



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

¿QUE ES LA DEPRESIÓN INFANTIL?

TALLER PARA PADRES

TESINA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

EDITH VIRIDIANA GARCÍA JIMÉNEZ

DIRECTORA DE TESINA

LIC. NOEMÍ BARRAGÁN TORRES



CIUDAD UNIVERSITARIA. ABRIL 2013



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.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México

A la Facultad de Psicología y docentes que conformaron mi desarrollo profesional.

A la Lic. Noemí Barragán, por su comprensión, tiempo, paciencia y apoyo, para realizar el presente trabajo.

A mis sinodales la Lic. Aida Araceli Mendoza Ibarrola, la Lic. María Eugenia Gutiérrez Ordoñez, la Lic. Ma. Concepción Conde Álvarez y la Lic. Damariz García Carranza, por sus valiosas aportaciones y ayuda brindada en este proceso.

Al Lic. Juan Manuel Gálvez Noguez, por su orientación y tiempo para hacer posible este trabajo.

DEDICATORIA

A Adrian por brindarme su apoyo, contagiarme su entusiasmo y alentarme a concluir este ciclo.

A mi padre por permitirme crecer y enseñarme a luchar por mis sueños y metas

A Vicente por ser mi guía y levantarme en mis caídas.

A Rodrigo y Natalia por que al ver sus ojos recuerdo la importancia de la niñez y lo valioso de sonreír y soñar todos los días.

A mi abuela, mi madre y hermano Raúl porque ellos son parte de lo que soy e inspiran mi camino hacia donde voy.

“Dime amigo:
¿La vida es triste o soy triste yo?”

Amado Nervo

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1 DEPRESIÓN INFANTIL	
1. CONCEPTOS TEÓRICOS	
1.1 DEPRESIÓN.....	4
1.1.2 DEFINICIÓN DE INFANCIA DESDE LA PSICOLOGÍA.....	6
1.2 DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN INFANTIL.....	11
1.2.1 CRITERIOS CLÍNICOS SEGÚN EL DSM IV TR	13
1.2.2 TIPOS DE DEPRESIÓN INFANTIL.....	16
1.3. ESTUDIO DE LA DEPRESIÓN INFANTIL.....	18
1.3.1 BIOLÓGICA.....	17
1.3.2 PSICOLÓGICA.....	18
1.3.2.1 PSICOANÁLISIS.....	18
1.3.2.2 TEORÍA PSICODINÁMICA	21
1.3.2.3 MODELO DE APRENDIZAJE SOCIAL.....	22
1.4. DEPRESIÓN ENMASCARADA EN LA INFANCIA	24
1.5. CARACTERÍSTICAS Y SÍNTOMAS DE LA D.I.....	25
1.6 FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN INFANTIL.....	29
1.6.1 BIOLÓGICOS.....	29
1.6.2 FACTORES PSICOSOCIALES.....	30
CAPITULO 2 MODELOS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y TIPOS DE INTERVENCIÓN	
2.1. MODELOS DE EVALUACIÓN DE LA D.I.....	32
2.2 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PARA LA D.I.	34

2.3	MODELOS DE INTERVENCION PARA LA DEPRESIÓN INFANTIL.....	38
2.3.1	TIPOS DE INTERVENCIÓN.....	38
2.3.2	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.....	40
2.3.3	TRATAMIENTO COMBINADO.....	40
2.3.4	PSICOTERAPIA.....	41
2.3.5	TERAPIA FAMILIAR.....	41
2.3.6	TERAPIA COGNITIVA – CONDUCTUAL.....	42
CAPÍTULO 3 PROPUESTA: TALLER PARA PADRES		
3.1.	OBJETIVO GENERAL.....	49
3.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	50
3.3	CONTENIDO.....	50
3.4	FICHAS DESCRIPTIVAS.....	53
CONCLUSIONES.....		65
ANEXO.....		69
REFERENCIAS.....		82

INTRODUCCION

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), la depresión es una enfermedad que afecta a unos 350 millones de personas y puede convertirse en un problema de salud serio, ya que puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos lleva al suicidio, el cual es la causa de aproximadamente 1 millón de muertes anuales.

La depresión infantil es un problema creciente en la sociedad, que puede perdurar hasta la adultez, en la que el niño se siente desganado, triste, descontento de sí mismo y de su entorno, lo cual no permite al menor disfrutar de la vida (Del Barrio, 2007a), además de mostrar sentimientos de desesperanza, sensibilidad al rechazo y contantes problemas de salud (Soutullo, 2005)

Eventos y acontecimientos vitales se encuentran asociados a la depresión infantil, como son la muerte de familiares cercanos como los padres, hermanos, abuelos, tíos y primos o mascota, la separación o divorcio de los padres, padre o madre ausente, maltrato físico y/o verbal por parte de algún familiar cercano, abuso sexual y familia disfuncional (Rodríguez & Ortiz, 2012); se sabe que el apego entre madre e hijo, una buena relación y comunicación con los padres, la posición que el niño ocupa entre los hermanos, tienen una fuerte influencia sobre la depresión.

Por ello es importante su detección y reconocimiento dentro de la familia, ya que esta es la encargada principal de mantener satisfactoriamente el equilibrio de sus integrantes en un nivel social, biológico y psicológico; además, de que esta debe prestar especial atención a la construcción de una adecuada autoestima y autoeficacia en el niño, así como incentivar en ellos la capacidad de afrontamiento y el manejo adecuado de la frustración (Rodríguez & Ortiz, 2012).

De la Garza (2007), menciona que la sintomatología se puede observar en temáticas de juegos en niños de tres años de edad; sus características principales son pérdida del interés en el mundo externo por parte del individuo, presencia de pensamiento monotemático, pensamiento lento, presencia de trastornos del sueño y disminución de la autoestima (Rojtenberg, 2001).

Actualmente se sabe que los niños son una fuente capaz de informar y hablar de sus emociones y, concretamente, de hablar sobre síntomas de depresión (Del Barrio, 2007 a), por lo que para realizar su evaluación se recaba información que proporcione el niño y los padres o cuidadores, para posteriormente intervenir de manera grupal y/o individual, completándola con la aplicación de pruebas necesarias.

Por ello en el presente trabajo se aborda y estudia el tema de la depresión infantil y da una propuesta de un taller dirigido a padres bajo un enfoque cognitivo conductual para la identificación de la depresión y modificación de conductas que favorecen la incidencia de dicha enfermedad.

El documento tiene como finalidad conocer las características, síntomas y factores de la depresión infantil, su importancia e impacto que tiene en el desarrollo del menor y posteriormente se realizó una propuesta de un taller en el que al padre o cuidador se le den herramientas útiles para la intervención y detección oportuna de dicha enfermedad.

Por ello el presente trabajo se compone de tres capítulos, en el primero se da la definición general de depresión e infancia desde una postura psicológica, posteriormente se define la depresión infantil y como la psicología desde diferentes teorías explica su origen y desarrollo, se revisan los criterios clínicos asentados en el DSM IV TR, características, síntomas y factores que predominan en el desarrollo y duración de la depresión infantil.

En el capítulo segundo, se recopiló información referente a los tipos de evaluación e instrumentos que hay para la medición de la depresión infantil, así como su aplicación y principales características, posteriormente se habla de los diferentes tratamientos que se usan para intervenir en dicha enfermedad, dando énfasis a la terapia psicológica específicamente la terapia cognitivo conductual, ya que se encontró en la bibliografía que esta ha obtenido resultados favorables y perdurables en el tratamiento de la depresión infantil, subrayando la importancia de modificar pensamientos negativos y que el niño aprenda de manera activa a cambiar su conducta, con la colaboración y cooperación de los padres.

En el capítulo tres, se propone un taller dirigido a padres, bajo un enfoque cognitivo conductual, en el cual se especifica el número de sesiones, duración, material, la secuencia de los temas a tratar y se explica el objetivo general del taller; por medio de fichas descriptivas, se proponen actividades para realizar con los padres, así como, los objetivos o alcances que se pretende tener con cada una de las sesiones.

El documento contiene un anexo en el que se incluye láminas con información que se les dará a los padres, un folleto dirigido a éstos, una tabla que permite la identificación de los síntomas, una propuesta para la elaboración de una bitácora, un cuestionario que evalúe al ponente y el taller, una constancia para reforzar o premiar a los padres que asistieron y un cuadro sinóptico de las teorías y su definición de depresión.

CAPITULO 1. DEPRESIÓN INFANTIL

1. Conceptos teóricos

1.1.1 Depresión:

La depresión se define como un sentimiento de tristeza, desesperanza, autoevaluación negativa, desinterés por actividades que son fuente de placer, presencia de pensamientos negativos y/o pesimistas (Ostrosky, 2001), las características principales son: pérdida del interés en el mundo externo por parte del individuo, presencia de pensamiento monotemático, pensamiento lento, presencia de trastornos del sueño y disminución de la autoestima (Rojtenberg, 2001).

Por lo tanto” la depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana” (Organización Mundial de la Salud, 2012)

La depresión puede expresarse como:

- Signo: la tristeza o la disforia.
- Síntoma: la depresión se intensifica, se prolonga e interfiere en el bienestar y adaptación del individuo.
- Síndrome o trastorno: además de la tristeza o disforia, se presentan síntomas de anhedonia, pensamientos suicidas y lentitud psicomotora (Figueras, 2006).

Según el DSM IV (1994), los criterios de exclusión e inclusión son:

- Humor deprimido la mayor parte del día o casi todos los días.
- Pérdida del placer o interés por las tareas habituales, pérdida o aumento del apetito o peso sin dietas especiales.

- Insomnio o hipersomnio.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- Pérdida de energía o fatiga.
- Sentimiento de inutilidad, auto reproche, culpas excesivas o inapropiadas.
- Disminución de la capacidad de pensar o de concentración.
- Ideaciones recurrentes sobre la muerte, el suicidio o deseos de estar muerto.

La depresión es un estado de ánimo melancólico acompañado de la imposibilidad de disfrutar placenteramente de las actividades, además de presentar, por lo menos, cuatro síntomas marcados por el DSM IV (1994), durante dos semanas.

Cuando ésta dura de dos a más de 20 semanas se puede convertir en depresión clínica (severa), la cual interviene en la cotidianidad y calidad de vida (Ostrosky, 2001), ya que presenta manifestaciones conductuales, cognitivas y socio ocupacionales (Rojtenberg, 2001), lo cual puede tener consecuencias negativas si no son identificados y tratados a tiempo (Figueras, 2006).

Algunos de los factores de riesgo relacionados a la depresión son:

- a) Edad: la aparición del primer episodio es cada vez más temprano, lo cual incrementa el riesgo de recurrencia y cronicidad.
- b) Sexo: se observa mayor incidencia en mujeres en comparación a hombres.
- c) Experiencias infantiles, antecedentes hereditarios, estrés, eventos traumáticos y algunas enfermedades (Ostrosky, 2001 & Rojtenberg, 2001).

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), la depresión es la cuarta causa de pérdida de la calidad de vida y se prevé que para 2020 ocupe la segunda posición.

1.1.2 Definición de Infancia desde la psicología

Dentro de la psicología existen diversas teorías que dan significado a la niñez, definiéndola como un proceso discontinuo que puede dividirse en varias etapas.

Sigmund Freud y J. Dewey, explicaron el concepto de niñez desde el siglo XVI hasta el siglo XX, definiéndolo como un individuo el cual para alcanzar su capacidad de dominio de sí mismo y conocimiento de la vida debe estar bajo control de los adultos, de la misma manera se entiende que el niño “tiene sus propias reglas de desarrollo y un encanto de curiosidad y exuberancia que no deben sofocarse” (Viguer y Serra, 1998).

Una de las teorías que habla de infancia es la psicoanalítica, la cual surge a finales del siglo XIX y pone de manifiesto que la niñez se divide en etapas y que en cada una de éstas surgen impulsos, necesidades o conflictos, los cuales determinan o influyen en la relación del niño con el ambiente. A su vez, cada una de estas etapas se basa en la anterior y refleja cambios cualitativos en la personalidad del niño (Meece, 2000).

Uno de su principales exponentes de esta teoría es Freud (1856-1939), quien sostiene que existe una sexualidad infantil, en la que los niños están imbuidos en impulsos y complejos psíquicos instintivos que deben superar y perder, además de sublimar sus pasiones instintivas para alcanzar la adultez. (Viguer y Serra, 1998).

Freud menciona que la personalidad se construye a través de tres estructuras:

- a) El ello: el cual está presente desde nuestro nacimiento, funciona bajo el principio del placer y busca la satisfacción inmediata.
- b) El yo: se desarrolla en el primer año de vida, se rige bajo el principio de realidad y busca la manera de lograr su satisfacción de manera aceptable. Entre el ello y el súper yo se da un equilibrio formando el yo.
- c) El super yo: se desarrolla hasta los cinco años de edad y representa los valores interiorizados y transmitidos por los cuidadores (Papalia, Olds y Feldman, 1994).

