en los cuales se enfoca este ensayo, se recomiendan estrategias para complementar el uso de antidepresivos o para sustituir dicho uso, incluso en algunos casos únicamente se necesita terapia psicológica implementada bajo diversos sustentos teóricos, algunos de ellos son las teorías cognitivas y las conductuales, que combinadas

han formado la Teoría Cognitivo Conductual (TCC), la cual proporciona un tratamiento adecuado argumentando que los seres humanos ante circunstancias de las cuales no pueden escapar, pueden desarrollar un estado de pasividad, centrando su atención en los pensamientos negativos e irracionales, relacionados, como lo menciona la teoría conductual, con trastornos de ansiedad, trastornos de comportamiento alterado, abuso o dependencia de sustancias, trastornos del comportamiento alimentario, y dificultades de aprendizaje (Waslick, Kandel, y Kakouos, 2003).

Coincidiendo con Beck, Rush, Shaw, y Emery, (2002), la mayoría de las personas con depresión necesitan además de técnicas cognitivas, técnicas conductuales para determinar las reglas con base en las cuales está organizando su realidad. Con respecto a esto, Sanderson y McGinn (2002) coincidiendo con Wielkiewicz (2004) señalan que la depresión es un problema que abarca tres áreas: conductual, cognitiva o cognoscitiva y ambiental. Lo conductual aborda aislamiento social, problemas académicos o de comportamiento, por mencionar algunos; en el aspecto cognitivo se encuentran pensamientos y actitudes que prolongan la depresión e impiden un rendimiento óptimo, estas ideas pueden ser sobre desamparo, incompetencia o falta de control sobre sucesos importantes de la vida; y en lo ambiental, sucesos como el alcoholismo parental o el divorcio dan lugar a la depresión, por ejemplo.

Considerando lo anterior, este trabajo se enfoca a la depresión infantil, pues como lo señala Polaino (1998), durante años se creyó que los niños no presentaban depresión, ya que se pensaba que no tenían una personalidad desarrollada lo cual era necesario para deprimirse, rezagándose así, la investigación y el tratamiento, algo alarmante, ya que si no se le da la importancia debida o el tratamiento adecuado y temprano, el infante crece con una depresión que se manifiesta a lo largo de su vida y que incluso podría llevarlo al suicidio o al homicidio, como lo expresa Carr (2002), de acuerdo con información del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), las entidades con mayor incidencia de suicidio en los jóvenes son Tabasco, Guanajuato, Coahuila, Distrito Federal y Chihuahua, sin embargo, no existen cifras oficiales sobre intentos de suicidio en niños o la depresión infantil, un problema que se ha quedado rezagado y subregistrado.

Por una parte algunos adultos con depresión fueron niños deprimidos que jamás lo supieron hasta que, llegaron a la edad adulta, esto es importante porque la depresión limita a una persona biológica, psicológica y socialmente, ya que se reducen sus habilidades, impidiéndole una relación adecuada con los otros y con su medio; por otra parte, algunos niños son más propensos que otros a desarrollar una depresión debido a los problemas emocionales o de comportamiento (conductas poco asertivas, impulsivas o pasivas) que aprenden de sus modelos que pueden ser sus padres, amigos, compañeros o familiares, ya que, en ocasiones los estilos de crianza de los padres (permisivo o autoritario), las características de la familia (número de integrantes, nivel económico, historial familiar), la comunidad o el medio social en donde vive (condiciones físicas y sociales), las actividades académicas (exigencia académica, tipo de aprendizaje, sociabilidad con el grupo), o la compañía de otros niños, pueden ser factores que causan la depresión en el niño, y de no detectarse a tiempo, el infante concibe de manera deficiente su ambiente, su persona, y su futuro, limitándose el desarrollo de sus habilidades y de sus capacidades a lo largo de su desarrollo, como lo señalan Fitzpatrick y Sarry (2006).

Méndez, Olivares y Ros (2001), mencionan que el incremento de conductas depresivas convierte en aversiva la relación con el niño porque las personas que lo rodean tienden a escapar o evitarlo, retirándole el refuerzo social, tornándose una situación difícil pues poco a poco irá aislándose.

Por lo anterior, el objetivo de este ensayo es describir las características generales de la depresión y las manifestaciones de ésta en los niños, desde un enfoque cognitivo-conductual, así mismo se propone una guía dirigida a los padres o en su caso, a los tutores del menor, para detectar oportunamente la depresión, considerando una serie de observaciones en los aspectos afectivo, cognitivo, motor, fisiológico y motivacional del niño, útiles como estrategias para la detección y el abordaje de la depresión infantil.

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES EN EL ESTUDIO DE LA DEPRESIÓN

Para poder abordar el tema de la depresión infantil, es necesario conocer algunos de los antecedentes generales, ya que ello permite abordar el tema con un mayor fundamento teórico, así mismo permite un análisis profundo previo a la elaboración de alguna propuesta que contribuya al beneficio psicológico, físico y social del niño.

Cabe mencionar que se abarcan con mayor profundidad los antecedentes conductuales y cognitivos, ya que con base en ellos se ha elaborado este ensayo.

1.1 Antecedentes generales

Como antecedentes generales de la depresión, se tiene que, desde los siglos IV y V, los griegos de la escuela de Hipócrates describieron pacientes con melancolía (tristeza extrema) y manía (alegría e irritabilidad extremas) mediante sus escritos, por ello, los primeros intentos por comprender “científicamente” la depresión le son atribuidos a Hipócrates en la antigüedad, quien empleó el término Melancolía para dar cuenta de estados de abatimiento, inhibición y tristeza.

Para Hipócrates la melancolía se debía a desequilibrios en la secreción de “bilis negra”, o bien a una mala combustión de esta sustancia dentro del organismo que daría lugar a restos tóxicos (Vázquez y Sanz, 1999).

En la Edad Media Robert Burton, un escritor inglés, se enfocó en la depresión y en el suicidio en su libro *La anatomía de la melancolía*, así mismo, en 1896, otro escritor, de origen alemán Emil Kraepelin escribió la distinción entre esquizofrenia (que él llamó demencia precoz) y la enfermedad maniaco-depresiva (que él llamo psicosis maniaco-depresiva). Con ello puede mostrarse cómo la depresión comenzó a cobrar importancia

gracias a la literatura con casos aparentemente ficticios, que se basaban en acontecimientos reales (De Grado, 1998).

Siglos después se elaboran trabajos basados en teorías conductuales y cognitivas, que explicaban la depresión desde el aspecto psicológico sin hacer a un lado los aspectos social y orgánico. Dichos trabajos se mencionan en el siguiente apartado.

1.2 Modelos psicológicos

Algunos trabajos sobre el estudio de la depresión, fueron investigaciones realizadas por Ferster, Bandura, Costello, Lewinsohn, Seligman, Rehm, Beck y Ellis. Dichos modelos se mencionan en este apartado ofreciendo un panorama amplio sobre algunos de los estudios realizados en el campo de la psicología como alternativa en la solución al problema de la depresión.

1.2.1 Modelos conductuales

Los modelos conductuales señalan que el medio en el que se desarrolla un individuo y los estímulos positivos (refuerzos) y negativos (castigos) que recibe por parte de su ambiente contribuyen al desarrollo de la depresión, así mismo se crean conductas negativas o se eliminan positivas, lo cual agrava la depresión.

Dentro de los modelos conductuales existen a su vez, otros modelos: el socioambiental, el de indefensión aprendida y el de autocontrol, mismos que se describen a continuación.

1.2.1.1 Modelo Socioambiental

Este modelo destaca la importancia que tiene el medio en el origen de la depresión, sobre todo cuando Skinner conceptualizó la depresión en relación a una disminución en el reforzamiento y más tarde Ferster, Costello y Lewinsohn se basaron en esto para elaborar sus teorías.

En el aspecto conductual Albert Bandura (citado en Meinchenbaum, 1988) en la década de los 40 señaló la aceptación de un determinismo recíproco entre el organismo y su entorno dejando a un lado el determinismo ambiental de los conductistas clásicos, además de expresar la existencia de un *aprendizaje vicario*, en el cual el refuerzo es de otra índole y se basa en procesos imitativos cognitivos del sujeto que aprende con el modelo, por ello en los primeros años, los padres y educadores serán los modelos básicos a imitar.

Bandura utilizó el término *determinismo recíproco* para describir la interacción continua entre las variables conductuales, cognitivas, afectivas, fisiológicas y ambientales. De acuerdo con esta teoría una gran parte del aprendizaje humano es mediado cognitivamente: en lugar de responder a las consecuencias ambientales, los humanos responden principalmente a las representaciones cognitivas de los eventos ambientales, es decir, el individuo atiende selectivamente e interpreta los eventos.

Bandura elaboró una teoría del aprendizaje social, en dónde también destacan los trabajos de Julián Rotter y Walter Mischel (citado en Meinchenbaum, 1988) quienes enfatizaron la importancia del rol de los factores cognitivos en el condicionamiento.

Por otra parte, Richard Lazarus (citado en Méndez, Olivares y Ros, 2001) en los 60 aportó la postulación de los componentes cognitivos e imaginativos a través de la *desensibilización sistemática*, técnica empleada en el tratamiento de las fobias creada por Joseph Wolpe en 1958, en la cual se reducen las respuestas de ansiedad y se eliminan las conductas motoras de evitación.

Charles Ferster (citado en Méndez, Olivares y Ros, 2001) describió la depresión señalando que el comportamiento de un depresivo se caracterizaba por un exceso de conductas de evitación ante la estimulación aversiva, junto con un exceso de conductas poco usuales o irracionales, dicho comportamiento se caracterizaba también por un déficit de conductas activas reforzadas positiva o negativamente que permitieran controlar el medio (De Grado, 1998).

Ferster señalaba también, que en la depresión se presentaba un déficit de comportamientos instrumentales para obtener refuerzo positivo, esto aunado a las conductas de escape o evitación se producían por repertorios de observación anómalos (se infravaloran aptitudes y se subestima defectos), procesos de retroalimentación perniciosos (la baja tasa de refuerzo debilita la conducta, lo que disminuye la probabilidad de obtener reforzadores), programas de refuerzo inadecuados (si la consecución de un reforzador exige una elevada cantidad de respuestas, la obtención del mismo va seguida de un prolongado periodo de inhibición conductual), y los cambios repentinos en el medio (la pérdida brusca de refuerzo y de estímulos discriminativos relevantes propicia conductas depresivas).

Ferster aportó el cómo realizar un *análisis funcional* de la conducta depresiva, es decir, relacionó variables del individuo considerando su ambiente en base a su comportamiento: variables externas e internas, variables biológicas y culturales, las respuestas (motoras, cognitivas y fisiológicas) y sus respectivas consecuencias.

Alrededor de 1972, Costello (citado en Méndez, Olivares y Ros, 2001) señaló que con la *pérdida de refuerzos* se pierde también la eficacia de los reforzadores disponibles, es decir, se presenta una pérdida de interés general, característica de la depresión. Esto se debe a cambios bioquímicos y neurofisiológicos y a rupturas en las cadenas conductuales, en éstas últimas un reforzador es más potente cuando es precedido por estímulos discriminativos o por incondicionados, esto forma una cadena conductual que al romperse pierde eficacia.

Peter M. Lewinsohn (citado en De Grado, 1998) a mediados de los 70, aborda los aspectos conductuales relativos a la depresión, señalando que ésta tiene su origen en una *baja frecuencia de refuerzos*. Consideraba que la conducta depresiva era una reacción a la pérdida o disminución de los refuerzos, por ello se debía conseguir que la persona deprimida realizara actividades placenteras; evaluara y modificara su comportamiento social aumentando las interacciones sociales y disminuyendo la ansiedad (mediante desensibilización sistemática y técnicas de modelado); además era necesario que

modificara la conducta verbal manifiesta y encubierta (pensamientos) y solucionara problemas de sueño.

Para Lewinsohn la causa principal de la depresión es la baja de refuerzos, sin embargo considera que también la estimulación aversiva es un factor de génesis y mantenimiento de la depresión.

1.2.1.2 Modelo de la indefensión aprendida

Stephen Seligman (citado en Méndez, Olivares y Ros, 2001) cerca de la década de los 90, explicó la depresión mediante el modelo de *indefensión aprendida*, un estado psíquico que aparece en un individuo cuando los estímulos ambientales son incontrolables, es decir, cuando éste no puede ni influir ni modificar ese estímulo, señaló pues, que la desesperanza, como estilo atributivo, en interacción con el manejo de determinados sucesos negativos, llevaría a la depresión, y que para producirse indefensión aprendida, el sujeto debe predecir la falta de control sobre la situación.

Similar a ello, Sanderson y McGinn (2002) mencionan una teoría de la desesperanza en la cual, cuando las personas con un estilo de pensamiento inferencial depresógeno (tendencia a atribuir los acontecimientos vitales negativos a causas estables y amplias) se enfrentan a un acontecimiento vital negativo, se consideran defectuosos o inútiles en los aspectos más fundamentales de su forma de ser, pierden la esperanza, y encuentran pocos estímulos placenteros.

Seligman señaló que la indefensión aprendida tenía la siguiente secuencia: se está expuesto a condiciones incontrolables estas experiencias producen expectativas de incontrolabilidad, es decir la persona predice que no tiene control sobre la situación, y esto a la vez ocasiona déficits motivacionales, cognitivos y emocionales, sin embargo no todas las personas que han sido expuestas a situaciones incontrolables desarrollan depresión (Méndez, Olivares y Ros, 2001).

Con la terapia de la *reatribución* puede explicarse lo anterior, ya que enfatiza en las diferencias individuales, entre ellas están la atribución interna o externa (se atribuye el fracaso o el éxito a una causa interna o externa), atribución global o específica (especificación o generalización de la indefensión) y atribución estable o inestable (se atribuyen hechos a causas estables o a causas inestables).

