



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.

**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.**

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

NÚMERO Y FECHA DE ACUERDO DE VALIDEZ OFICIAL 8931-25

TESIS PROFESIONAL

**GUÍA DE PREVENCIÓN DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA INFANTIL
“CAMBIANDO CARITAS”.**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

MARLENE YURIDIA ROJAS SÁNCHEZ

ASESOR:

PSIC. ANABEL VILLAFANA GARCIA

ORIZABA, VER.

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

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede emanar, dedico primeramente mi trabajo a Dios.

Agradezco la confianza y el apoyo brindado por parte de mis padres, que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me han demostrado su amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos, quienes en ocasiones han dejado de lado sus propios sueños e intereses para que cumpliera los míos.

A mi abuelita, hermanas, sobrinos y cuñado que siempre están a mi lado para lo que sea. A mi tío “Don Rómulo”, por haberme inculcado el amor al prójimo, por su apoyo incondicional y ánimo ante cualquier adversidad.

A aquellas personas que han estado presentes en mi camino y, aunque ya no están físicamente, han puesto su granito de arena para que hoy sea quién y cómo soy.
Bily.

A mi prima Liz, por ser un gran apoyo, por haber sido siempre mi parte racional, mi gran amiga y cómplice desde que tengo memoria.

A Edgar, que durante este tiempo ha sabido apoyarme para continuar y nunca renunciar, gracias por su amor incondicional, por todo lo que hemos vivido juntos antes y durante este tiempo y por todo lo que nos depara el futuro.

A mis amigos, que han sabido disculpar mis ausencias y siempre han tenido una palabra de ánimo. Estoy absolutamente convencida de que si de algo puedo presumir en esta vida es de los grandes amigos que tengo, lo que me hace sentir una persona muy afortunada. No hace falta que los nombre, ellos saben quiénes son y lo importantes que son para mí y, aunque algunos están lejos, tengo la suerte de poder sentirme siempre acompañada.

A la Psicóloga Anabel que me asesoró y dedicó tiempo para culminar esta tesis, por enseñarme que no hay límites, que lo que me proponga lo puedo lograr y que solo depende de mí.

A todos mi mayor reconocimiento y gratitud.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1 Descripción del Problema.	9
1.2 Formulación del Problema.	11
1.3 Justificación del Problema.	12
1.4 Formulación de Hipótesis.	15
1.4.1 Determinación de Variables.	15
1.4.2 Operalización de Variables.	15
1.5 Delimitación de Objetivos.	16
1.5.1 Objetivo General.	16
1.5.2 Objetivos Específicos.	17
1.6 Marco Conceptual.	17

CAPÍTULO II. MARCO CONTEXTUAL DE REFERENCIA.

2.1 Antecedentes de la Ubicación.	19
2.2 Ubicación Geográfica.	20

CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO.

3.1 Antecedentes de la Depresión.	21
3.2 Fundamentos Teóricos de la Depresión.	27
3.3 Síntomas de la Depresión.	29
3.3.1 Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10.	29
3.3.2 DSM-IV Sintomatología y Clasificación.	32
3.3.3 Criterios para el Episodio Depresivo Mayor.	33
3.4 Instrumentos de Medición de la Depresión.	35
3.5 Infancia por Henri Wallon.	59
3.6 Etiología de la Depresión.	65
3.7 Enfoque Cognitivo Conductual.	71

CAPÍTULO IV. PROPUESTA DE TESIS.

4.1 Contextualización de la Propuesta.	76
4.2 Desarrollo de la Propuesta.	79

CAPÍTULO V. DISEÑO METODOLÓGICO.

5.1 Enfoque de la Investigación.	95
5.2 Alcance de la Investigación.	96
5.3 Diseño de la Investigación.	96

5.4 Tipo de Investigación.	97
5.5 Delimitación de la Población o Universo.	97
5.6 Selección de la Muestra.	98
5.7 Instrumento de Prueba.	98

CAPITULO VI. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

6.1 Resultados Estadísticos del Instrumento de Medición (Pretest).	101
6.2 Aplicación del Inventario CDI.	104
Conclusión.	108
Referencias.	111
Glosario.	118
Anexos.	121

INTRODUCCIÓN

Actualmente la Depresión es el padecimiento más común y permanente en la población mundial de lo que podemos imaginar, padecimientos cuyas características centrales que pueden organizarse dentro de cuatro dominios: afectivo, cognitivo, conductual y fisiológico.

La incidencia de la depresión es muy alta según la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo señala claramente pues considera a la depresión una tarea de salud pública con una proporción superior a la diabetes mellitus, a la artritis, y a padecimiento coronario avanzado. Su prevalencia en todo el mundo se encuentra cerca de los 340 millones de personas que en algún momento han presentado algún episodio depresivo. Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en conjunto. Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida (Belló, 2005). En México se han llevado algunos estudios epidemiológicos, para estimar la prevalencia de trastornos mentales incluidos, los trastornos y episodios depresivos, identificando además, el proceso de búsqueda de ayuda; si bien es cierto ha sido de gran ayuda, aun faltan estudios enfocados hacia la depresión Infantil y más información en el área de evaluación e intervención en niños.

Si queremos que la evaluación psicológica proporcione un retrato lo más cercano posible al funcionamiento del niño o adolescente, debemos evitar, de entrada, otorgar una etiqueta diagnóstica, procurar evaluar a diversas áreas de funcionamiento y recoger información de diferentes informantes. También es necesario utilizar instrumentos variados que incluyan, si es posible, enfoques categoriales y dimensionales. Además estos instrumentos han de estar adaptados a la población y al contexto cultural en el que se aplican y contar con normas apropiadas para la edad y el sexo de los evaluados (Achenbach, 2005).

El objetivo de esta tesis es estructurar una Guía de Prevención de Sintomatología Depresiva Infantil que influya de buena manera el estado emocional de los niños Orizabeños.

En el primer capítulo se habla sobre el planteamiento del problema, describiendo dicha situación a la que nos enfrentamos en pleno siglo; los objetivos específicos y el marco contextual que de alguna manera ayuda a interpretar esta tesis. En el segundo capítulo pertenece al marco contextual de referencia donde se describen los antecedentes de la ubicación donde fue llevado a cabo la Intervención de la Guía “Cambiando Caritas”.

Es preciso conocer los antecedentes y la información actual que se dice de la depresión y las definiciones existentes de la misma, en el tercer capítulo la información se encuentra más detallada; pues también se trata ampliamente la sintomatología, así como sus clasificaciones pertinentes y criterios que se utilizan para determinar si existe o no depresión en el ser humano. Este capítulo brinda diversos instrumentos de medición así como la teoría de Henry Wallon que describe a fondo el desarrollo infantil.

Una causa frecuente de depresión es la presencia de un pensamiento distorsionado que provoca una pobre imagen del niño y las consecuencias que esto desencadena en el desempeño social y académico por ello es preciso hablar sobre el enfoque cognitivo conductual que se encuentra en el mismo capítulo.

En el cuarto capítulo observaremos la propuesta de tesis, el objetivo en específico, la población y de lleno el desarrollo de la propuesta. Posteriormente en el quinto capítulo se aborda el diseño metodológico, señalando el Instrumento de prueba que se utilizó para recabar datos importantes y poder elaborar la Guía.

Finalmente en el ultimo capitulo se muestran los resultados de investigación analizados mediante el programa estadístico SPSS 20.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del Problema

Se sabe que hoy en día la depresión es uno de los principales factores que prevalecen en la mayoría de las personas, debido a diferentes circunstancias que por naturaleza viven a lo largo de su vida.

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el estado de ánimo y a la mente, afecta también a la alimentación, al descanso nocturno, a la opinión de sí mismo y a la vida en general. La depresión es un estado emocional que casi todas las personas sufren en algún momento. El problema radica en distinguir cuando esa emoción se debe considerar enfermedad, y requiere tratamiento médico (CIMED, 2003).

La depresión puede afectar a cualquiera independientemente de la edad, clase social o género. Nadie es inmune a la depresión, sin embargo se sabe que la mujer es más propensa a desarrollar depresión.

Científicos y médicos han comenzado a considerar seriamente el riesgo de la depresión en niños. Investigaciones han mostrado que la depresión en la niñez a menudo persiste, recurre, y se prolonga en la adultez especialmente si no se recibe tratamiento.

El niño manifiesta sus emociones como la tristeza, la ira, la alegría etc. a través de diversas conductas, es por ello que se requiere de personas, que puedan alertar mejor de una depresión infantil como lo son adultos más cercanos y significativos a los niños. Tanto en el Centro Escolar o en el hogar, el niño siempre estará bajo observación, lo que nos da la tranquilidad de que se puede prevenir e intervenir precozmente el problema. La experiencia de vida de los niños es más sensible ya que están en un proceso de desarrollo y cambio continuo.

Experimentar insatisfacción general por lo que se está realizando, ser más irritables o tristes de los que eran antes, perder la razón sobre la vida, no creer en ilusiones, son algunas de las consecuencias que puede causar la depresión, lo cual afecta mucho la calidad de vida.

Los pensamientos de la persona que padece depresión frecuentemente son ideas negativas de sí mismo, sobre el presente y el futuro. Las personas deprimidas pueden tener dificultad con la concentración y la memoria, y muchas veces les cuesta tomar decisiones.

Es por ello que después de estas situaciones mencionadas deben tomarse las medidas adecuadas para evitar síntomas depresivos en niños, para que no dificulte alguna de las áreas del desarrollo ni tampoco afecte en un futuro la vida de los pequeños.

Existen tratamientos para mejorar el estado afectivo y de la calidad de vida global, prevenir las recaídas de la depresión y minimizar la mayor parte los efectos adversos del tratamiento; el tratamiento contra la depresión es de dos tipos: farmacológico y psicoterapia. Dependiendo del problema puede ser necesario uno u otro, o una combinación de los dos.

1.2 Formulación del Problema.

¿La Guía de Prevención de Sintomatología Depresiva Infantil “Cambiando Caritas” influye positivamente en el estado emocional de niños con síntomas depresivos?.

1.3 Justificación del Problema.

Dentro de las 10 enfermedades que producen más discapacidad en el mundo se incluyen varios padecimientos neuro-psiquiátricos, el más importante de los cuales es la depresión. Los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2005 (ENEP 2005) indican que 8.8% de la población mexicana ha presentado por lo menos un cuadro de depresión alguna vez en su vida y 4.8% lo presentó en el año previo a la realización de esta encuesta. Se calcula que la mitad de estos casos son severos. La depresión es 1.5 veces más frecuente en las mujeres que en los hombres, y el embarazo y el post-parto son periodos particularmente críticos.

La depresión no es una moda, constituye un severo problema de salud pública que hoy por hoy afecta entre 12 y 20% a personas adultas, es decir, entre 18 y 65 años. Autoestima baja, estrés crónico, problemas económicos, salario menor, falta de una pareja o un trabajo insatisfactorio son algunas de las razones de la larga lista en la que impera la ansiedad y tristeza extrema.

Actualmente, según el estudio 'Costo Social de los Trastornos Mentales' de Pro Voz Salud Mental, -un grupo de asociaciones no gubernamentales- realizado a 4,048 trabajadores del sector salud durante dos años, arroja que las mujeres sufren casi el doble de depresión (14.4%), en comparación con los hombres (8.9%). También, las personas que han sufrido depresión mayor alguna vez en su vida, la presentan por

periodos mayores a dos semanas, en una edad aproximada de 24 años, con síntomas como estado de ánimo triste o irritable, sin interés alguno, aumento o disminución de apetito, insomnio o hipersomnio (cuando se duerme de más), sensación de debilidad física, sentirse inútil o culpable y pensamientos de suicidio, entre otros (INEGI).

Para poder combatir de manera efectiva la depresión es indispensable ampliar la cobertura de atención, asegurar el abasto de medicamentos antidepresivos, reducir el nivel de estigma y atender a los grupos vulnerables, dentro de los que se incluyen los niños y adolescentes que consumen drogas, las víctimas de violencia, las mujeres y hombres desempleados, y los adultos mayores que no cuentan con redes sociales de apoyo.

La depresión en niños y adolescentes es un trastorno insidioso, en bastantes ocasiones, poco reconocido, confundido con otros trastornos, o entendido como una variación normal del estado de ánimo. El hecho de que no se identifique de forma adecuada lleva a la falta de tratamiento, pues regularmente puede confundirse con problemas de conducta y actitud, con episodios de agresividad, de poca tolerancia a la frustración o de estrés, ya que aún persiste la falsa creencia de que la depresión solo la padecen los adultos. Es complicado entender y comprender que un niño de cinco, seis o diez años se sienta abatido, desolado y desesperanzado, debido a que la niñez es una etapa de alegría, de sueños y de ilusiones, sin embargo, la depresión

en niños es una realidad y los adultos debemos aprender a reconocerla, ya que algunos de los síntomas causan confusión.

En este sentido, es importante mencionar que la presencia de la depresión es cada vez más recurrente en un sector vulnerable de la población: los niños. Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) dos millones de niños y adolescentes sufren depresión, por lo que en 2008, de acuerdo a este organismo, 191 niños (de 10 a 14 años) se quitaron la vida.

Así mismo el Consejo Nacional de Población (CONAPO), indico que “en los últimos 20 años se duplicó el número de suicidios entre los niños y adolescentes”; en 2006 el suicidio constituyo la tercera causa de muerte infantil en México y en 2008 la cuarta. Este panorama luce más desalentador si tomamos en cuenta que, según informes del INEGI para 2020, la depresión será la segunda enfermedad más común en el mundo.

Es por ello que se debe poner más atención y dedicación a la prevención o el tratamiento, ya que está comprobado que la oportuna atención deriva en una mejor calidad de vida. Por el contrario, la incapacidad de detectarla y la omisión resultan en situaciones que ponen en peligro la vida de quienes la padecen.

1.4 Formulación de Hipótesis.

La Guía de prevención de Sintomatología Depresiva Infantil “Cambiando Caritas” influye positivamente en el estado emocional de niños con síntomas depresivos.

1.4.1 Determinación de Variables.

Variable Independiente: Guía de prevención de Sintomatología Depresiva Infantil “Cambiando Caritas”.

Variable Dependiente: Sintomatología Depresiva.

1.4.2 Operalización de Variables.

Variable	Teórica	Operacionalmente
Dependiente: Sintomatología depresiva	Es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente donde predominan los	Lo que responde en los 27 ítems del inventario CDI.

	síntomas afectivos.	
Independiente: Guía de prevención de Sintomatología Depresiva Infantil “Cambiando Caritas”.	Libro de consulta en el que se da información y consejos sobre actividades, con el fin de orientar acerca de la conducta o actitud que se debe tomar ante estas situaciones.	La presente Guía de prevención de Sintomatología Depresiva Infantil, consta de 7 sesiones, una diaria con una duración de 60 minutos aproximadamente, haciendo un total de 7 horas.

1.5 Delimitación de Objetivos

1.5.1 Objetivo General.

Disminuir la sintomatología depresiva en niños de 6 a 9 años de edad en la Escuela Primaria Manuel I. Llorente, mediante una Guía de prevención de depresión infantil “Cambiando Caritas”.