Asimismo Freud, propone cuatro etapas que se dan en los primeros 5 años de vida, es decir, tienen un periodo crítico, los cuales son:

- 1) Etapa oral: va de los 0 a 12 meses, la principal fuente de placer se basa en chupar y comer.
- 2) Etapa anal: de los 12 a 18 meses, el niño obtiene satisfacción por la retención o expulsión de heces.
- 3) Etapa fálica: ocurre de los tres a los seis años de edad, el menor se identifica o se “enamora” de la madre o el padre; se presenta el complejo de Edipo o Electra.
- 4) Etapa de latencia: Va de los seis años a la pubertad, en esta el niño empieza a buscar sus propios intereses, busca experiencias fuera de la familia, se vuelve competitivo y desarrolla su autoestima (Papalia et al. 1994 & Meece, 2000).

Otra teoría que define la infancia es la teoría del aprendizaje social la cual sostiene que los cambios evolutivos del comportamiento son influenciados por el

ambiente y que los mecanismos fundamentales del desarrollo son los principales del aprendizaje.

Esta teoría reitera la influencia de la sociedad, explica el por qué de las conductas o cómo se aprenden las conductas sociales, por ejemplo, la agresión o la ansiedad, conductas que el niño adquiere por observación denominado como teoría social-cognoscitiva (Meece, 2000).

Albert Bandura (1925), uno de los precursores de esta teoría menciona los factores que se deben presentar para que esto suceda, dichos factores son: la imitación de modelos por parte del niño, el procesamiento y almacenamiento de la información relacionada con las conductas sociales, que pueda prever las consecuencias de ciertas acciones y el control de la conducta personal (Meece, 2000).

En esta se admite la influencia de procesos cognoscitivos sobre el aprendizaje. Sostiene que el niño construye representaciones mentales de su mundo social, por tanto la interacción entre el niño y el ambiente reflejan un determinismo recíproco, es decir, que tanto el ambiente como el niño influyen entre sí. En este caso, se toma al niño como sujeto activo de su propio aprendizaje, ya que el niño elige el modelo a imitar (Papalia et al. 1994 & Meece, 2000).

Tanto la teoría sociocultural como la ecológica hablan acerca de la influencia que tiene el contexto socio-cultural en el desarrollo del niño. Proponen que el niño desempeña un papel activo para el moldeamiento de su desarrollo, y que a medida que madura va a buscar varios contextos físicos y sociales (Meece, 2000).

Por otro lado Lev Vigotsky (1896-1934) propone que el conocimiento no se construye de manera individual, sino entre varios individuos. Esto es porque los

niños están provistos de ciertas funciones elementales (percepción, memoria, atención, y lenguaje) que se transforman en funciones mentales superiores a través de la interacción. También propuso que hablar, pensar, recordar y resolver problemas son procesos que se realizan primero en un plano social entre dos personas. A medida que el niño adquiere más habilidades y conocimientos, el otro participante en la interacción ajusta a su nivel de orientación y ayuda, lo cual permite al niño asumir una responsabilidad creciente en la actividad. Estos intercambios sociales se convierten después en acciones y pensamientos internos con los cuales regula su comportamiento, es decir, que la gente que rodea al niño estructura el ambiente y le ofrece una serie de herramientas, por ejemplo: el lenguaje, símbolos y la escritura para que los interprete (Meece, 2000).

Jean Piaget (1896-1980), psicólogo evolutivo, propone que los niños pasan por cuatro etapas. Cada una de ellas caracterizada por distintas maneras de organizar la información y de interpretar el mundo.

- 1) Sensoriomotora: del nacimiento a los dos años de edad, el niño cambia de responder a través de reflejos por organizar y actuar respecto al ambiente.
- 2) Preoperacional: de los dos a los siete años de edad, se desarrolla un sistema de representaciones y utiliza símbolos.
- 3) Operaciones concretas: de los siete a los doce años de edad, el niño soluciona problemas de manera lógica. Se encuentra en el ser y ahora.
- 4) Operaciones formales: de los doce años en adelante, el menor tiene un pensamiento abstracto y puede pensar en situaciones hipotéticas. (Papalia et al. 1994)

Urie Bronfenbrenner (1917) considera que el desarrollo del niño está integrado a contextos múltiples, como matrioska, en donde el niño se encuentra en el centro

con ciertas características temperamentales, mentales y físicas que van creando el contexto biológico de su desarrollo, mientras que está rodeado del ambiente físico y social inmediato, tales como familia, escuela, amigos o incluso los objetos físicos como la televisión, juguetes, etcétera. Esto, a su vez, se encuentra inmerso en un contexto socioeconómico más amplio, siendo el ciclo externo el contexto cultural, el cual nos dará las creencias valores y costumbres, además de contener los sucesos históricos más trascendentes. Para este teórico existen varios subsistemas que van cambiando a lo largo de su desarrollo, tales como la familia, la escuela, la situación económica entre otros; estos cambios pueden influir en lo que les sucede a los otros, todos estos sistemas convergen entre sí de manera multidireccional e interactiva (Meece, 2000 & Berger y Thompson, 1997).

En conclusión hoy se sabe que los procesos de desarrollo comienzan desde el momento de la concepción y que, aunque este se encuentre regido principalmente por factores genéticos, el ambiente también puede influir. De igual forma, también se recibe la influencia de factores como la alimentación, fármacos, enfermedades de la madres, entre otros (Meece, 2000).

Cabe mencionara que a pesar de los esfuerzos por llegar a una diferencia de niñez, actualmente los medios de comunicación están provocando la extinción de las líneas divisorias entre la niñez y la vida adulta, ya que:

- Los niños prácticamente han desaparecido de los medios de comunicación, sobre todo de la televisión, aunque también en el cine, puesto que, cuando aparecen, representan “adultos miniatura”.
- Los valores y los estilos de los niños y de los adultos han tendido a fusionarse.

- La Industria del vestido ha experimentado importantes cambios, tendiendo a desaparecer lo que anteriormente se conocía como vestuario infantil.
- La desaparición de los juegos infantiles es el síntoma más claro de la fusión entre los valores y estilos infantiles con los adultos.
- La homogeneidad que está ocurriendo con el lenguaje, en el que cada vez existen menos señales diferenciales. (Viguer y Serra, 1998)

1.2 Depresión Infantil

Todas las emociones son adecuadas y le sirven al ser humano para adaptarse. La tristeza proporciona compañía y ayuda por parte de otras personas; sin embargo, la depresión es un trastorno afectivo en la que el niño se siente triste y descontento con su entorno y consigo mismo (Del Barrio, 2007).

Del Barrio (2007b), define la depresión infantil como: “un desajuste en la regulación de la intensidad y duración de la tristeza que se produce por una carencia de algo deseado o amado, esta sensación de pérdida desencadenada por muy diversos motivos, tanto en niños como en el adulto”

Según De la Garza (2007), “en la actualidad se considera que la depresión es un fenómeno multifactorial en el que influyen diversas situaciones que hacen vulnerables al sujeto a padecer dicha enfermedad.”

Ésta se expresa como un conjunto de síntomas en las que el niño presenta baja autoestima, aislamiento social, fatiga, llanto, trastornos del sueño y de alimentación, además de impulsos autodestructivos. En los niños estos signos se manifiestan con irritabilidad, dificultades en el aprendizaje escolar, para enfrentar problemas familiares y/o interactuar con su compañeros (Figueras, 2006).

La depresión infantil se puede presentar por la aparición de un acontecimiento o evento estresante que puede descompensar la conducta, favoreciendo la presencia de pensamientos y sentimientos depresivos en el menor. La reiteración del fracaso puede generar en el menor estilos cognitivos y atribucionales que pueden favorecer la depresión (Polaino, 1988).

Según Spitz (1945), en la depresión infantil se observan tres fases:

- Periodo reactivo: dura aproximadamente tres meses se caracteriza por astenia, irritabilidad excesiva, dependencia del medio, angustia, deficiencia de alimentos, alteraciones en el sueño y reacciones de oposición
- Periodo depresivo: disminuye la movilidad, hay carencia de gestos y expresión facial, aislamiento hostilidad y crisis de llanto.
- Periodo de hospitalismo: se da después de los cinco meses de privación materna, el niño se muestra pasivo, aislado, con inercia, hermetismo, retraso psicomotor y deficiencia en el área intelectual y lingüística (Polaino, 1988).

En términos clínicos, la depresión es usualmente descrita como un grupo de síntomas que envuelven cambios significantes en el comportamiento, pensamiento y acciones. Estos síntomas persisten y tienen como resultado cambios en la personalidad y el rol social; los síntomas persisten y resultan en cambios de la personalidad y en la integración social por lo menos en dos semanas, durante este periodo, los niños lucen infelices y pueden sentirse sin esperanza, inútiles, inservibles y miserables. Estos cambios cognitivos pueden incluir alteraciones en la capacidad de atención y rendimiento escolar, aunado a una posibilidad de vinculación con ideas suicidas (Chrissie y Rogers, 2009)

La sintomatología varía a lo largo de los estadios del desarrollo, los cuales están relacionados con factores intrínsecos del menor, por lo que se considera que la depresión tiene un carácter evolutivo (Figueras, 2006). Que la depresión infantil difiera de la depresión adulta es debido a que la edad no solo es una variable sino que modula y configura el tipo de manifestación (Polaino, 1988).

Actualmente se han creado criterios de diagnóstico clínico especiales para detectar la depresión en niños menores de tres años de edad.

1.2.1. Según el DSM IV TR (2004) los criterios de inclusión y exclusión son:

Los síntomas incluyen:

- Falta de energía
- Insomnio
- Pérdida de peso
- Enfermedad médica inespecífica (dolor, malestar gastrointestinal o vértigo)

Síntomas que enlista el DSM IV TR son:

1. Estado de ánimo depresivo (en niños puede ser irritable)
2. Disminución del interés o la capacidad para el placer en todas las actividades.
3. Pérdida o aumento importante de peso sin haber hecho dieta.
4. Insomnio o Hipersomnia
5. Agitación o inhibición psicomotoras
6. Fatiga o pérdida de energía
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Al menos cinco síntomas deben presentarse durante un periodo de dos semanas, uno de ellos debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida del interés o de la capacidad para el placer.

Según el DSM IV TR para diagnosticar la depresión infantil se deben presentar cuatro de los síntomas que se manejan en el adulto, de igual forma debe presentar anhedonia o irritabilidad.

Además debe estar ausente cualquier síntoma característico de otros síndromes como alucinaciones, alteraciones mentales orgánicas y/o la ingestión de drogas o fármacos (Barrio, 2007b).

En niños jóvenes los síntomas psicósomáticos, como dolores abdominales o de cabeza, pueden ser tan prominentes según el nivel de ansiedad, problemas escolares o fallas en su rendimiento escolar. En los niños mayores la irritabilidad, la ansiedad, la agitación y los problemas sociales se acentúan más (Chrissie y Rogers, 2009)

Weinberg (1973) enunció los siguientes criterios indispensables para poder diagnosticar la depresión infantil:

- Disforia de ideas de auto imprecación, que es la atribución a uno mismo de cualidades o rasgos negativos.
- El menor debe presentar al menos uno de los siguientes síntomas: agresión, problemas de sueño, bajo rendimiento escolar, socialización disminuida, cambio de actitud hacia la escuela, quejas somáticas, falta de energía, cambios en el peso o en la ingesta de comida.
- Los síntomas deben representar un cambio en la conducta del niño.

- Los síntomas deben durar por lo menos un mes.

Otros criterios de diagnóstico son los sociales, en los cuales se exige por lo menos la presencia de uno de estos para poder realizar el diagnóstico de depresión infantil:

a) Problemas en la familia:

- Apego inseguro.
- Baja cohesión o apoyo.
- Maltrato infantil.
- Niveles inadecuados de control familiar.
- Niveles altos de conflicto familiar.
- Dificultades en la regulación de afectos.
- Problemas en los patrones de comunicación.
- Transmisión de cogniciones depresivas.
- Adecuación precaria entre el temperamento y el trato.

b) Relaciones con compañeros, maestros y otros adultos significativos:

- Aislamiento social
- Rechazo
- Baja autoestima´
- Dificultades en la resolución de problemas interpersonales (Barrio, 2007b)

En la actualidad, la depresión desde el punto de vista de la psicopatología del desarrollo sugiere que los síntomas varían según la edad y ésta es resultado de las circunstancias vividas, las experiencias y adaptaciones (Figueras, 2006).

Dentro de la psiquiatría infantil, existe una división y una diferenciación de la depresión en:

- a) Depresión somatogena-. En la cual el paciente o el menor presenta además de la depresión alguna otra enfermedad crónica, degenerativa o hereditaria.
- b) Depresión exógena o psicogena-. Se encuentra vinculada con conflictos neuróticos, problemas de desajuste, conducta desadaptada o deficiencias escolares.
- c) Depresión endógena-. El paciente presenta síntomas borderline, manifiesta rasgos de psicosis infantil, manía o hipomanía (Polaino, 1988).

1.2.2 Tipos de depresión infantil:

Por el tipo de curso (ciclo de duración del periodo depresivo), la depresión infantil se divide en depresión unipolar, cuyo curso es regular, y en depresión bipolar, en donde se presentan síntomas de depresión y manía, los cuales se van alternando con el tiempo; ésta última también es conocida como depresión psicótica y es más frecuente cuando la familia cuenta con la misma historia (Del Barrio, 2007a).