Según este modelo, la persona que tiene depresión presenta expectativas de daño, es decir, está en espera de un evento aversivo, además supone que no ocurrirá un evento deseado; también presenta expectativas de incontabilidad, y un estilo atribucional predominante de modo que atribuye sus fracasos a factores internos y estables, y los éxitos los atribuye a eventos externos e inestables.

1.2.1.3 Modelo de autocontrol

En la década de los 70, Rehm (citado en De Grado, 1998) formuló, desarrolló y optimizó un modelo de depresión basado en la importancia de la auto-observación, auto-evaluación, y autorrefuerzo como principales agentes causales de la depresión. Proponía un modelo de autocontrol: el deprimido tiende a prestar más atención a lo negativo, a generar expectativas negativas respecto a los resultados que obtendrán; administrándose pocas recompensas y excesivos castigos.

En la auto-observación las personas observan su propia conducta, antecedentes y consecuencias, así mismo atienden selectivamente eventos negativos, es decir, les prestan más atención y atienden selectivamente a las consecuencias inmediatas, a corto plazo, el resultado es pues una visión negativa y pesimista del mundo. Ahora bien, en la fase de auto-control comparan su comportamiento, lo valoran, pero establecen criterios de valoración poco realistas, es decir, infravaloran sus resultados positivos y sobrevaloran los negativos, lo que resulta es pues, una baja autoestima. Por último, en cuanto al autorrefuerzo, las personas se refuerzan pocas veces y se castigan con frecuencia (Mendez, Olivares y Ros, 2001).

1.2.2 Modelo cognitivo

De acuerdo con Feixas y Miró (1993), como referentes históricos en el campo cognitivo, se encuentra el estoicismo, en donde se postula que no son las cosas mismas las que nos perturban, sino las opiniones que tenemos de esas cosas; también se retoma a Hume y a Spinoza con su primacía del pensamiento sobre las emociones. Fueron también, importantes las ideas de Kant, en especial en las que sostuvo que lo característico de los trastornos mentales es la pérdida del sentido común y el desarrollo de un sentido privado.

En la década de los 50, los trabajos realizados por George Kelly (citado en Feixas y Miró, 1993) con su teoría de la personalidad y la anticipación responsable de los procesos psicológicos explican que las emociones, conductas, imágenes, pensamientos y sueños de una persona, no son ajenos al significado que se da a sí misma y al mundo, sino que forman parte integrante del mismo.

Con respecto al modelo cognitivo, destacan también la terapia racional emotiva de Albert Ellis y la terapia cognitiva de Aaron T. Beck.

Ellis (citado en Feixas y Miró, 1993), en 1955, señaló que varios trastornos emocionales son producto de pensamientos irracionales, que provocan emociones negativas (“debo de”, “tengo que”, “debería”), las emociones racionales provocan emociones positivas (“me gustaría”, “preferiría”). Los problemas psicológicos, Ellis los analizó desde su *esquema ABC*, en dónde:

- *A*: el acontecimiento desencadenador o activador
- *B*: las creencias de las personas
- *C*: las respuestas emocionales o consecuencias que derivan de estas creencias.

La terapia de Ellis se llamó terapia racional emotiva, porque una idea irracional según él, se presenta sin sustento empírico, el sustento es emocional, basado en creencias o en hechos distorsionados. Esta terapia consiste en informar al paciente de los orígenes de su

problema, ayudarle a identificar sus creencias irracionales y mostrarle la vinculación con las racionales, usando la refutación de creencias irracionales (el terapeuta hace preguntas hasta que el paciente descubre la falsedad de sus creencias irracionales “¿qué evidencia tiene de....?”) y entrenar en habilidades sociales, principalmente. Su teoría partió de la frase “*No son los hechos, sino lo que pensamos sobre los hechos, lo que nos perturba*”, concepto originalmente propuesto por Epicteto.

Por su parte, Aaron Beck (citado en Silberman y Aguado, 2005) en 1962 sugiere que mediante la modificación de sus pensamientos el paciente aprende a resolver problemas y situaciones que consideraba insuperables. Se centra en los problemas “aquí y ahora” y retoma el pasado sólo si clarifica hechos recientes.

Beck identifica tres procesos que explican la depresión: la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos. La triada cognitiva según Beck, es la visión negativa de uno mismo, del ambiente en el que se vive y del futuro. Los esquemas son representaciones de experiencias pasadas, guardadas en la memoria y que operan como filtros en el análisis de la información recibida en la actualidad, es la manera en la que una persona responde cognitivamente ante una situación. Los errores de pensamiento son los pensamientos negativos y las creencias maladaptativas, dónde se incluyen sesgos en el procesamiento de la información, por lo que ocurren distorsiones en los pensamientos.

Beck señala la existencia de errores en el procesamiento de la información como responsables de las ideas negativas que tiene el paciente tales como: inferencia arbitraria (llegar a una conclusión no apoyada por la experiencia), abstracción selectiva (centrarse en un solo detalle de una situación), generalización excesiva (elaborar una regla general para todo), maximización y minimización (sobervalorar o minusvalorar las habilidades y acontecimientos), personalización (sentirse culpable de todo) y pensamiento dicotómico (creer que todas las situaciones son “buenas” o son “malas”, no hay intermedio).

Ahora bien, los modelos psicológicos mencionados, han sido la base fundamental para elaborar un concepto del cual se derivan diversas clasificaciones que explican la depresión.

CAPÍTULO 2

CONCEPTO, ORIGEN Y CLASIFICACIÓN

El concepto de depresión, depende del enfoque considerado, no existiendo un sólo concepto que predomine en todas las épocas, pues en cada una los factores relacionados con la depresión varían, por ello es, que las manifestaciones de la depresión no han sido siempre descritas de la misma manera.

Debe considerarse también, que el concepto de depresión está elaborado de tal manera que abarca diversas poblaciones: niños, adolescentes, adultos y ancianos, sin embargo las manifestaciones varían de acuerdo a la edad y a condiciones personales.

A través de este ensayo se describe la depresión desde un enfoque psicológico, pero cabe mencionar, que el aspecto médico es de suma importancia, pues en algunos casos el funcionamiento inadecuado de los químicos cerebrales desencadena el trastorno por ello, desde el punto de vista médico, Vázquez y Sanz (1999), mencionan que la depresión es un síntoma anímico (un aviso que indica cuando la salud puede estar siendo amenazada), que puede estar acompañado de un síndrome (un cuadro clínico o conjunto de síntomas), es decir, de síntomas adicionales al de bajo estado de ánimo.

Desde el punto de vista médico, se considera que la depresión se relaciona con la flexibilidad mental o flexibilidad del pensamiento, es decir, una función ejecutiva (cognoscitiva) realizada por la corteza prefrontal que dirige y coordina el proceso mental, la secuenciación, la cognición, la memoria futura, la atención, el lenguaje, la conciencia de sí mismo, el comportamiento emocional, se ve alterada (Soriano, Díaz, Ochoa, Valencia, García y Meza, 2004).

Por otra parte, el DSM-IV define la depresión como un trastorno de estado de ánimo en dónde algunos episodios son recurrentes y otros no.

Ahora bien, en este capítulo se presentan algunos conceptos y clasificaciones de la depresión desde un enfoque psicológico.

2.1 Concepto

Retomando el enfoque psicológico, Carr (2002) señala que la depresión es un sentimiento de tristeza, soledad o desesperación. Según este autor, la depresión puede ocurrir incluso en etapas preescolares, y puede relacionarse con futuros problemas como: alteraciones educativas, dificultades con los compañeros, autoimagen negativa, inicio de abuso de sustancias, incremento de la conflictividad familiar, intentos suicidas, comportamiento antisocial como también lo señalan Waslick, et al. (2003).

Suárez (2001) por su parte, menciona que la depresión es una alteración emocional por lo general crónica y recurrente, que depende de factores sociales, como la acentuación del estrés, la carencia de trabajo, la sociedad y la inestabilidad con cambios de vida cada vez más rápidos. Al respecto, Yapko (2006) señala que el estrés es un componente de la depresión, y ya que cada persona lo vive y lo maneja a su manera, lo cual hace más difícil el diagnóstico.

En el enfoque conductual, Skinner en 1953 señaló que la depresión era como un proceso de extinción operante, es decir al dejar de reforzar la conducta se produce la reducción de las conductas previamente reforzadas (Méndez, Olivares y Ros, 2001).

Charles Ferster en el siglo XX, describió la depresión como una *conducta depresiva*, dicha conducta era para Ferster un estado emocional acompañado de un retardo en los procesos psicomotores, de sentimientos de culpa y de pensamientos de inutilidad.

Por su parte, Aaron Beck, desde un enfoque cognitivo, en 1962 define la depresión como un estado anormal del organismo que se manifiesta con señales o síntomas como un estado de ánimo subjetivo bajo, actitudes pesimistas y pérdida de espontaneidad.

Desde el aspecto social y psicológico de las personas, la depresión, se describe como estados de ánimo de tristeza o melancolía acompañados de pérdida de interés por las cosas en general, que comprende desde las actividades laborales y académicas, hasta las lúdicas y cotidianas, es decir, todas las actividades que configuran la vida diaria. Se trata de una emoción negativa que invade a las personas que la sufren y que les impide disfrutar la vida (Del Barrio, Mestre, Tur y Samper, 2004).

2.2 Origen

Con base en lo descrito en este capítulo, la depresión implica factores orgánicos, motores, emocionales, cognitivos y sociales. El origen de la depresión es complejo, ya que en su aparición influyen factores genéticos, biológicos y psicosociales, por ello su clasificación también se torna complicada.

2.2.1 Origen orgánico

La depresión puede tener un origen orgánico cuando se desarrolla por cuestiones biológicas y genéticas, incluso cuando la persona tiene una enfermedad que altera su estado emocional, llevándolo a la depresión, pues ésta podría ser una respuesta al estrés ocasionado por enfermedades en pacientes, predispuestos o no a deprimirse, precipitando una depresión en aquellos cuyos lazos emocionales se han debilitado por la enfermedad.

Yapko (2006) señala que la depresión es una enfermedad que se da más frecuentemente en familiares de primer grado (padres, hijos, hermanos), ya que existe evidencia de un factor de transmisión genética, aunque no exista un “gen específico” como tal. Desde esta perspectiva, la depresión es causada por un desequilibrio de ciertos transmisores químicos del cerebro (neurotransmisores) que están directamente relacionados con el estado de ánimo (cortisol y serotonina).

Waslick, et al. (2003) señalan que el origen de la depresión puede estar relacionado con causas genéticas cuando existen antecedentes de depresión en la familia; cuando se

relaciona con factores neuroendócrinos (la desregulación en la secreción suprarrenal del cortisol) y con la función central de la serotonina. También se incluyen causas relacionadas con la anatomía del cerebro y con la alteración de los patrones de sueño como el insomnio).

Soutullo (2005) sostiene que algunas de las causas pueden ser clasificadas de la siguiente manera:

- *Genéticas.* Existe un componente genético de la depresión, que es más frecuente en hermanos gemelos idénticos que en no idénticos, pues si un gemelo tiene depresión el otro tiene 76% de probabilidad de tenerla también, y si son criados en diferentes ambientes la probabilidad se reduce al 64%. Los hijos de padres y madres con depresión sufren más frecuentemente depresión.
- *Alteraciones endocrinológicas y hormonales.* No existe un patrón evidente, sin embargo, puede haber un aumento del cortisol (hormona que se segrega en las glándulas suprarrenales en respuesta al estrés) por lo que sube la tensión y se acelera el corazón, así el cortisol puede dañar células del cerebro y provocar la muerte de neuronas.
- *Alteraciones en los neurotransmisores* (mensajeros químicos que comunican las neuronas). Los neurotransmisores implicados en la depresión son la serotonina (control de emociones) y la noradrenalina (alerta máxima del sistema nervioso).

McCauley, Pavldis y Kendall (2001), señalan que las personas con padres que tienen algún desorden afectivo están en riesgo de tener depresión, pues algunas madres depresivas, se muestran hostiles e irritables, causando estrés familiar que puede a su vez, causar depresión. Así mismo quien tuvo depresión sin tratamiento en la infancia, puede desarrollarla intensamente en otra etapa de su vida, como en la adolescencia.

2.2.2 Origen Psicológico

Según Carr (2002), los factores psicológicos que mantienen u originan la depresión son:

- Pensamientos negativos automáticos o distorsionados.
- Autocrítica negativa.
- Alto nivel de castigo.
- Abuso de drogas.

Las personas que mantienen conflictos interpersonales, evitan contactos sociales y la comunicación con los demás; presentan problemas conductuales (como agresividad), bajo autoconcepto; comportamiento solitario con bajas habilidades sociales; experiencias de acontecimientos negativos; problemas de ansiedad; inestabilidad emocional; dificultades para establecer relaciones de empatía y para colocarse en el lugar de los otros, tienen más probabilidades de presentar depresión (Del Barrio, et al. 2004).

Otros aspectos importantes en el origen de la depresión son la desesperanza y el desamparo, situaciones en las cuales una persona siente o piensa que no tiene algo por qué vivir, se siente sólo, sin seres que lo valoren. Jiménez (1997) expresa que si una persona presenta desesperanza y desamparo, es probable que se deprima. Esto implica una visión y una actitud negativa hacia el futuro: la persona se siente sola y no contempla la posibilidad de un futuro favorable, puede sentir que lo que hace es inútil pues cree que jamás mejorarán las cosas.

2.2.3 Origen Social

Otras posibles causas que originan la depresión según Waslick, et al. (2003), se encuentran en aspectos socioambientales como: pobreza; padres con episodios depresivos que pueden ser modelo de patrones de pensamiento llenos de errores cognitivos, distorsiones y negatividad; dificultades para interactuar con compañeros de la misma edad o dificultades en habilidades para la resolución de problemas sociales.

Yapko (2006) señala que el componente social de la depresión, no es un problema individual, pues la sociedad nos moldea desde que nacemos, y a veces la depresión es desencadenada por el temor a una guerra nuclear, migraciones masivas y falta de estabilidad en las relaciones.