1.5.2 Objetivos Específicos.

- Determinar el instrumento cuyas características psicométricas sea el idóneo para la evaluación de depresión infantil.
- Crear un taller que influya positivamente el estado emocional de niños con síntomas depresivos de 6 a 9 años de edad en la escuela Primaria Manuel I. Llorente.
- Comprobar que la guía “Cambiando Caritas” influye positivamente el estado de ánimo de niños con síntomas depresivos de 6 a 9 años de edad en la escuela Primaria Manuel I. Llorente.

1.6 Marco Conceptual.

Se entiende por infancia a la primera etapa en el desarrollo de la vida humana, comprendido entre el nacimiento y la adolescencia, donde se desarrolla en gran parte el nivel cognitivo y afectivo, en este periodo el niño se edificará su futura personalidad.

Se entiende por Depresión a una gran agrupación de síntomas afectivos, que altera el estado de ánimo de la persona, la cual afecta el comportamiento en el entorno social, familiar y escolar.

Se entiende por Sintomatología Depresiva a la señal o indicio de algo que está sucediendo, pues es un fenómeno que revela una enfermedad de la persona; predominando los síntomas de tipo afectivo, físico y cognitivo.

CAPÍTULO II

MARCO CONTEXTUAL DE REFERENCIA

2.1 Antecedentes de la Ubicación.

El Colegio MANUEL I. LLORENTE es una Escuela primaria situada en la localidad de Orizaba. Imparte educación básica (primaria general), y es de control público (estatal). Las clases se imparten en horario matutino.

Sus datos de contacto son: Manuel I. Llorente con dirección norte 26 y oriente 5 s/n se encuentra ubicada en el municipio de Orizaba, Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave su Código Postal es 94300 y su teléfono: 2727243537. Pertenece a la Zona escolar 022, con clave 30EPR1540T teniendo como correo electrónico manueli.llorentepr@hotmail.com.

La escuela primaria fue fundada en el año 1958 “Siendo presidente de la Republica Don Adolfo Ruiz Cortines, Gobernador Constitucional del estado el Lic. Antonio M. Quirasco fue constado por el C.A.P.F.E el centro escolar. En terreno

pedido por el municipio durante el ejercicio el H. Ayuntamiento Obrero 1955-1958, Orizaba Ver, a 9 de Abril de 1958.” La escuela primaria cuenta con un director, con dos grupos de cada grado, siendo en total 12 grupos, 12 docentes para los grupos, asistiendo a clases un total de 216 alumnos. Al igual labora personal adscrito al centro de trabajo que desempeñan otras funciones, entre ellas encontramos un maestro de educación física, uno de educación especial y dos intendentes oficiales. Cuenta con catorce aulas, con una construcción de 600 metros cuadrados.

2.2 Ubicación Geográfica.



Fig. 1 Ubicación de la Escuela Primaria Manuel I. Lorente

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

3. I Antecedentes de la Depresión.

El uso del término depresión se remonta a un cuarto de siglo, siendo por lo tanto contemporáneo de la aparición de la psicofarmacología (Morel, 1970), el cuadro patológico en su forma severa fue descrito desde la época grecorromana con el nombre de melancolía. Ya en el siglo IV a. de C. Hipócrates afirmaba que, desde el punto de vista médico, los problemas que hoy llamamos psiquiátricos estaban relacionados por la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, y que la melancolía era producida por la bilis negra, o atrabilis (Hill, 1970).

En los primeros siglos de nuestra era, Celsus, en su libro “De re médica y Arateo de Cappaadocia”, en Enfermedades agudas y crónicas, hablaban de la manía y de la melancolía como problemas médicos.

Soranos de Ephesus, en su descripción del cuadro clínico, señalaba como síntomas principales de la melancolía los siguientes: tristeza, deseos de morir suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y, en ocasiones, jovialidad y da como tratamiento para los pacientes deprimidos las idas al teatro a ver comedias. (Ackernecht, 1959, En: Calderón, 1984).

Durante la Edad Media, filósofos destacados como Santo Tomás de Aquino sostenían que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales.

Se sabe que existía un gran número de variedades de la llamada melancolía, atribuida a espíritus o a causas naturales como exceso de trabajo o de actividad sexual; y hay que recordar que en esta época se etiquetaba de “enmoniacados” a los sujetos con trastornos psiquiátricos.

Esta creencia se comenzó a abandonar en 1630, cuando Robert Burton publicó su famoso tratado “anatomía de la melancolía”, obra que facilitó en mucho la identificación de los estados depresivos.

A principios XIX, Philippe Pinel (1801 En: Calderón, 1984) indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado en un objeto (obsesivamente), y que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir al suicidio. Como causas posibles de la melancolía señaló, en primer lugar, las psicológicas, y en segundo lugar las físicas.

La idea acuñada por Pinel de “romper las cadenas de los alienados”, ayudo a que la medicina comenzara a mostrar un interés más acusado por las enfermedades mentales, entre ellas la depresión.

En 1809, Haslam, boticario del hospital Behtlem en Londres escribió:

Los que se encuentran bajo la influencia de pasiones depresivas pueden tener diferente tipo de síntoma: semblante ansioso y con aspecto sombrío; poco dispuestos a hablar; se aíslan recluyéndose en lugares oscuros, o permanecen en cama la mayor parte del tiempo... Después se vuelven miedosos y conciben miles de fantasías; recuerdan sus actos inmortales, o se sienten culpables de crímenes que nunca han cometido... Con frecuencia se desesperan, y tratan de terminar con su existencia, que les parece aflictiva y odiosa (Haslam, 1809).

En 1896, Kraepelin estableció la diferencia entre psicosis maniaco-depresiva y demencia precoz, llamada posteriormente esquizofrenia. Después de los estudios genéticos en psiquiatría llevaron a considerar a los síndromes depresivos como parte de las tres primeras décadas de este siglo. En consecuencia el deprimido era calificado de psicótico aunque sus síntomas fueran muy leves.

En el México prehispánico este cuadro fue considerado como un problema médico, de acuerdo con la descripción que en 1552 hizo el médico indígena Martín de la Cruz. Esta descripción fue traducida al latín por Juan Badiano, y generalmente se le conoce como *Códice Badiano*, aunque su nombre original es *Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis*, (Somolinos, 1964, En: Calderón, 1984).

El código, que aún se reserva en la Biblioteca del Vaticano incluye el título “Remedio para la sangre negra” (*Negri remedium sanguinis*), término común del cuadro en la Europa del siglo XVI, en el que se recomienda como tratamiento un conocimiento de yerbas y un jugo obtenido de flores de buen olor, y se sugieren como indicaciones generales las siguientes:

Ha de andar en lugar sombreado, y se ha de abstener de trato carnal, Beberá muy moderadamente el pulque (bebida fermentada obtenida de un agave) y mejor no lo beba, si no es como medicina.

Dedíquese a cosas alegres, como es el canto, la música, el tocar los instrumentos con que acostumbramos acompañar nuestras danzas públicas (Cruz ,1964).

El reconocimiento de la melancolía y su clasificación dentro de un grupo de enfermedades, como el de la epilepsia (*comitialis morbus*), indican un alto grado de adelanto en la medicina azteca.

En los últimos años el gran desarrollo de las ciencias básicas y de la psicología conductual y cognitiva ha aportado nuevas luces sobre la génesis y el tratamiento de la depresión.

Así como en el pasado hoy en día la depresión tiene un lugar dentro de los males que aquejan al hombre, situándose entre las enfermedades cardiovasculares, el SIDA y la ansiedad, entre otras. Hay que tener en cuenta que aun cuando la mayoría de estas dolencias ya existían anteriormente, no se detectaban con tanta claridad como hoy o las alternativas terapéuticas eran desoladoramente escasas.

Durante un largo periodo de tiempo la comunidad científica sostenía que la Depresión Infantil no existía, sin embargo las Depresiones infantiles fueron descritas en 1945 por el psicoanalista René Spitz, después de darse cuenta que los niños recién nacidos en los hospitales, generalmente huérfanos de la segunda Guerra Mundial, tenían complicaciones que se debían a la ausencia maternal.

Fue solo hasta 1975 que este trastorno fue aceptado por el Instituto Nacional Mental de E.U. (Marcelli, 1992).

El gran incremento mundial de la depresión en los últimos años y la enorme cantidad de enfermos con cuadros sintomatológicos obviamente no incluidos en los cuadros psicóticos o neuróticos, motivaron a los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a establecer un nuevo grupo en la IX Revisión de la clasificación Internacional de Enfermedades, que empezó a ser utilizada en enero de 1979. Este grupo, bajo el rubro 311 y con el nombre de *Trastorno depresivo no clasificado en otra parte*, incluye a los pacientes que presentan este cuadro patológico, penosos y molesto, pero definitivamente curable con los recursos médicos actuales (Organización Mundial de la Salud, 1978).

3.2 Fundamentos Teóricos de la Depresión.

Sabemos que el término de depresión es definido de varias maneras y ha sido ampliamente estudiado a lo largo de los siglos. La depresión está relacionada con lo orgánico y con los diversos desordenes de la afectividad, pues es una alteración del estado de ánimo unida a diversos problemas cognitivos, psicomotores y físicos.

La depresión (del latín depressus, que significa "abatido", "derribado") es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente donde predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático (Miembros grupo de trabajo de la GPC, 2008).

Ciertamente existen diversos síntomas que son importantes para la determinación de depresión como cognitivos y somáticos, pues existe una alteración en el estado de ánimo de la persona, que lleva a producir verdaderos males o dolencias físicas en el cuerpo manifestando sin duda alguna un malestar psicológico y/o físico.

La depresión es una enfermedad que afecta el estado de ánimo, los pensamientos y por lo tanto al organismo total. Es un sentimiento persistente de inutilidad, de pérdida de interés por el mundo y de falta de esperanza en el futuro que modifica negativamente la funcionalidad del sujeto (Revista Digital Universitaria, 2005).

La condición depresiva persiste e interfiere con las capacidades y acciones de la persona, ocasionando dificultades en el funcionamiento diario.

Estado de inmovilización personal y de pérdida de energía, perdiendo la fe en uno mismo, el sentirse impotente y cerrado emotivamente. Existiendo siempre como base histórica la pérdida del amor de la madre (Lowen, 1982).

No necesariamente se arraiga el término depresión con características asociadas a la pérdida de la madre, pues ésta se puede manifestar aún con la presencia de familia y apoyo de la misma.

Como el estado de ánimo deprimido se encuentra en varios trastornos, su presencia no significa que la persona padece un trastorno del estado de ánimo, ya que el término “depresión” se puede referir a un síntoma o a un trastorno.

3.3 Síntomas de la Depresión.

Existen diversos síntomas de la depresión que suelen ser lentos y callados. A menudo estas manifestaciones no son consideradas importantes por la propia persona que la sufre o sus mismos familiares, dándole un mínimo interés, no acudiendo al médico y dejando pasar los “malestares”; pues piensan que están pasando por un mal momento de la vida, y sin darse cuenta pueden pasar días, semanas o incluso meses, volviéndose una verdadera depresión crónica. La gravedad, frecuencia, y duración de los síntomas pueden variar según la persona y su enfermedad en particular.

3.3.1 Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10.

La sección se divide en tres partes. La primera describe los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco) que han sido incluidos por separado al principio de esta sección para poder diagnosticar adecuadamente los diversos trastornos del estado de ánimo.

Estos episodios no tienen asignados códigos diagnósticos y no pueden diagnosticarse como entidades independientes; sin embargo, sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos. La segunda parte describe los trastornos del estado de ánimo (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I). Los criterios de la mayoría de los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia o ausencia de los episodios afectivos descritos en la primera parte de esta sección. La tercera parte incluye las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes.

Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos («depresión unipolar»), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Los trastornos depresivos (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco.

Los trastornos bipolares (p. ej., trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) implican la presencia (o historia) de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores.

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).

El trastorno distímico se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

3.3.2 DSM-IV Sintomatología y Clasificación.

En el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 4ª Edición (DSM-IV) El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).

El trastorno distímico se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

El trastorno bipolar I se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.

El trastorno bipolar II se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco.

3.3.3 Criterios para el Episodio Depresivo Mayor.

La. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) Estado de ánimo depresivo o (2) Pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado desánimo puede ser irritable.

(2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

(3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

(4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.

(5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

(6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

(7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

3.4 Instrumentos de Medición de la Depresión.

La depresión ha sido evaluada o medida con diversos instrumentos y para infinidad de poblaciones, hay que destacar las escalas o cuestionarios integrados por preguntas relacionadas con los síntomas propios de la enfermedad, donde los instrumentos pueden ser de gran ayuda a la hora de identificar el problema y buscar la solución; entre los más usados encontramos la “Escala de Depresión del Center

for Epidemiologic Studies” (CES-D). Radloff diseñó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (Center for Epidemiologic Studies, Depression Scale: CES-D) para disponer de una herramienta que satisficiera estas características. Sin embargo, cabe destacar que la versión original de la CES-D se ideó muchos años antes de que se contara con los criterios diagnósticos y clínicos incorporados en la décima Clasificación de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud o la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV).

Debido al carácter dinámico de los constructos teóricos y las poblaciones, el Centro para la Investigación de Prevención de la Universidad Johns Hopkins se propuso actualizar y compatibilizar los contenidos de tamizaje de la CES-D con los criterios diagnósticos para episodios de depresión mayor (EDM), propuestos en el DSM-IV, lo que resultó en una versión revisada: la CES-D-R.

La escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale, CES-D) fue desarrollada para su uso en estudios epidemiológicos en población general. La selección de ítems se realizó a partir de diversas fuentes (Escala de Depresión de Zung, Inventario de Depresión de Beck, Escala de Raskin, etc.), y se centra fundamentalmente en los componentes cognitivo y conductual de la sintomatología depresiva, con menor presencia de los síntomas de tipo somático.

Es un cuestionario de 20 ítems, con cuatro opciones de respuesta que indican la frecuencia y/o intensidad de la presentación de cada ítem. Ha sido traducido y validado por Soler J y Cols (1997), esta validación se realizó en población clínica.

La forma de aplicación es autoadministrada, debiendo seleccionar el paciente la respuesta que mejor refleje su situación en la semana previa. Los ítems están formulados en sentido negativo, excepto cuatro de ellos que lo están en sentido positivo, con el fin de controlar el sesgo de respuesta. El paciente cuantifica la frecuencia y/o intensidad de los síntomas utilizando una escala de Likert de 4 puntos.

La escala de Likert de cada ítem puntúa de 0 a 3 para los de sentido negativo, y de 3 a 0 para los de sentido positivo (ítem 4, 8, 12, 16); el rango de puntuación es de 0 – 60 puntos. El punto de corte usualmente utilizado es > 16 .

Fiabilidad: La consistencia interna de la escala es notable, obteniendo valores elevados del alfa de Crombach tanto en muestras poblacionales (en torno a 0,85), como en muestras clínicas (0,90). En el análisis del valor de alfa, ítem por ítem, la escala se comporta de forma homogénea y no aparecen ítems irrelevantes. La fiabilidad test-retest, con intervalos entre 2 y 8 semanas, es moderada ($r = 0,51-0,67$).