Otra división es por la severidad, en este caso se divide en depresión mayor y trastorno distímico. Por desencadenante, se puede dividir en endógena y exógenas y en agudas y crónicas, las cuales consisten en eventos aislados asociados a factores de estrés psicosociales, mientras que la crónica se caracteriza por episodios recurrentes en un entorno positivo que no presenta acumulación de factores de riesgo (Del Barrio, 2007a).

“La depresión infantil, puede perdurar hasta la edad adulta e incluso evolucionar hacia formas más severas de depresión” (Del Barrio, 2007b).

Actualmente se sabe que las alteraciones infantiles afectan a un 20% de la población entre 0 a 17 años de edad (APA 2003), se estima que entre el 1 y 15% de niños están deprimidos, lo cual varía de acuerdo a la edad, sexo y cultura donde se cuantifique (Del Barrio, 2007b).

1.3 Estudio de la depresión Infantil

Hasta la década de los setentas se creía, generalmente, que la depresión y los desórdenes vistos en adultos eran raros en la niñez. Los síntomas de la depresión eran considerados parte normal de la adolescencia (Chrissie y Rogers, 2009).

El estudio sistemático de la depresión infantil se inició cuando se reconoció la existencia de dicha enfermedad en el cuarto congreso de la Unión Europea de Paidopsiquiatría con sede en Estocolmo 1971, (Del Barrio, 2007a). En estos años se buscó obtener diagnósticos clínicos, psicológicos y posteriormente biológicos; por lo cual la depresión Infantil es un tema recientemente estudiado. Anteriormente no se aceptaba que durante la infancia se pudiera presentar dicho trastorno (Figueras, 2006). Sin embargo, hoy se sabe que el niño se encuentra constantemente lleno de preocupaciones, incluso más que un adulto, ya que su desarrollo cognitivo no le permite dar explicaciones racionales a sus experiencias, además él se preocupa por experiencias reales e imaginarias, lo cual provoca un sentimiento de inseguridad causando emociones negativas (Del Barrio, 2007a & Figueras, 2006).

1.3.1 Biológicas:

Sostiene que la emoción tiene un origen físico, por ello se han realizado estudios de alteraciones neurohormonales, concentraciones de cortisol, tiroxina, melatonina, secreción de la hormona del crecimiento e incluso alteraciones en las estructuras de los ventrículos. (Del Barrio, 2007a)

De la Garza (2007), menciona que el niño puede nacer con una disposición genética hacia la depresión, debido a que sus padres o familiares cercanos la hayan padecido. Con esto, existe la posibilidad de que nazca con una conducta de inhibición social (timidez) que obstruya su desarrollo académico y social, lo cual lo hace más vulnerable a dicha enfermedad. Otra razón puede ser que la madre haya padecido depresión durante el embarazo y no haya recibido tratamiento después del nacimiento del menor, el cual queda expuesto a experiencias de abandono o maltrato.

1.3.2 Psicológica

1.3.2.1 Psicoanálisis

Dentro de esta ciencia existen varios enfoques que explican la depresión infantil, retomando el análisis que hacen de la infancia y como van construyendo estos su personalidad, por ejemplo en la teoría psicoanalítica, específicamente Freud, quien como se mencionó divide la infancia por etapas, en un inicio negó la existencia de la depresión infantil debido a que en esta teoría se definió la depresión como una pérdida del yo, lo cual es resultado de la interacción entre el ego y superyó; pero el ego dentro de esta corriente no está constituido en la infancia, por lo tanto a un menor le sería imposible perder su autoestima (Del Barrio, 2007a); sin embargo, actualmente se sabe que los niños deprimidos tienen la autoestima más baja que aquellos que no presentan esta enfermedad (Figueras, 2006).

La depresión infantil desde este enfoque se describe como la pérdida de la autoestima o pérdida del yo, esta pérdida puede ser la muerte, la separación, el rechazo, etcétera, en el caso del menor, al vivir esta pérdida interioriza sentimientos negativos que, en primera instancia, van dirigidos al objeto perdido y con ello comienza la degeneración de la autoestima, la autocrítica y termina en depresión (Del Barrio, 2007a).

Dentro de esta misma escuela, Melanie Klein fue la primera en hablar de la “ansiedad depresiva” en los niños, concepto que definía como una etapa en el desarrollo evolutivo con una finalidad adaptativa (Figueras, 2006). Con ello, puntualizó que los niños no necesitan que se produzca una pérdida sino que pueden deprimirse por la ausencia de una relación adecuada con la madre en el primer año de vida. (Del Barrio, 2007a)

En esta misma corriente, se realizaron investigaciones que permitieron estudiar los efectos que produce la separación de la madre de manera transitoria o permanente en los infantes. A través de esa investigación observaron lo siguiente:

Spitz (1946), en una prisión en donde los hijos de las internas eran separados de sus madres después de los seis meses de edad y eran trasladados a una guardería en la cual tenían poco contacto humano. Aunque sí se les proporcionaba condiciones médicas y sanitarias óptimas, los niños reflejaban síntomas depresivos y agresión hacia ellos mismos (Figueras, 2006). Además “los niños se volvían llorones, exigentes, tendían a asirse al observador cuando éste tenía contacto con ellos, perdían peso, el índice de desarrollo se detenía, los niños se negaban al contacto visual, yacían postrados, presentaban insomnio, demostraban mayor tendencia a contraer enfermedades, se generalizaba y se acrecentaba el retraso motor, se presenta rigidez facial y aparece el letargo”.

También observó que los daños son irreversibles (Spitz 1965) (Del Barrio, V 2007b). Estas características respondían a un trastorno del estado de ánimo infantil que llamó “depresión anaclítica” (Figueras, 2006).

Estudios posteriores confirmaron estos síntomas y observaron que resultado de esto el infante generaba anomalías en la coordinación visomotora, movimientos espásticos, mayor índice de mortalidad e inexpresión facial (Figueras, 2006).

Por otro lado, Bowlby (1960) describió los estadios o fases de separación, que se presenta cuando el niño ya desarrolló un apego con la madre y son separados entre los seis meses y tres años de edad.

Según Bowlby, las fases de separación son:

- a) Protesta:** el niño se muestra enojado y desea recuperar a su madre a través del llanto, gritos o pataleando.
- b) Deseperanza:** ésta se presenta cuando a pesar de los esfuerzos del menor la madre no vuelve, entonces el niño llora en silencio, su cara se torna triste y se aísla socialmente.
- c) Desvinculación:** si la figura materna sigue sin presentarse, el menor muestra movimientos de defensa, “parece” negar la separación y empieza a relacionarse con nuevos adultos. En esta etapa si la madre aparece, el niño puede llegar a ignorarla, esta fase se caracteriza por una inactividad, lo cual coincide con una explicación desde una perspectiva cognitiva, “indefensión aprendida”, propuesta por Seligman, 1975 (Figueras, 2006 & Del Barrio, 2007a).

Por otro lado Engel (1954), Lehman (1959) y Saúl (1962), ven este mismo fenómeno pero en animales, ya que cuando separan a un animal de la madre, este presenta conductas depresivas en el comportamiento animal (Figueras, 2006).

1.3.2.2 Teoría Psicodinámica

Dentro de la Teoría psicodinámica autores como Sandler y Jofee (1965), describen a la depresión como un estado afectivo psicobiológico, que aparece cuando una persona percibe una pérdida de su bienestar. A partir de ello la psicodinámica explica los estadios del desarrollo y la relación con la depresión (ver tabla 1):

Tabla 1

Estadio del desarrollo	Síntomas depresivos	Causas de la depresión
Niñez	Aislamiento después del llanto y la protesta	Pérdida de estimulación, seguridad y buen soporte con la madre
Infancia temprana	Inhibición, conducta dependiente	Desaprobación por parte de los padres
Infancia media	Tristeza como una respuesta inmediata a la situación	Rechazo de los padres, pérdida de actividades placenteras
Infancia tardía	Depresión con baja autoestima	Incapacidad para conseguir el ideal de los padres, incapacidad para mantener relaciones con estos.

(Bemporad, 1994 en Figueras, 2006).

1.3.2.3 Modelo de aprendizaje Social:

Dentro de este modelo esta el conductismo el cual habla de que la depresión en el niño se produce por que los padres someten al menor a una carencia de refuerzos, ya sea de carácter verbal o físico. Lewinsohn (1974), atribuye a tres factores la depresión de los menores:

- 1) Un déficit de habilidades que no permite hacer frente, con éxito, a la adversidad.
- 2) Una ausencia de refuerzos o aparición de experiencias negativas.
- 3) Un descenso de la capacidad de disfrute o incremento de la sensibilidad a lo negativo. (Del Barrio, 2007a)

Otra teoría dentro de este modelo es el cognitivo conductual, en el que como ya se mencionó Bandura (1977), afirma que las personas que rodean al menor pueden representar el modelo patológico, el cual es copiado por el niño concentrándose en la autoevaluación disfuncional y peyorativa, como es el caso de la depresión infantil (Del Barrio, 2007a).

Debido a que las preocupaciones y los pensamientos negativos en los que consiste una depresión son fenómenos de tipo cognitivo que interaccionan con la ocurrencia de acontecimientos negativos (Del Barrio, 2007a), los niños solo esperan que sucedan eventos adversos y creen que no podrá hacer algo para mejorarlos (Lega, Caballo y Ellis, 1997).

En 1971, Liberman y Raskin dicen que la persona deprimida emite conductas depresivas las cuales son reforzadas por el medio (reforzador secundario), esto sucede porque la persona tiene aptitudes sociales inadecuadas, por otro lado, cuando las conductas no son reforzadas positivamente, según (Fester, 1973 citado en Barraca, 2009), generan depresión.

Beck, Rush, Shaw y Emery (1979), propone que la depresión se centra en tres factores, a lo cual llamo la triada cognitiva, en la cual expone que las personas se deprimen porque ven de manera negativa:

- 1) Su autoevaluación y la falta de mérito, lo cual conduce a la desmoralización, autoineficiencia y desesperanza.
- 2) Su medio ambiente, diciéndose que las “cosas no deberían de ser así”, “nunca podre ser feliz”, “no puedo sopórtalo”, etcétera.
- 3) Su futuro, presentando predicciones negativas e insistencia en condiciones desfavorables.

(Figueras, 2006).

Además, sostiene que un niño deprimido tiene ideas negativas por un proceso de distorsión cognitiva sobre él mismo, el mundo y el futuro. El esquema depresivo tiene dos modalidades básicas: la independiente, caracterizada por altas expectativas, y la social caracterizada por la dependencia de los otros y una gran necesidad de seguridad (Del Barrio, 2007a).

Seligman (1975), comentó que cuando las personas tienen experiencias que perciben como incontrolables tienden a desarrollar depresión, generando indefensión aprendida, la cual ocurre cuando el individuo abandona o deja de realizar una conducta porque cree que ésta no va a influir en su entorno. Selligman (1981), propuso que la depresión puede ser definida por cuatro grupos de déficits motivacionales: cognitivos, afectivos, somáticos y de autoestima (Figueras, 2006).

En 1978 se revisa el concepto de “indefensión aprendida”, en la cual se habla de situaciones incontrolables de manera interna/externa, estable/inestable y global/específica. Se encontró que en niños depresivos los síntomas están

asociados a la percepción de incompetencia y hacen atribuciones mas internas, estables y globales (Figueras, 2006).

Rehm (1977) insistió en el control interno o externo que posee el sujeto de sus actos y que es más o menos deficiente en el caso del deprimido, ya que estos se evalúan por debajo de sus expectativas y no sólo no se administran refuerzos o premios por lo que hacen sino que se autocastigan. La depresión genera desesperanza, que consiste en no desear e incluso temer al futuro, es decir, lo que todavía no tiene la realidad (Del Barrio, 2007a).

1.4 Depresión enmascarada en la infancia:

En 1960 surge el concepto de “depresión enmascarada”, la cual es una mezcla de conducta interiorizada y exteriorizada (Barrio, 2007b). Ésta es un conjunto de síntomas que tienen muy poco en común con las características clínicas de la depresión y esta se puede enmascarar en:

- Problemas de conducta y delincuencia.
- Reacciones psicósomáticas.
- Reacciones fisiológicas (Polaino, 1988).

Algunos niños enmascaran su depresión mediante una autocrítica exagerada, un fracaso escolar, dificultades en el manejo de la agresividad o de irrupciones agresivas (Rodríguez y Ortiz, 2012)

Según la edad:

- a) En los cinco años: apatía, desinterés por el juego, aislamiento, agitación.

- b) De cinco a los 10 años de edad: los anteriores más hipersensibilidad, inseguridad, agresividad, irritabilidad, dificultad de concentración, rabietas, dificultades escolares, fobia escolar, legastenia, fugas, sentimiento de tristeza, desesperanza, pensamientos nihilistas, impulsos suicidad ideas obsesivas.