El origen de la depresión muchas veces está, en que las personas sólo han desarrollado formas poco efectivas para enfrentar las exigencias de la vida, aquello que no saben manejar, las lastima. Entonces la depresión es un resultado predecible, cuando alguien se siente incapaz de vivir lo que considera importante.

Según Del Barrio, et al. (2004), la baja sociabilidad y los bajos apoyos sociales pueden dar origen a la depresión en las personas.

2.2.4 Origen Familiar

La familia influye en el mantenimiento de la depresión cuando niega sus problemas, cuando la familia critica y castiga o abusa de sus integrantes. A veces algunas enfermedades o algún familiar con depresión, un pobre soporte social y un alto nivel de estrés, contribuyen a ésta (Carr, 2002).

Polaino (1998) sostiene que la familia es un ambiente importante por las influencias que tiene en el comportamiento de sus miembros y por el conjunto de relaciones que en ella se configuran. Cualquier suceso influye en sus miembros: las disputas familiares, la enfermedad crónica de uno de los padres y la inestabilidad de la convivencia familiar pueden ser condiciones insatisfactorias en el ambiente familiar que llevan a la depresión. Así, las relaciones inadecuadas entre los progenitores o entre madre e hijo, elevan la incidencia de la depresión.

Suárez (2001), señala que la depresión también está asociada a la disminución o falta de una relación íntima con la pareja, con el consiguiente conflicto marital o familiar, lo que provoca un entorno familiar disminuido en cohesión y significación.

Brabado, Bersabe y Carrasco (1999) por su parte, mencionan, que un bajo nivel socioeconómico es uno de los factores que más influyen en el desarrollo de la depresión, pues en varios casos la pérdida de trabajo de alguno de los padres origina la depresión tanto en ellos mismos como en los hijos.

En resumen, la depresión cuyo origen es familiar, puede deberse a pérdidas por muerte, enfermedades, separaciones o duelos; problemas económicos o de relaciones familiares, principalmente. Es importante considerar que de acuerdo al origen de la depresión existen diversas clasificaciones de la misma.

2.3. Clasificación

La depresión se puede clasificar de diversas maneras, sin embargo, Méndez (2002) ofrece una clasificación completa pues considera la depresión de acuerdo a su naturaleza, a su complejidad y a su origen. Dicha clasificación es la siguiente:

- *Según su naturaleza.* La depresión se considera primaria si es el trastorno principal que presenta la persona, o secundaria si es consecuencia de ciertas enfermedades como hipotiroidismo o incluso de problemas psicológicos.
- *Según su complejidad.* De acuerdo a esto la depresión es unipolar, cuando se presenta un estado de ánimo frecuentemente, en la mayoría de los casos es tristeza o enojo; o la depresión es bipolar cuando existe alternancia de fases de depresión y fases de manía o ánimo anormalmente eufórico.
- *Según la severidad.* Se encuentra la depresión mayor, un trastorno grave durante un tiempo prolongado y la distimia, un estado de ánimo menos grave pero persistente.

- *Según su origen.* En este caso la depresión se denomina endógena, si la causa desencadenante es interna como alteraciones bioquímicas; o exógena, cuando se produce en respuesta a un suceso externo negativo, por ejemplo una ruptura amorosa o la muerte de algún ser querido.

Otra clasificación es la ofrecida por Soutullo (2005), quién señala que la depresión es un trastorno de humor, por lo tanto, según él, los trastornos del humor se agrupan en:

- *Depresión mayor:* Consiste en la presencia de al menos un episodio depresivo donde la persona sufre 5 ó más de los síntomas durante al menos dos semanas, que no se deben a medicamentos ni a un duelo por la pérdida de alguien. Sin embargo, este requisito se cumple más en adultos que en niños. Algunos síntomas son: estado de ánimo deprimido, disminución del placer o interés en cualquier actividad, aumento o disminución de peso/apetito, insomnio o hipersomnio, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos excesivos de inutilidad o culpa, problemas de concentración o toma de decisiones y/o ideas recurrentes de muerte o suicidio.
- *Distimia:* Periodos largos de un año de humor triste menos intenso que en la depresión mayor.
- *Enfermedad bipolar:* Junto con la tristeza, hay episodios de manía, con humor elevado, eufórico o irritable.

Bousoño, Fernández, González- Quirós y Bobes (2001) por su parte, clasifican la depresión en recurrente, crónica y resistente. La depresión recurrente es aquella que sigue presentándose en episodios constantes; la depresión crónica es aquella que se presenta por más de 2 años y la depresión resistente ocurre cuando el paciente se resiste al tratamiento y no mejora en el tiempo que se consideró necesario.

Por otra parte, según Polaino (1998) se conoce también, lo que se ha denominado *depresión enmascarada*, aunque este autor lo maneja desde el punto de vista psiquiátrico, este concepto se introdujo para designar una forma clínica de depresión en el adulto y posteriormente fue transferida por Nissen (citado en Polaino 1998) a la psiquiatría infantil. Las depresiones enmascaradas serían depresiones endógenas donde las manifestaciones de la depresión han sido recubiertas (enmascaradas) por una sintomatología de tipo somático, principalmente. Una depresión enmascarada manifiesta mejor lo que sucede en la depresión infantil, porque en el niño, al no haber elaborado por completo su lenguaje, muchas manifestaciones afectivas se expresan y revelan de una forma más natural y espontánea a través del cuerpo, con enfermedades o malestares físicos por ejemplo.

La depresión pues, altera la vida de una persona, ya que modifica sus pensamientos y conductas, siendo recurrentes las ideas de culpa, de muerte y de inferioridad, así mismo pueden presentarse alteraciones físicas como el aumento o la disminución de energía, y del apetito, por ello, debe tenerse en cuenta que de acuerdo a la clasificación que se elabore, las características de la depresión pueden variar, sin embargo, independientemente de la clasificación, existen características generales presentes en cualquier tipo.

Cabe aclarar que las clasificaciones existentes sobre depresión son varias, y dependen del enfoque, sin embargo las mencionadas en este capítulo son algunas de las más utilizadas en psicología.

CAPÍTULO 3

CARACTERÍSTICAS

Las características que presenta una persona con depresión se encuentran interrelacionadas y en varias ocasiones una puede influir en la otra, o viceversa, pero nunca se consideran aisladas. Así mismo, una persona con depresión no siempre presenta las mismas características que otra persona deprimida, ya que aquello que la desencadena es distinto en cada una de ellas, como se menciona en este capítulo.

3.1 Fisiológicas/Orgánicas

Estas características se relacionan con cambios anormales y negativos en el funcionamiento del cuerpo. Es importante señalar que a nivel psicológico no se debe medicar, pero se debe considerar el uso de medicamentos en aquellas personas que lo requieran y sean recetados por algún médico.

Bousoño, et al. (2001) señalan que la depresión se relaciona con algunas enfermedades, ya que puede padecerse depresión conjuntamente con alguna enfermedad o la enfermedad puede causar depresión. Algunas enfermedades que se relacionan con la aparición de la depresión son:

- Neurológicas: Parkinson, Alzheimer y epilepsia.
- Dermatológicas.
- Endocrinas: Hipertiroidismo o hipotiroidismo, alteraciones de la paratiroides y diabetes.
- Cardiovasculares: Infartos.
- Infecciosas: Como gripe, herpes y hepatitis principalmente.
- Reumáticas: Artritis.
- Déficit de vitaminas y minerales.

En su mayoría, estas enfermedades se deben a la baja de defensas que se presenta en las personas con depresión. Además, puede ocurrir que, el apetito y el sueño se alteren fácilmente (Méndez, 2002), lo que ocasiona una pérdida de peso, en ocasiones alarmante.

Con respecto a las alteraciones del sueño, Soutullo (2005) señala que pueden presentarse pesadillas, terrores nocturnos y problemas del sueño como disomnias y parasomnias. En las primeras se incluye el insomnio y la apnea del sueño, y en las segundas, se encuentran, las pesadillas y los trastornos nocturnos. Aunque estos trastornos del sueño son más frecuentes en los niños, se pueden presentar en cualquier etapa del desarrollo.

3.2 Psicológicas

En el curso de una depresión, se encuentran afectadas en especial la memoria y la atención, además de alteraciones leves en el pensamiento y en el lenguaje (como enlentecimiento). La pérdida del control ejecutivo, genera un cambio radical en la vida de alguien con depresión, lo cual repercute en su ambiente familiar, social y laboral, pues por lo general no logran recuperar su independencia ni su autonomía (Soriano, et al. 2004).

Los depresivos según Carr (2002), sufren una serie de cambios psicológicos, que se aprecian en la forma de ser y de reaccionar frente a los estímulos habituales del entorno: visión pesimista de la vida, aprensión respecto al futuro, interpretación negativa del pasado, hipersensibilidad o apagamiento emocional y autoevaluación negativa.

En general, en las personas jóvenes se presentan la ansiedad, la irritabilidad y las alteraciones de la conducta, mientras que en los ancianos predomina el cansancio, el insomnio y las molestias somáticas.

Bousoño, et al. (2001), señalan que algunas de las características generales en las personas con depresión, son las siguientes:

- En algunas ocasiones puede mostrarse un incremento en la reactividad emocional, es decir, la persona se muestra irritable, o con excesiva sensibilidad frente a acontecimientos habituales (hipersensibilidad).
- Existe una pérdida de la capacidad de atención y concentración. La persona se siente cansada ante pequeños esfuerzos, no tiene deseos de realizar alguna actividad.
- Aparece la tristeza.
- Además de la tristeza, la persona con depresión presenta anhedonía (pérdida de interés o placer por las actividades que habitualmente le gustaba realizar), no reacciona ante los estímulos externos y se encuentra en un estado de aparente apatía, desinterés o indiferencia.

3.3 Sociales

El ambiente próximo en el que vive una persona puede verse afectado debido a la depresión. Una persona con depresión puede presentar dificultades para interactuar con los compañeros de trabajo, de escuela, o de cualquier actividad; dificultades en habilidades para la resolución de problemas; y experiencias de fracaso (Waslik, Kandel y Kakouos, 2003).

Bousoño, et al. (2001), consideran que una persona con depresión evita las relaciones sociales con una tendencia al aislamiento; presenta dificultades en las relaciones interpersonales; tiene dificultad para asumir funciones de liderazgo; muestra más sensibilidad a los cambios ambientales y a las reacciones de los demás; muestra introversión y más dependencia de la opinión ajena, y esquemas rígidos de conducta con escasa capacidad de adaptación.

3.4 Familiares

Polaino (1998) menciona que el ambiente familiar puede ser modificado severamente cuando uno de sus miembros presenta depresión, y en lugar de eliminar las conductas indeseadas, son reforzadas. Considerando lo anterior, puede presentarse depresión en otro miembro de la familia por imitación. Lo más frecuente son las disputas familiares y la inestabilidad de la convivencia familiar que produce insatisfacción.

A esto, Suárez (2001) agrega los problemas maritales o de pareja que pueden presentarse, como las rupturas amorosas, las infidelidades, falta de acuerdos en la crianza de los hijos, problemas económicos, violencia en la familia, por mencionar algunos ejemplos. Así, las relaciones familiares pueden convertirse en relaciones de inadecuada calidad, pues pueden caracterizarse por la frialdad afectiva, provocando así, un deterioro de las relaciones familiares. Incluso pueden darse casos de alcoholismo y drogadicción, deserción escolar y bajas en el trabajo.

En cada persona puede presentarse alguna de las características mencionadas, con mayor o menor frecuencia, considerándose siempre variables individuales relacionadas con el ambiente y con la manera en la cual la persona está respondiendo ante él. Del mismo modo las consecuencias de una depresión se presentan a acuerdo al caso de cada persona, a sus relaciones personales y al medio en el que se desenvuelve.

CAPÍTULO 4

CONSECUENCIAS

Las consecuencias de la depresión, impactan todas las áreas de la vida de una persona, aunque algunas son mayormente afectadas. De manera general Bousoño, et al. (2001), sostienen que algunas consecuencias en las personas tras haber sufrido depresión, se presentan en forma de secuela, que no ceden con los tratamientos antidepresivos y modifican de alguna manera la forma de ser del individuo, lo cual puede ocasionar: modificación y/o ajustes de la personalidad a una situación social diferente (estigma social) y beneficios secundarios.

4.1 Fisiológicas/Orgánicas

La etiología basada en las teorías neuroquímicas explica que en la depresión, un sistema que se encuentra involucrado es el inmunológico, ya que participa de manera activa a través de mensajeros neuromoduladores, como las citocinas (Soriano, et al. 2004), lo que ocasiona que la persona se enferme con mayor facilidad, debido a una baja en las defensas.

Según Bousoño, et al. (2001) que la depresión trae consigo complicaciones somáticas, siendo las más frecuentes la influencia negativa que ésta tiene sobre el sistema inmunológico: descenso en la inmunidad celular, aparición de enfermedades víricas, o presentación de tumores benignos.

También como consecuencia de la depresión, una persona puede tener problemas o trastornos del sueño como insomnio, apnea, temores nocturnos, pesadillas, entre otros (Méndez, 2002), incluso pueden presentarse dolores de cabeza y cansancio.

4.2 Psicológicas

Se cree que la depresión puede ocasionar que una persona presente problemas en la atención, el lenguaje, la memoria, el autoestima y el autoconcepto, principalmente (Soriano, et al. 2004).

El suicidio (acto consumado), la conducta suicida (algún daño físico causado por el deseo de muerte) y la ideación suicida (pensamientos con respecto a causar la propia muerte) son las consecuencias más graves y preocupantes de una depresión que no es tratada a tiempo, aunque algunos autores como Jiménez (1997) en su estudio sobre intento suicida realizado con una muestra psiquiátrica y con pacientes que presentaron intentos suicidas, en el cual aplicó instrumentos psicométricos (inventario de Depresión de Beck, Escala de intento Suicida y la Escala de Desesperanza), concluyó que la depresión y la desesperanza no están relacionados significativamente con un intento suicida, sin embargo Sanderson y McGinn (2002) sostienen lo contrario.