Validez: La correlación con otros instrumentos de valoración global de la depresión es entre moderada y alta. Así, en el estudio de validación de la versión en castellano, realizado en una muestra de pacientes con trastornos afectivos, la CES-D obtuvo un coeficiente de correlación (r) de 0,89 con el Inventario de Depresión de Beck y de 0,69 con la Escala de Depresión de Hamilton.

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) se utilizó para peri-púberes por Benjet, Hernández, Tercero, Roque y Chartt (1999) utilizando la versión original de Radloff, 1977.

Evaluando el nivel actual de sintomatología depresiva. Además de proporcionar una clasificación categórica, es sensible al grado de severidad del síntoma y discrimina entre pacientes clínicos y subclínicos. Es de breve y fácil aplicación, mediante entrevista o autoinforme y cuenta con los síntomas antes descritos.

Se aplicó a 1,096 pre púberes y púberes de 9 a 14 años, alumnos de 5º y 6º grados de primaria y 1º de secundaria de tres escuelas particulares y cuatro públicas, y 71 pacientes psiquiátricos con una media de edad de 12.2 años. Se obtuvo un índice de consistencia interna α de .85. Se exploró la validez concurrente comparando los sujetos psiquiátricos deprimidos con los de población escolar

general; el análisis de varianza de Kruskal Wallis mostró diferencias significativas entre aquéllos y los de escuelas particulares. En cuanto a la validez de criterio, correlacionó significativamente con puntajes de autoestima y de imagen corporal. En el análisis factorial de componentes principales con rotación varimax realizado para la muestra de escuelas particulares, emergieron cuatro factores que explicaron 52% de la varianza total.

En este estudio nos manejan buena información pues el CESD es aplicado en peri púberes, donde nos muestran la población que en realidad es muy extensa lo cual nos puede dar la certeza que su confiabilidad es buena, y su validez es favorable, para poder aplicarlo a niños o adolescentes, obteniendo buenos resultados.

La Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies versión Revisada (CES-D-R) se aplicó a adolescentes de la Ciudad de México en el año 2008 por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Dicho instrumento fue aplicado a 1549 estudiantes, con una media de edad de 14 años; 54% se integró con hombres y 46% con mujeres; encontrando que los porcentajes de las frecuencias totales de probable episodio de depresión mayor, se puede observar que 11.7% de los hombres y 12.9 de las mujeres presentaron síntomas notorios de depresión que no rebasan el umbral clínico necesario para establecer un diagnostico de episodio mayor, pero que pueden indicar la presencia de problemas,

emocionales de importancia. Al sumar los porcentajes de los sujetos que presentaron signos relevantes de problemas depresivos, se calculó que una de cada cuatro mujeres (26.4%) y uno de cada siete hombre (15.5%) tenían síntomas significativos de depresión.

El CES-D-R consta también de 20 ítems, conformado por la escala de Likert que, de cada ítem puntúa de 0 a 3 para los de sentido negativo, y de 3 a 0 para los de sentido positivo (ítem 4, 8, 12, 16). De los cuales para dicho estudio en adolescentes se le agregaron 15 reactivos, los cuales pasaron por un proceso de traducción, adaptación y análisis de correlación con criterios diagnósticos. Con una confiabilidad de 0.93.

El CES-D es una escala importante que se usa para detectar si existen síntomas depresivos en adultos, pero si bien es cierto no está destinada a evaluar cuadros depresivos, ni diagnosticar depresión, lo cual hace que se ocupe sólo como una herramienta para la detección de casos. En cuanto al CES-D-R se consideran criterios diagnósticos para episodios de depresión mayor, que es más completo, pero que para adolescentes se integran 15 reactivos más evaluando diferentes puntos como ánimo deprimido, tipo de pensamiento, fatiga, agitación o retardo psicomotor, ideación suicida, culpa excesiva o inapropiada y disminución del placer; esto hace que dicha escala se pueda utilizar no solo a adultos si no también a adolescentes

que hoy en día son el futuro del mañana pues la depresión cada vez se hace más presente en nuestras vidas.

Otro instrumento para la depresión es la Escala de Birleson para el Trastorno Depresivo Mayor por de la Peña, Lara, Cortés, Nicolini, Páez y Almeida (1996). Este tiene una validación de la Escala Birleson (DSRS) (Birleson, 1980 y 1987).

Evalúa la sensación de tristeza, pérdida del humor, reducción de respuestas voluntarias, pasividad, sensación de incapacidad y desesperanza. La cual mide la variación de los efectos de la depresión, desde un abatimiento ligero hasta una desesperación extrema, así como la sensación consistente de insuficiencia y de falta de ánimo. Cuenta con 18 afirmaciones De Siempre (0) a Nunca (2).

El estudio se aplicó a 349 adolescentes de 13 a 19 años, de secundaria y preparatoria, captados por instituciones de salud; agrupados por dos poblaciones la primera fue la población clínica de 138 sujetos captados en tres instituciones, y la segunda fue la población abierta de 211 sujetos provenientes de un censo de escuela secundaria; con un análisis factorial de componentes principales sin rotación se produjo un factor que explicó 28.8% de la varianza total. El índice de confiabilidad para la escala completa fue de $\alpha = 0.85$. Obteniendo a un grupo de deprimidos de 18.68% y en no deprimidos 13.96%.

Un inventario igual muy mencionado son Las Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER) es un autoinforme breve y fácil de aplicar, que cuenta con adecuadas propiedades psicométricas y que mide las dimensiones estado y rasgo de la depresión. Su objetivo principal es identificar el grado de afectación (Estado) y la frecuencia de ocurrencia (Rasgo) del componente afectivo de la depresión. El área de contenido que abarca corresponde a la presencia de afectos negativos (distimia) y la ausencia de afectos positivos (eutimia) en la depresión, según se detalla seguidamente a partir del propio manual de la prueba.

Dicho inventario se aplicó a 100 alumnos (89 mujeres y 11 varones), con una edad media de 24,08 años, que después de una sencilla explicación accedieron libremente a cumplimentar el IDER (Spielberger 2008). La investigación se realizó con estudiantes de los dos últimos cursos de la Licenciatura de Pedagogía de la Universidad Complutense de Madrid.

Lo primero que llama la atención en esta investigación es el elevado número de alumnos con sintomatología depresiva. En la escala Depresión-Estado Total, se hallaron 28 alumnos (24 mujeres y 4 varones) con un percentil ≥ 75 , considerado el umbral depresivo, y en la escala Depresión-Rasgo Total 18 alumnos (17 mujeres y 1 varón) con un percentil ≥ 75 . Ahora bien, el hecho de que el concepto de rasgo informe de una peculiaridad personal relativamente estable que lleva a

responder de una determinada manera en distintas situaciones, y que el concepto de estado remita a una condición personal fluctuante, permite reparar en que no es lo mismo ser depresivo que estar deprimido. Aun cuando hay evidente relación, en el primer caso, puede hablarse de “personalidad depresiva” y en el segundo de “afectación depresiva”. Con arreglo a lo expuesto y a lo indicado por Spielberger (2008, 32) en el manual de la prueba utilizada, altas puntuaciones en la escala Depresión-Estado Total, suelen corresponderse con “un episodio depresivo mayor o un trastorno depresivo mayor”, mientras que elevadas puntuaciones en la escala Depresión-Rasgo Total, indican más propensión a los estados o reacciones de naturaleza depresiva, al tiempo que “suelen guiar el diagnóstico en la dirección de trastornos como la distimia y los trastornos bipolares”.

Este inventario es efectivo para guiarnos y darnos cuenta si la muestra a la que se le aplica sufre depresión y que síntomas padece ya que, no solo mide los rasgos de depresión si no también las dimensiones del estado.

Otra opción para determinar síntomas de depresión es la “Escala de Depresión” por Girardi (1988). Basada parcialmente en Thornton (1982). Aquí evalúa la tendencia, en adolescentes, a experimentar tristeza, pérdida de la confianza en sí mismo, disminución de las relaciones interpersonales, confrontación y desesperanza. Contiene un formato de 19 afirmaciones, que tiene como respuesta: Nada frecuente (1) a Muy frecuentemente (5).

Se evaluaron a 1440 estudiantes de preparatorias de la UNAM. Los cuatro factores de la escala: confrontación, desesperanza, confianza en sí mismo, interacción personal; obtenidos con un análisis factorial con rotación oblicua, explicaron 95.3% de la varianza total. La confiabilidad de las subescalas osciló entre $(\alpha) = 0.70$ y 0.83 .

Existe también una escala para detectar rasgos de depresión como lo es la Lista de Adjetivos de Depresión Axelrod (1990). Donde evalúa sentimientos y estados de ánimo que experimenta la persona en el momento presente, en términos de felicidad versus tristeza, seguridad versus inseguridad, optimismo versus pesimismo y satisfacción versus insatisfacción. Cuenta con 41 adjetivos que van: De Muy (1) a Nada (10) (Diferencial semántico).

Se hizo un estudio con este método aplicándose a 990 personas: 527 adultos y 463 adolescentes. Se efectuó un análisis factorial con rotación varimax, donde se produjeron cuatro factores como felicidad-tristeza, Seguridad-inseguridad, optimismo-pesimismo y Satisfacción - insatisfacción que explicaron el 77.4% de la varianza total. El índice de confiabilidad para la escala completa fue $= 0.94$.

Donde no se dan a conocer los resultados finales, lo cual hace dudar de dicha confiabilidad, puesto que solo muestran datos incompletos, asegurando buen índice de confiabilidad, pero no mostrando los datos finales obtenidos asegurando índice de depresión en dicha población estudiada.

El Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión, CET-DE, por Fernández (1986). Es otra opción para determinar síntomas de depresión.

Su aplicación es de forma Individual. En cuanto al ámbito de aplicación oscila entre los 13 y 75 años. La duración es variable, se torna a 15 minutos aproximadamente.

Registra síntomas depresivos distribuidos en cuatro dimensiones: humor depresivo (dolor de vivir, desesperanza, anhedonia y autosubestimación), anergia (aburrimiento, desinterés, apatía y vaciamiento mental), discomunicación (pérdida de la capacidad de sintonización, empobrecimiento de la comunicación y de la metacomunicación) y ritmopatía (alteración de ritmos biológicos, psicológicos, psicosociales y de regulación individual). A través de 63 preguntas cuyas contestaciones se puntúan de 0 a 4 según la intensidad del síntoma) 0 si no existe; 1: ligero; 2: medio; 3 intenso, y 4: muy intenso), el examinador puede saber el tipo de depresión y obtiene un perfil y un diagrama del paciente.

Además de estos cuestionarios de acreditada fiabilidad y validez científicas, se cuenta con otras vías evaluadoras, como la entrevista psicológica más o menos estructurada, la observación y la información aportada por el propio sujeto. En realidad se trata de caminos exploratorios complementarios que deben estimarse de modo conjunto.

Si bien es cierto se menciona que es de fácil aplicación y comprobar resultados, no nos muestran el nivel de confiabilidad, lo cual hace dudar de cierta validez para poder aplicarlo a adolescentes y personas mayores, pues también existen pocos estudios que utilicen dicho cuestionario.

La Escala de Depresión en Adolescentes por Escalante (2002). Es otra escala de medición para la depresión, pero que está enfocada hacia adolescentes.

Evalúa los sentimientos de disminución del valor de la persona en relación con sentimientos anteriores o en comparación con otra persona; la tristeza vaga, honda, pacífica y permanente; la actitud de desagrado en relación con la compañía de los demás; el desengaño, el conocimiento del error o el engaño en que se estaba; y los síntomas físicos consecuencia de malestar emocional. Contiene 80 afirmaciones: De Nunca (1) a Siempre (4).

La primera fase se aplicó a 582 adolescentes y la segunda fase se aplicó a 600 estudiantes de escuelas secundarias públicas y privadas, de 12 a 16 años de edad.

Se exploró el constructo en la primera fase, mediante la técnica de redes semánticas naturales, con cuyos resultados se construyeron los reactivos. Se eliminaron aquéllos con sesgos altos. Se analizó su poder discriminativo mediante pruebas a grupos extremos. El análisis factorial con rotación varimax arrojó cinco factores como minusvalía, melancolía, satisfacción, decepción y síntomas psicósomáticos, que explicaron 34.8% de la varianza total. El índice de confiabilidad obtenido para la escala total fue $\alpha = 0.95$, y para las subescalas osciló entre .75 y .92.

Este instrumento es de suma importancia ya que en la actualidad no existe gran variedad de instrumentos enfocados a la depresión, y menos hacia la depresión presentada en adolescentes, lo cual hace que se complique la detección de depresión en jóvenes, pues no existen suficientes herramientas actualizadas que sirvan como apoyo, para ayudar e intervenir con jóvenes que presentan dicha problemática.

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) para adolescentes; por Mariño, Medina, Chaparro y González (1993), utilizando la versión original de Radloff (1977). Evalúa con precisión síntomas depresivos en la población adolescente; al igual Identifica estados depresivos más que depresión clínica, pero discrimina entre pacientes y población general. Es una escala de auto reporte desarrollada para ser utilizada en estudios epidemiológicos. Cuenta con los síntomas antes descritos.

Dicho estudio se aplicó a 873 estudiantes de enseñanza media y media superior de la ciudad de México, de escuelas públicas y privadas, de 11 a 21 años de edad, hombres y mujeres.

El análisis factorial con rotación varimax produjo tres factores como afecto negativo, síntomas somáticos y afecto positivo, que explicaron 51.7% de la varianza total. Se obtuvo un índice de consistencia interna (α) para escala total de .88, y para los factores de .86, .83 y .71.

Se determinó como punto de corte para esta población el puntaje 27 (una desviación estándar por arriba de la media).

Dicho instrumento de medición es una buena herramienta para detectar si existen o no síntomas depresivos en la adolescencia, pues el estudio funcionó satisfactoriamente, arrojando datos importantes para la sociedad, puesto que se produjeron tres factores como afecto negativo, síntomas somáticos y afecto positivo.

Esta misma escala fue utilizada para un estudio, con adolescentes también pero diferente número de población y diferente rango de edad.

La Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) para adolescentes en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México por González, Solís, Jiménez, Hernández, González Juárez, Medina, Fernández (2010).

Esta escala se aplicó a 58 568 alumnos, con una edad promedio de 17 años. La mayoría de los estudiantes vivía en hogares con entre uno y cuatro habitantes (55.4%); 86.0% reportó que el padre trabajaba y 59.4% que la madre; 79.7% de los estudiantes vivía con ambos padres y 17.9% sólo con su madre. Del total, 57 403

(98.0%) completaron la información de la escala CES-D y estaban dentro del rango de edad de 14 a 24 años, de los cuales 27 264 (47.5%) fueron hombres y 30 139 (52.5%) mujeres.

La consistencia interna global de la escala arrojó un coeficiente de alpha de Cronbach con un índice satisfactorio ($\alpha=.83$). Al calcularla por sexo, el coeficiente fue mayor en las mujeres; Asimismo, los índices de confiabilidad son adecuados para todos los grupos de edad, aun cuando los correspondientes a hombres resultaron más bajos. Se detectó una frecuencia de sintomatología depresiva elevada de 14.7%, 11.1% en varones y 17.9% en mujeres.