- c) Mayores de 10 años: apatía, distimias depresivas, sentimientos de vacío, de culpa, de inferioridad, de despersonalización, pensamientos nihilistas, adicciones, conducta delictiva, predisposición a los accidentes, fobias, obsesiones, hipocondría, neurastenia (Polaino, 1988)

1.5 Características y Síntomas de la depresión infantil:

Los signos de la depresión son elementos que acompañan una perturbación y se muestran como conductas observables, es decir, gestos, postura, movimientos lentos, mientras que los síntomas son todos aquellos de características exteriorizadas e interiorizadas que pueden observarse de manera directa o indirecta (Polaino, 1988).

Los síntomas tienen un carácter evolutivo, ya que en edades tempranas muestran más síntomas de carácter exteriorizado y son más frecuentes que las verbales. Hacia los tres años hay mayor presencia de enuresis y quejas somáticas, a partir de los seis años la depresión infantil se asemeja más a la de los adultos, pero asociada a problemas de conducta (Polaino, 1988)

Algunos síntomas se incrementan con la edad como la anhedonia, la desesperanza, el enlentecimiento motor y otros síntomas que descienden como la baja autoestima, quejas somáticas y alucinaciones, mientras algunos se muestran en evolución curvilínea como el suicidio (Polaino, 1988)

Hasta el año de edad la expresión de la depresión infantil se encuentra en la vinculación, el abandono, la maternidad o psicopatología de los padres; se manifiesta por un expresión facial sobria, gimoteos, reducción o evitación del contacto visual, inquietud, lentitud motora, dificultades en la alimentación o pérdida de peso, ansiedad de separación y presencia de trastornos psicofisiológicos (dermatitis, eccema o alergias) (Del Barrio, 2007b).

La segunda etapa va del año a los tres años de edad, presenta los mismos síntomas de la etapa anterior más retrasos psicomotores (caminar, sostenerse de pie y control de esfínteres), retraso cognitivo (pensamiento simbólico), trastornos del sueño (hipersomnio o pesadillas) y del lenguaje (Del Barrio 2007b) (ver tabla 2).

Tabla 2

Áreas	Edad preescolar de 3 a 5 años	Edad escolar de 6 a 12 años
Estado de animo	Irritabilidad, berrinches, conducta destructiva y tristeza	Tristeza
Intereses	Reducción del tiempo de juego con amigos	Aburrimiento
Alimentación	Aprensión, pérdida del apetito, no hay ganancia de peso, pérdida de peso, engullir	
Sueño	Pesadillas, terrores nocturnos, resistencia a irse a dormir e insomnio desmedido	
Motricidad	Reducción de actividad física	Hipomotilidad, agitación

Energía		
Autoestima Preocupaciones sentimientos	Baja autoestima, preocupación por el castigo, por el fracaso	Baja autoestima, autodesprecio, autoagresividad, autocritico y sentimientos de culpa
Déficits cognitivos		Problemas emocionales
Ideación suicida	Autoagresiones, cabezazos, arañazos, tragarse objetos , aquí hay mayor riesgo de que el menor sufra lesiones	Ideas, planes e intentos suicidas.

(Figueras, 2006).

Los síntomas de la depresión, en su mayoría, son de carácter interiorizado por lo que no se pueden ver, lo cual en ocasiones dificulta que los padres se percaten del problema (Del Barrio, 2007b).

De la Garza (2007), refiere que la dificultad para verbalizar durante esta etapa impide ver los síntomas de la depresión por que ésta se manifiesta con síntomas físicos, fóbicos o de ansiedad.

Del Barrio (1990), propone una tabla en la cual enlista los síntomas de la depresión infantil (ver tabla 3):

Tabla 3

<p>Emocionales:</p> <p>Tristeza</p> <p>Pérdida de disfrute</p> <p>Ausencia de desinterés</p> <p>Cambios bruscos de humor</p> <p>Falta de sentido del humor</p> <p>Desesperanza</p> <p>Irritabilidad</p> <p>Llorar excesivamente</p> <p>Ausencia de interés por las cosas</p>	<p>Cognitivos:</p> <p>Falta de concentración</p> <p>Pérdida de memoria</p> <p>Pesimismo</p> <p>Indecisión</p> <p>Sentimientos de culpa</p> <p>Baja autoestima</p> <p>Ideas de suicidio</p> <p>Pensamientos morbosos</p> <p>Descenso de remordimiento</p>
<p>Motores:</p> <p>Inexpresividad</p> <p>Hipoactividad</p> <p>Letargo</p> <p>Enlentecimiento motor</p> <p>Hiperactividad</p>	<p>Sociales:</p> <p>Aislamiento</p> <p>Soledad</p> <p>Retraimiento</p> <p>Incompetencia social</p>
<p>Conductuales:</p> <p>Protestas</p> <p>Riñas</p> <p>Desobediencia</p> <p>berrinche</p> <p>Indisciplina escolar</p> <p>Fugas</p> <p>Delincuencia</p> <p>Droga</p> <p>Piromanía</p>	<p>Psicosomáticos:</p> <p>Enuresis</p> <p>Perdida de energía</p> <p>Sentimientos de fatiga</p> <p>Pérdida de peso</p> <p>Múltiples dolores</p> <p>Pesadillas</p> <p>Cambios en el sueño y apetito.</p>

(Del Barrio, V 2007a).

A diferencia de la depresión en adultos, la depresión infantil presenta síntomas propios, tales como problemas de conducta, enuresis, berrinches y desobediencia entre otros (Del Barrio, V 2007a).

Las características de la depresión en los niños dificultan el diagnóstico y por tanto el que el menor pueda estar en tratamiento, lo cual genera que este pase periodos largos de su vida con alteraciones en el estado de ánimo lo cual pone en riesgo su proceso de desarrollo (De la Garza, 2007).

1.6. FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN INFANTIL

Para la depresión infantil se contemplan varios factores como:

1.6.1 BIOLÓGICOS:

Según los modelos actuales, en la génesis de la depresión participan factores biológicos en los que se incluyen la disfunción del sistema neuroendocrino (aumentan los niveles de cortisol y disminuye la hormona del crecimiento), por una disminución de la actividad de serotonina (neurotransmisor neuronal) y por efecto de la herencia, en el caso de padres depresivos (Rodríguez y Ortiz, 2012).

Se sabe que la herencia es un factor que favorece la presencia de síntomas depresivos, con una mayor densidad en parientes de primer grado que tengan depresión mayor. “También se habla de posibles factores temperamentales programados biológicamente que estarían presentes en el niño y adolescente depresivo: temperamento difícil, inhibición social y afectividad negativa (Garre, Robles y Vicente, 2012)

1.6.2 FACTORES PSICOSOCIALES:

a) La familia

Mientras más pequeño sea el menor más dependerá de su ambiente familiar para cubrir sus necesidades. En edades tempranas la falta de cohesión y frialdad afectiva, exceso de crítica y el control de pérdidas o separaciones, historial con antecedentes psiquiátricos de los padres y experiencias intensas o estresantes son posibles desencadenantes de dicha enfermedad (Garre et al. 2012)

Los niños que presentan un desarrollo depresivo son más propensos a tener una familia con historial de desórdenes depresivos. La depresión de los padres puede impactar directamente en el medio ambiente del niño, estos síntomas pueden transmitir problemas como falta de seguridad u hostilidad. Harrington (1999) discutió la importancia de la influencia directa, los niños con problemas significan un estrés para los padres e incluso puede provocar depresión en ellos al verse como influencia negativa para sus hijos (Chrissie y Rogers, 2009)

Cuando la madre presenta depresión durante el embarazo, al bebé le cuesta más trabajo adaptarse al medio, tiene el doble de riesgo de padecer dicha enfermedad, así como tener altos niveles de ansiedad, se entorpece el vínculo madre e hijo, además de presentar un estado de ánimo triste. Cuando el padre es quien presenta depresión este puede servir como modelo lo cual enseña al niño a pensar de manera depresiva. La familia sobreprotectora es un tipo de conducta más encontrado en niños con depresión (De la Garza, 2007).

b) Escuela:

Debido a que el niño pasa mayor tiempo dentro de este escenario pueden existir o darse aspectos que pueden llegar a ser factores de riesgo para la depresión, por ejemplo un estilo de enseñanza muy estricta, un nivel alto de exigencia y dificultad para relacionarse con iguales (Garre et al. 2012).

c) Contexto social:

“Una baja condición económicas, culturales y educativas pueden afectar negativamente al niño, favoreciendo el desarrollo de expectativas negativas en relación a sus logros y su futuro” (Garre et al. 2012).

Una gran mayoría de personas que presentan experiencia en depresión, han estado en el contexto de una larga estadía familiar y social con problemas o con una clara precipitación al vivir este tipo de eventos (Chrissie y Rogers, 2009).

CAPITULO 2. MODELOS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y TIPOS DE INTERVENCION

2.1 Modelos de evaluación de la depresión infantil

Actualmente se sabe que los niños son una fuente capaz de informar y hablar de sus emociones y, concretamente, de hablar sobre depresión. Por debajo de los siete años los niños aún no cuentan con esta herramienta, por lo que en ellos se usa la observación, realizando entrevistas a los padres o aplicando test pictóricos (Del Barrio, 2007 a).

La depresión infantil puede ser medida a través de tres formas de manifestación, es decir, de manera fisiológica, motora y cognitiva (Del Barrio, 2007 a).

Las técnicas usadas para medir la depresión infantil en niños son las mismas que se usan para los adultos: análisis de orina, saliva y plasma, polisomnografía y farmacología. En estos análisis lo que se busca son diferencias en los niveles de melatonina, cortisol y la hormona del crecimiento entre niños deprimidos y los no deprimidos (Del Barrio, 2007 a).

Con base a la electromía facial se constató que los niños deprimidos tienen menor movilidad facial y por tanto menor expresión, éste enlentecimiento se observa también en otros músculos, un ejemplo de éstas manifestaciones se da en el ritmo cardiaco entre otros (Schwartz, 1978 citado en Del Barrio, 2007 a).

La conducta motora, en un inicio, fue medida por observación durante la entrevista, poniendo especial atención a movimientos corporales, oculares y calidad de voz, ésta medición ha sido mayormente aplicada a niños menores cuyo dominio del lenguaje es bajo. Uno de los instrumentos más usados para esta medición es el AFTEX, el cual mide emociones infantiles y posteriormente se creó

el MAX, en el cual se recopilan datos de movimientos faciales (cejas, ojos, boca) con el fin de identificar diez emociones: alegría, sorpresa, tristeza, ira, disgusto, desprecio, miedo, vergüenza y dolor (Del Barrio, 2007 a).

Para llevar a cabo una evaluación global de esta enfermedad, se debe recabar información del niño, de los padres, profesores y demás cuidadores (Friedberg y Mc Clore, 2005).

Los instrumentos más específicos para medir la depresión infantil en edad preescolar son:

El listado de depresión infantil (Kashani, Ray y Carlson, 1984):

Se aplica a padres, maestros y niños entre cero y seis años de edad, consta de 19 elementos tomados como base para la creación de los siguientes instrumentos: GRASP (Lista General de Síntomas de Trastornos Afectivos en Preescolares), mide irritabilidad, hiperactividad, huida, disforia y anhedonia. El SOT (Técnica de observación estructurada), evalúa cuatro componentes básicos de las emociones: activación, intensidad, orientación y control; aplicable a niños de tres a siete años de edad.

- Hodges y Siegel (1985), dividen las entrevistas y cuestionarios en:
 - a) Escalas de autoevaluación
 - b) Escalas clínicas
 - c) Entrevistas diagnósticas
 - d) Nominación de compañeros
 - e) Escala para padres
 - f) Escala para maestros (Del Barrio, 2007b).

Las primeras entrevistas pueden ser estructuradas, semiestructuradas o abiertas. Los informantes anteriormente eran únicamente los padres y no eran específicas para la depresión (Del Barrio, 2007b).

2.2 Instrumentos de evaluación para la depresión infantil

(Diagnostic Interview for Children and Adolescents)

Entrevista diagnóstica para niños y adolescentes (Diagnostic Interview for Children and Adolescents DICA) (Herjanic, Brown y Wheatt 1975), basada en los criterios de diagnósticos del DSM III.

Es una entrevista dirigida a padres y niños; evalúa el progreso escolar, conducta social, síntomas psiquiátricos y somáticos, consta de dos versiones para niños de seis a doce años de edad y otro para adolescentes (Trujillo, 2004 & Del Barrio, 2007b).

Children`s Depression Inventory (CDI)

Inventario de depresión Infantil realizado por Kovacs Beck (1977).

Consta de 27 reactivos, aplicable a población de 6 a 17 años de edad, aunque la autora considera que puede aplicarse a partir de los 12 años de edad. Es el primer inventario auto-aplicable, cuenta con un formato de respuestas de triple elección (“0”, “1”, “2”), en función del grado de depresión que indique el contenido de las fases que componen cada uno de los ítems donde “0” indica normalidad, “1” implica cierta intensidad de síntomas depresivos pero no causa incapacidad y “2” refleja ya un síntoma depresivo (Del Barrio, 1994). La última edición de la prueba incluye cinco sub-escalas que son:

- a) Humor negativo.
- b) Problemas interpersonales.
- c) Ineficacia.
- d) Anhedonia.
- e) Autoestima negativa y la escala total de depresión.