Fitzpatrick y Sarry (2006) señalan por su parte que los pensamientos negativos que tienen las personas con depresión influyen en la realización de conductas suicidas, ya que en quienes sufren depresión, las ideas de suicidio no son transitorias, sino arraigadas, y están constantemente ocultas bajo una superficie de mayor o de menor normalidad.

Dichos autores, señalan también que aunque los casos de suicidio llegarán a ser escasos, los comportamientos de autolesión tales como la ingesta de sobredosis de medicamentos o cortes en las muñecas y los brazos son más habituales y pueden ser además de una consecuencia, un indicativo de depresión.

4.3 Sociales

Yapko (2006) señala que la depresión no es un problema individual, sino social porque todos influyen en nosotros, por eso, la depresión puede ocasionar que una persona cambie

la percepción que tiene con respecto a los demás de manera desfavorable. También pueden cambiar sus roles sociales y su relación con los otros, en donde, por lo general, tiende al aislamiento. Aunque por otra parte, puede recibir “atención extra” de los demás, lo cual ocasionaría que de cierta manera, se refuerce su depresión.

También se dice que una de las principales consecuencias es la hostilidad hacia los otros (McCauley, et al. 2001), porque se generan pensamientos y conductas negativos hacia los demás.

4.4 Familiares

Las consecuencias en la familia, en la cual uno de sus integrantes presenta depresión dependen de la situación individual de cada persona.

Como consecuencia familiar puede haber un rompimiento del núcleo familiar o una mayor integración de la familia para ayudar a quien la presenta, todo depende de la causa y del desarrollo de dicha depresión (Yapko, 2006.), pero siempre se mueve la dinámica familiar, hay cambios de roles y de actividades en la familia, también, puede presentarse tensión general a nivel familiar, problemas económicos o de convivencia debido a la situación, o como se mencionó, puede suceder lo contrario, una integración mayor.

Debido a que las consecuencias son diversas y a que dependen de cada situación individual, la terapia cognitivo conductual se centra en la persona y en su caso particular, es decir, se enfoca en lo que la persona piensa, siente y hace, y cómo percibe la situación por la que pasa, considerando el medio en el que se está desarrollando.

CAPÍTULO 5

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL (TCC)

Con base en los trabajos conductuales y cognitivos, se creó un enfoque que une ambos aspectos para explicar al ser humano desde lo psicológico, dicho enfoque es la TCC (teoría cognitivo-conductual) combina técnicas cognitivas y conductuales en la explicación, diagnóstico, evaluación y tratamiento de la depresión, pues abarca tanto la conducta como el pensamiento de las personas.

Las terapias cognitivo-conductuales han sido utilizadas para tratar depresión, ansiedad, fobias, dolores de cabeza, problemas de asertividad, entre otros trastornos, y buscan una perspectiva integradora en la comprensión de cómo cambian las personas.

Algunos de los factores que propiciaron la aparición de las terapias cognitivas fueron de acuerdo a Feixas y Miró (1993):

- La aparición del conductismo mediacional o covariante, en donde se expresa que los contenidos mentales o sucesos privados deben considerarse conductas encubiertas que siguen los mismos principios del aprendizaje que operan en la conducta manifiesta, así un mismo estímulo puede provocar dos respuestas, una encubierta y otra manifiesta que covarían la una con la otra.

- El descontento existente con los tratamientos conductuales y psicomotóricos y la emergencia de la psicología cognitiva.

El auge de las terapias cognitivas se debe a la importancia que se le otorga a las cogniciones y a las conductas, tanto en la génesis de los trastornos psicopatológicos como en el proceso de cambio terapéutico. El término cognición se refiere a ideas, imágenes, constructos personales, creencias, expectativas y atribuciones, y el de conducta hace referencia a todo aquello que una persona hace o que otro observa que hace. En lo

conductual, se ofrecen elementos para analizar la conducta (todo aquello que puede ser cuantificable y observable) de acuerdo a los estímulos que recibe la persona.

En la terapia cognitivo-conductual se dice que una persona con depresión tiene una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro; una creencia de que todos los eventos son negativos, explicaciones pesimistas; expectativas negativas, hostilidad hacia los otros y un sentimiento de inhabilidad e incompetencia (McCauley, et al. 2001) que refleja en sus actividades cotidianas, en dónde por lo general, recibe poco refuerzo por aquellas actividades que le resultan placenteras.

La TCC tiene tres etapas de acuerdo a Meichenbaum (1988):

- La primera etapa de la TCC corresponde a la ayuda que se le da a la persona (que desde este enfoque es llamado cliente) para que defina sus problemas en términos de problemas resolubles.
- La segunda etapa concierne a la inducción real del cambio cognitivo, emocional y conductual.
- La tercera etapa se centra en la consolidación, la generalización y el mantenimiento de los cambios de conducta y evitación de las recaídas. En la relación terapéutica se da un empirismo en colaboración, pues el terapeuta trabaja con el cliente en conjunto y en colaboración.

En dicha terapia, el objetivo es eliminar la depresión, y prevenir las recaídas. Lo primero que se realiza, es explicarle el fundamento teórico de la depresión y a lo largo de la terapia se le proporciona evidencia de que su modo de pensar o de ver las cosas contribuye a mantenerla, que sus observaciones y/o conclusiones pueden ser incorrectas (no racionales). Para ello se debe entrenar al paciente en la observación y registro de sus cogniciones, que según Beck, et al. (2002) debe realizarse por pasos:

- Explicarle a la persona con depresión que una cognición es un pensamiento, sentimiento, idea, o imagen, a la que se le puede o no prestar atención.
- Demostrarle la influencia de las cogniciones sobre los afectos y la conducta.
- Demostrarle la existencia de cogniciones y experiencias recientes que están manteniendo la depresión.
- Detectar los pensamientos automáticos registrándolas por día o enfrentando a la persona con una situación ambiental perturbadora.
- Examinar y someter a una prueba de realidad las imágenes y los pensamientos automáticos para describir y analizar sus pensamientos y mostrar la evidencia que tiene para que corrija sus distorsiones.

Según Soutullo (2005) en la Restructuración Cognitiva se utiliza comúnmente la terapia de Beck dónde se trabaja para eliminar errores cognitivos como: inferencia arbitraria, personalización, dependencia del elogio exterior, pensamiento catastrófico, magnificación y minimización, los cuales se mencionaron en los antecedentes de las terapias cognitivo conductuales.

También suele utilizarse la Terapia Racional Emotiva de Ellis, en donde se identifican variables individuales de la persona, de su ambiente y de su comportamiento (Vargas e Ibáñez, 1998), este modelo es conocido como *A-B-C-D-E*, en dónde:

- **A** son los acontecimientos activadores de la depresión.
- **B** son sus creencias y pensamientos irracionales.
- **C** son las consecuencias emocionales y conductuales.

- **D** es una disputa racional (cuestionamiento reflexivo).
- **E** representa la evaluación de las consecuencias de la disputa racional.

Bajo este enfoque se puede explicar, evaluar y tratar conductas y pensamientos que se relacionan entre sí, ello permite elaborar un diagnóstico considerando ambos aspectos, para poder ofrecer un tratamiento fundamentado en lo cognitivo y lo conductual que logre resultados significativos para la persona y su medio.

CAPÍTULO 6

EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Antes de evaluar y de elaborar un diagnóstico debe descartarse que lo que aparenta ser depresión, no se deba a alguna enfermedad o algún otro problema psicológico (Soutullo,2005), en este trabajo, como se mencionó, se aborda la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) mediante la cual se mencionarán algunas técnicas empleadas en el diagnóstico, evaluación y tratamiento de la depresión.

La TCC está diseñada para ayudar a la persona a identificar, a hacer pruebas de realidad y corregir las conceptualizaciones distorsionadas e inadecuadas y las creencias irracionales. El terapeuta cognitivo-conductual sabe que no es suficiente razonar o tratar de persuadir verbalmente a la persona deprimida; al contrario, esta debe autoobservarse y tener disposición.

Ahora bien, los terapeutas cognitivo-conductuales consideran que las cogniciones del cliente son únicamente uno de los diversos factores que contribuyen a la etiología y mantenimiento de la conducta anormal e intentan integrar los puntos de interés de ambas escuelas (la cognitiva y la conductual) para lograr una mejora significativa en las personas con depresión.

En vinculación con la evaluación y el diagnóstico, se realiza lo que se conoce como análisis funcional de la conducta depresiva, un modelo de evaluación secuencial e integrativo centrado en antecedentes y consecuentes de la conducta depresiva, externos e internos, así como en variables orgánicas (biológicas, competenciales..), motoras, fisiológicas y cognitivas.

También existen medidas Psicofisiológicas y bioquímicas, como test, entrevistas y pruebas de autoinforme estructuradas.

Más adelante se mencionan **algunas** técnicas utilizadas en el tratamiento, pero lo inicial, para poder detectar la depresión en una persona, es realizar una entrevista que proporcione datos para elaborar un tratamiento.

6.1 Evaluación y diagnóstico

Sanderson y McGinn (2002) mencionan de manera general, que debe realizarse una entrevista para recopilar información, para detectar los pensamientos irracionales y trabajar en ellos. Es importante, indagar aspectos en la persona relacionados con: cómo se siente, piensa y actúa ante algún acontecimiento que le esté afectando; identificar la evidencia que apoya sus pensamientos y sentimientos y determinar la carga negativa de sus emociones y pensamientos; y así mismo, averiguar que sucede después de que la persona siente o piensa algo negativo.

Así comienza el diagnóstico, pero en la terapia además de la entrevista, se requieren de métodos de registro que permitan evaluar a la persona para realizar un diagnóstico más certero. Parks y Hollon (1993) consideran que algunos de estos métodos son:

- *Pensamiento en voz alta:* Se instruye al cliente para que verbalice todo lo que venga a su mente durante 5 ó 10 minutos, sin que corrija lo que dijo. Una desventaja es que el paciente puede revelar sólo una parte de lo que sucede en su interior porque existe cierta cadencia entre el pensamiento y su verbalización, pero como ventaja se puede incrementar la capacidad del paciente para manifestar el contenido de sus pensamientos.
- *Diálogo interno:* Consiste en una conversación audible que no parece responder a una función comunicativa, pero se considera que está muy relacionada con el pensamiento. Los sujetos rara vez articulan y enuncian palabras con claridad porque éstas no persiguen un propósito comunicativo.

- *Asociación libre:* Es un método relacionado con el pensamiento en voz alta y el diálogo interno, desarrollado dentro del psicoanálisis. Se le pide al cliente que relate en voz alta cualquier cosa que le venga en mente en el orden y forma en que aparezca.

- *Pensamientos articulados:* Se graba una conversación y se instruye a los sujetos para que actúen como si tomaran parte del suceso que está ocurriendo, una porción breve de 12 a 15 segundos, deben manifestar lo que están pensando o sintiendo, este proceso se repite continuamente y se registran los comentarios verbales del sujeto para utilizarlos posteriormente (pensamientos articulados durante situaciones simuladas “PASS”).

- *Métodos de confirmación:* Presentación de una determinada muestra de items al sujeto que debe puntuarlos por intensidad, duración, frecuencia e interés.

- *Métodos de producción:* Favorecen la aplicabilidad de procedimientos de autoinforme en vivo que permiten la evaluación natural de procesos cognitivos.

- *Listado de pensamientos:* Se obtienen muestras de los pensamientos del sujeto provocados por estímulos.

- *Muestreo de pensamiento:* El experimentador interrumpe al cliente en intervalos aleatorios en el laboratorio o mediante algún tipo de generador de estímulos, cuando el cliente percibe un estímulo registra las cogniciones inmediatamente anteriores a la interrupción.

Otros métodos utilizados en el proceso de evaluación son:

- *Observación.* Consiste en registrar la conducta del paciente, puede ser naturalista cuando se registra en el lugar en el cual está sucediendo la

conducta o controlada cuando se registra en ambientes estructurados de manera similar al natural, para tener un mayor control de variables.

- *Automonitoreo.* Pueden utilizarse bitácoras en dónde la persona registra sus conductas y pensamientos, también llamado autoobservación y un autoregistro como el contador de pulsera, un instrumento técnico que ayuda a identificar y controlar sus cogniciones, adaptado a partir de un contador de golf (parecido a un reloj de pulsera), se le pide que anote sus pensamientos automáticos, y cuando los identifica correctamente se usa este instrumento .
- *Role Paying y pruebas situacionales.* La persona con depresión representa una situación clave, se analiza la situación representada considerando elementos verbales y no verbales. Es necesario que se presente un intercambio de roles.

En la fase de diagnóstico, se utilizan instrumentos psicométricos llamados inventarios, los cuales permiten diagnosticar la presencia o ausencia de la depresión (Waslik, et al. 2003), valorando el grado en el cual está presente. Estos pueden aplicarse a cualquier persona sin importar si se es niño o adulto, anciano o adolescente.

Existe una gran variedad de instrumentos psicométricos, pero su aplicación depende de las características de la persona y de si la depresión se encuentra o no asociada a otros problemas como la ansiedad, la agresividad o la conducta suicida, por ejemplo.

Según Jiménez (1997), uno de los más empleados es el Inventario de Depresión de Beck (IDB), un instrumento autoaplicable de 21 reactivos para evaluar la severidad de la depresión. Aunque también existe otro instrumento muy utilizado: La Escala de Hamilton para la Depresión (*Hamilton Rating Sacel for Depression, HAM-D*).

Normalmente se emplean instrumentos complementarios para evaluar relaciones familiares, autoestima, o algún otro factor.