Los resultados que se obtuvieron muestran que mantiene sus características de consistencia interna, con una estructura factorial conceptualmente congruente y con validez concurrente y externa satisfactorias. Del análisis por grupos de edad y sexo se observa que es mayor en las mujeres, y que en los hombres se incrementa conforme aumenta la edad, tal y como se observó en un estudio con 1549 estudiantes de educación media con la versión actualizada de la CES-D. Esto permite considerar que, si bien la escala es confiable para ambos sexos en cuanto a su consistencia interna, se deben afinar algunos aspectos que permitan hacer una medición más consistente en la población masculina más joven.

Esta escala de depresión es utilizada por diversos autores, buscando síntomas depresivos en diferentes poblaciones lo cual, da a conocer su confiabilidad y validez para lograr buenos resultados y partir de ahí para intervenir en la población en quien se aplicó y prevenir la depresión en nuestros tiempos.

Como hemos percatado la depresión requiere más estudios, ya que si bien es cierto desde años atrás se han utilizado diferentes instrumentos de medición para detectarla, persisten poca información sobre adolescentes y niños con factores de depresión.

También existe el Inventario de Depresión Infantil, (Children's Depression Inventory) CDI, 2004 por: Kovacs. Es de aplicación: Individual o colectiva, donde el ámbito de aplicación es de 7 a 15 años y la aplicación dura entre 10 y 25 minutos. Las puntuaciones en depresión total y en las escalas que la constituyen: disforia (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y autoestima baja (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.)

Está formado por 27 ítems que evalúan sintomatología depresiva, cada uno de los ítems tiene tres opciones de respuesta que puntúan con 0 (ausencia de sintomatología), 1 (sintomatología leve), ó 2 (sintomatología grave). La puntuación total puede ir de 0 a 4 puntos. La mitad de los ítems empiezan con la opción que

refleja mayor severidad del síntoma, y en el resto la secuencia de presentación está invertida. se indica que el instrumento es fiable, pues el Alfa de Cronbach varía entre 0.70 y 0.94, lo cual significa que entre el 70 y el 94 % de los puntajes observados es atribuible a un puntaje verdadero, con una significación menor a 0.05, lo cual nos indica que es una correlación aceptable. Por ello, se puede decir que la prueba es admisible y tiene gran importancia en niños, pues tiene un nivel de confiabilidad mayor de 0.80%.

Este Inventario de Depresión Infantil CDI se aplicó a 244 alumnos adolescentes de segundo curso de Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.) pertenecientes a cinco centros (3 públicos y 2 privados) de la zona sur de Madrid capital. La media de edad de los alumnos es 13'28 años. 130 varones y 114 mujeres. 124 alumnos de centros públicos y 120 de centros privados. 171 alumnos nacionales y 73 inmigrantes.

La muestra es homogénea en lo que se refiere al número de varones y mujeres, así como en lo concerniente al número de alumnos de centros públicos y privados. Es heterogénea, en cambio, en el número de escolares autóctonos e inmigrantes. De los 73 alumnos inmigrantes 59 proceden de países hispanoamericanos, 5 de China, 3 de Marruecos, 3 de Brasil, 2 de Rumania y 1 de Guinea Ecuatorial.

Se aplicó colectivamente el Inventario de Depresión Infantil (CDI), de Kovacs 2004, descrito parcialmente con anterioridad. Esta prueba fue contestada directamente por cada adolescente, como autoinforme. Del propio manual de la prueba:

Tras corregir la prueba se realizaron diversos cálculos: porcentajes, frecuencias, prueba Chi-cuadrado, estadístico exacto de Fisher y t de Student con contraste de igualdad de medias.

Los resultados fueron los siguientes:

- 6'92% depresión en varones.
- 11'40% depresión en mujeres.
- 8'19% depresiones en nacionales.
- 10'96% depresiones en inmigrantes.
- 9'68% depresión en centros públicos.
- 8'33% depresión en centros privados.

Este mencionado Inventario de Depresión Infantil se aplicó también a 768 niños entre los 8 y los 12 años, de los cuales 379 eran de género masculino y 389 de género femenino, que se encuentran escolarizados en los grados 3°, 4°, 5°, 6° y 7° de los diferentes colegios públicos y privados del municipio de La Ceja, Antioquia, sin características clínicas detectadas frente a la depresión.

En cuanto a las variables sociodemográficas, se observa que la mayoría de la población se ubica en el grupo de niños con 11 años. El 90% de los sujetos que conformaron la muestra osciló en edades entre los 8 y 11 años.

En cuanto al género, se observa que el 50,7% de la población pertenece al género femenino, el otro 49,3% al género masculino.

Como resultado los hombres presentaron una prevalencia mayor de depresión (14.4%), en comparación con las mujeres (10.8%). Esto es que el 25.2% de los menores del municipio de La Ceja posea depresión significa que es una población a riesgo, ya que esta enfermedad produce una alta morbi-mortalidad por el riesgo suicida, conductas autolesivas, abuso de sustancias y comportamiento disocial que conlleva; además, experimentan un alto grado de sufrimiento subjetivo explicado por la presencia en el 25.2% de los menores con síntomas tales como el ánimo negativo,

la anhedonia, la percepción de ineficacia, los problemas interpersonales y la autoestima negativa.

Una escala de la que ya hemos hablado es “La Escala de Depresión para niños CDS” este es un cuestionario autoaplicable desarrollado por Lang y Tisher en 1983. Se aplica a niños de 8 a 16 años y evalúa global y específicamente la depresión, es un instrumento compuesto por 66 reactivos formulados en sentido depresivo, 48 tipo depresivo y 18 tipo positivo, el resto de los reactivos aluden a situaciones que no presentan contenido depresivo.

La puntuación de las contestaciones es con una Plantilla de correcciones que se va deslizando permitiendo dejar ver los elementos pertenecientes a las subescalas, una vez obtenidas las puntuaciones directas, se puede pasar a la fase de la interpretación, en donde la media se sitúa en el valor 50 y tiene una desviación típica de 20 puntos, por lo tanto, el promedio comprendido entre el 30 y 70 corresponde a una población estadísticamente normal. Siendo significativos aquellos valores comprendidos por arriba del puntaje 70. Consta de dos subescalas generales independientes: Total depresivo y Total positivo.

El cuestionario consta de cinco opciones de respuesta que va de: ++ muy de acuerdo, + desacuerdo, +/- no estoy seguro, en desacuerdo y muy en desacuerdo.

En cuanto a sus propiedades psicométricas el análisis de validez de contenido se utilizó en la edición anterior del cuestionario, para el criterio y discriminación de una muestra de niños con depresión y el juicio de siete psiquiatras infantiles, para la validez concurrente se comparó con el Cuestionario de Personalidad CPQ de Catell y capacidad discriminativa con un criterio de infelicidad, para la validez de constructo se llevó a cabo mediante un análisis 34 de diferencias entre los grupos experimental, control y clínico.

En la versión española su índice de fiabilidad o de consistencia interna fue mediante la formulación de Kuder-Richardson (K-R20) ya que el CDS puede presentarse como un cuestionario con dos grandes subescalas Depresiva y Positiva (TD y TP) se calcularon también los coeficientes K-R20 en estos dos totales y los índices encontrados fueron de .91 y .69 lo cual muestra un nivel de estabilidad o consistencia interna, en una muestra de 730 niños de ocho a catorce años.

La Escala de Depresión para Niños (CDS) aplicada por Cruz, Morales y Ramírez (1996). Basado en Lang y Tisher, 1978. Evalúa la depresión del niño, que es definida como la respuesta afectiva, autoconcepto negativo, disminución de la

productividad mental, problemas psicosomáticos, preocupación por la muerte o ideas suicidas e irritabilidad. Pide respuestas directas del sujeto sobre sus sentimientos, pensamientos y conductas. La escala positiva mide sus actitudes positivas hacia él mismo y hacia los demás, en función de su satisfacción con lo que hace. La escala depresiva mide la presencia de sentimientos de culpa, tristeza, reducción de la energía, falta de motivación e interés, sentimientos de inseguridad, pesimismo, actitud derrotista y aprehensión. El CDS tiene implicaciones terapéuticas, ya que facilita la apertura y expresividad de los niños que tienen dificultades para verbalizar sus experiencias o sentimientos. Consta de 66 afirmaciones que van de: Muy de acuerdo (5) a Muy en desacuerdo (1).

Dicha escala se aplicó a 1250 niños y niñas de 8 a 14 años, que cursaban entre el 3o. y el 6o. grados de primaria. Se efectuó un análisis factorial, del que se extrajeron ocho factores. La consistencia interna para la escala total fue 0.85 y para las sub escalas osciló entre .65 y .79. Para obtener la estabilidad temporal del cuestionario se calcularon las correlaciones entre la primera aplicación y una segunda cuatro semanas después; los índices para las sub escalas fueron de .52 a .71. Se obtuvieron normas percentilares por edad y sexo.

La escala tiene dos categorías: Escalas de depresión que van de respuestas afectivas, problemas sociales, autoestima preocupación por la muerte-salud, sentimientos de culpabilidad, depresivos varios y las Escalas positivas que van de ánimo-alegría y positivo varios.

Las evaluaciones e inventarios tienen como objetivo principal identificar a niños con riesgo de depresión o pequeños ya con depresión y comprender al niño para poder implementar estrategias de solución específicas al caso. Dadas las circunstancias hoy en día no existe suficiente información para poder diagnosticar depresión y es más complicado encontrar información e instrumentos de evaluación para depresión en niños, pues en la actualidad se siguen utilizando los pocos que instrumentos que hay para evaluar; se ha observado que la mayoría de las personas especialistas en la materia utilizan La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) pues durante la historia ha sido una de las mejores escalas con buena confiabilidad, pero que si bien es cierto ha tenido buenos resultados, esta ha sido enfocada hacia adultos teniendo excelentes resultados, pero también se ocupa para adolescentes y niños; esto es que siendo un instrumento dirigido hacia adultos causa dificultades a la hora de aplicar la evaluación a adolescentes y niños, pues como ya se ha mencionado la complejidad de los síntomas recaen hacia personas con un desarrollo cognitivo mayor al de un niño que algunos aspectos no los puede visualizar debido a su menor desarrollo cognitivo.

3.5 Teoría de Henri Wallon (Desarrollo Infantil).

Wallon (Granados, 1986) plantea que en la conciencia reside el origen del progreso intelectual, pero ésta no se presenta en el momento del nacimiento sino que es una cualidad que se construye socialmente, por medio de lo que denomina la simbiosis afectiva. En consecuencia el objeto de la Psicología es la explicación de la formación y desarrollo de la conciencia.

El marco teórico de Wallon se fundamenta epistemológicamente en la filosofía marxista y más específicamente en el materialismo dialéctico. De este modo defiende la importancia de la fundamentación biológica pero sin caer en el mecanicismo organicista.

Para él, el psiquismo es la forma más elaborada de desarrollo de la materia. Su método consiste en estudiar las condiciones materiales del desarrollo del niño, condiciones tanto orgánicas como sociales, y en ver cómo, a través de esas condiciones, se edifica un nuevo plano de la realidad que es el psiquismo, la personalidad.

Wallon defiende un concepto unitario del individuo, indicando que en el desarrollo humano se produce una transición desde lo biológico o natural, a lo social o cultural. Wallon coincide con Vygotsky al afirmar que el niño es un ser social desde que nace y que en la interacción con los demás va a residir la clave de su desarrollo.

Para Wallon, la individuación se produce gracias al papel que desempeña la emoción en el niño. El bebé establece una simbiosis afectiva con sus cuidadores que le posibilita el desarrollo. Wallon decía: “El lenguaje ha sido precedido por medios de comunicación más primitivos. La base de estos medios está en la expresión emocional”.

- El Desarrollo desde los Estadios según Wallon:

La ley de alternancia funcional: Es la ley principal que regula el desarrollo psicológico del niño. Plantea que las actividades del niño, unas veces se dirigen a la construcción de su individualidad y otras al establecimiento de relaciones con los otros; alternándose la orientación progresivamente en cada estadio.

La ley de preponderancia e integración funcional: Consiste en que no existe ni ruptura, ni continuidad funcional en la transición de un estadio a otro. De este modo, las funciones antiguas no desaparecen sino que se integran con las nuevas.

El concepto de desarrollo está vinculado al concepto de estadio, como sucede en la teoría de referencia de la psicología evolutiva del último tercio del siglo XX, la teoría de Piaget. Sin embargo los planteamientos de ambos autores fueron muy distintos. Piaget estableció unos estadios del desarrollo cognitivo por medio de un modelo lógico-matemático dominante en la ciencia del momento, evaluando las capacidades del niño, en cada una de las edades para utilizar e interpretar las operaciones de dicho modelo en cada edad. De este modo el niño ponía en juego un conjunto de capacidades necesarias para resolver problemas que se encontraban fundamentalmente en los dominios de la matemática o de la física, aunque progresivamente Piaget los fue extendiendo a otros ámbitos, como la moral o el juego. Sin embargo, Wallon define un estadio como un conjunto características específicas que se establecen a partir de las relaciones que el sujeto mantiene con el medio, en un momento dado del desarrollo. En consecuencia, para la definición de cada estadio habría que tener en cuenta, tanto la función dominante que está presente en el mismo (actividad dominante), como la orientación de la actividad que desarrolla el sujeto (hacia sí mismo o hacia fuera). De este modo, la transición de un estadio a otro se produce por el cambio de función dominante.

Los estadios de Wallon:

- Impulsividad motriz: 1-6 meses. El niño requiere de los cuidadores para satisfacer sus necesidades fisiológicas. Es un periodo donde la actividad es preconsciente porque no hay psiquismo completo, empieza a estructurar su

mente. Existe dependencia biológica total y ausencia de intencionalidad psicológica. Psiquismo muy primitivo. Funcionamiento de los impulsos: Al principio son motrices y son descargas de tensión muscular, muy instintivos, no hay coordinación ni orientación de impulsos motrices. Los movimientos son más descarga de tensión muscular que intencionalidad de moverse.

- Emocional: 6-12 meses La madre es necesitada por el bebé por sí misma con independencia de la presencia o no de tensiones fisiológicas (se produce el paso de lo fisiológico a lo psicológico). Indica que la emoción es el modo dominante de las reacciones del lactante, básica o dominante de este periodo. Para Wallon la emoción tiene un significado arcaico de comunicación y le permite contacto con el medio humano y a través de ella le va a permitir establecer las primeras formas de vida social. Las emociones posibilitan la aparición de representación mental. Si hay relación afectiva va a interpretar quien le da afecto o lo contrario. Reconoce a los causantes de disgustos, dolores, alegrías, ignorar... etc. Las emociones para Wallon que posibilitan la aparición de conciencia de sí mismo en la medida que le satisfacen sus necesidades. Al revés de la relación afectiva, le permite reconocer como los demás le quieren y que posición tiene él. Wallon le da importancia a las emociones como forma de conocer el desarrollo del niño, y según las primeras experiencias podemos predecir etapas posteriores, y en las condiciones en que se produce ese desarrollo del lactante.