Incluye la forma abreviada: Short Children`s Depression Inventory (S-CDI), la cual consta de 10 elementos y se usa para ahorrar tiempo en la aplicación (Trujillo, 2004 & Del Barrio, 2007b). “Es el inventario de autoinforme que más se utiliza con los niños y adolescentes deprimidos” (Fristad, Emery y Beck, 1997, citado en Friedberg y Mc Clore, 2005)

Escala de Depresión en los Niños (Children´s Depression Scale CDS) (Tisher y Lang, 1983):

Se aplica a niños de 8 a 16 años de edad, mide la severidad de la depresión y consta de 66 reactivos (Trujillo, 2004). Cada reactivo está escrito en una tarjeta de aplicación, consiste en que el niño introduzca en cinco cajas rotuladas con una escala de uno, desacuerdo, hasta cinco, de acuerdo, dividida en seis sub-escalas: respuesta afectiva, problemas sociales, autoestima, preocupación por la muerte, sentimiento culpabilidad y depresivos y dos escalas con dos sub-escalas positivas que miden animo-alegría (Del Barrio, 2007b).

Cuestionario de Depresión para Niños (Lang y Tisher):

Se diseñó especialmente para niños en 1978 y fue adaptado en 1983 para población mexicana consta de seis sub-escalas:

- a) Respuestas afectivas (RA): sentimiento y estado de humor.
- b) Problemas Sociales (PS): dificultad en las interacciones, aislamiento y soledad.
- c) Autoestima (AE): conceptos, actitudes y sentimientos a uno mismo.
- d) Preocupación por la Muerte/Salud (PM): pensamientos de muerte y enfermedad.
- e) Sentimientos de Culpa (SC): culpabilidad o autoinculpación.
- f) Depresivo varios (DV): características de depresión sin denominador común.
- g) Ánimo de Alegría (AA): diversión y felicidad.
- h) Positivos Varios (PV): características positivas difíciles de agrupar.

Se aplica de manera individual o colectiva a niños de ocho a catorce años de edad; el tiempo de aplicación va de los treinta a cuarenta minutos, contiene 66 reactivos, con una escala de 1 a 5 (Trujillo, 2004)

Escala de la evaluación de la depresión (Barrio, Silvia del, Martorell Conesa Pareja y Navarro 1993)

Se diseño para niños; pero sólo en población española. Basada en otros test de depresión como el CDI, DDS y DSRS-C, incluye una escala de depresión y otra de felicidad, aplica de manera colectiva o individual, consta de 39 reactivos y tiene una duración de 15 a 20 minutos(Trujillo, 2004)

Otros instrumentos son:

Lista de Revisión de adjetivos Depresivos (Depresion adjective Checklist C-DACI) (Sokoloff y Lubin, 1983), la cual contiene 34 adjetivos pertenecientes a la presencia o ausencia de un estado de ánimo depresivo (Trujillo, 2004).

Lista de revisión para la distimia (Dysthymic CheckList DCI) (Fine, Moretti, Haley y Marriage 1984), esta se usa para estimar cada uno de los criterios de distimia en un escala de tres puntos, diseñada para niños de 8 a 17 años de edad (Trujillo, 2004).

El protocolo de entrevista para niños y adolescentes (Diagnostic interview Schedule for children DISC) (Costello, Edelbrock, Dulcán, Kales y Klavic), es una entrevista psicológica dirigida a niños de 6 a 17 años de edad (Trujillo, 2004).

Entrevista para Niños (Interview for Children ISC) (Kovacs 1981), se realiza una entrevista con el niño y los padres por separado, se usa para en niños de 8 a 13 años de edad (Trujillo, 2004)

2.3 Modelos de intervención para la depresión infantil:

Importancia de la cooperación e intervención de los padres

La colaboración y cooperación de los padres es muy importante, ya que entre más pequeño sea el niño es más necesaria la autorización de sus cuidadores, además estos son un moderador en la respuesta terapéutica que tendrá el menor. La presencia de los padres sirve “como apoyo en la educación psicológica de sus hijos dado que estos son el modelo y un factor de cambio de la conducta en la casa” Por último, uno de los factores que contribuye a que se prolongue la depresión es que haya una conducta conflictiva entre los padres o en la relación con el hijo (De la Garza, 2007).

Según De la Garza (2007), “los padres son agentes de cambio en la conducta dentro del hogar y el involucrarlos aumenta el vínculo entre ellos y su hijo”.

Un ambiente familiar inestable, en donde constantemente se critique y haya abusos, producirá en el niño ideas negativas acerca de su vida y del mundo que lo rodea (De la Garza, 2007).

2.3.1 Tipos de intervención:

La evaluación de la DI se realiza con una entrevista a los padres, para posteriormente intervenir de manera grupal y/o individual, completándola con la aplicación de pruebas necesarias. El tratamiento es individualizado y se adapta a cada fase del desarrollo del niño. Las técnicas que se emplean son:

- a) Terapia psicológica.
- b) Tratamiento farmacológico.

c) Tratamiento combinado.

(Trujillo, 2004 & Rodríguez y Ortiz, 2012)

Debido a que los menores poseen una menor capacidad de introspección, por lo que no se tiene vivencia de estar deprimido por lo tanto no pueden expresarlo de la misma manera que un adulto (Del Barrio, 2007a).

Los niños tienen un menor desarrollo intelectual lo que puede llevar a este a expresar sus síntomas con otra serie de palabras, “en el caso de los menores de 8 o 9 años de edad los cuales están en una fase operativa, según Piaget manifiestan su sufrimiento de modo concreto casi alexitímico o en el plano conductual los padres lo describen como lentos, no juega se la pasa parado” (Del Barrio, 2007a).

Hay una menor influencia en su entorno a diferencia del adulto, ya que en momentos el menor puede verse alegre o activo (Garre, et al. 2012)

La intervención sobre el niño, buscará reducir aquellos factores de riesgo existentes (auto concepto bajo previo a la depresión, déficit en habilidades sociales, sentimientos de indefensión, inseguridad), ya sea de modo individual o grupal, lúdico o no, dependiendo de la edad del niño (Garre, et al. 2012). Ésta inicia con una entrevista a padres o tutores, en la cual se proporcionan datos sobre la vida del niño (antecedentes personales, familiares y síntomas), luego se complementa con pruebas psicométricas y posteriormente con una intervención individual o grupal con el menor, esto permite adecuar el tratamiento y dar orientación a los padres (Rodríguez y Ortiz, 2012).

Según Rodríguez y Ortiz, 2012, el tratamiento de la depresión infantil se da de manera individual se debe adaptar a la fase de desarrollo en la que esté el niño,

tomado en cuenta el funcionamiento cognitivo, maduración social y la capacidad de atención. Se busca involucrar a los padres de manera activa y se realizan intervenciones en el entorno familiar, social y escolar del niño, esto se puede realizar desde diversos enfoques como:

2.3.2 Tratamiento Farmacológico

Éste debe presentarse por un psiquiatra, se usan medicamentos prescritos por el mismo, los antidepresivos más utilizados son Tricíclicos e Inhibidores Selectivos de Recapturación de la Serotonina (ISRS) (Rodríguez y Ortiz, 2012 & Garre, et al. 2012).

Según De la Garza, 2007, el uso de antidepresivos debe prescribirse ante presencia de depresiones moderadas, severas, recurrentes o cuando hay historia de depresión familiar en tres generaciones, cuando el paciente no responde tratamientos psicoterapéuticos o cambios conductuales y ambientales o técnicas de apoyo emocional.

Actualmente existe una gran controversia en relación a la eficacia y los posibles riesgos de su uso, (por lo que se recomienda acompañarla de un tratamiento psicoterapéutico junto con padres y el menor y trabajando en conjunto con el psicológico, psiquiatra o trabajadores sociales (Garre, et al. 2012).

2.3.3 Tratamiento Combinado:

“Este tipo de tratamiento consiste en la combinación de terapias farmacológicas, varios tipos de psicoterapia (individual, familiar, grupo), y diferentes programas conductuales y psicopedagógicos” (Rodríguez y Ortiz, 2012).

El tratamiento psicológico que ha sido utilizado para la ayuda de la depresión infantil incluye terapia de autoayuda, terapia familiar y de grupo, basada en diferentes modelos teóricos (Chrissie y Rogers, 2009).

2.3.4 Psicoterapia:

Enfocada al tratamiento de la depresión infantil, ya que ayuda al niño a entenderse a sí mismo, identificar sentimientos inapropiados, mejorar su autoestima, cambiar patrones de desadaptación en la conducta, interactuar de manera eficaz con otros y superar conflictos pasados y futuros. (Rodríguez y Ortiz, 2012).

2.3.5 Terapia Familiar:

La participación de la familia es importante, ya que ésta funge como factor para la presencia de la depresión, por lo que en algunas ocasiones se trabaja con los padres dándoles orientaciones psicoeducativas o con terapia familiar (Garre, et al. 2012).

“Es una terapia de grupo, en la que los miembros de la familia reciben ayuda para mejorar sus relaciones entre ellos”. (Rodríguez y Ortiz, 2012)

Según la Academia Americana de Psiquiatría del Niño y Adolescente, la integración o combinación de técnicas variables, procedentes de terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal, psicoterapia dinámica y otras psicoterapias, pueden ser beneficiosas para el paciente (Garre, et al. 2012)

Los problemas de prevención van enfocados a la familia.

El control de emociones es un buen predictor para el equilibrio y la resistencia, se ha comprobado que a los niños que se les enseña a controlar la ira y la tristeza

corren menos riesgo de desarrollar algún trastorno afectivo conductual (Del Barrio, 2007 b).

La OMS desde la Oficina Europea de Salud Mental, insiste en el valor preventivo de ayudar a mejorar la calidad de la función de ser padres (parentalidad) y de favorecer el potencial de desarrollo del bebé en los cinco primeros años de vida (Garre, et al. 2012).

La terapia de la depresión es una actividad que se centra en la emoción puesto que en realidad es un desajuste emocional (Plutchick, 2000 citado en Del Barrio, 2007b).

La terapia de la depresión infantil es similar a la del adulto; sin embargo, hay una serie de diferencias que deben tenerse en cuenta y están ligadas directa o indirectamente a la madurez infantil (Del Barrio, 2007b).

Según De la Garza, 2007, “la realidad está construida por nuestros pensamientos y la forma como interpretamos lo que nos pasa. Aquello que pensamos de la vida determina lo que sentimos y por tanto lo que vamos a hacer”

2.3.6 Terapia Cognitiva- Conductual:

Es una terapia estructurada, cuyo objetivo es que el menor haga cambios en el pensamiento y las percepciones para que los niños aprendan a cambiar su conducta de manera activa en el tratamiento. Este modelo se fundamenta en la influencia recíproca entre cognición emoción, conducta y fisiología. (Connor, 1997)

Los niños que han sido tratados con esta terapia, son capaces de identificar sus patrones negativos de pensamientos, lo cual hace que estos sean capaces de

cambiar sus pensamientos y poder trabajar con su enfermedad (Silberman y Aguado, 2005)

Esta terapia está dirigida a modificar las “distorsiones cognitivas” en niños deprimidos, favorece el autocontrol y el logro de objetivos, ayuda a solucionar problemas cambiando pensamientos y creencias dañinas las cuales afectan sentimientos y el comportamiento, basado en que las experiencias negativas provocan en el menor un esquema negativo (Rodríguez y Ortiz, 2012 & Chrissie y Rogers, 2009)

Desde este modelo, cognitivo conductual, se implica a los padres para la solución de la depresión infantil, ésta indica que la manera en cómo se piensa es importante para el desarrollo de la depresión (Silberman y Aguado, 2005). Estos pensamientos negativos conducen a una baja autoestima, los cuales pueden ser provocados por duelos, separaciones o pérdida de alguna relación cercana y llegar a desencadenar a episodios de depresión: “Como el humor es más depresivo los pensamientos siguen la misma línea causando una espiral negativa que incrementa la depresión” (Chrissie y Rogers, 2009). Según Ellis, Beck y Burns, citados en Silberman y Aguado (2005), enfatizan en el hecho de que los sentimientos pueden controlarse ya que cada una de las personas es capaz de sobrellevar y propiciar sus pensamientos.

El enfoque cognitivo conductual va dirigido a:

- Identificar el origen de la depresión.
- Dar información sobre el tema.
- Realiza un autoexamen para conocer que conceptos son erróneos sobre sí mismos, el ambiente y para el futuro.
- Se desensibiliza, explica, interpreta y confronta pensamientos negativos.