Parks y Hollon (1993) por otra parte, señalan que los instrumentos más utilizados en el diagnóstico y evaluación de la depresión son:

- *Cuestionario de Pensamientos Automáticos (CPA)*. Es un instrumento de evaluación del contenido cognitivo depresivo. Fue desarrollado por Hollon y Kendall en 1980 y adaptado para la experiencia de dolor crónico por Cano y Rodríguez en 2002. Es útil para evaluar la frecuencia con la que se presentan los pensamientos automáticos en el individuo.
- *La Escala de Actitudes Disfuncionales de Weismman*. Mide cómo valora una persona los procesos de interacción social, qué espera de ellos, y qué está dispuesto a dar a cambio. Determina si se es o no vulnerable al fracaso, a la frustración, a la depresión, etcétera. Porque la interiorización de los conceptos sociales son sometidos previamente a un razonamiento basado en la experiencia y en sus resultados.
- *El Cuestionario de Estilos Atribucionales (CEA)*. Este cuestionario mide las explicaciones dadas por los sujetos ante acontecimientos de éxito y fracaso.

6.2 Tratamiento

6.2.1 Tratamiento Farmacológico

En algunas personas, como se mencionó, los antidepresivos son un tratamiento complementario a la psicoterapia, los cuales no deben interrumpirse, debido a las características de la depresión; en otros casos son auxiliares o no se requieren, dichos tratamientos son farmacológicos, y siempre es fundamental que la persona con depresión reciba ante todo un tratamiento psicológico.

Soutullo (2005) sostiene que la depresión puede ser tratada con medicamentos como:

- *Los antidepresivos ISRS.* Su efecto reduce la velocidad a la que la serotonina se inactiva, es decir, está activa más tiempo y así compensa el déficit relativo de esta sustancia. Llamados también antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina. Los disponibles son: fluoxetia, paroxetina, sertralina, fluvoxamina, cilopram y escitalopram.
- *Antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRN).* Se encuentran la venlafaxina (inhibe la recaptación de ambos) y la duloxetina (inhibe la recaptación de la noradrenalina).
- *Antidepresivos inhibidores de la recaptación de la noradrenalina.* Se encuentran la reboxetina y los antidepresivos tricíclicos.
- *Burpropion.* Antidepresivo con efecto indirecto sobre la dopamina y la noradrenalina.
- *Mirtazapina.* Bloquea la recaptación de serotonina y aumenta la liberación de noradrenalina y serotonina.

6.2.2 Tratamiento Psicológico

Algunas de las técnicas más utilizadas en el tratamiento psicológico según Beck, et al. (2002) son las siguientes:

- *Técnicas de reatribución.* Se usan para que el paciente se dé cuenta por medio de preguntas (que contrarrestan las cogniciones del paciente) de que las consecuencias de algo no siempre son por una deficiencia personal si no que la causa puede estar fuera de sí mismo.

- *El registro de pensamientos inadecuados.* Se pretende ayudar al paciente a elaborar respuestas racionales a sus cogniciones negativas y distinguir entre una interpretación realista y una distorsionada, consiste en registrar en columnas la situación, los sentimientos, y las cogniciones principalmente.

Carr (2002) propone además:

- *La programación de tareas.* Consiste en programar actividades y tareas que son gratas para la persona reforzando así sentimientos, pensamientos y conductas que le beneficien.
- *Usar habilidades de relajación.* Permiten calmar estados de ansiedad e irritabilidad, mediante una escala del 1 al 10, al finalizar la relajación la persona señala que tan relajado está, considerando el número 1 como completa relajación y el 10 como extrema ansiedad.
- *El entrenamiento en la resolución de problemas.* Consiste en la elaboración de una lista de problemas que deben ser resueltos efectivamente mediante ciertas técnicas, usando siempre la retroalimentación.

Feixas y Miró (1993), señalan que es importante considerar una variedad de técnicas, ya que cada persona es diferente, por ello son importantes las siguientes:

- *Técnicas de distracción.* Propuesta para que la persona realice actividades agradables o entretenidas que le permitan dirigir su atención hacia otro tipo de estímulos.
- *Programación de actividades.* Establecer una agenda concreta de actividades que realizara la persona con depresión.

- *Valoración del dominio y agrado.* Registrar por escalas el nivel de agrado o dominio de alguna actividad en una escala del 1 al 5.
- *Autoobservación.* Registrar la propia conducta.
- *Autoaserciones.* Mensajes adaptativos que deben repetirse ante situaciones y pensamientos estresantes o ansiosos.
- *Entrenamiento en habilidades específicas.* Puede ser un entrenamiento en la toma de decisiones o solución de problemas o en alguna habilidad social.
- *Ensayo conductual y role playing.* Practicar conductas que la persona con depresión deberá realizar en un ambiente natural.
- *Ensayo cognitivo.* Imaginar cada uno de los pasos que componen una tarea.
- *Disputa racional.* Cuestionamiento abierto y directo de las creencias del cliente.
- *Análisis de costes y beneficios.* Analizar las ventajas y desventajas de una conducta o pensamiento.
- *Trabajo con imágenes, búsqueda de soluciones alternativas* (como la técnica tormenta de ideas en donde la persona dice todas las alternativas que se le ocurran sin detenerse a pensar cuál es la mejor).
- *Biblioterapias.* Lectura de libros de autoayuda.

Considerando estas técnicas, cuando se interviene en las cogniciones de las personas con depresión, se debe trabajar en los pensamientos negativos, tratando de centrarse en los

aspectos positivos de las situaciones reforzando conductas positivas y eliminando las aversivas y las negativas. La mejor forma de eliminar esos pensamientos y conductas es contrastándolos con la realidad empírica.

De manera general se han abordado los puntos representativos en el origen, desarrollo y tratamiento de la depresión, pero en los niños posee características propias que la diferencian de las depresiones que ocurren en otras etapas de la vida, como se describe en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 7

DEPRESIÓN EN NIÑOS

En algún momento de la historia se creyó que los niños no podían desarrollar depresión, ya que para ello se requería un nivel mínimo de desarrollo, que los niños no tenían. Sin embargo, esta idea ha cambiado. Como bien lo señalan Méndez, et al. (2001) la depresión en la infancia ha sido cuestionada por años, y siempre se ha tenido la idea de una infancia feliz, una infancia en la cual el niño carece de responsabilidades importantes, de preocupaciones y de culpabilidad, sin embargo, con la teoría de la depresión enmascarada, se reconoce la depresión en los niños como un problema serio.

Quienes abordan la depresión desde un enfoque médico, las características son conocidas como síntomas mientras que, para los que lo hacen desde un enfoque psicológico, son llamadas simplemente características. A continuación se presentan algunas causas en la depresión infantil.

7.1 Causas

Rodríguez (2000) señala que las depresiones infantiles han sido reconocidas y diagnosticadas a partir de los años setenta, porque se presentaban en los niños de manera encubierta o latente. Este autor expresa que el estudio de la depresión infantil es importante por lo siguiente:

- *Frecuencia.* Un 10% de los niños sufre algún episodio depresivo.

- *Consecuencias.* Se altera la valoración de sí mismo, el conocimiento y la percepción del mundo.

- *Capacidad de comorbilidad.* La depresión está presente con otros síndromes como acompañante, como reacción ante enfermedades o como consecuencia de la rotura de vínculos afectivos.

Dicho autor también señala que algunas de las causas en la depresión infantil se pueden clasificar de acuerdo a:

- *Factores genéticos.* Si en la familia algún integrante presenta depresión, la heredabilidad de la depresión es 3 a 1 sobre la población general y la vulnerabilidad para padecer depresión infantil se transmite.
- *Factores bioquímicos y neuroendocrinos.* En cuanto a los neurotransmisores existe una disfunción ya que se presentan niveles bajos de norepinefrina debido a un exceso de reabsorción por la neurona que lo libera, o por una ruptura originada por ciertas enzimas. Puede haber anomalías al comienzo de la fase MOR del sueño y una hiposecreción de la hormona del crecimiento
- *Factores psicológicos y sociales.* Experiencias estresantes de separación, de pérdida, de indefensión aprendida y desamparo; la presencia de un estilo cognitivo negativo que facilita la existencia de distorsiones cognitivas. También las experiencias psicosociales estresantes como el desempleo, el estrés familiar, el nivel socioeconómico familiar facilitan la presencia de la depresión.

Es importante considerar que la aparición de un acontecimiento o evento estresante puede descompensar la conducta infantil, favoreciendo la emergencia de pensamientos y sentimientos depresivos en el niño. La reiteración de una experiencia de fracaso puede contribuir a generar en el niño estilos cognitivos y atribucionales que fácilmente darían estabilidad a su inicial comportamiento depresivo (Polaino, 1998).

7.2 Manifestaciones

De manera general, cuando se presenta depresión en los niños, Rodríguez (2000) señala que ésta se caracteriza por presencia de tristeza, afectación de la psicomotricidad,

distorsiones cognitivas como baja autoestima, síntomas de expresión corporal como trastornos del sueño y síntomas de expresión social como el retraimiento.

7.2.1 Psicológicas

Fitzpatrick (2006) expresa que las manifestaciones depresivas en los niños se encuentran en los cambios en el estado de ánimo y el comportamiento, entre los que destaca irritabilidad y enojo (generalmente por problemas familiares), preocupación excesiva, sentimientos de fracaso y conductas suicidas.

Waslik, et al. (2003), expresan que los padres con una historia personal o familiar de depresión, pueden reconocer más fácilmente algunos signos de la depresión, pueden ser ellos quienes noten en su hijo un incremento de infelicidad, de llanto, de reacciones de enfado o de ataques de rabia ante provocaciones mínimas; y por otra parte estos autores señalan que las crisis suicidas se dan especialmente en la adolescencia, y pueden ser el resultado directo o indirecto de pensamientos o ideas suicidas, o de un comportamiento autolesivo (como hacer rasguños en la piel) hasta atentados contra la propia vida. La depresión es el primer factor de riesgo para la ideación o intentos de suicidio.

Méndez, et al. (2001) ofrecen una clasificación de lo que ellos denominan síntomas en la depresión infantil, basada en síntomas principales y secundarios.

Como síntomas principales están:

- *Estado de ánimo disfórico* (melancolía). Expresiones o muestras de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo; cambios de estado de ánimo (malhumor); irritabilidad, hipersensibilidad (llora con facilidad) y negativismo.
- *Ideación autodespreciativa*. Sentimientos de inutilidad, incapacidad, fealdad, culpabilidad; ideas de persecución; deseos de muerte, de escaparse de casa y tentativas de suicidio.

- Como síntomas secundarios se tienen:
- *Conducta agresiva* (agitación). Dificultades en las relaciones interpersonales, facilidad para riñas, poco respeto a la autoridad, hostilidad y facilidad de discusión.
- *Alteraciones del sueño*. Insomnio y sueño inquieto.
- *Cambios en el rendimiento escolar*. Quejas frecuentes de maestros, disminución de esfuerzo habitual en tareas escolares.
- *Socialización disminuida*. Menor participación en grupo, retraimiento social.
- *Cambio de actitud hacia la escuela*. Pérdida de placer por actividades escolares, negativismo o rechazo.
- *Quejas somáticas*. Dolores de cabeza, de estómago por ejemplo.
- *Pérdida de la energía habitual*. En actividades disminuye la energía física o mental.
- *Cambios en el apetito y/o en el peso habituales*.

Soutullo (2005) señala que en los niños es común que algunos problemas acompañen la depresión (comorbilidad), entre los cuales se encuentran:

- *El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)*. Las obsesiones son ideas, impulsos o imágenes mentales recurrentes que el niño no puede evitar (son “sin querer”) y que le producen ansiedad o distres. Las compulsiones son comportamientos repetitivos que se pueden hacer como respuesta a la obsesión.

- *Trastorno de Estrés Postraumático (TSPT)*: Reacción ante una catástrofe. Cuando un niño se expone a una situación catastrófica en la que corre peligro su vida o a una situación crónica (como maltrato y abuso) puede responder con síntomas depresivos o ansiedad. Es un daño psicológico tras ser víctima, testigo o estar cerca de un suceso traumático importante que produce una respuesta de miedo intenso.

- *Abuso de sustancias (alcohol y drogas)*. Más frecuente en adolescentes.

- *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*. Se asocia con dificultades académicas y sociales. Puede ser de tipo combinado (inatención e hiperactividad-impulsividad), de tipo predominantemente inatento o de tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo.

- *Los trastornos de ansiedad por separación y fobias*. Miedo intenso y desproporcionado cuando se separan de los padres al creer que puede pasarles algo grave, y fobias escolares principalmente. Los padres deben ayudarle al niño a reconocer que necesita ayuda, no ignorar ni minimizar el miedo (no decirle “eres un tonto”), no forzarle a enfrentar su miedo y preparar la niño para experiencias nuevas.

De manera general Rodríguez (2000) menciona que la tristeza, la inhibición de actividades motoras, insomnios, problemas de conducta, irritabilidad, cambios de humor, llanto, falta de apetito, aislamiento social, ideas de autodesprecio y de suicidio, fracaso escolar y malestares físicos sin fundamento orgánico, son los síntomas más frecuentes en las depresiones infantiles.

7.2.2 Fisiológicas/Orgánicas

Algunas de estas manifestaciones se hacen evidentes cuando el niño pierde apetito y, en consecuencia peso, o consigue los aumentos de peso propios de su etapa de desarrollo y crecimiento, pero con diferencias en el apetito (Méndez, 2002).

Existe una controversia con respecto a este punto, ya que, en vez de señalar una posible pérdida de peso en niños y adolescentes (como ocurre con ancianos y adultos deprimidos) se espera que tengan un desarrollo normal, creciendo a lo largo de sus vidas. Aunque puede darse, mínimamente en los niños, la falta de apetito y la alteración del peso y altura esperados normalmente de acuerdo a su edad (Carr, 2002).