- Sensoriomotor: 1-3 años. Adquisición de nuevas capacidades (la marcha, el lenguaje, la función representativa) que le permiten al sujeto una nueva manera de actuar sobre el medio. Muy importante, porque el niño empieza a extenderse, relacionarse con las cosas, personas que le rodean y a comprenderla. Se produce una exploración que le hace identificar los objetos que le rodean. Los elementos que tienen, para poder hacerlo son el lenguaje y la motricidad.
- Personalismo: 3-6 años. Es la construcción de la identidad a través de distintas estrategias: Oposicionismo (3 años). Actitud negativista y Edad de gracia (4 años). Imitación (5 años).

Identificación con los personajes preferidos por los demás o de quien se sienten celosos. Tratar de seducir y atraer la atención del adulto con el despliegue de sus mejores habilidades. Se caracteriza por una mayor consolidación de la personalidad. Abandona manifiestos de bebé y a los demás se muestra como el que es o el que quiere ser. Vive en enfrentamiento con todo lo que le rodea. Lucha contra lo que se le ofrece o se le da. Toma conciencia de su persona, de su cuerpo periodo de autoafirmación, necesaria para sentar las bases de su independencia futura. Si el niño no se manifiesta así anda muy poco camino para después llegar a manifestarse.

- Pensamiento categorial: 6-11 años. Comienzo de la etapa escolar y aprendizaje de nuevas habilidades para actuar sobre el mundo (lecto-escritura, aritmética). Salto cualitativo y cuantitativo. Marcando avance de conocimientos. La inteligencia pasa a tener un mayor desarrollo.
- Pubertad y adolescencia: 11-12 años. Cambios físicos que comprometen el esquema corporal y cambios psíquicos que conducen a la consolidación de la identidad y a la reflexión sobre su propio lugar en el mundo. No hay una etapa definitiva de llegada. Múltiples circunstancias pueden hacerlo variar. Mayor capacidad de conocimiento. Mayor madurez personal (A veces engañosa porque establece relaciones conflictivas con sus adultos), y mayor dependencia afectiva. El adolescente es mucho más emotivo, no es realista como el adulto en el área afectiva, de inteligencia y en el área social. Se producen cambios en toda su personalidad. Normalmente Wallon dice que se vuelve más misterioso, más intelectual y más apasionado por determinadas situaciones. De ahí que el adolescente se vea como pensador, poeta que no son más que experiencias imaginarias.

Wallon Psicólogo y Profesor de la escuela de Francia; se enfocó hacia la psicopatología para después trabajar en la psicología infantil, pues para él la emoción es el mediador principal, lo cual hace diferir de Piaget pues éste estableció estadios del desarrollo cognitivo con un modelo lógico-matemático, evaluando las capacidades del niño, en cada una de las edades para utilizar e interpretar las

operaciones de dicho modelo en cada edad; mientras Wallon define estadios como un conjunto de características que se dan a partir de las relaciones que el sujeto mantiene con el medio. Por lo tanto Wallon no solo nos habla del desarrollo cognitivo si no también en el desarrollo psicológico del niño (emociones) y la educación.

3.6 Etiología de la Depresión.

La depresión puede ser causada por diversos factores: como lo son los Factores familiares (genéticos), Factores biológicos, (ejes endocrinológicos) y Factores psicosociales (predisponentes, precipitantes, mantenedores).

Factores Familiares (Genéticos):

- El riesgo de padecer depresión mayor en familiares de primer grado de pacientes deprimidos es del doble en comparación con sujetos de control (Sullivan, Neale, Kendler, 2000).
- Los hijos de uno o dos padres con depresión mayor tienen mayor riesgo de presentar este padecimiento (Lieb, 2000).
- La edad temprana en el inicio o en la recurrencia de la depresión mayor incrementa la posibilidad de agrupamiento familiar de este padecimiento (Wickramaratne, Warner, Weissman, 2000).

Así como existe una tendencia a padecer diabetes, hipertensión o sobrepeso si los padres lo padecen, también existen posibilidades de ser un niño deprimido, si los padres lo son.

Un niño puede nacer con una disposición genética hacia la depresión porque sus padres o familiares cercanos la han padecido, porque quizá nazca con una conducta de inhibición social (timidez) que le obstaculice su desarrollo académico y social y lo haga vulnerable a la depresión, o porque la madre padeció depresión durante el embarazo y no recibió tratamiento.

Factores Biológicos:

- Se ha visto que en la depresión existen alteraciones hipotalámicas como la secreción excesiva factor hipotalámico estimulante de la Corticotropina (CRF), que en la hipófisis genera un aumento de secreción de corticotropina (ACTH).
- La secreción excesiva de ACTH altera a su vez en un 50% de los pacientes con depresión, la secreción del cortisol en el ciclo circadiano de los pacientes, generándose una secreción excesiva durante el día e incluso la noche.
- El aumento de cortisol y los niveles altos de noradrenalina y acetilcolina producen la hipersecreción de hormona estimulante de la corticotropina (CRF) en el hipotálamo (Maes, Meltzer, 1993).
- Alteraciones neuro-endócrinas, modificaciones neuroanatómicas y desarreglos de interacción entre los sistemas inmune y neuroendócrino.

- Se propone un déficit en las monoaminas (noradrenalina y serotonina) en la depresión (Schildkraut, 1965).
- El impulso suicida está asociado a bajos niveles de ácido hidroxindoleacético (Praag, 1982).
- El impulso agresivo ha sido asociado con bajos niveles de hidroxindoleacético en el líquido cefalorraquídeo (Linnoila, 1983).

En general se acepta que la depresión produce cambios en el balance químico del cerebro, el cual es un órgano altamente complejo con millones de células. El espacio entre dos neuronas (sinapsis) es la unidad neurobiológica fundamental, y a través de la sinapsis se comunican entre ellas, incluso en áreas muy alejadas.

Los neurotransmisores son las sustancias encargadas de regular o modular la transmisión nerviosa. Las predisposiciones genéticas y/o los problemas ambientales alterarán las funciones de la neurotransmisión en el espacio entre una y otra célula. Incluso la medicación y la psicoterapia inducen efectos normalizadores en este balance delicado (Brown, Harris, Eales, 1993).

Factores Psicosociales:

Experiencias dolorosas que se sufren en esta vida; esto puede dar inicio a una depresión que puede durar mucho tiempo o inclusive, puede acabar con la vida de quien la padece.

- Eventos traumáticos en la vida, que pueden causar daño y depresión. A veces una experiencia particular en la vida puede deprimir en una forma permanente a las personas.
- Los adolescentes deprimidos pueden abusar del alcohol o de otras drogas, buscando la puerta falsa, para tratar de sentirse mejor del cuadro depresivo que presentan.
- Los niños y adolescentes que se portan mal en la casa o en la escuela, pueden estar sufriendo de depresión sin que nadie se dé cuenta de ello.
- La mala conducta puede ser un síntoma de depresión, porque estos niños no siempre van a dar la impresión de estar tristes; sin embargo, si se les pregunta directamente, los niños admiten que están tristes y que son infelices.
- La familia aquí se producen situaciones que modifican radicalmente la convivencia y el correcto desarrollo de los infantes. La familia y los amigos juegan un papel importante en el desarrollo del niño y adolescente. Los conflictos familiares han sido asociados con la externalización de problemas como son la agresividad y el

comportamiento antisocial, al igual que con su interiorización, resultando en problemas tales como ansiedad, depresión y baja autoestima, que si se detectan se pueden llegar manejar adecuadamente.

- El acoso escolar (bullying) ha sido objeto de creciente atención y alarma social en los últimos años, aunque se trata probablemente de un fenómeno que ha estado siempre presente en nuestra sociedad. El colegio les supone un mundo social diferente, que puede influir de manera positiva o negativa en los problemas emocionales y conductuales.
- Ser víctima de abuso sexual es lo más devastador que un niño puede sufrir, ya que no asimila lo que sucede, está siendo vulnerado y el siente culpabilidad y responsabilidad por lo que pasa, el niño pierde su autoestima y su comportamiento se modificara en su totalidad, desencadenando una probable depresión.

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al cerebro, el ánimo y la manera de pensar. Millones de personas sin importar razas, nacionalidades o culturas sufren esta enfermedad, que a pesar de ser muy común se cuenta con poca información, y la que existe se remonta solo a personas adultas.

La depresión es un problema de salud común y serio, pues depresión no es solamente sentirse triste, melancólico, o desanimado, es mucho más que el desaliento que puede ser parte de la vida diaria.

Cuando los síntomas de la depresión son más graves, pueden causar sufrimiento innecesario a la persona que está deprimida y causar dolor innecesario a las personas que los aman. En su forma más grave, la depresión puede ser una condición que amenaza la vida. Los trastornos depresivos se asocian con cambios químicos en el cerebro, pues las personas con depresión típicamente tienen mucha o muy poca cantidad de ciertos tipos de químicos cerebrales llamados "neurotransmisores".

Dichas características no están exentas a la población adulta tampoco lo están para la población infantil, ya que es posible que los pequeños también sufran esta enfermedad, teniendo un desajuste en los factores familiares, psicosociales, pero de igual forma pueden padecer el factor biológico ocasionando alteraciones de neurotransmisores en el infante.

Está comprobado que si los niños padecen alguna enfermedad del corazón, diabetes, obesidad o cáncer, la tendencia a sufrir depresión es alta, porque su desarrollo es diferente del resto de los niños. Algunos pueden realizar actividades y otros más. Entonces el niño está limitado a lo que su padecimiento le permita realizar; en la mayoría de los casos esta situación es, en determinados momentos, frustrante e irritable.

3.7 Enfoque Cognitivo Conductual.

Sobre 1956, A. Beck trabajaba como clínico e investigador psicoanalista. Su interés estaba centrado por entonces en reunir evidencia experimental de que en las depresiones encontraría elementos de una "hostilidad vuelta contra sí mismo" en los pacientes depresivos tal como se seguía de las formulaciones freudianas. Los resultados obtenidos no confirmaron esa hipótesis. Esto le llevó a cuestionarse la teoría psicoanalítica de la depresión y finalmente toda la estructura del psicoanálisis.

Los datos obtenidos apuntaban más bien a que los pacientes depresivos "seleccionaban" focalmente su visión de sus problemas presentándolos como muy negativos. Esto unido a los largos análisis de los pacientes depresivos con la técnica psicoanalítica habitual, y con escasos resultados para tan alto costo, le hicieron abandonar el campo del psicoanálisis. Su interés se centró desde entonces en los aspectos cognitivos de la psicopatología y de la psicoterapia.

En 1967 publicó "La depresión" que puede considerarse su primera obra en la que expone su modelo cognitivo de la psicopatología y de la psicoterapia. Varios años después publica "La terapia cognitiva y los trastornos emocionales" (1976) donde extiende su enfoque terapéutico a otros trastornos emocionales. Pero es su obra "Terapia cognitiva de la depresión" (1979) la que alcanza su máxima difusión y

reconocimiento en el ámbito clínico. En esta obra no solo expone la naturaleza cognitiva del trastorno depresivo sino también la forma prototípica de estructurar un caso en terapia cognitiva, así como descripciones detalladas de las técnicas de tratamiento. La obra referida llega así a convertirse en una especie de manual de terapia cognitiva (Beck, Rush, Shaw, Emery 2002).

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas en este caso la depresión. Dicha terapia es sin lugar a duda una de las corrientes que más se ha desarrollado en los últimos años.

La TCC Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, 1967). Fundamentalmente sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos esquemas desarrollados a partir de experiencias anteriores.

Las técnicas terapéuticas van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones. El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables mediante reevaluación y modificación

de sus pensamientos. El terapeuta cognitivo ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas (Beck 1967).

La terapia cognitiva es de gran ayuda para las personas que padecen depresión ya que esta se encarga de delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos del paciente.

El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión:

1. La triada cognitiva:

Consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de modo idiosincrático. El primer componente de la triada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo, tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral o físico; en segundo lugar se centra en la tendencia a interpretar sus experiencias de una manera negativa, le parece que el mundo le hace demandas exageradas y por último piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad en un futuro.

2. Esquemas:

Utiliza este concepto para explicar porque mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir, el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones, designa patrones de pensamiento estables.

3. Los errores en el procesamiento de la información:

Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantiene la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria.

- Inferencia arbitraria: Proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
- Abstracción selectiva: Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.
- Generalización excesiva: Proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.

- Maximización y minimización: Quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento, errores de tal calibre que constituyen una distorsión.
- Personalización: Tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a si mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.
- Pensamiento absolutista dicotómico: Se manifiesta en la tendencia a clasificar las experiencias según una o dos categorías opuestas. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.

Una manera de abordar el desorden de pensamiento presente en la depresión es conceptualizarlo en términos de modos “primitivos” de organizar la realidad vs modos “maduros”. Parece claro que las personas depresivas tienden a estructurar sus experiencias de un modo bastante primitivo, tienden a emitir juicios globales respecto a los acontecimientos que afectan su vida. Sus contenidos de pensamiento tienen una gran probabilidad de ser extremos, negativos, absolutistas etc. La respuesta emocional, por lo tanto tiende a ser negativa y extrema.

CAPÍTULO IV

PROPUESTA DE TESIS

4.1 Contextualización de la Propuesta.

Nombre: Guía de prevención de Sintomatología Depresiva Infantil “Cambiando Caritas”.

Justificación.

La depresión es uno de los principales problemas de salud mental de la sociedad actual. El riesgo de padecer un trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida oscila entre el 10% y el 25% para las mujeres y entre el 5% y el 12% para los varones (APA, 1995). La depresión es más que un desorden del humor ya que afecta a múltiples áreas del funcionamiento emocional, somático y cognitivo. Además, los trastornos depresivos pueden tener consecuencias importantes y negativas si no son identificados y tratados a tiempo.

En los últimos años ha habido un interés creciente en el área de la evaluación de la depresión infantil, pero a pesar que existe un progreso siguen haciendo falta evaluaciones e información acerca de la Depresión en niños.

La controversia histórica y la confusión acerca del fenómeno depresivo en estas edades han evolucionado hacia una aceptación, cada vez más general, de que la depresión es un trastorno que también aparece en niños.

El niño manifiesta sus emociones como la tristeza, la alegría, la ira etc. a través de diversas circunstancias es por ello que se requiere no solo de personas capacitadas para detectar sintomatología depresiva, sino también de herramientas necesarias como manuales, inventarios e instrumentos para poder intervenir precozmente ante una situación relacionada con la depresión.

Y como la presencia de depresión en la niñez también tiende a predecir enfermedades más graves en la edad adulta; es por este motivo se crea una Guía de Prevención Depresiva Infantil “Cambiando Caritas”, para niños de 6 a 9 años de edad, ya que en la actualidad existe poca información e instrumentos para la prevención depresiva en niños menores.

Esta Guía se encarga de prevenir depresión en pequeños Orizabeños de 6 a 9 años, con diversas actividades lúdicas, Promoviendo la confianza grupal, reconociendo habilidades, retroalimentando el amor propio y modificando cogniciones.

Objetivo.

Modificar pensamientos disfuncionales que promuevan sintomatología depresiva en niños de 6 a 9 años de edad, mediante actividades lúdicas dentro del aula, que disminuirán el puntaje del Cuestionario de Depresión infantil.

Población.