- Se sugiere las alternativas de pensamiento y comportamiento.
- Se hace un modelo de conductas que son verificadas por el terapeuta el cual constata que el paciente las lleve a cabo. (Mata, 2002)

Existen investigaciones que demuestran que los niños diagnosticados con depresión pueden usar de manera efectiva las técnicas cognitivas con el fin de identificar sus patrones de pensamiento logrando un cambio en el pensamiento y con ello poder enfrentar su enfermedad (Silberman y Aguado, 2005), puesto que la depresión es consecuencia del aprendizaje social, del reforzamiento negativo y del castigo, los cuales conducen a la desesperanza aprendida, lo cual se generaliza hacia los procesos y ocios del individuo (sensación, percepción, memoria, cognición, abstracción y pensamiento lógico) y produce una falta de control de recompensas ambientales, malas decisiones y malas relaciones interpersonales (Hidalgo 1998 citado en Mata, 2002 & Friedberg y Mc Clore, 2005).

La terapia cognitiva tiene como objetivo elaborar técnicas para que el menor preste mayor atención a los “acontecimientos favorables y se muestre menos perfeccionista, exigente con sus logros, adecuándose a expectativas y rendimientos realistas” (Rodríguez y Ortiz, 2012) con la finalidad de aumentar su asertividad.

Del Barrio (1994), en un estudio que realizó con 1286 niños, encontró que la depresión y la autoestima están relacionadas de manera negativa ya que a mayor depresión menor autoestima, “encontró además que los niños con niveles más altos de sintomatología depresiva presentan niveles más bajos de autoestima, superioridad, popularidad y niveles más altos de ansiedad y aislamiento”.

De la Garza, (2007), menciona que “magnificar los eventos o interpretarlos como algo atroz hace que si algo sale mal se generalizara” y lleva a pensar a la gente “mi vida no sirve”, a tener una autovaloración negativa y las experiencias

positivas tienden a ser ignoradas y no vistas, lo cual genera pensamientos irracionales que, a su vez, provoca que el sujeto menosprecie y visualice el futuro de manera negativa.

Por ello, la terapia cognitivo conductual ayuda a reconocer los pensamientos negativos y relacionarlos con sus sentimientos y conductas. Así, si estos identifican los pensamientos, se pueden cambiar a positivos y adaptativos con el fin de propiciar sentimientos positivos y adaptativos (Silberman y Aguado, 2005). Una de las técnicas para cambiar estos pensamientos es a través de reforzamiento positivo, por ejemplo la aprobación (Connor, 1997).

Las personas con depresión desarrollan esquemas cognitivos o distorsiones que se activan bajo situaciones de estrés, dando lugar a la triada cognitiva propuesta por Beck, 1983, citado en Silberman y Aguado, 2005 & Figueras, 2006, en la cual explica que:

1. El niño se percibe así mismo de manera negativa sintiéndose inútil o inadecuado.
2. El niño interpreta su interacción con su mundo y el ambiente de manera negativa.
3. Ve su futuro de manera negativa.

“Estos esquemas dan lugar a creencias y actitudes negativas que conllevan los llamados errores cognitivos asociados a la depresión: inferencias arbitrarias, abstracción selectiva, generalización excesiva, magnificación, minimización, personalización y pensamiento absolutista y dicotómico” (Figueras, 2006)

En los niños se considera que perciben una falta de control sobre sucesos que pasan en su ambiente; los síntomas están asociados con la percepción de

incompetencia, lo cual se le denomina estilo atribucional, en el cual el niño deprimido a diferencia de uno no deprimido hace atribuciones más internas, estables y globales para los errores y más externas inestables y específicas (Figueras, 2006).

Puesto que en la depresión infantil los niños estos generalizan los acontecimientos negativos y predecir resultados negativos, sin importar que el resultado sea diferente, La interpretación negativa de la conducta de los demás hacia el menor del entorno o de sus experiencias reforzarán una baja autoestima; mientras que los acontecimientos negativos se olvidan de manera rápida o no les da importancia a diferencia de las experiencias negativas, las cuales recordará por un largo tiempo como prueba de sus defectos (Friedberg y Mc Clore, 2005).

En resumen la terapia cognitiva se sirve tiene como objetivo delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en enseñar a la persona lo siguiente:

- 1.-Controlar los pensamientos o cogniciones negativos
- 2.-Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta
- 3.-Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados
- 4.-Sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas
- 5.-Aprender a identificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias (Velázquez, 2012).

El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar la depresión los cuales son: (1) la triada cognitiva, (2) los esquemas y (3) los errores cognitivos (Velázquez, 2012).

La triada cognitiva

La triada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos que se identifican en los pacientes deprimidos estos son: visión negativa acerca de sí mismo, del mundo y del futuro. (Velázquez, 2012).

Esquemas cognitivos

Estos se dan cuando una persona reacciona de modo consistente a estímulos similares en diferentes situaciones, por lo cual el niño puede experimentar una situación y respuesta cognitiva de manera negativa a situaciones similares (Silberman y Aguado, 2005).

Los esquemas cognitivos interactúan con eventos negativos lo cual provoca que la depresión prevalezca (Silberman y Aguado, 2005).

Errores cognitivos

Éstas llevan a los niños a pensamientos irrealistas y sentimientos negativos, como:

- Pensamiento del todo o nada: en el cual los niños experimentan algún suceso de sus vidas en el que nada le sale bien, causa que lo se desalienta, ya que exige que todo en los que se dispone a realizar tiene que ser perfecto (Silberman y Aguado, 2005).
- La sobregeneralización: cuando al menor le sucede algún evento en la vida y cree que todas las situaciones que son similares lo van a llevar a las mismas consecuencias negativas y ocasionalmente el niño evitar tales circunstancias.

- Filtraje: se activa cuando el niño solo ve lo negativo de una situación descartando lo positivo, esto se ve cuando un menor minimiza un cumplido (Silberman y Aguado, 2005).
- Estilo atribucional: cuando la persona atribuye una posible consecuencia negativa a un evento, es decir, a un evento le atribuyen una causa global y estable, lo cual genera que se vea al yo debilitado y a la desesperanza. Sólo ve lo negativo de una situación descartando lo positivo, esto se ve cuando un menor minimiza un cumplido (Silberman y Aguado, 2005).

De la Garza (2007), menciona que hay evidencia de que la terapia cognitiva es más efectiva a largo plazo que tratada únicamente con antidepresivos.

CAPITULO 3. TALLER PARA PADRES

Se diseñó un taller para padres, para que éstos puedan identificar y conocer la depresión infantil, debido a que esta es una enfermedad que cada vez se presenta con mayor frecuencia y se ha observado puede perdurar hasta la edad adulta si no se trata en la infancia.

Debido a que la depresión infantil es una enfermedad que afecta a nivel social, emocional y escolar, causando una distorsión y pensamientos negativos del niño hacia su entorno, por lo que es importante modificar dichos pensamientos; el taller tiene un enfoque cognitivo conductual, ya que la bibliografía indica que esta ha dado resultados favorables y perdurables en el tratamiento de dicha enfermedad ayudando al menor a identificar y cambiar de manera activa sus pensamientos negativos.

El taller va dirigido a padres debido a que la familia es la encargada principal de mantener satisfactoriamente el equilibrio de sus miembros en los niveles sociales, biológicos y psicológicos. La familia es el entorno más inmediato del niño, el apego ante madre e hijo, es el vehículo de una adecuada integración social y personal del niño. Más tarde se vuelven indispensables para el normal desarrollo del niño, las buenas relaciones con los padres. La posición que se ocupa entre los hermanos tiene una fuerte influencia sobre la depresión. Los padres deben prestar especial atención a la construcción de una adecuada autoestima y auto eficacia en el niño, así como incentivar en ellos la capacidad de afrontamiento y el manejo de adecuado de la frustración (Rodríguez y Ortiz, 2012).

3.1 OBJETIVO GENERAL

Hacer llegar a los padres información básica y necesaria para conocer la depresión infantil; asimismo, por medio del taller dar herramientas útiles para que éstos puedan intervenir de manera oportuna y activa en la depresión infantil, además de poder identificar y reconocer sus síntomas.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-Proporcionar herramientas a padres de familia con niños que presentan depresión para estos a su vez ayuden a sus hijos.

- Que el padre sea capaz de identificar si su hijo tiene depresión infantil
- Que este pueda Identificar síntomas y factores desencadenantes de la depresión
- -Aprender a identificar pensamientos negativos que afecten su desarrollo emocional
- Fomentar y cambiar pensamientos y atributos negativos a pensamientos positivos

-Que el padre sepa la importancia de apoyar y participar de manera activa en el tratamiento para la depresión infantil.

3.3 CONTENIDO

Lugar:

El taller se debe impartir en un espacio suficientemente grande para quince personas, el cual cuente con asientos y de ser posible el lugar de estar libre de ruidos y distractores.

El lugar debe contar con un pizarrón o en su defecto un espacio donde se puedan colocar los rotafolios que se emplearan durante el desarrollo de la sesión.

Duración aproximada:

El taller se debe impartir en mínimo seis sesiones máximo ocho, cada una de estas se llevara a cabo un día de la semana (lunes a viernes o días salteados) con una duración aproximada de una hora a hora y media.

Número de participantes:

Se sugiere un mínimo de 10 padres de familia ó máximo 20 para poder resolver y atender cada una de sus dudas y dos personas ó instructores a cargo de impartir el taller.

El material:

Se recomienda llevar impreso, en acetato o presentación de power point cada una de las láminas, es decir que este ya esté listo antes de iniciar las sesiones.

Temas:

Sesión 1 ¿Que es la depresión? Características y síntomas

1.1 Definición

1.2 Características

1.3 Síntomas

Sesión 2 Aprendiendo a identificar pensamientos irracionales. Distorsiones cognitivas

2.1 Entendiendo el término pensamiento irracional

2.2. Pensamientos irracionales más comunes en la depresión infantil

2.3 Identificar pensamientos irracionales en el menor

Sesión 3 Segunda parte Aprendiendo a identificar pensamientos irracionales.
Distorsiones cognitivas

3.1 Definición teórica de pensamiento irracional

3.2 ¿Cómo cambiar los pensamientos irracionales por pensamientos positivos?

3.3 Generando autoinstrucciones positivas

Sesión 4 ¿Cómo ayudo a mi hijo a no generalizar sus pensamientos negativos?. Distorsiones cognitivas

4.1 Definición

4.2 Aprendiendo a reconocer habilidades en mi hijo

4.3 Estrategias para ayudar a que mi hijo reconozca sus cualidades

4.4 Estrategias para reforzar las cualidades de mi hijo

Sesión 5 Detectando Conductas de riesgo

5.1 Definición

5.2 como ayudo a eliminar factores o conductas de riesgo

Sesión 6 ¿Que aprendí?

6.1 Cierre del taller

6.2 recordar la importancia de la intervención periódica y constante de los padres dentro de la depresión infantil

6.3 Reforzar y reconocer el apoyo de cada uno de los padres (constancia)

3.4 Fichas descriptivas

<p>Sesión 1 ¿Que es la depresión? Características y síntomas</p> <p>Objetivo: Identificar a los miembros del taller. Que el padre obtenga un conocimiento básico referente a en que consiste la depresión infantil y sea capaz de identificar algunas síntomas de esta.</p> <p>Duración: 1 hora</p>		
Actividad	Descripción	Material
Introducción al taller	Entrega de folleto a la entrada	Folleto
	<p>Se entrega una ficha bibliográfica a cada padre para anotar su nombre</p> <p>Se da la bienvenida al taller, con la presentación de los instructores.</p> <p>Se pide a cada padre se presente diciendo su nombre y lo que espera del taller</p>	<p>Plumones</p> <p>Fichas bibliográficas</p> <p>Seguros diurex</p>
Definición	Se leerán las reglas que deben cumplir los padres durante el taller, en las cuales se resaltara el compromiso para asistir, llegar a tiempo y realizar las actividades y tareas que se les pida.	Lamina con reglas escritas (ver anexo1)

<p>Características y Síntomas</p>	<p>Pedir a los padres formen parejas para llegar a una construcción de depresión infantil.</p> <p>Una vez construida, se pedirá a los padres lean su trabajo y se dará una definición sobre la depresión infantil.</p> <p>Se hará una lista y ejemplificación de las principales características y síntomas</p>	<p>Lamina con definición, y ejemplificación de las principales características y síntomas (ver anexo 2).</p> <p>Tabla con ejemplos de conductas o síntomas de la depresión (ver anexo 3).</p>
<p>Tarea</p>	<p>Se pide al padre que realice una bitácora en la cual debe anotar que síntomas de depresión observa en sus hijos.</p>	<p>Lamina con sugerencia de cómo realizar la bitácora (ver anexo 4).</p>

Sesión 2 Aprendiendo a identificar pensamientos negativos

Objetivo. Que el padre identifique los pensamientos negativos que el menor verbaliza, para poder modificarlos a pensamientos positivos. El padre aprenderá que existe una relación entre el pensamiento y el estado de emocional del menor.