Según Méndez (2002), también se presentan dificultades para conciliar y mantener el sueño que pueden surgir al principio de la noche (insomnio inicial), con vueltas en la cama, sábanas que molestan, picores por el cuerpo; en medio de la noche (insomnio intermedio), con despertares frecuentes e intervalos prolongados para dormirse de nuevo; y al final de la noche (insomnio tardío), con el desvelar temprano y la imposibilidad de volverse a dormir. El niño puede comer más de lo normal (hiperfagia) o dormir más de lo normal (hipersomnía).

Soutullo (2005) señala con respecto a las dificultades del sueño, que las principales manifestaciones de depresión en un niño se dan cuando aparecen pesadillas, terrores nocturnos y problemas del sueño como disomnias y parasomnias.

Las disomnias (alteraciones en la cantidad, calidad o ritmo del sueño) son: el insomnio (dificultad persistente para dormir), la narcolepsia (el niño intenta resistir pero se duerme de repente), y la apnea del sueño (episodios de obstrucción parcial de las vías respiratorias, deja de respirar por segundos).

Las parasomnias (evento anormal durante el sueño o en la transición entre el sueño y la vigilia) son el trastorno por pesadillas (que aumentan en época de estrés o cambios en el

ambiente), los terrores nocturnos (grita con los ojos abiertos, sudando con pulso y respiración rápidas, está dormido, y al despertar no recuerda lo que pasó) y el sonambulismo (levantarse de la cama y hace movimientos mientras se está dormido).

Waslik, et al. (2003) señalan que la depresión en niños se presenta como un conjunto de problemas diferentes reflejado en síntomas somáticos, es decir, síntomas físicos como dolor de cabeza, fatiga crónica, síntomas gastrointestinales y dolor musculoesquelético.

7.2.3 Sociales

Involucran el aspecto escolar del niño, y tiende a presentarse el fracaso escolar: las dificultades de aprendizaje y la disminución del rendimiento, la autoestima del niño descende, puede inhibirse su comportamiento social y perder espontaneidad, y aparece el debilitamiento de su motivación para el trabajo (Polaino 1998).

Waslik, et al. (2003) señalan que las relaciones interpersonales del niño se ven afectadas ya sea porque el niño se aísla o porque es muy activo, debido tal vez, a que su depresión se relaciona con la hiperactividad. Los problemas escolares en los cuales puede manifestarse la depresión son: el bajo rendimiento escolar, los problemas de absentismo, la disminución de interés en el progreso académico, dificultades para concentrarse y prestar atención, la pérdida de energía y de motivación académicos, y el fracaso escolar, entre otros.

7.2.4 Familiares

En ocasiones problemas con la familia que pueden desencadenar falta de comunicación, violencia o maltrato, como lo señala Carr (2002), esto depende de las condiciones de cada persona. Las relaciones familiares del niño cambian, pues puede haber un deterioro en el núcleo familiar. Los padres notan las manifestaciones de la depresión cuando su hijo pierde interés en las cosas que antes le gustaban o se enferma con mayor facilidad.

El ambiente social y familiar influye importantemente en la depresión, pues los padres actúan como modelos de los hijos y los niños copian esos pensamientos y acciones negativas de los padres; o si existió una historia previa de depresión en la familia, esto también es un modelo para los niños.

Las condiciones de una familia que contribuyen al desarrollo de la depresión en un niño, son las siguientes: una comunicación pobre; castigos y maltratos severos a los infantes; padres sobreprotectores o sobrecontroladores que no permiten la autonomía de los hijos; conflictos familiares; las características económicas y demográficas de una familia, aunque no siempre los niveles socioeconómicos bajos son sinónimo de depresión, pero se asocian con ella debido a los problemas económicos (McCauley, et al. 2001).

El niño puede sentirse responsable de todo lo negativo que en casa sucede cuando existen problemas o discusiones en la familia. La irritabilidad en los niños puede conducir a interacciones insatisfactorias con los padres, así mismo al incremento de conflictos familiares (Waslik, et al. 2003).

Se dice que un niño no deseado, con mala relación con sus padres y/o hermanos, que es víctima de abuso o abandono tiene mayor riesgo de padecer depresión. Por otra parte, la depresión de una madre después del parto que puede impedir vínculos con el niño y la separación de los padres, pueden ocasionar depresión en el niño (Soutullo, 2005).

En ocasiones el carácter autoritario o permisivo de los padres parece tener importancia en la incidencia de la depresión infantil, pues parece ser que el comportamiento autoritario de los padres con hijos que padecen depresión ocasiona que la depresión sea más intensa en comparación con los hijos de padres permisivos, pues los hijos depresivos de padres autoritarios presentan: perplejidad, ansiedad, peleas, variaciones de estado de ánimo, comportamientos compulsivos, agresividad, cefaleas y bajo control de esfínteres (Polaino, 1998).

7.3 Clasificación

Polaino (1998) menciona una clasificación de las depresiones infantiles elaborada por la escuela francesa:

- *Depresiones somatógenas.* Hacen referencia a los pacientes depresivos en los que las manifestaciones depresivas se asocian a otros cuadros clínicos como el padecimiento de enfermedades crónicas, tumores cerebrales, traumatismos cráneo-encefálicos, enfermedades hereditarias, principalmente.
- *Depresiones exógenas o psicógenas.* Se refieren a los pacientes infantiles cuya sintomatología depresiva se vincula a problemas de desajuste, conductas desadaptativas, dificultades escolares, que significa una reacción más o menos patológica, en función de la mayor o menor carga conflictiva, a veces también patógena, del ambiente. La causa está en el exterior, en el ambiente del infante, es causada por factores ambientales externos.
- *Depresiones endógenas.* Por lo general tienen un fundamento orgánico, se originan en el niño.

Existen pocas clasificaciones realizadas especialmente para la depresión en niños, en general, las clasificaciones de la depresión aplican para todas las etapas de desarrollo, sin embargo Rodríguez (2000) ofrece la siguiente clasificación tomando como criterio la edad:

- *Edad preescolar (0-5 años).* Se le considera depresión precoz. Existen comportamientos prolongados de trastornos de humor como pena, duelo o aflicción.
- *Edad escolar (6-11 años).* Llega a ser continuación de las depresiones de años anteriores. Comienza la personalidad depresiva, irritabilidad y cambios de humor

- *Adolescencia (11-16 años)*. Son depresiones endógenas, melancólicas. Depresiones graves, mayores. Por lo general se deben a duelos por pérdidas no resueltas, por pérdidas precoces que se reviven, son retroactivas. Por otra parte, pueden aparecer depresiones neuróticas con sentimientos de inferioridad, formas mixtas ansioso depresivas y trastorno por adaptación. También pueden presentarse depresiones psicóticas en esquizofrenia, psicosis afectivas, formas bipolares y trastorno esquizoafectivo.

7.4 Diagnóstico, evaluación y tratamiento

Yapko (2006) señala que el diagnóstico de la depresión puede ser engañoso en los infantes pues puede estar relacionado con otros problemas físicos o psicológicos que pueden existir junto con la depresión.

Para elaborar un diagnóstico es necesario considerar la descripción clínica, pruebas de laboratorio y delimitación con respecto a otras enfermedades, principalmente.

7.4.1 Cuestionarios, inventarios y escalas en el diagnóstico y evaluación

En el ámbito de lo psicológico se utilizan pruebas psicométricas para evaluar y diagnosticar la depresión en el niño. Según Waslick, et al. (2003) algunos instrumentos diagnósticos más utilizados en la depresión en niños son: El Cuestionario de entrevista diagnóstica para niños (*Diagnostic Interview Schedule for Children, DISC*); la Escala para trastornos afectivos y esquizofrenia en niños en edad escolar (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School- aged Children, K-SADS*); la Escala de Depresión en niños (*Children's Depression Rating Scale*); la Escala de Hamilton para la depresión (*Hamilton Rating Scale for Depression, HAM-D*); el CEI Cuestionario de Depresión en niños (*Children's Depression Inventory*); y el ESDM.

Polaino (1998) señala que existen muchas dificultades que hacen inviable la transferencia de los criterios que sirven para el diagnóstico de la depresión en los adultos al ámbito infantil, por los siguiente:

a. La edad es una variable moduladora del modo en que se manifiesta la depresión en los niños, ya que, algunos de ellos ya han adquirido un lenguaje, pero no en tal grado que pueda ser útil para enunciar con precisión lo que sucede.

b. Algunos niños son incapaces de formalizar lo que sucede, a diferencia de un adulto que frecuentemente puede hablar (aún sin fundamento) de estar deprimido o contestar pruebas.

Los niños por otra parte, pueden tener dificultades para reconocer y entender el significado de algunas manifestaciones, así como para comunicar su experiencia emocional y psicológica a los demás, por ello es importante la información de sus allegados.

A veces, un problema común, es el desacuerdo entre padres e hijos durante la evaluación, debido a esto se ha optado por el uso de la “regla de la ‘o’”, que consiste en preguntar las manifestaciones de la depresión a los familiares y al niño, de manera que una manifestación se cuenta como presente si uno de los dos, el padre o el niño, informan de su presencia, ya que se asume que ambas partes aportan información relevante (Waslick, et al. 2003).

Polaino (1998) menciona que para diagnosticar la depresión infantil, aunque son útiles, las aplicaciones de escalas y cuestionarios específicos tienen algunos inconvenientes: el niño puede no entender las preguntas que se les hacen; los ítems de las diferentes escalas pueden no incidir específicamente en la sintomatología infantil del caso; algunas escalas están más saturadas de sintomatología cognitiva, mientras que otras captan mejor la sintomatología somática y ansiosa.

7.4.5 Tratamiento psicológico

Rodríguez (2000) menciona que durante el tratamiento es útil:

- *Terapia Familiar*. Necesaria siempre para ayudar a los padres a entender el problema, en donde el profesional informa, aconseja, acompaña y facilita el camino para que otros tratamientos sean efectivos.
- *Psicoterapia individual o grupal*. Facilitan los cambios psicológicos necesarios, es realizada por profesionales.
- *Técnicas cognitivas*. Útiles en la modificación de distorsiones cognitivas propias de las depresiones infantiles.
- *Autocontrol*. Evalúa la validez de autoretribuciones, reforzando autoretribuciones positivas.
- *Entrenamiento en resolución de problemas*. Permite generar alternativas considerando consecuencias y evaluando la solución adecuada a cada situación. También permite identificar y expresar sentimientos.
- *Entrenamiento de relajación*. Su utilidad es mayor como técnica complementaria, identificando elementos estresantes de los músculos tensionados.
- *Aproximaciones multimodales*. Son sesiones cortas de terapia cognitiva, relajación y automodelado con reestructuración cognitiva complementada con entrenamiento en habilidades sociales y autorrefuerzo.

De acuerdo con Carr (2002) el tratamiento cognitivo-conductual de la depresión en niños se basa en estos elementos: psicoeducación, automonitoreo, intervenciones centradas en una actividad, intervenciones centradas en las relaciones familiares, intervenciones centradas en una cognición y entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas, e intervenciones escolares, principalmente.

En la psicoeducación, es necesaria la participación de los padres, pues en esta se explican las condiciones que envuelven la depresión, los cambios de humor, el funcionamiento biológico, pensamientos, conductas y relaciones personales durante la depresión.

En el automonitoreo, se realiza un diario que puede ser de cuatro columnas, en donde se anota la fecha y la hora de una actividad, (esto permite relacionar la actividad con el estado de ánimo), y en una escala de 10 puntos el estado de ánimo antes y después de la actividad que pueden ser también conversaciones. Puede agregarse una columna para anotar los pensamientos.

Las intervenciones centradas en una actividad se enfocan en la relajación por medio de actividades, para promover un cambio en el estado de ánimo, estas actividades son: la programación de tareas y de eventos placenteros.

En la intervención escolar, en el entrenamiento de habilidades sociales y en la resolución de problemas se utilizan técnicas cognitivo conductuales como las mencionadas en el tratamiento de la depresión, en el capítulo anterior. Estas técnicas deben ser de acuerdo a las características del niño y de su depresión.

Es importante señalar que a pesar del uso de pruebas psicométricas, para evaluar la depresión infantil se le da mayor importancia a la información que proporcionan los padres, los tutores y los profesores, esta información se recopila mediante entrevistas, incluso mediante informes del médico, sin embargo se debe implementar alguna de las técnicas mencionadas, de tal manera que el infante pueda expresar lo que le está pasando, sin que se

desacredite lo comunicado por el mismo, pues debe recordarse que finalmente, la persona afectada directamente es en este caso, el menor.

PROPUESTA

La depresión en los niños ha sido poco estudiada debido a que se les ha tratado en conjunto con adolescentes, dejando a un lado las características propias de la infancia, algunos niegan la existencia de la depresión, algo erróneo, que se ha demostrado a lo largo del tiempo.

Ahora bien, en la mayoría de los casos una depresión en la infancia que pasa inadvertida, origina problemas más graves en edades avanzadas, como la delincuencia, la agresividad o el suicidio, como lo mencionan Fitzpatrick y Sarry (2006), para evitar consecuencias como éstas y poder detectar una depresión infantil a tiempo, desarrollo la siguiente propuesta.

Los niños no son “adultos pequeños”, es importante que cuando presenten manifestaciones depresivas o cambios en su comportamiento exista un interés por parte de su familia, una preocupación que los lleve a buscar ayuda profesional, ya que la depresión y su tratamiento no es algo que dependa, solamente del niño, sino de un trabajo en conjunto con la sociedad y la familia.

La detección oportuna de una depresión infantil suele ser compleja para los padres, pues en ocasiones confunden al pequeño deprimido con el niño inquieto, chantajista o incluso tímido. Por ello propongo una guía para que identifiquen de manera oportuna dichas manifestaciones, cabe aclarar que no se trata de alguna prueba psicológica, sino de puntos importantes a considerar por parte de los padres para que identifiquen el problema y así puedan con ayuda de un especialista, tratarlo a tiempo.