La presente guía va dirigida a niños de 6 a 9 años de edad del primer y segundo grado de primaria.

4.2 Desarrollo de la Propuesta.

La Guía de prevención de Sintomatología Depresiva Infantil “**Cambiando Caritas**”, consta de 7 sesiones, una sesión por día que dura aproximadamente 60 minutos, a lo cual da un total total de 7 horas. En cada sesión las actividades lúdicas están divididas por diferentes momentos, como lo son presentación, dinámica de rompe hielo, tema central, reforzamiento de la actividad central, participación y retroalimentación.

Durante las sesiones se fomentara el compañerismo, aceptación del grupo, la inclusión y lo más importante modificar cogniciones disfuncionales de la sintomatología depresiva en los pequeños.



Guía

"Cambiando Paritas"



“CAMBIANDO CARITAS”

GUÍA DE PREVENCIÓN DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA INFANTIL



SESIÓN 1

OBJETIVOS EDUCACIONALES	Estimular el sentimiento de aceptación y confianza en el grupo así como fortalecer la valoración de la persona. Propiciar la expresión de sentimientos positivos entre los compañeros.
MATERIAL DIDÁCTICO	<ul style="list-style-type: none">▪ Gafetes▪ Plumones▪ Hojas de color amarillo▪ Tijeras▪ Pinturas de madera▪ Patrón de estrella
ESTRATEGIA EDUCACIONAL	Presentación Introducción Expositiva Interrogativa Lluvia de ideas
DINÁMICAS	<p style="text-align: center;">LA PAPA CALIENTE</p> <p>Con una pelota se organizan los niños y se colocan en forma de círculo. El instructor cantará: la papa caliente se quema, se quema, y así sucesivamente se repite varias veces y mientras va pasando la pelota muy rápidamente y cuando digan se quemó a la persona que le queda la papa caliente es la que dirá su nombre</p> <p style="text-align: center;">EL JUEGO DE LA AUTOESTIMA</p> <p>Se dialogará con los niños sobre el significado de la autoestima y su relación con nuestro entorno, haciendo destacar que algunos días nos suceden cosas que afectan la forma de cómo nos sentimos con nosotros</p>

mismos.

AUTO CONSTRUCCIÓN

Se les explicará a los niños que “existen ocasiones en las que nos sentimos mal”, participará cada niño explicando un ejemplo de cuando se han sentido mal, y se les enseñará a que se digan así mismos cosas positivas, primeramente en voz alta y de tarea en voz baja, esto cada vez que lo hagan sentir mal o por el mismo.

SÚPER ESTRELLAS

Cada niño hará su superestrella, se les explicara que todos tenemos características únicas y especiales, las cuales plasmaran en los puntos de las estrellas; se les anima para que compartan sus estrellas con los compañeros, para posteriormente pegarlas en el salón de clases.

ESTO ES UN ABRAZO

Todos los participantes se sientan en círculo. La persona que comienza «A» dice a la de su derecha «B» «esto es un abrazo» y le da uno. «B» pregunta: «¿un qué?» y «A» le responde: «un abrazo» y se lo vuelve a dar. Luego «B» a «C» (quien esté a su derecha) y así sucesivamente. Al final se hará una reflexión con comentarios positivos.

REFLEXIÓN

Se hará una pequeña reflexión acerca de lo visto en la sesión, tomando en cuenta la participación de los integrantes del mismo, creando un ambiente de respeto. Después de que comente cada niño podrá tomar un dulce.



“CAMBIANDO CARITAS”

GUÍA DE PREVENCIÓN DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA INFANTIL



SESIÓN 2

OBJETIVOS EDUCACIONALES	Que el alumno valore la importancia de enriquecer su autoestima por medio del reconocimiento de sus cualidades y el desarrollo de sentimientos positivos.
MATERIAL DIDÁCTICO	<ul style="list-style-type: none">▪ Plumones▪ Crayones▪ Tijeras▪ Pizarrón▪ Estrellitas
ESTRATEGIA EDUCACIONAL	Introducción Expositiva Interrogativa Lluvia de ideas
DINÁMICAS	<p style="text-align: center;">ENSALADA DE FRUTAS</p> <p>El facilitador divide a los participantes en un número igual de tres o cuatro frutas, tales como naranjas o plátanos. Luego los participantes se sientan formando un círculo. Una persona tiene que pararse en el centro del círculo. El facilitador dice el nombre de una fruta, como ‘naranjas’ y todas las naranjas tienen que cambiarse de puesto entre ellas.</p> <p style="text-align: center;">LA REGLA DEL HUMOR</p> <p>Se les enseñará a hacer una regla, en la cual indicaran como es que se sienten ese día, tomando en cuenta que la regla tendrá diversos indicadores, donde ellos participaran de forma voluntaria y explicaran alguna situación mostrando cómo se sienten y compartiendo a</p>

sus compañeros su forma de pensar.

HERIDAS DE LA AUTOESTIMA

Comentar sobre la actitud y modo que adoptamos cuando queremos regañar a alguien porque ha hecho algo que no nos ha gustado. Hacer ver que hay muchas formas de llamar la atención, y no es lo mismo hacerlo de una manera u otra. Los niños participarán recordando cosas que les hayan dicho y por las que se sintieron mal. Y las escribirán en un pizarrón, explicando su sentir cuando les hablaron de esa forma

El instructor dirá cada ejemplo que pasaron a escribir pero expresándolo de diferente manera pero ahora sin herir a los demás, los alumnos darán nuevas formas de decir las cosas sin lastimar intencionalmente a las personas.

RETROALIMENTACIÓN

Se cantará la canción de “patos, pollos y gallinas” posteriormente se sentaran en círculo, el facilitador comenzará con la retroalimentación y después el que está a la derecha, cuando terminen todos se les entregará una estrellita para su cara.



“CAMBIANDO CARITAS”

GUÍA DE PREVENCIÓN DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA INFANTIL



SESIÓN 3

<p>OBJETIVOS EDUCACIONALES</p>	<p>Modificar pensamientos negativos del niño mediante diversas actividades, retroalimentando el amor propio y reflexionar acerca de las personas que los quieren. Así como disminuir el pensamiento dicotómico del pequeño.</p>
<p>MATERIAL DIDÁCTICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hojas blancas ▪ Regla didáctica grande previamente hecha ▪ Cartulina roja ▪ Crayones ▪ Pegamento
<p>ESTRATEGIA EDUCACIONAL</p>	<p style="text-align: center;">Introducción</p> <p style="text-align: center;">Expositiva</p> <p style="text-align: center;">Interrogativa</p> <p style="text-align: center;">Lluvia de ideas</p>
<p>DINÁMICAS</p>	<p style="text-align: center;">CUERPOS EXPRESIVOS</p> <p>Se escriben en papelitos nombres de animales (macho y hembra), tantos papeles como participantes, distribuyendo los papelitos, dando la indicación que cada niño actuará y emitirá el sonido del animal que le corresponde, hasta encontrar a su pareja.</p> <p style="text-align: center;">LA REGLA DEL HUMOR</p> <p>Indicaran en su regla como se sienten ese día, se comentará que existen diferentes situaciones en las que uno siente y piensa diferente, voluntariamente pasaran a indicar en una regla (grande previamente hecha) alguna situación y ellos contestaran su sentir. Se reflexionará acerca de las respuestas, explicando que no todo el</p>

tiempo siente uno lo mismo.

AUTO CONSTRUCCIÓN

Se les explicará a los niños que “existen ocasiones en las que nos sentimos mal”, participará cada niño explicando un ejemplo de cuando se han sentido mal, y se les enseñará a que se digan así mismos cosas positivas, primeramente en voz alta y de tarea en voz baja, esto cada vez que lo hagan sentir mal o por el mismo.

GENTE QUE ME QUIERE

Leerles a los niños el texto: “Yo soy especial, no hay nadie como Yo y hay mucha gente que me quiere”. Los niños recortarán corazones rojos y escribirán “gente que me quiere” pegándolo en la hoja blanca, los pequeños dibujaran el retrato de las personas que los quieren y elaboraran un cuadro, donde posteriormente pasaran a pegarlo en el salón.

RETROALIMENTACIÓN

El facilitador comenzará con una breve retroalimentación acerca de la sesión del día, dando la oportunidad a los integrantes de participar.



“CAMBIANDO CARITAS”

GUÍA DE PREVENCIÓN DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA INFANTIL



SESIÓN 4

OBJETIVOS EDUCACIONALES	Disminuir de manera gradual el pensamiento dicotómico de los niños mediante actividades animadas, identificando lo positivo de su familia, reforzando las actitudes positivas del pequeño.
MATERIAL DIDÁCTICO	<ul style="list-style-type: none">▪ Regla didáctica grande previamente hecha▪ Hojas▪ Lápiz▪ Fichas previamente elaboradas▪ Grabadora
ESTRATEGIA EDUCACIONAL	Introducción Expositiva Interrogativa Lluvia de ideas
DINÁMICAS	<p style="text-align: center;">EL NUDO</p> <p>Los participantes formaran un círculo tomados de la mano; algunos salen del grupo y permanecen minutos afuera, mientras el grupo sin soltarse de las manos van entrelazándose lentamente hasta formar un nudo, así las personas que permanecieron afuera y tendrán que deshacer el nudo sin que nadie se suelte hasta formar nuevamente el círculo de antes.</p> <p style="text-align: center;">LA REGLA DEL HUMOR</p> <p>Indicaran en su regla como se sienten ese día, se comentará que existen diferentes situaciones en las que uno siente y piensa diferente, voluntariamente pasaran a indicar en una regla (grande previamente hecha) alguna situación y ellos contestaran su sentir. Se reflexionará acerca de las respuestas, explicando que no todo el</p>

	<p>tiempo siente uno lo mismo.</p> <p style="text-align: center;">LO QUE ME GUSTA DE MI FAMILIA</p> <p>Se le proporcionará a cada niño una hoja donde vienen diferentes oraciones, contestaran y participaran frente al grupo leyendo sus respuestas, se llevan la hoja a casa para que su familia conteste las otras oraciones, para fomentar su autoestima</p> <p style="text-align: center;">BAILANDO JUNTOS</p> <p>El grupo estará distribuido en el salón, comienza la música y todos bailan como mejor les parezca, el animador muestra alguna ficha con alguna indicación (ej. Abrazos) y todos continúan bailando abrazados y así sucesivamente se van sacando fichas y los alumnos hacen lo que indica cada una sin parar de bailar.</p> <p style="text-align: center;">RETROALIMENTACIÓN</p> <p>Todos estarán sentados en el piso, el facilitador hará una retroalimentación positiva hacia los niños, después voluntariamente cada niño dirá lo que le agrado o lo que no de la sesión del día.</p>
--	---



“CAMBIANDO CARITAS”

GUÍA DE PREVENCIÓN DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA
INFANTIL



SESIÓN 5

OBJETIVOS EDUCACIONALES	Generar un clima de acercamiento para trabajar con el grupo, expresando y compartiendo una parte de ellos reconociendo lo que le agrada y lo que le disgusta, aprendiendo a vivir de acuerdo a la realidad. Disminuyendo su pensamiento dicotómico.
MATERIAL DIDÁCTICO	<ul style="list-style-type: none">▪ Regla didáctica grande previamente hecha▪ Hojas blancas▪ Imágenes de revistas▪ Lápices
ESTRATEGIA EDUCACIONAL	Introducción Expositiva Interrogativa Lluvia de ideas
DINÁMICAS	<p style="text-align: center;">LA SANDIA GORDA</p> <p>Los alumnos se pondrán en un círculo y el facilitador comenzará a hacer movimientos mientras canta: “yo soy una sandia, gorda, gorda, gorda” y el grupo repite la canción con la mímica.</p> <p style="text-align: center;">LA REGLA DEL HUMOR</p> <p>Indicaran en su regla como se sienten ese día, se comentará que existen diferentes situaciones en las que uno siente y piensa diferente, voluntariamente pasaran a indicar en una regla alguna situación y ellos contestaran su sentir. Se reflexionará acerca de las respuestas, explicando que no todo el tiempo siente uno lo mismo.</p> <p style="text-align: center;">A SI SOY YO</p>

	<p>El facilitador colocará una gran variedad de recortes de revistas, con amplia gama de expresiones emocionales acciones etc. Todos pasaran ver las imágenes y posteriormente cada persona escogerá dos de ellas con las cuales se identifique, donde representará su lado positivo, sus características que más le agrada de su persona, las pegaran en una hoja blanca haciendo su pequeño mural. Pasaran voluntariamente al frente a describir su mural.</p> <p style="text-align: center;">RETROALIMENTACIÓN</p> <p>El facilitador comenzará con una breve retroalimentación acerca del día, dando la oportunidad a los integrantes de participar. Todos terminaran dándose un aplauso.</p>
--	---



“CAMBIANDO CARITAS”

GUÍA DE PREVENCIÓN DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA INFANTIL



SESIÓN 6

OBJETIVOS EDUCACIONALES	Promover la confianza grupal. Reconocer las cualidades y habilidades positivas que como ser humano tenemos, modifican pensamientos disfuncionales en los pequeños.
MATERIAL DIDÁCTICO	<ul style="list-style-type: none">▪ Regla didáctica grande previamente hecha▪ Hojas▪ Lápices▪ Pinturas de madera
ESTRATEGIA EDUCACIONAL	Introducción Expositiva Interrogativa Lluvia de ideas
DINÁMICAS	<p style="text-align: center;">SALUDOS</p> <p>El grupo deberá ser motivado por el instructor para tomar conciencia de que significa el saludo como primera forma de acercamiento a una persona. Los alumnos caminarán sin rumbo por todo el salón, cuando el instructor diga la palabra ¡SALUDO! Los alumnos saludarán de diferente según se indique: ¡SALUDO CON GUIÑO! ¡SALUDO CON SONRISA! Etc.</p> <p style="text-align: center;">LA REGLA DEL HUMOR</p> <p>Indicarán en su regla como se sienten ese día, se comentará que existen diferentes situaciones en las que uno siente y piensa diferente, voluntariamente pasaran a indicar en una regla (grande previamente hecha) alguna situación y ellos contestaran su sentir. Se reflexionará acerca de las respuestas, explicando que no todo el tiempo siente uno lo mismo.</p>

	<p style="text-align: center;">AUTO CONSTRUCCIÓN</p> <p>Se les explicará a los niños que “existen ocasiones en las que nos sentimos mal”, participará cada niño explicando un ejemplo de cuando se han sentido mal, y se les enseñará a que se digan así mismos cosas positivas, ahora lo harán en voz baja por si solos.</p> <p style="text-align: center;">CONOZCO MIS CUALIDADES</p> <p>Cada alumno dibujara una cualidad o habilidad que tenga o algo que les guste hacer, posteriormente pasaran al frente a mostrar su dibujo y explicar su cualidad; el facilitador reforzara positivamente con palabras agradables a cada niño, haciendo hincapié que cada persona es diferente y tiene cualidades diferentes valiosas.</p> <p style="text-align: center;">RETROALIMENTACIÓN</p> <p>El facilitador comenzará con una breve retroalimentación acerca de lo visto en la sesión, dando la oportunidad a los integrantes de participar.</p>
--	--



“CAMBIANDO CARITAS”

GUÍA DE PREVENCIÓN DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA INFANTIL



SESIÓN 7

<p>OBJETIVOS EDUCACIONALES</p>	<p>Cerrar el taller de una manera divertida y agradable, retroalimentando lo positivo de cada niño mediante aplausos, diploma y palabras alentadoras a cada participante. Se creara un ambiente amistoso y de compañerismo, con una breve reflexión acerca del estado de ánimo de los niños de hoy en día, concluyendo con la participación de los pequeños acerca de su regla del humor, pues se espera esta haya disminuido cogniciones disfuncionales.</p>
<p>MATERIAL DIDÁCTICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grabadora ▪ Regla didáctica grande previamente hecha ▪ Diplomas
<p>ESTRATEGIA EDUCACIONAL</p>	<p style="text-align: center;">Retroalimentación</p> <p style="text-align: center;">Introducción</p> <p style="text-align: center;">Expositiva</p> <p style="text-align: center;">Interrogativa</p> <p style="text-align: center;">Lluvia de ideas</p>
<p>DINÁMICAS</p>	<p style="text-align: center;">SOY UNA TAZA Y UNA TETERA (DANZA, CANCIÓN INFANTIL)</p> <p>Los pequeños estarán parados en media luna, el facilitador estará frente a ellos mostrando un baile de la tetera con diferentes movimientos, los niños imitaran el baile y la música ira cada vez más rápido.</p> <p style="text-align: center;">LA REGLA DEL HUMOR</p> <p>Indicaran en su regla como se sienten ese día, se comentará que existen diferentes situaciones en las que uno siente y piensa diferente. Voluntariamente pasaran a</p>

indicar en una regla alguna situación y ellos contestaran su sentir. Se reflexionará acerca de las respuestas, explicando que no todo el tiempo siente uno lo mismo. Al final todos se dan un aplauso.