Duración: De una a una hora y media

Actividad	Descripción	Material
Revisión de tarea	Se leerán algunas de las conductas o síntomas de la depresión infantil, que observaron y anotaron los padres en la bitácora, con el fin de reforzar el aprendizaje.	
Definición	Se mostrara una lamina con ejemplos de pensamientos negativos, se pedirá que la lean y que posteriormente formen dos equipos y se les dará a los padres una hoja en blanco, la cual van a dividir en dos partes, en una de ellas deben anotar que entienden por pensamientos negativos y cuales han escuchado que sus hijos mencionan.	Lamina con ejemplos de pensamiento negativo (ver anexo 5). Hojas, lápices de colores
Ejemplificación de como cambiar estos pensamientos	Se pedirá a los padres leer en voz alta los pensamientos negativos que han escuchado en sus hijos.	

<p>Tarea</p>	<p>Pedir a los padres que opinen sobre cómo podemos intervenir y dar estrategias para modificar estos pensamientos (crear un debate)</p> <p>En base a lo visto durante el taller el padre identificará 10 pensamientos negativos recurrentes y tratará de modificarlos, anotará que observó en la conducta de su hijo.</p>	<p>Lamina con tips de como modificarlo (ver anexo 5)</p>
--------------	--	--

Sesión 3. Segunda parte, Aprendiendo a identificar pensamientos negativos

Objetivo. Que el padre identifique los pensamientos negativos que el menor verbaliza, para poder modificarlos a pensamientos positivos. El padre aprenderá que existe una relación entre el pensamiento y el estado de emocional del menor.

Duración: De una a una hora y media

Actividad	Descripción	Material
Revisión de tarea	Se pedirá al padre que pensamientos negativos detecto en el menor y como trato de modificarlo	
Definición	Se dará una definición breve y teórica de que es un pensamiento negativo, para que el padre logre identificar el concepto.	Presentación de power point con definición breve (ver anexo 5)
Ejemplificación de como cambiar estos pensamientos	Se dividirá al grupo en dos a uno de ellos el ponente les dará fichas bibliográficas las cuales contendrán ejemplos de pensamientos negativos y se les pedirá que busquen en el otro equipo la ficha que contenga la ejemplificación de cómo cambiar ese pensamiento a uno positivo.	

	<p>Una vez que los padres encuentren su par se leerán en voz alta, así como la lamina que contiene tips para modificar la conducta</p>	<p>Lámina con propuestas basadas en el modelo congnitivo-conductal para modificar estos pensamientos (ver anexo 6).</p>
<p>Construyendo una lista de instrucciones positivas</p>	<p>Se pedirá que en base a lo aprendido de manera individual los padres escriban una lista con 10 pensamientos positivos los cuales deberán leerle al menor y colocarla en un lugar visible de tal manera que cada que el menor se sienta triste pueda acudir a esta lista y leerla</p>	<p>Fichas bibliográfica (previamente impresas)</p>
<p>Tarea</p>	<p>Explicar a su hijo la función de la lámina con los 10 pensamientos positivos y como se usará.</p>	<p>Lamina generando auto instrucciones positivas (ver anexo 6)</p>

Sesión 4 Aprendiendo que es Distorsión Cognitiva

Objetivo: que el padre identifique actividades específicas que el niño generaliza y percibe como actividades que no podrá realizar correctamente. Reforzara su autoestima por medio de reforzadores verbales positivos (ejemplo celebrar pequeños avances, en tareas que se le dificultan). El padre va a ayudar al menor a reconocer sus cualidades personales. Ayudar a que el menor comprenda que no todo lo que ocurre es su responsabilidad

Duración: 1 30 min hora

Actividad	Descripción	Material
Revisión de bitácora	Se pedirá a los padres que recuerden y hablen actividades perciben que disfrutan al niño o lo desalienten por que este cree que nunca podrá hacerlo bien.	
Definición		
Ejemplificación	Se pedirá al padres que enlisten actividades que hayan observado se le dificulten al menor.	
	Por medio de una lluvia de ideas se pedirá a los padres den opciones de cómo pueden ayudar al menor a concluir esas tareas	
Tarea	Se dará al padre una hoja y lápices de colores para que escriban que virtudes o	Lamina con tips: "como generar

	<p>cualidades perciben en el menor.</p> <p>El padre llegara casa le mostrara y le hará saber al menor las virtudes que este escribió.</p> <p>La lista la pegara en un lugar visible a una altura donde el niño pueda verlas y leerlas continuamente.</p> <p>El padre debe trabajar con el menor una de las cinco actividades en las que no es bueno el menor, lo ayudara y alentara para realizarla y concluirla.</p> <p>Anotar en la bitácora observaciones y avances, si este los presenta.</p>	<p>confianza” (ver anexo 7)</p> <p>Hojas de papel y plumones de colores</p>
--	---	---

Sesión 5 Detectando conductas de riesgo		
Palabras clave:		
Objetivo: Identificar conductas que pueden favorecer la depresión infantil, para tratar de evitarlas.		
Duración: 1 hora		
Actividad	Descripción	Material
Revisión de Tarea	El padre debe expresar como se sintió realizando la tarea y que observó en el menor al realizar una tarea “difícil” juntos.	
Exposición	Conductas que con mayor frecuencia pueden hacer que la depresión infantil prevalezca	Lamina o presentación de Power Point donde se ejemplifiquen conductas de riesgo (ver anexo 8)
Alternativas/como combatir estas conductas	Mediante una lluvia de ideas enlistar las actividades que pueden realizarse para evitar estas conductas.	Tips de cómo evitar estas conductas: -Enseñando a mi hijo a describir sus emociones (ver anexo 9)

<p>Tarea</p>	<p>Aunque no se lleve de manera inmediata se debe sugerir al padre que invite algún compañero de clase a jugar con el menor y asistir a lugares donde pueda socializar con otros menores.</p> <p>Pedir al padre que ahora que sabe que factores favorecen la depresión infantil (muerte, separación, pérdida, etcétera), apoyar y escuchar al menor y trabajar lo aprendido en el taller.</p> <p>Anotar cambios que observó en el menor</p>	
--------------	---	--

Sesión 6

¿Que aprendí?

Palabras clave:

Objetivo: Que el padre se de cuenta de la importancia que tiene su ayuda, intervención, trabajo y constancia en conjunto para la recuperación del niño. Explicar que los padres son moduladores de conducta por lo tanto es esencial su interés y participación con el menor.

Duración: 1 hora

Actividad	Descripción	Material
Revisión de bitácora Escuchar lo aprendido	Pedir a los padres que expresen o bien realizar un cuestionario en el cual puedan mencionar: Que aprendieron del taller: -Cambios observables en sus hijos, -Que aprendieron -Cual fue la tarea mas difícil y porque En cuanto al taller: -Que modificarían -si les gusto el taller -El tiempo de duración -Opinión del material	Cuestionario (ver anexo 10)

Cierre del taller	Enfatizar la importancia que tiene la intervención y trabajo constante de los padres con el menor	Constancias (Anexo 11)
Entrega de constancias	Se entregaran unas constancias simbólicas por la participación de los padres al taller.	

Conclusiones

Alcances

Se pretende que por medio de este trabajo el padre logre identificar síntomas de la depresión, factores que la desencadenan, la importancia que tiene el pensamiento y el estado emocional del menor y como su apoyo para modificar estos pensamientos y acompañar al menor dentro de un tratamiento tendrán un impacto positivo.

Debido a que la depresión infantil es una enfermedad que genera múltiples problemas en el menor (a nivel social, emocional, educativo), es importante su estudio y conocimiento sobre el tema.

La depresión infantil en muchos casos es una enfermedad de la cual el padre o cuidadores no se percatan que este la presenta e incluso pueden llegar a confundirla, por ello es vital que las personas más cercanas al menor estén pendientes y conozcan del tema, para su oportuna intervención.

Según la Organización Mundial de la Salud, aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo no reciben esos tratamientos, por falta de recursos o una evaluación clínica inexacta, por ello es importante que los padres de familia conozcan en torno al tema ya que según Shafer y Waslick (2003), especialistas de la salud refieren que los niños que presentan dolores de cabeza, fatiga o problemas gastrointestinales, son llevados a ellos y muchas veces estos son síntomas a causa de la depresión infantil.

El en trabajo se habla de los diferentes tipos de intervención y enfoques en torno a la depresión infantil ya que esto nos dará mayor posibilidades de elegir la más adecuada.

El taller tiene un fundamento cognitivo conductual debido a que este enfoque ha dado resultados favorables en manejo de la depresión infantil.

El presente trabajo da una propuesta de intervención por medio de un taller a padres para que estos mediante los ejercicios observen cambios en la conducta del menor y se den cuenta de la importancia que tiene el que ellos apoyen durante el tratamiento de la depresión.

El presente trabajo es solo una propuesta de toda una gama de herramientas que nos proporciona la terapia cognitivo conductual para poder modificar el pensamiento del niño que presenta depresión infantil y así poder ofrecer una mejor calidad de vida a los menores.

El taller va dirigido a los padres, por ser las personas más cercanas a los niños o bien puede enfocarse en los principales cuidadores para que estos puedan entender que pasa con los menores y buscar ayuda en caso de requerirla.

Las actividades propuestas no solo ayudan a entender e intervenir en la depresión infantil, también favorece el tipo de relación que el padre tiene con el menor, ya que se mostrara paciente, lo escuchara y tendrá que implementar nuevas tareas con el niño, es decir le dedicará más tiempo.

Aunque la depresión infantil tiene poco de haberse estudiado y separado de la depresión en adultos, existe una vasta bibliografía que nos habla de ella, en este estudio se abordaron algunos de los autores que han trabajado con el tema.

Limitaciones

La depresión infantil, es una enfermedad que como se menciona en el texto se puede dar de manera enmascarada, lo cual no permite a los padres darse cuenta de que se trata de dicha enfermedad.

Debido a que el taller conlleva un cambio en la conducta en los padres, es difícil que estos estén dispuestos a reconocer y cambiar conductas que favorecen la depresión infantil, dentro de su entorno familiar, así mismo, es difícil que estos puedan asistir a las sesiones debido a sus horarios de trabajo u otras actividades.

El taller solo podrá darse en grupos reducidos, para que se de una mejor atención y se pueda resolver cada una de las inquietudes y dudas que surjan en torno al tema.

El taller solo podrá llevarse a cabo por personas que tengan conocimientos del tema de la depresión infantil y el enfoque bajo el cual se maneja, para que puedan explicar y proponer alternativas de aplicación y adecuarlas respecto al grupo con el que se pretenda trabajar.

Para que el taller logre su objetivo debe darse un compromiso mutuo tanto del expositor como del padre, el cual debe estar consciente de que el trabajo no solo se realizara en el taller si no también fuera de este.

Este trabajo tiene como finalidad dar los conocimientos de que es la depresión infantil y propone un taller para que los padres tengan información necesaria para poder detectar e intervenir en la depresión infantil; sin embargo, cuando esta se encuentra en una fase aguda o el padre observa que no hay una evolución en la enfermedad debe acudir a un especialista.

Existen diversos enfoques y herramientas que se usan para la intervención y medición de la depresión infantil; sin embargo, en el presente trabajo se propone un taller bajo un enfoque cognitivo conductual.

ANEXO

Láminas del taller

Reglamento

Los padres deben comprometerse a la asistencia del taller.

Comprometerse a trabajar y realizar las tareas que se dejen para llevarse a cabo en casa.

El horario de inicio de este tendrá que respetarse.

Portar su gafete que les proporcione al inicio del taller, el cual debe tener escrito su nombre de manera legible.

Dirigirme a los integrantes del taller de manera respetuosa y por su nombre.

Participar acorde a las conductas que ven en sus hijos (no inventar información).

Respeto y confidencialidad de cada una de las intervenciones que hagan los otros padres.

Respetar el tiempo de intervención y escuchar lo que otros aportan al taller.

Si algo les incomoda es importante hablarlo con los instructores.

ANEXO 1

¿Qué es depresión?

Es una enfermedad multifactorial, en la que el menor se siente triste y descontento con su entorno y consigo mismo; en donde la tristeza se da de manera intensa y tiene una duración larga, producido por una carencia de un objeto o algo deseado

Se desencadena por:

Eventos estresantes

Pensamientos de pensamientos depresivos

Reiteración del fracaso

ANEXO 2

Principales síntomas

Cuales he observado en mi hijo

Conducta observable	SI	NO
El niño se ve anímicamente triste		
No desea jugar o realizar actividades que disfrutaba hacer		
No muestra interés por nuevas actividades		
El menor presenta cambios de estado de animo		
Se muestra irritable, hace berrinches		
Realiza las actividades de manera lenta		
Pelea con otros niños		
Llora de manera excesiva		
No obedece ordenes en casa y o escuela		
Presenta problemas escolares en relación a falta de concentración y o memoria		
Se muestra pesimista ante su futuro		
No sonríe mucho, posee poca expresión facial		
Presenta sentimientos de culpa		
Tiene baja autoestima		
Pensamientos e ideaciones de suicidio		
Enuresis		
Se fatiga fácilmente o bien parece falto de energía		
Pérdida de peso sin razón aparente		
Pesadillas		
Cambios en el sueño y apetito		
El niño tiene pocos o ningún amigo, se aísla socialmente		
Presente problemas o se le dificulta ser sociable		

ANEXO 3

Propuesta de cómo realizar una bitácora

	Que observe en mi hijo en relación a lo aprendido en el taller de lo visto en taller	Que cambio al intervenir o aplicar lo visto en el taller
Sesión 1		No Aplica
Sesión 2		
Sesión 3		
Sesión 4		
Sesión 5		

ANEXO 4

Pensamientos Negativos

Identificar

-Creencias erróneas respecto a sus cualidades:

No sirvo para nada

Nunca podre hacer bien esta actividad

Nada me sale bien

Aunque me esfuerce el resultado será el mismo

-Creencias respecto a como se ve ante su entorno

Nadie me quiere

Todo lo que pasa es mi culpa

Nadie me hace caso

Si no hubiera nacido, mis padres estarían mejor

Tips

Hacer una lista de pensamientos contrarios a los que expresa el menor colocarla en un lugar visible y decirle al menor que cada que piense en un pensamiento negativo acuda a esta lista y la lea.