Considero que una entrevista realizada por un profesional, proporcionaría puntos importantes. Generalmente éstas se realizan al niño en presencia de los padres, y algunos niños proporcionan información por medio de las entrevistas, pero en ocasiones las respuestas proporcionadas por ellos son influenciadas por algún familiar, lo que altera la información obtenida y el tratamiento.

En las entrevistas que son elaboradas para que se respondan verbalmente el menor tiene mayores posibilidades para estructurar una respuesta aceptada por los otros, aunque no siempre sea la verdadera, por ello los dibujos y las terapias de juego son de mayor utilidad en algunos casos, pues de esta manera las respuestas del infante se tornan más emocionales que racionales, pues cuando un padre influye en su hijo para que responda de cierta manera el niño tiende a racionalizar y memorizar lo que “debe decir”, pero cuando se trata de juegos, él muestra espontáneamente aquello que en verdad piensa y siente.

Esta propuesta está dirigida a los padres o en su caso a los tutores responsables del niño, y la finalidad es identificar las características de un niño con depresión, con la ayuda de una guía para que el tratamiento del niño sea efectivo. Dicha propuesta se describe en las siguientes páginas.

¿MI HIJO SE HA DEPRIMIDO?

A continuación se describe una guía mediante la cual se abordan características propias de los niños con depresión. Dicha guía permite identificar mediante la observación y descripción, los aspectos que están siendo alterados, así mismo, ofrece sugerencias para que los padres o tutores del niño recolecten la información necesaria para que en conjunto con el psicólogo y otros profesionales, contribuyan a la mejora del niño.

Esta guía no es un instrumento psicométrico, y se encuentra dirigida principalmente a los padres o tutores del menor, pero puede ser utilizada por cualquier persona que mantenga alguna relación cercana con el niño. Se divide en tres apartados. “lo que mi hijo hace, piensa y siente”, “situaciones de pérdida específica” y “recomendaciones”. El primer apartado aborda algunas las características de una depresión en el infante y algunas sugerencias para identificarlas, el segundo apartado se enfoca a situaciones de pérdida, al duelo en sí. El último apartado ofrece recomendaciones que son útiles tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.

Cabe aclarar que la guía es únicamente para identificar una posible depresión, pero algunos de los elementos que contiene podrían ser útiles en la evaluación y en el tratamiento que dirija el profesional, ello depende de cada caso.

a. Lo que mi hijo hace, piensa y siente

Este apartado permite identificar una depresión en el niño, e incluso algunas de las causas, por ejemplo, problemas familiares y/o académicos, abuso sexual, enfermedad, pérdidas o problemas para relacionarse con otras personas.

Una vez identificado el problema debe buscarse ayuda profesional de médicos, psicólogos, profesores e incluso sociólogos, pero siempre es importante que sea cual sea el profesional que atienda el caso, se asista con un psicólogo para llevar una terapia que permita que el niño continúe con su vida sin una recaída.

Lo primero que debe realizarse es identificar aquello que el menor está haciendo o que está dejando de hacer, ya que sus actividades dan información que permite señalar si existe o no depresión.

Para lo anterior debe considerar los siguientes aspectos:

Afectivo

En este aspecto lo importante es identificar lo que el niño siente y la forma mediante la cual lo expresa.

- Debido a que la depresión en los niños se presenta con mayor frecuencia como enmascarada, algunas actividades como la pintura, el dibujo o la escritura, pueden ser un medio mediante el cual manifieste su depresión, ya que el jugar, el dibujar, además del hablar, son formas importantes para compartir sentimientos y resolver problemas.

El dibujo en los niños, es la forma de expresión más utilizada debido a que el lenguaje verbal aún no se desarrolla por completo, debe prestarle atención, ya que algunas cosas que él piensa no siempre las expresa de manera verbal, por el contrario, suele plasmarlas en dibujos.

Por esto debe prestarle atención al juego de su hijo y a las manifestaciones artísticas que realice.

- Las escasas muestras de afecto pueden ser otra forma en la cual su hijo manifieste su depresión e incluso la búsqueda de muestras de cariño pueden ser deseos de protección o ayuda por parte del infante, por ello, propongo realice preguntas como las siguientes: “¿cómo te sientes hoy?”, “¿sabes cuánto te quiero?”, “¿quieres un

abrazo?”, entre otras similares, para que de acuerdo a la respuesta pueda darse cuenta de si está triste, feliz o enojado.

- El enojo es una manifestación importante, por ello es adecuado que le pregunte a su hijo el “por qué” de su enojo, antes de castigarlo o reaccionar agresivamente contra él ya que si se le castiga porque se pensó que solamente “era uno de sus berrinches”, la depresión puede convertirse en un problema mayor, incluso el infante puede dejar de confiar en los padres o comenzar a temerles, lo cual dificultará la identificación.

- En algunas ocasiones no existe un fundamento aparente en la tristeza de su hijo ya que si le preguntan “¿por qué estás triste?”, el niño podría contestar “no lo sé”. En estos casos, lo adecuado no es ignorarlo, sino hacer más preguntas y observar sus comportamientos, pues esta podría ser otra forma en la cual manifiesta su depresión. Es de gran ayuda utilizar un trozo de papel en dónde usted lleve un control de aquello que le parece sospechoso o preocupante.

- Mediante el juego, pueden observarse algunas manifestaciones. En los juegos en los cuales su hijo expresa algún tipo de violencia, en los que se rehúsa a jugar con otros o se asila, puede estar manifestando su depresión, por ello es importante que mediante algunos juegos observe si su hijo presenta algunas de estas conductas:
 - No sigue instrucciones o es fácilmente manipulado por otros niños
 - Se distrae durante el juego
 - Se aísla o muestra tristeza
 - Se irrita con facilidad, insulta a otros niños o no acepta perder
 - Le preocupa excesivamente ganar el juego
 - Si elabora historias casi siempre son trágicas

Cognitivo

Este aspecto se enfoca a lo que el niño piensa y cómo expresa sus pensamientos.

- En ocasiones es difícil que un niño cuyo lenguaje aún está desarrollándose, pueda explicar lo que siente y piensa, tal como lo hace un adulto. Por ello se propone que para conocer lo que su hijo está pensando y sintiendo se lleven a cabo terapias de juego, pues utilizando juguetes o participando en alguna dinámica grupal que puede ser llevada a cabo en casa con la participación de la familia para detectar si existe o no depresión.
- Las pruebas psicológicas deben considerarse como una herramienta, pero estas debe aplicarlas un psicólogo o especialista, nunca un familiar del menor, este trabajo debe realizarlo un profesional que conozca y domine la prueba psicológica.
- Mediante el dibujo el infante puede expresar con imágenes aquello que verbalmente no manifiesta, en casa pueden hacerse dinámicas con dibujos en dónde las temáticas estén relacionadas al estado de ánimo del niño, es decir, que dibuje lo que piensa y siente, por ejemplo: qué siente por sus padres, quiénes son sus mejores amigos, sus gustos o aquello que no le guste, entre otras cosas, lo importante es lograr que exprese lo mejor que pueda aquello que le esté pasando.
- Algunas historias o cuentos de “amigos imaginarios” por ejemplo, contienen muchos de los sentimientos y de los pensamientos que el niño con depresión no manifiesta directamente, ya que atribuye a los personajes de sus historias sus sentimientos y sus pensamientos. Por esto es importante prestarle atención a las historias que reproduce o inventa, porque en la mayoría de las ocasiones “el amigo imaginario” es únicamente un reflejo de sí mismo y el niño al no encontrar otro medio para expresarse traslada lo que le pasa a personajes fantásticos y/o imaginarios.

- Para identificar pensamientos y sentimientos de su hijo pueden hacerse en casa personajes guiñol con tela, calcetines, peluches, etc., que interactúen con los miembros de la familia. Con el muñeco se pueden hacer preguntas al niño: “¿cómo te sientes con...?”, “¿qué piensas de...?”, “¿cómo te fue con...?” y algunas similares. Es importante recordarle en todo momento que cuenta con apoyo de familia, amigos y/o personas cercanas.
- Al realizar sus tareas escolares o alguna otra actividad su hijo puede distraerse con facilidad o prestar atención a otras cosas que no son la actividad que debe realizar en el momento, o incluso puede hacer exclamaciones como “no sirvo”, “no puedo”, “soy inútil”, “va a salir mal”, a las cuales se deberá prestar atención, ya que los pensamientos negativos, el pesimismo y los sentimientos de inutilidad están sumamente relacionados con la depresión. Anote aquellas palabras o frases negativas o de menosprecio que el niño mencione con frecuencia.

Motor

Es este aspecto se observan los movimientos del niño, su rapidez y fluidez para realizarlos, así como los cambios en la realización de sus actividades cotidianas.

- Algunos niños muy activos o muy inactivos suelen manifestar de esa manera su depresión, es decir, manifiestan demasiada energía o pasividad en extremo, buscando de alguna forma conseguir atención por parte de los padres, es su manera de decir “ayúdame”, por ello se deben realizar actividades deportivas con su hijo y observar sus movimientos, su velocidad, su fuerza e incluso el interés que tienen en la actividad, para notar si es pasivo o activo y los cambios en la forma de realizar sus actividades.

- Debe observar la agilidad y fluidez con la que su hijo realiza sus actividades cotidianas: un trazo en papel, correr, tomar una cuchara y hablar en público, por ejemplo, ya que cuando su hijo se encuentra bajo tensión, tristeza o enojo puede reflejarse a través de sus movimientos, que deben observarse cuidadosamente.

Fisiológico

Este aspecto se enfoca a los cambios físicos y orgánicos que se presentan a causa de una depresión.

- Es importante preguntarle cómo durmió y si soñó con algo agradable o desagradable, pues los sueños, las pesadillas y los problemas para dormir, son algunas manifestaciones de la depresión, que muchos padres ignoran porque piensan que es común tener pesadillas cuando se es niño. Si su hijo no quiere hablar puede pedirle que dibuje aquello que soñó, y que lo explique, pues a través del sueño libera tensiones que se acumulan a lo largo del día. No debe forzarlo a recordar algún sueño, puede que nunca lo recuerde o lo haga durante el transcurso del día, lo que debe realizar es siempre inspirarle confianza y recordarle a su hijo que si necesita platicar, será escuchado con gusto.
- En ocasiones los niños orinan o defecan mientras duermen, incluso mientras están despiertos, esto puede ser por diversas causas desde problemas fisiológicos hasta miedo o preocupación relacionados con la depresión, sin embargo sea cual sea la causa, si esto ocurre, no debe reprender a su hijo, sino preguntarle qué es lo que pasaba antes de que sucediera.
- Si el cansancio y los dolores de cabeza aparecen con frecuencia en su hijo, es importante consultar a un médico, ya que puede tratarse de alguna enfermedad no relacionada con la depresión.

Motivacional

En este aspecto lo importante es identificar aquello que inspira al niño, lo que lo mueve para realizar algo. Aquellos pensamientos que lo incitan a realizar sus actividades.

- Es importante le permita a su hijo hacer aquello que le agrada, y que lo motive para que siga realizándolo, es decir, que se exprese positivamente diciéndole al niño “¡tú puedes!”, “¡muy bien!”, “¡así se hace!” o similares, pues en ocasiones imponerse para que no realice lo que le gusta o realice aquello que usted quiere, desarrolla la depresión. Por ello debe realizar actividades agradables y si se nota después de un tiempo desinterés en aquello que le interesaba, entonces puede ser que se esté desarrollando una depresión, y usted debe estar atento a estos cambios, para poder tratarlo a tiempo.
- Si su hijo presenta un bajo rendimiento escolar, o la disminución de interés en alguna actividad, lo conveniente es, que antes de reprimirlo, le pregunte a su hijo que es lo que pasa. Puede hacerse una historia en dónde el personaje central es su hijo, pero lleva un nombre distinto en la historia, por ejemplo el niño reprobó matemáticas, entonces se elabora una historia así: “...*Juan por ejemplo, reprobó matemáticas y sus padres lo regañaron, ¿por qué crees que Juan reprobó matemáticas?...*”, esto para que él manifieste sus problemas académicos mediante el juego, aunque a veces es necesario elaborar una historia más extensa considerando que el tema puede variar.

b. Situaciones de pérdida específica

Cuando se ha perdido algún familiar, algún ser u objeto querido su hijo puede deprimirse debido a que se encuentra en duelo. Considerando las fases del duelo (negación-asilamiento, ira, pacto, depresión y aceptación) el infante que no supera ni acepta la

pérdida que ha tenido es propenso a deprimirse. En estos casos se debe solicitar ayuda específica de psicólogos no dejando a un lado la revisión médica que es de suma importancia también, pero lo adecuado es siempre consultar algún psicólogo.

Antes de asistir con algún especialista es recomendable identificar cómo se siente su hijo, y cuál fue la pérdida o pérdidas que sufrió, puede ser una persona que falleció, una separación, un cambio de domicilio, la muerte de algún animal o la pérdida de algún objeto personal, por ejemplo.

Para ello puede consultarse el apartado “lo que mi hijo hace, piensa y siente”, y seguir las sugerencias para identificar qué está haciendo, pensando y sintiendo, si la información que usted recopile se la proporciona al especialista se estará abordando rápidamente el problema, pues una depresión de este tipo llega a ser sumamente alarmante ya que el menor podría llegar incluso a suicidarse o generarse problemas de salud severos.

c. Recomendaciones:

Durante el proceso de identificación e incluso posterior a éste, se recomienda lo siguiente para prevenir una futura depresión o una falla en el tratamiento:

1. Elimine expresiones de consuelo exagerado o de compasión tales como: “¡pobrecito!”, “¡todo te pasa a ti!”, o similares, ya que este tipo de frases refuerzan una conducta que quiere ser eliminada, es decir, su hijo recibe atención cuando está triste o enojado, entonces seguirá así mientras esas expresiones no desaparezcan, ya que esa tristeza o enojo le proporciona atención de los demás.
2. No sentirse culpable por lo que le pasa a su hijo. Es importante aceptar la responsabilidad que tiene, pero en ningún momento debe sentirse culpable ya que ello no ayudará a su hijo, la mejor manera de ayudarlo no es

recordando todo aquello que no debió hacer, eso ya pasó, ya no va a cambiar, lo importante es pensar en todo lo positivo que puede hacer para ayudarlo y ponerlo en práctica, buscando ayuda.