ABRAZO DEL AMOR

Los alumnos harán una línea y se tomaran de la mano, el facilitador ira “enredando” a cada uno a modo de que los niños se abracen entre sí. Se hará una breve reflexión acerca de la dinámica.

CLAUSURA INFORMAL

El coordinador expresara al grupo el valor de los aprendizajes mutuos, y el deseo de que esta clausura sea calurosa y amena. El tomará un diploma y se lo entregara al designatario del mismo: al entregarlo le dirá al participante lo que aprendió gracias a su participación. Así mismo, pasará con los demás del grupo.

CAPÍTULO V

DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 Enfoque de la Investigación: Cuantitativo.

Se refiere a un enfoque Cuantitativo, ya que usa la recolección de datos, para probar la hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para así poder establecer patrones de comportamiento y probar la teoría que se planteó (Sampieri 2003).

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, pues confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística ya que través de un inventario aplicado a niños, se obtuvieron resultados y con ello la aplicación de la Guía.

5.2 Alcance de la Investigación: Descriptiva.

Es descriptivo pues busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar (Sampieri 2003).

5.3 Diseño de la Investigación: No experimental.

No experimental se refiere a que la investigación no se tiene control directo sobre las variables, ni influir sobre ellas porque ya sucedieron, al igual que sus efectos (Sampieri 2003).

El diseño es el plan o estrategia que desarrolla para obtener la información que se requiere en una investigación, en la presente investigación el diseño es no experimental.

5.4 Tipo de Investigación: Mixta (Campo y Documental).

La investigación de campo es aquella que consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios), sin manipular o controlar variable alguna, es decir, el investigador obtiene la información pero no altera las condiciones existentes.

La investigación documental es un proceso basado en la búsqueda, recuperación, análisis, crítica e interpretación de datos secundarios, es decir, los obtenidos y registrados por otros investigadores en fuentes documentales: impresas, audiovisuales o electrónicas. Como en toda investigación, el propósito de este diseño es el aporte de nuevos conocimientos. (Arias, 2006).

5.5 Delimitación de la Población o Universo.

El inventario CDI se aplicó a un total de 69 niños en la escuela primaria Manuel I. Llorente a pequeños que oscilan entre los 6 y 9 años, posteriormente de ese total se obtuvieron 12 niños con sintomatología depresiva a lo cual asistieron 10 a las sesiones de la Guía.

5.6 Selección de la Muestra: No probabilística.

La muestra no probabilística es aquella donde se desconoce la probabilidad de elegir cualquier miembro individual de la población.

El muestreo intencional es un procedimiento que permite seleccionar los casos característicos de la población limitando la muestra a estos casos. Se utiliza en situaciones en las que la población es muy variable y consecuentemente la muestra es muy pequeña (Ávila, 2006; Sampieri, 2003).

5.7 Instrumento de Prueba.

El Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) es un instrumento que se aplica de manera colectiva a niños y adolescentes de ambos sexos cuyas edades oscilen entre los 8 a 16 años, no hay tiempo límite, pero se estima en un promedio de 15 a 20 minutos, sin embargo para niños de 6 y 7 años se aplica de manera individual, pues los niños de esta edad apenas comienzan a leer, es por ello que se aplica de manera personalizada con una duración aproximada de 30 minutos.

El inventario C.D.I. Consta de 27 ítems, cada ítem es identificado por un dibujo, los cuales contiene oraciones en grupos de tres, donde solo tachara una respuesta (un inciso). A mayor puntaje, mayor presencia de síntomas depresivos.

El evaluador, sea psicólogo, psiquiatra, orientador o tutores, deberá atenerse lo más fielmente posible a las instrucciones que se detallan a continuación; toda vez que ha sido tomada en cuenta en la tipificación del instrumento:

- Debe cuidarse que los niños estén motivados, para ello es preciso explicárseles las razones de dicha evaluaciones y responder las dudas que los evaluados le planteen antes de empezar el cuestionario.
- Durante la aplicación no interrumpir para hacer aclaraciones. Podrá aclararse discretamente al sujeto que pregunta acerca del significado de una palabra. De todas maneras se debe indicar que la formulación de las preguntas es fácil y no hay que buscar complicaciones innecesarias e irreales.
- Para los niños entre 6 y 7 años es necesario tener una atención personalizada, explicándoles detenidamente las oraciones, guiándolos por los dibujos que correspondan.
- Los niños deberán trabajar con suficiente independencia, distancia y separación, para evitar que intenten comentar alguna respuesta o curiosear sobre lo que responden los demás.

- Al finalizar la prueba se deberá comprobar, al recoger el inventario si se ha contestado todos los elementos y si han anotado correctamente los datos de identificación. Las instrucciones para la aplicación, pueden seguirlas los alumnos y el evaluador, la misma que se encuentra en la tapa del cuestionario (ver ANEXO).

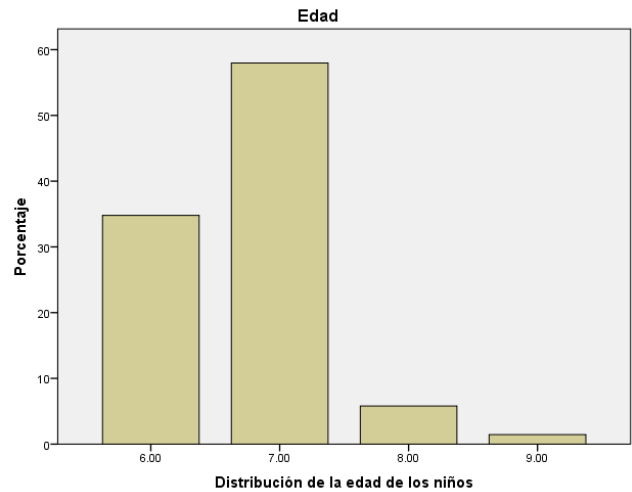
CAPÍTULO VI

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

6.1 Resultados estadísticos del Instrumento de Medición (Pretest).

A continuación se muestran los resultados generales de la aplicación previa del instrumento (para la elección de los grupos), encuestando una totalidad de 69 niños de la escuela primaria Manuel I. Llorente con una rango de edad entre 6 y 9 años de los grupos 1° y 2°, “A” y “B”, los cuales fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS 20.

Como se observa en la grafica 1, el 57.97 % de los niños tiene 7 años de edad, el 34.78% tienen 6 años de edad, el 5.80% tiene 8 años y el 1.45% tienen 9 años de edad.



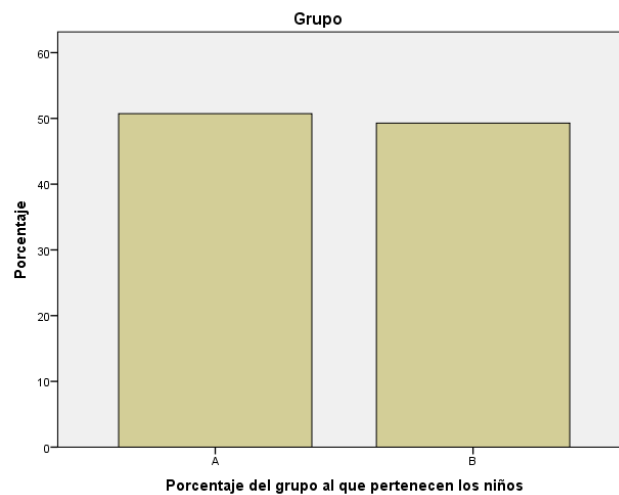
En la grafica 2 se observa que el 53.62% pertenece al sexo masculino y el 46.38% corresponde al sexo femenino.



Los resultados obtenidos en cuanto al grado fueron los siguientes: el 57.97% pertenecen al segundo grado de primaria y el 42.03% conciernen al primer año.

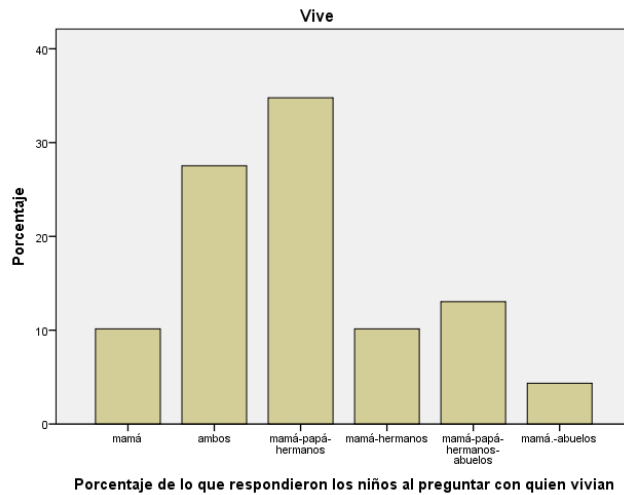


En base a los resultados obtenidos de los grupos el 50.72% corresponde al grupo “A” y el 48.28% pertenecen al grupo “B”.



Los datos obtenidos que arrojaron “con quien viven los niños” fueron los siguientes: el 34.78% vive con mamá-papá-hermanos, el 27.54% vive con ambos padres, el 13.04% vive con mamá-papá-hermanos-abuelos, el 10.14% vive con su

mamá y hermanos, al igual el 10.14% vive con su mamá y el 4.348% vive con su mamá y abuelos.



6.2 Aplicación del Inventario C.D.I.

En los resultados del CDI se encontró una media de 37 y una desviación estándar de 8, las cuales se utilizaron para sacar el punto de corte y determinar que niños tienen alta sintomatología depresiva.

<21	29	37	45	>52
Nula	Baja	Media	Alta	En riesgo

De acuerdo a la desviación estándar un puntaje menor a 21 indica que es nula la presencia de sintomatología depresiva, de 21 a 28 puntos señala que es baja la sintomatología depresiva, de 29 a 36 puntos manifiesta la presencia de sintomatología depresiva, de 37 a 44 es alta la sintomatología depresiva y de 45 a 52 es de riesgo la sintomatología depresiva.

Por lo tanto el total de niños con presencia de sintomatología depresiva, fueron 12 de los cuales asistieron 10 a las sesiones de la Guía. A continuación se muestra el resultado de cada niño (ver tabla 1).

Tabla 1. Características de los niños que acudieron a las sesiones de la Guía.

NÚMERO DE NIÑO	EDAD	SEXO	GRADO	GRUPO	VIVE CON
1	6	F	1°	"B"	Mamá-papá-hermanos-abuelos
2	6	F	1°	"B"	Mamá
3	6	M	1°	"B"	Mamá-papá
4	6	M	1°	"B"	Mamá-papá
5	6	M	1°	"A"	Mamá-papá-hermanos-abuelos
6	7	M	2°	"A"	Mamá-papá-hermanos
7	8	M	2°	"A"	Mamá-hermanos
8	7	M	2°	"A"	Mamá-papá-hermanos

9	8	M	2°	“A”	Mamá-papá
10	8	M	2°	“B”	Mamá-papá-hermanos

Tabla 2. Resultados de Pretest-Postest de los niños.

NÚMERO DE NIÑO	CÓDIGO	PRETEST	POSTEST
1	11	46	42
2	13	51	43
3	14	48	43
4	15	50	30
5	20	56	34
6	37	49	36
7	38	56	41
8	48	48	45
9	50	66	31
10	64	49	38

En la tabla 2, se muestran los resultados de la primera aplicación del Inventario CDI; posteriormente se dejó una semana para la aplicación de la Guía a los niños que arrojaron sintomatología depresiva, finalmente a los 7 días posteriores se vuelve aplicar el Inventario CDI.

Se observa que existe una diferencia considerable entre la primera aplicación y la última, dando un buen resultado la Guía aplicada a los niños con sintomatología depresiva. Cabe mencionar que se utilizó un código para cada niño, pues se toma en cuenta la primera aplicación del cuestionario.

Finalmente se aplicó un análisis estadístico para comprobar la eficacia de la guía, se aplicó una *t* de Student para muestras relacionadas, a continuación se muestran los resultados.

Tabla 3. Prueba de muestras relacionadas.

	t	gl	Sig. (Bilateral)
Total react. 1 Total react. 2	4.329	9	.002

Como se observa en la tabla 3, el análisis arrojó $p < .05$, lo cual significa que la guía de intervención sí tuvo un impacto en la sintomatología depresiva en los 10 niños que se les aplicó la Guía de prevención de sintomatología depresiva infantil “Cambiando Caritas”.

CONCLUSIÓN

En base a la información obtenida se puede concluir que a pesar que la depresión es una enfermedad grave que se presenta cada vez más en los mexicanos; la experiencia de vida de los niños es más sensible ya que están en un proceso de desarrollo y cambio continuo; y aun así no existe suficiente información sobre ella.

La depresión se asocia con una morbilidad significativa y una elevada cifra de niños que la padecen. Siendo así un tema de suma importancia, existe poca información acerca de ella hacia como intervenir con los niños, al igual son casi nulos los instrumentos que ayudan a identificar sintomatología depresiva y algo importante de mencionar es que los instrumentos se enfocan solo a niños mayores de 8 años.

Tanto en la escuela así como en el hogar, los pequeños siempre estarán bajo observación, lo que nos da la tranquilidad de que la mayor parte de las veces se podrá prevenir e intervenir tempranamente en dicho problema, sin embargo pocas personas están interesadas en seguir indagando sobre el tema y peor aún se preocupan poco por recopilar información, por seguir investigando y elaborar instrumentos que enfocados a niños.