El padre al escuchar este tipo de pensamientos deberá ayudar a que su hijo cambie esta percepción, ejemplo

No sirvo para nada

Padre: eso no es verdad recuerdas que ayer (mencionar alguna tarea que el niño haya realizado con éxito)

Nadie me quiere

Padre: Recordarle al menor lo importante que es para él, dándole un abrazo, sonriéndoles, expresádoselo de manera verbal.

ANEXO 5

Tips
Generando auto instrucciones positivas

Lista

- Soy inteligente**
- Soy capaz de realizar esta tarea**
- Yo no tengo la culpa de lo que sucede en mi entorno**
- Mis padres, familia y amigos me quieren**
- Soy una persona importante**
- Soy un niño valiente**
- Hoy hice bien.....**
- Mis padres se preocupan por mi**
- Mañana podre intentar la misma tarea para hacerlo mejor**
- Hoy hice bien.....**

ANEXO 6

Tips
Como genero confianza

Realizar lista con 10 cualidades y cinco desventajas del menor

El padre deberá leerla lista de cualidades con el menor y alentar a que las siga realizando.

Desventajas del menor estas servirán para que el padre ayude al menor a realizar con éxito las tareas que se le dificultan

Ejemplo:

Hacer la cama

Padre: deberá hacerla con el explicar cada paso e ir diciéndole lo que realiza bien y en lo que falle mostrarle una vez más como se debe hacer.

Hablarle de experiencias que él tuvo en las que también fracaso y como se sintió por ello (empatía)

Explicar que para que el aprendiera una actividad, la tuvo que ensayar varias veces

Reforzar el esfuerzo que hace el menor aunque no esté del todo bien, dando una palmada, palabras de aliento, expresándole que está orgulloso por lo que hace

Animar al menor a realizar actividades que encuentra difíciles y celebrar sus logros.

ANEXO 7

Tips
Factores o conductas de riesgo

Aislamiento social

- Llevar al menor a lugares donde pueda convivir con otros niños de su edad (actividades deportivas o culturales)
- Invitar a algunos de sus compañeros de clase a casa para convivir con el menor
- Leerle cuentos, fabulas o textos los cuales ejemplifiquen herramientas de convivencia.
- Realizar juegos que permitan desarrollar habilidades sociales (diálogos entre muñecos)

Hablar de sus emociones

- Explicar al menor la emociones que podemos sentir, alegría tristeza, enojo etcétera.
- Ponerse de frente al menor y gesticular los distintos estados de ánimo.
- ayudar al menor a descifrar como se siente
- Poner atención a los sentimientos del menor

ANEXO 8

Tips
Factores o conductas de riesgo

Autoestima

- Alagarlo por como se ve y es físicamente
- No reiterarle de manera verbal sus errores o fracaso
- Escuchar atentamente lo que el menor quiere comunicar
- Expresar al menor que cualidades tiene.
- Cumplir con las promesas que se le hacen
- Dedicar un tiempo específico, para estar con el menor
- poner al niño a que realice actividades en las cuales se sabe tendrá éxito

Escolar

- Ayudarlo con sus tareas
- No ponerle demandas muy altas
- Escuchar y preguntar qué situaciones vivió dentro de la escuela

ANEXO 9

Cuestionario

Instrucciones: Responde cada una de las preguntas lo más se apegue a su situación.

- 1-. ¿Te gusto el taller?**
- 2-. ¿Que aprendiste del taller?**
- 3-. ¿El taller cambio tu percepción del concepto de depresión infantil?**
- 4-. ¿Después de estar en el taller que nuevas conductas adoptarías en tu vida diaria?**
- 5-. ¿Crees que te sirvió el taller? En qué aspecto.**
- 6-. ¿Qué modificarías al taller?**
- 7-. ¿El taller cumplió tus expectativas? Si o No ¿porque?**
- 8-. ¿Qué opinas de los instructores?**
- 9-.¿Que te pareció el material?**
- 10-. ¿Recomendaría a otros padres tomar el taller?**

ANEXO 10

CONSTANCIA

SE ENTREGA LA PRESENTE A

Nombre

**POR SU ESFUERZO, DEDICACION, APOYO Y ENTUSIASMO PARA LLEVAR
A CABO EL TALLER DE**

FIRMA DE INSTRUCTORES

ANEXO 11

Cuadro

Definición de depresión Infantil desde diversas teorías psicológicas.

Teoría	Definición de depresión
Psicoanalítica	La depresión infantil desde este enfoque se describe como la pérdida de la autoestima o pérdida del yo, en el caso del menor, al vivir esta pérdida interioriza sentimientos negativos que, en primera instancia, van dirigidos al objeto perdido y con ello comienza la degeneración de la autoestima, la autocrítica y termina en depresión (Del Barrio, 2007a).
Teoría del aprendizaje social	En esta corriente se habla de que la depresión en el niño se produce por que los padres someten al menor a una carencia de refuerzos, ya sea de carácter verbal o físico
Cognitivo-conductual	<p>Beck propone que la depresión se centra en tres factores, a lo cual llamo la triada cognitiva, en la cual expone que las personas se deprimen porque ven de manera negativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Su autoevaluación y la falta de mérito, lo cual conduce a la desmoralización, autoineficiencia y desesperanza. -Su medio ambiente, diciéndose que las “cosas no deberían de ser así”, “nunca podre ser feliz”, “no puedo sopórtalo”, etcétera. -Su futuro, presentando predicciones negativas e insistencia en condiciones desfavorables. <p>(Leoner, 1997 & Figueras, 2006).</p>
Psicodinámica	En esta se describe la depresión como un estado afectivo psicobiológico, que aparece cuando una persona percibe una pérdida de su bienestar.

Taller de depresión infantil

Facultad de psicología

¿De que trata este taller?

Este taller lo llevara a identificar si su(s) hijo(s) sufren de depresión infantil; identificara sus síntomas, conocerá sus causas y se le proporcionarán las herramientas necesarias para poder llevar a su hijo a una plenitud en su desarrollo



Organización



TALLER DE DEPRESIÓN INFANTIL

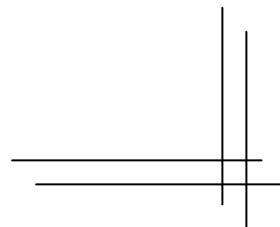
Oriente 229 No. 379 , Iztacalco
Agricola Oriental, D.F
Línea 3 de dirección
Línea 4 de dirección

Teléfono: 555-555-5555

Fax: 555-555-5555

Correo: alguien@example.com

¿Sabes si tu hijo es feliz?...



¿Qué es la depresión infantil?

Es una enfermedad que afecta su desarrollo emocional social y personal, es causada por diversos factores que envuelven al niño durante su formación .

¿Cuáles son sus síntomas?

Se caracteriza por apatía falta de confianza desesperanza pensamientos suicidas

¿En que le afecta ser depresivo?

La depresión infantil impacta de forma negativa en su desarrollo social, académico, de auto concepto..



Mi hijo es depresivo ¿Qué hago?

Actualmente existen diversas herramientas que pueden orientarlo para ayudar a su hijo a superar este trastorno, básicamente se enfocan en poder mostrarle al niño el alcance de sus logros y en fomentar una sana convivencia social.

¿A quien va dirigido el taller.

El taller va dirigido a los padres que sospechan o tienen la seguridad de que su hijo sufre de este trastorno y están en la disposición de ayudarlos.

¿En que consiste? ¿Da resultado?

El taller se compone de 5 módulos en los que el padre conocerá que es la depresión infantil, sus síntomas, causas y afectaciones. Se desarrollaran actividades padres-hijo, se mostraran los avances obtenidos y las tareas que deberá seguir al terminar el taller. El éxito dependerá del empeño y cooperación que tenga el padre hacia su hijo, el taller da el apoyo, el padre el cariño.



La infancia tiene sus propias maneras de ver, pensar y sentir; nada hay más insensato que pretender sustituirlas por las nuestras.

Jean Jacques Rousseau

TALLER DE DEPRESIÓN INFANTIL

Oriente 229 No. 379 , Iztacalco
Agrícola Oriental, D.F
Línea 3 de dirección
Línea 4 de dirección

Teléfono: 555-555-5555

Fax: 555-555-5555

Correo: alguien@example.com

REFERENCIAS

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed.) EE. UU: Washington, DC.

American Psychiatric Association (2004). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV-TR*. España: Masson.

American Psychological Association. (2010). *Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association* (2ª ed. adaptada para el español por la editorial El Manual Moderno. México).

Barraca, J. (2009). *La Activación Conductual (Ac) y La Terapia De Activación Conductual para la Depresión (Tacd). Dos protocolos de tratamiento desde El Modelo De La Activación Conductual*. Revista de Psicología y Educación.8 (1) 25-50

Beck, A. Rush, A. Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.

Berger, K. Thompson, A. (1997) *El desarrollo de la persona desde la niñez hasta la adolescencia*. 4ta edición. España: Médica Panamericana.

Chrissie, V. Rogers, J. (2009), *Depression: Cognitive Behavior Therapy with children and Young People*. United State of America and Canada: Routledge:

Connor, K. (1997) *Manual de Terapia de Juego*. Volumen 2 Avances. México: Manual Moderno.

Del Barrio, V. (2007a). *Como evitar que tu hijo se deprima*. España: Síntesis.

Del Barrio, V. (2007 b). *El niño deprimido: Causa, Evaluación y Tratamiento*. España: Ariel.

Del Barrio, V. (1994), *Autoestima y Depresión*. *Revista de Psicología General*. 47 (4), 471-476

De la Garza, F. (2007). *Depresión en la Infancia y Adolescencia*. México: Trillas

Figueras, A. (2006). *Evaluación Multimétodo y Multiinformante de la Sintomatología Depresiva en Niños y Adolescentes*. Tesis Doctoral. Universidad Barcelona.

Friedberg, R. McClore, J. (2005) *Práctica Clínica de Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes*. España: Paidós. Pp 219-263

Garre, M. Robles, F. Vicente, M. *Guía Clínica de los Trastornos Mentales*. Recuperado el 17 de febrero de 2013.

<http://www.asociacionafda.com/Guaprticaclnicatrastornosdepresivos.pdf>

Lega, L. Caballo, V. Ellis, A. (1997), *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual*. España: Siglo Veintiuno.

Mata, F. (2002). *Relación entre Depresión y Nivel de Maduración en Niños Víctimas de Maltrato Infantil*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

Meece, J. (2000). *Desarrollo del niño y el adolescente para educadores*. 1ra edición. México: Mc. Graw Hill.

Organización Mundial de la Salud (O.M.S) *La depresión*. Recuperado el 10 de abril de 2013. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Ostrosky- Solis, F. (2001). *¡Toc, Toc! ¿Hay alguien ahí? Cerebro y Conducta*. Manual para Usuarios Inexpertos. México: Infored. pp. 268-289

Papalia, D. Olds, S. Feldman, R. *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. 9na. México: Edición. Mc Graw Hill. p.p 1-42

Polaino-Lorente, A. (1988). *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata.

Rodríguez, J. Ortiz, M. (2013), *Depresión Infantil*. Revista Científica Electrónica de Psicología. (6) 77-88. Recuperado el 17 de febrero de 2013.
http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/5_-_No._6.pdf

Rojtenberg, S. (2001). *Depresiones y Antidepresiones de la Neurona y la Mente de la Molécula y de la Palabra*. Argentina: Médica Panamericana. pp. 1 a 12

Shaffer, D. & Waslick, B. (2003). *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes*. Barcelona: Ars Medica.

Silberman, R. Aguado, H. (2005), *Procesos Cognitivos y Depresión Infantil: Algunos Lineamientos para Padres*. Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan. 17 (1) 67-82

Sociedad Mexicana de Psicología (2009). *Código Ético del Psicólogo*. México: Trillas

Soutullo, C. (2005). *Depresión y Enfermedad Bipolar en Niños y Adolescentes*. España: Eunsa

Trujillo, A. (2004) *Diseño y cualidades de un taller cognoscitivo conductual para niños deprimidos*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

Velázquez, M. (2012). *Depresión en Obesidad Infantil y el Apoyo en la terapia Cognitivo-Conductual*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

Viguer, P. Serra, E. (1998). *La infancia de fin de siglo. Madres trabajadoras, clima familiar y autonomía*. España: Síntesis.