3. Evitar estimulación aversiva, es decir castigar o regañar a su hijo. Cuando su hijo haga algo incorrecto dialogue con él, llegue a un acuerdo, no lo regañe ni lo castigue, ello fomentará más su enojo o tristeza. Algunos niños son pequeños y su lenguaje está desarrollándose aún, pero en estos casos también el diálogo ayuda pues así comienza a reflexionar sobre sus actos desde pequeño.
4. Enséñele o permítase ser enseñado a valorar abrazos y palabras de afecto, ello les dará seguridad y tranquilidad para realizar sus actividades, además ayuda a que su hijo se sienta protegido, motivado y querido.
5. Disminuya la ansiedad de su hijo. No le grite ni le presione, existen técnicas de relajación de tensión o distensión para disminuir la ansiedad, en el caso de los niños se puede usar la imaginación, es decir, pedirle a su hijo que imagine algún lugar, personaje u objeto que le haga sentir bien, enseñarlo a inhalar y exhalar para relajarse. Existen diversas técnicas, es necesario que antes de utilizar alguna se informe con algún psicólogo, son sencillas y no costosas, pero si no se realiza con responsabilidad y conocimiento puede causar daños en su hijo, por ello la importancia de consultar algún especialista.
6. Enseñarle a su hijo a elaborar autoafirmaciones positivas como: “¡yo puedo!”, “¡yo lo hago bien!”, “¡hoy puedo hacerlo mejor!”, y frases similares que le permitan sentirse seguro.

Una vez que se han identificado las señales que indican una posible depresión en su hijo, debe asistir con algún especialista (profesores, doctores y psicólogos, por ejemplo), sin

embargo, en ocasiones será necesario cambiar los hábitos o rutinas de la familia para lograr una mejoría, motivar al niño en las actividades que realiza, conversar tocando temas de su interés, practicar algún deporte, realizar visitas a centros culturales tales como museos, parques, partidos de fútbol, entre otras cosas, ya que algunas personas, incluidos los padres, no dedican tiempo de calidad a sus hijos y se olvidan de que sus hijos necesitan afecto y atención.

Para lograr un cambio y mejoría se necesita disposición y paciencia por parte de quienes rodean al niño, así mismo interés y responsabilidad, no es sencillo, pero el trabajo en conjunto es más sencillo que el trabajo de uno solo. Así pues, la depresión en su hijo puede ser tratada a tiempo, aunque es determinante la paciencia, el compromiso y la colaboración que usted le proporcione.

CONCLUSIONES

La intervención sobre la depresión comienza a ser más eficaz a raíz del desarrollo de los modelos cognitivo conductuales, porque su ámbito de aplicación es amplio y flexible, además, abarca al individuo, la familia y la sociedad.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) ayuda a mejorar el humor y comportamiento de una persona, incluidos los niños, porque se enfoca a lo que la persona está pensando y haciendo, está centrada en el presente, en las cogniciones, las cuales determinan como se siente y actúa un individuo.

La teoría conductual, por una parte, señala que la depresión se debe a una falta de refuerzos, y el tratamiento consiste en una programación de actividades que comienzan a proporcionarle a la persona los refuerzos que necesita. La teoría cognitiva, por su parte, señala que la depresión es resultado de pensamientos inadecuados, debida a una distorsión cognitiva, de la realidad, viéndose de forma negativa en la triada cognitiva, el mismo, el mundo y el futuro. El tratamiento consiste en detectar los pensamientos automáticos negativos de los sujetos y analizarlos y cambiarlos racionalmente.

Combinadas las técnicas cognitivas y conductuales ofrecen un tratamiento completo a la persona, porque analizan tanto las conductas como el pensamiento del cual se derivan.

La depresión en una persona se manifiesta de acuerdo a las circunstancias que la originaron y a las circunstancias que la mantienen. En algunas ocasiones es más frecuente que una persona la manifieste en ciertos ambientes, en el caso de los niños, es más común que lo haga en la escuela o con su familia pues es el ambiente en dónde dedican más tiempo.

Coincidiendo con Wielkiewicz (2004) el aspecto cognitivo es de gran importancia ya que el modo como la persona interpreta los eventos de la vida influye en su manera de comportarse, así mismo, la depresión infantil es un problema serio en el que las

consecuencias pueden ser fatales tal vez no en la niñez, pero si en otra etapa del desarrollo, por ello el apoyo de alguien, en especial el de los padres, es fundamental pues le permiten sentir seguridad y confianza para enfrentar el problema; por otra parte si se siente sólo, su depresión se hará cada vez más severa, y llegará a un punto en el cual no quiera recibir ayuda.

No siempre una persona con depresión se muestra triste o tiene bajo rendimiento, pues puede mostrarse enojada y con un rendimiento escolar/laboral promedio, y aunque predominan los pensamientos negativos, la conducta es distinta en cada persona, esto hace difícil el identificar una depresión.

Con respecto al diagnóstico y evaluación, para cada etapa del desarrollo existen instrumentos psicológicos específicos, en el caso de los niños, se debe facilitar a los adultos un inventario que ayude a detectar precozmente en sus hijos un potencial problema depresivo. Se deben elegir adecuadamente los instrumentos en función de la adquisición de habilidades verbales y de la comprensión lectora, poniendo énfasis en la observación facial y en el comportamiento motor; y realizar la evaluación de estrategias cognitivas, conductuales y afectivas.

Coincidiendo con Carr (2002), el castigo excesivo no educa, ni ayuda a que una persona entienda las consecuencias de sus actos, por el contrario, aprende a defenderse ya sea agresiva o pasivamente, y en cualquier forma, ello impide que se desenvuelva en su medio. Esta forma de “tratamiento” de un problema jamás dará resultados adecuados, educar con castigos físicos solo permite enseñarles que el respeto hacia los demás es algo insignificante, generándose una posible cadena de violencia.

Por otra parte, Jiménez (1997) mencionó que el suicidio, los intentos de suicidio y las ideas suicidas son lo que más alarma en una depresión, y coincido con ello, ya que al intentar suicidarse, una persona se daña no sólo así mismo, sino a quienes están cerca, a veces hay una segunda oportunidad, pero con mayor frecuencia en cada intento de suicidio se pierden vidas que jamás podrán recuperarse.

Fitzpatrick y Sarry (2006) mencionaban que las ideas suicidas no son transitorias, por el contrario, están arraigadas, y estoy de acuerdo con ello, porque cualquiera puede pensar en su muerte, pero querer llevarla a cabo se convierte en un problema, independientemente de si una persona quiere o no vivir, el problema está en que en la mayoría de los casos, esas personas necesitan ayuda para poder ordenar y aclarar sus pensamientos; para valorar lo que tienen y estar agradecidos por aquello que los hizo felices, pero que ya no está.

Por todo lo mencionado, considero que el papel del psicólogo es importante, porque permite ser un guía que tiene conocimientos, una formación y una especialización, pero sobre todo una capacidad de observación asombrosa, lo que le permite ayudar para que las personas con depresión puedan, mediante un enfoque cognitivo conductual, tener presentes de manera clara sus ideas y tomar en cuenta las técnicas y herramientas que le proporciona el psicólogo.

El psicólogo es pues, un medio para que la persona mediante el trabajo en conjunto, reflexione y haga consciencia sobre lo que le sucede, que sea capaz de expresarlo y también, de entenderlo.

Cualquier teoría que se tome como referencia ofrece ventajas y desventajas, sin embargo, la TCC permite analizar conductas, pensamientos y sentimientos, sin descartar todos los aspectos que componen al ser humano, al mismo tiempo es el cliente quien en conjunto con el terapeuta realiza su propia evaluación, y en ocasiones ofrece sugerencias para su propio tratamiento.

La depresión, es un problema de dimensiones inimaginables, pues a nadie le agrada tener una inadecuada calidad de vida; el dormir poco o no poder dormir debido a las preocupaciones; tener constantes dolores de cabeza; comer poco o en exceso; desear la muerte propia y ajena, todo ello impide disfrutar de los momentos agradables que puede ofrecernos el estar vivos.

Es importante antes de concluir con este ensayo, tener claro que el psicólogo no es el único que puede ayudar a la persona con depresión, y que la TCC no es la única teoría que puede ser utilizada para tratarla, pero si es bastante útil por lo mencionado a lo largo del ensayo.

Como psicólogos, como integrantes de un sociedad y como individuos debemos actuar para que los adultos, los ancianos, los adolescentes y los niños con depresión no lleguen a otra etapa de su vida creyendo que el mundo no promete algo mejor, que las personas no ayudan y que la humanidad en sí, es decepcionante, pero sobre todo para que tomen consciencia del valor ilimitado que tiene la vida, su propia vida.

El tema de la depresión es cuestión de consciencia social e individual, todos tenemos problemas, pero debemos aprender a pedir ayuda y a aceptar que a veces aún con ayuda hay problemas que no tienen solución, pero si una manera de ser llevados.

El pasado no puede ser cambiado, pero el presente puede alterarse siempre.

REFERENCIAS

- Beck, A., Rush, A. Shaw, B. y Emery, G. (2002). Técnicas cognitivas. En: Terapia cognitiva de la depresión. (133-154). España: Descleé De Bruwer.
- Bousoño, M; Fernández, J; González-Quirós, M. y Bobes, J. (2001). Manifestaciones clínicas de los trastornos depresivos. En: J. Bobes, ; M. Bousoño, ; M. González y P. Martínez (Eds.), Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria. (150-171) Barcelona: Masson.
- Carr, A. (2002). Depresión. En: Depression and attempted suicide in adolescence. (4-35). United Kingdom: BPS Blackwell.
- Del Barrio, V., Mestre, V. Tur, A. y Samper, P. (2004). La depresión infanto-juvenil. El efecto de los factores emocionales, comportamentales y sociodemográficos. Revista de Psicología Genral y Aplicada. 57 (1), 5-20
- De Grado, E. (1998). Tratamiento cognitivo-conductual de la depresión. En: A. Chinchilla (Ed.). Tratamientos de las depresiones. (199-213). España: Masson.
- Feixas, G. y Miró, T. M. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. (206-251). Barcelona: Paidós.
- Fitzpatrick, C. y Sary, J. (2006). Ayudando a vencer la depresión en la gente joven. (27-34). España: Ontro.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). En red: <http://www.inegi.gob.mx/inegi/default.aspx>

- McCauley, E., Pavldis, K y Kendall, K. (2001). Developmental precursors of depression: the child and the social environment. En: M. Godyear The depressed child and adolescent.(46-78). United Kingdom: Cambridge University Press.
- Méndez, F., Olivares, J. y Ros, C. (2001). Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia. En V. Caballo y M. Simón (Eds.) Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales. (139-185). España: Pirámide.
- Méndez, F. X. (2002). El niño que no sonrío. Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil. (19-54). España: Pirámide.
- Menéndez, B. y Rivera, S. (1992). *Identificación de estados depresivos: la entrevista evaluativa de la depresión en la niñez*. Revista Interamericana de Psicología. 26 (2), 215-222
- Meinchenbaum, D. (1988). Terapias Cognitivo Conductuales. En: J. Linn y L. Garske(Eds), Psicoterapias Contemporáneas. Modelos y Métodos. (150-172) Bilbao: Desclée de Brouwer
- Parks, C. W. y Hollon, S. D. (1993). Evaluación cognitiva. En: A. S. Bellack y M. Hersen (Eds.), Manual Práctico de Evaluación de Conducta. (185-237). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Polaino, A. (1998). Las depresiones en la infancia y en la adolescencia. En: A. Polaino-Lorente (Ed.), Las depresiones infantiles. (36-53). España: Ediciones Morata.
- Rodriguez, J. (2000). Las depresiones infantiles. En: Psicopatología infantil básica. (211-233), España: Pirámide.

- Sanderson, W. y McGinn, L. (2002). Terapia cognitivo-conductual para la depresión. En: M. Weissman (Ed.) Tratamiento de la depresión. Una puerta al siglo XXI, (235-263), España: Ars Medica.
- Silberman, R. y Aguado, R. (2005). *Procesos cognitivos y depresión infantil, algunos lineamientos para padres*. Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan. 1 (6), pp. 67-85
- Soriano, A., Díaz, A., Ochoa, M., Valencia, F. García, S. y Meza, E. (2004). *Depresión y flexibilidad mental*. Psiquiatría. 20 (1), 24-35
- Soutullo, C. (2005). Depresión en niños y adolescentes. En Depresión y enfermedad bipolar en niños y adolescentes. (15-88), España: Ediciones Universidad de Navarra.
- Vargas, J. e Ibáñez, E. (1998). *Aplicación de la Terapia Racional Emotiva y del Entrenamiento Asertivo a un caso de Depresión*. Revista Electrónica de Psicología. 1 (1), En red: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html>
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1999). Trastornos del estado de ánimo. En: M. Ortiz-tallo (Ed.), Trastornos psicológicos. (141-163) Málaga: Ed Aljibe.
- Waslick, B., Kandel, R., y Kakouos A. (2003). La depresión en niños y adolescentes. En: D. Shaffer y B. Waslik (Eds.), Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes.(1-33), España: Ars Medica.
- Wielkiewicz, R. M. (2004). Manejo de la depresión infantil y conductas relacionadas. En: C. M. Ardisson (Trad). Manejo Conductual en las Escuelas: Principios y métodos (179-208), México: Limusa.
- Yapko, M. (2006). La depresión: Un problema creciente. En: Para romper los patrones de la depresión. (1-25), México: Pax México.