Es por ello que se realizó esta tesis, pues en la actualidad se requiere de hechos comprobados y con buenos efectos, que proporcionen información y sean alternativas para la prevención de sintomatología depresiva en niños, aplicando un enfoque cognitivo conductual, que se encarga de detectar los pensamientos automáticos negativos de los sujetos, analizarlos y cambiarlos racionalmente.

Primeramente se empleo el cuestionario CDI a niños de corta edad por lo cual se aplico individualmente, ya que algunos niños a la edad de 6 años apenas comienzan a leer. A pesar de ello los niños entendieron las instrucciones así como las preguntas formuladas, contestando de una manera clara. Este cuestionario arrojó sintomatología depresiva en doce niños.

Posteriormente se les aplico la Guía de prevención de sintomatología depresiva infantil, esta fue dirigida a pequeños entre 6 y 9 años de edad, dando un buen efecto como se ha observado en los resultados finales, pues estadísticamente está comprobado que funcionó dicha Guía.

Dentro de las sesiones de la Guía se observa que dicha intervención en los niños con sintomatología depresiva funciono favorablemente; esto comprueba que el modelo cognitivo que se aplicó dio resultados, pues dentro de los errores en el pensamiento de la información disminuyó considerablemente el pensamiento

absolutista dicotómico ya que el objetivo era que los pequeños modificaran cogniciones disfuncionales, previniendo así sintomatología depresiva.

Es muy probable que no podamos eliminar la depresión en nuestro mundo, sin embargo, mientras más se estudie sus orígenes, se podrá ayudar de manera correcta y se logrará prevenir los efectos destructivos en el funcionamiento humano de nuestros niños y adolescentes.

REFERENCIAS

- Achenbach, TM, Krukowski, RA, Dumenci, L., y Ivanova, MI. (2005). Evaluación de la psicopatología adulta: Meta-análisis y las implicaciones de las correlaciones entre informantes *Psychological Bulletin*, 131, 361-382.
- Ackernercht, E. H. (1959). *A short history of psychiatry*, Hafner, Londres. En Calderón depresión 1984, causas, manifestaciones y tratamiento. Trillas, México.
- Arias (2004). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica*. Caracas: Editorial Episteme.
- Ávila Baray H.L. (2006) *Introducción a la metodología de la investigación edición electrónica texto completo en www.eumed.net/libros/2006c/203/*
- Axelrod (1990). En Calleja 2011. *Inventario de escalas psicosociales en México 1984-2005. Edición electrónica texto completo. <http://www.psicologia.unam.mx/contenidoEstatico/archivo/files/Repositorio/Nazira%20Calleja%20Inventario%20de%20escalas%20psicosociales%20en%20M%C3%A9xico,%201984-2005%20.pdf>*
- Beck 1967. En Beck, Rush, Shaw, Emery (2002). *Terapia Cognitiva de la depresión* 16ª edición, Desclee de Brouwer, España.

Beck, Rush, Shaw, Emery (2002). Terapia Cognitiva de la depresión 16ª edición, Desclee de Brouwer, España.

Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública Mex; 47 supl 1: S4-S11.

Benjet, Hernández, Tercero, Roque y Chartt (1999). En Revista Latinoamericana de Psicología, versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). Edición electrónica texto completo. http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342010000100002&lng=es&nrm=

Brown, Harris, Eales (1993). "Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population. Psychological Medicine, num. 23.

Calderón. (1984). Depresión, Causas, Manifestaciones y Tratamiento, Trillas México.

Cruz, (1964). Libellus de medicinalibus indorum herbis, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Cruz, Morales y Ramírez 1996. Basado en Lang y Tisher. (1978). En <http://www.psicologia.unam.mx/contenidoEstatico/archivo/files/Repositorio/Na>

zira%20Calleja%20Inventario%20de%20escalas%20psicosociales%20en%20M%C3%A9xico,%201984-2005%20.pdf

Escalante (2002). En Calleja (2011). Inventario de escalas psicosociales en México 1984-2005. Edición electrónica texto completo.
<http://www.psicologia.unam.mx/contenidoEstatico/archivo/files/Repositorio/Nazira%20Calleja%20Inventario%20de%20escalas%20psicosociales%20en%20M%C3%A9xico,%201984-2005%20.pdf>

Fernández (1986). En Baena, Sandoval, Urbina, Helen Villaseñor. (2005). Los trastornos del estado de ánimo Volumen 6 Número 11.

Girardi (1988). Basada parcialmente en Thornton (1982). En Calleja (2011). Inventario de escalas psicosociales en México 1984-2005. Edición electrónica texto completo.
<http://www.psicologia.unam.mx/contenidoEstatico/archivo/files/Repositorio/Nazira%20Calleja%20Inventario%20de%20escalas%20psicosociales%20en%20M%C3%A9xico,%201984-2005%20.pdf>

González, Solís, Jiménez, Hernández, González Juárez, Medina, Fernández. (2010). Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D. Salud mental vol. 34, núm. 1, enero-febrero, 2011, pp. 53-59.

Hall (2003). Depresión fisiopatología y tratamiento Centro Nacional de Información de Medicamentos. Edición electrónica texto completo.
<http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed7.pdf>

Haslam, J. (1809) observaciones sobre la locura y la melancolía. Callow, Londres.

Hill, D. (1970). La depresión en la historia, MEDCOM, Nueva York.

Kovacs (2004). En Calleja (2011). Inventario de escalas psicosociales en México 1984-2005. Edición electrónica texto completo.
<http://www.psicologia.unam.mx/contenidoEstatico/archivo/files/Repositorio/Nazira%20Calleja%20Inventario%20de%20escalas%20psicosociales%20en%20M%C3%A9xico,%201984-2005%20.pdf>

Lieb (2002). Parental major depression and other mental disorders in offspring. Arch Gen Psychiatry, 59:365-374.

Linnoila M. (1983). Low cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid concentration differentiates impulsive from nonimpulsive violent behavior. Life SCI.

Lowen. (1982). La Depresión y el Cuerpo. Alianza Editorial; Madrid.

Marcelli, Daniel (1992). Adolescencia y depresión ed. Masson, Barcelona.

Mariño, Medina, Chaparro y González (1993). En Calleja (2011). Inventario de escalas psicosociales en México 1984-2005. Edición electrónica texto completo.

<http://www.psicologia.unam.mx/contenidoEstatico/archivo/files/Repositorio/Nazira%20Calleja%20Inventario%20de%20escalas%20psicosociales%20en%20M%C3%A9xico,%201984-2005%20.pdf>

Meltzer (1993). Pituitary and Adrenal Hormone Responsiveness to Synacthen in Melancholic Subjects Versus Subjects with Minor Depression. *Biology Psychiatry*.

Miembros grupo de trabajo de la GPC (2008). Depresión en el Adulto. Guías Clínicas; 8 (16). Disponible en www.fisterra.com/guias2/depression.asp - 89k

Morel, A. (1970). *Los síndromes depresivos*, Paris.

Peña, Lara, Cortés, Nicolini, Páez y Almeida (1996). En traducción al español validez de la Escala Birleson para el trastorno depresivo mayor. Edición electrónica texto completo. http://tdahlatinoamerica.org/documentos/10_CARPETA_5_de_la_Pena_Escala_Birleson_DSRS.pdf

Pinel, P. (1801). *Traité medico philosophique, Mentale Paris*. En Calderón depresión 1984, causas, manifestaciones y tratamiento. Trillas, México.

Praag, HM. (1982). Depression, suicide and the metabolism of serotonin in the brain. J Affect Disord.

Programa Nacional de Salud (2007-2012) Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México. Edición electrónica texto completo en <http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/pnscap1.pdf>

Samolinos, D. Ardois. (1964). Gaceta medica de Mexico, tomo XCIV numero 3 pag. 211.

Sampieri (2003). Metodología de la investigación. McGraw-Hill Interamericana, México.

Schildkraut JJ (1965). The catecholamine hypothesis of affective disorders: a review of supporting evidence. Am J Psychiatry.

Soler J y Cols (1997). En Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica, Psiquiatría Editores, S.L. Edición electrónica texto completo.

http://www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogodependencia/informes/Banco_de_Instrumentos_Basicos_para_la_Practica_de_la_Psiquiatria_Clinica.pdf

Spielberger (2008). En Sintomatología depresiva en universitarios, Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 2010 Vol. 13 No. 4.

Sullivan, Neale, Kendler (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. Am J Psychiatry, 157:1552-1562.

Revista Digital Universitaria 10 de noviembre (2005) (7) volumen 6 numero 11
Disponibile en <http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/art110.htm>

Wallon (1986). Introducción a la obra de Henri Wallon editorial anthropos.promat, s.coop. Granados.

Wickramaratne, Warner, Weissman (2000). Selecting early onset probands for genetic studies: results from a longitudinal high risk study. Am J MED Genet. 96:93-101.

GLOSARIO

Abatido: Se aplica a la persona que ha perdido la energía, la fuerza o el ánimo, generalmente a causa de una desgracia u otro suceso negativo.

Acetilcolina: Funciona como neurotransmisor.

Ácido hidroxindoleacético: Ácido producido por el metabolismo de la serotonina, determinado en la sangre y en la orina para facilitar el diagnóstico de ciertas clases de tumores.

Alfa de Crombach: Coeficiente que sirve para medir la fiabilidad de una escala de medida.

Anhedonia: Trastorno psicológico que provoca la incapacidad de una persona para experimentar placer, perdiendo de esta manera interés por todo y siendo incapaz de ser feliz o de sentir satisfacción al realizar cualquier tipo de actividad.

Auto subestimación: Darse menos importancia de la que uno tiene.

Conducta Autolesiva: Conducta donde el ser humano se provoca así mismo una lesión.

Corticotropina: Hormona elaborada por la glándula pituitaria.

Cortisol: Hormona esteroidea producida por la glándula suprarrenal, se libera como respuesta al estrés.

Discomunicación Depresiva: Es un trastorno que conduce al aislamiento del enfermo depresivo mediante el bloqueo de la emisión y la recepción

Disocial: Se caracteriza por una forma persistente y reiterada de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de los otros o normas sociales.

Distímia: Proviene del griego, significa estado de ánimo defectuoso o enfermo.

Endocrinología: Rama de la medicina que estudia el funcionamiento y las distintas enfermedades del sistema endocrino, las glándulas y sus secreciones específicas llamadas hormonas.

Epilepsia: La Epilepsia es un síndrome neurológico, crónico, que cursa con crisis epilépticas recurrentes.

Hipersomnio: Se caracteriza por somnolencia excesiva diaria, por episodios prolongados de sueño nocturno y por intervalos de sueño diurno, durante al menos un mes.

Hipotálamo: Región nuclear del cerebro que forma parte del diencefalo, y se sitúa por debajo del tálamo.

Líquido cefalorraquídeo: Es un líquido de color transparente, que baña el encéfalo y la médula espinal.

Metacomunicación: Es la comunicación sobre la comunicación, la comunicación que da una clave de sentido al mensaje comunicado.

Monoaminas: Constituyen el grupo principal de neurotransmisores del sistema nervioso.

Neuroanatomía: Estudio de la estructura y la organización del sistema nervioso.

Noradrenalina: Es una catecolamina que funciona como hormona y neurotransmisor.

Peri púber: Antes de la adolescencia.

Ritmopatía: el ser humano expresa modificando puntualmente el ritmo existencial y la temporalidad.

Rotación varimax: Técnica estadística de reducción de datos usada para explicar las correlaciones entre las variables observadas en términos de un número menor de variables no observadas llamadas factores

Sistema Neuroendocrino: Interacciones entre el sistema nervioso y el sistema endocrino, son las células que envían hormonas a la sangre en respuesta a la estimulación del sistema nervioso.

Trastorno: Cambio o alteración en el orden que mantenían ciertas cosas o en el desarrollo normal de algo.

ANEXOS



Anexo 1. Inventario de Depresión Infantil.



INVENTARIO C.D.I.



NOMBRE(S) Y APELLIDOS..... EDAD..... FECHA DE HOY.....
 ESCUELA..... GRADO..... GRUPO.....
 VIVES CON: Papá () Mamá () Hermanos () Abuelos () Otros () Especifica.....













INSTRUCCIONES:











Este es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de tres. Escoge, de cada grupo, una oración, la que mejor diga cómo te has portado, como te has sentido o que has sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, luego coloca una marca como una "X" en los espacios que correspondan. No hay respuesta correcta ni falsa, solo trata de contestar con la mayor sinceridad, lo que es cierto para ti. AQUÍ TIENES UNOS EJEMPLOS.

	A. Siempre leo libros <input type="radio"/> B. Algunas veces leo libros <input checked="" type="radio"/> C. Nunca leo libros <input type="radio"/>		A. Me divierten los recreos <input checked="" type="radio"/> B. A veces me divierten los recreos <input type="radio"/> C. Me aburren los recreos <input type="radio"/>
--	--	--	--

	A. Rara vez me siento triste <input type="radio"/> B. Muchas veces me siento triste <input type="radio"/> C. Me siento triste todo el tiempo <input type="radio"/>		A. Las cosas me van a salir bien <input type="radio"/> B. No estoy seguro si las cosas me van a salir bien <input type="radio"/> C. Me siento triste todo el tiempo <input type="radio"/>
---	--	---	---

	A. Hago la mayoría de las cosas bien <input type="radio"/> B. Hago muchas cosas mal <input type="radio"/> C. Todo lo hago mal <input type="radio"/>		A. Muchas cosas me divierten <input type="radio"/> B. Me divierten algunas cosas <input type="radio"/> C. Nada me divierte <input type="radio"/>
---	---	---	--

 <p>A. Raras veces soy malo <input type="radio"/></p> <p>B. Soy malo muchas veces <input type="radio"/></p> <p>C. Soy malo todo el tiempo <input type="radio"/></p>	 <p>A. Rara vez pienso que me van a pasar cosas malas <input type="radio"/></p> <p>B. Me preocupa que puedan pasarme cosas malas <input type="radio"/></p> <p>C. Estoy seguro que me pasarán cosas malas <input type="radio"/></p>
 <p>A. Me gusto a mi mismo <input type="radio"/></p> <p>B. No me gusto a mi mismo <input type="radio"/></p> <p>C. Me odio a mi mismo <input type="radio"/></p>	 <p>A. Generalmente no tengo la culpa de las cosas malas <input type="radio"/></p> <p>B. Tengo la culpa de muchas cosas malas <input type="radio"/></p> <p>C. Tengo la culpa de todas las cosas malas <input type="radio"/></p>
 <p>A. Nunca he pensado en matarme <input type="radio"/></p> <p>B. A veces pienso en matarme pero No lo haría <input type="radio"/></p> <p>C. Quiero matarme <input type="radio"/></p>	 <p>A. Rara vez tengo ganas de llorar <input type="radio"/></p> <p>B. Muchos días me dan ganas de llorar <input type="radio"/></p> <p>C. Siento ganas de llorar todos los días <input type="radio"/></p>
 <p>A. Rara vez me molesta algo <input type="radio"/></p> <p>B. Me molesto muchas veces <input type="radio"/></p> <p>C. Estoy molesto todo el tiempo <input type="radio"/></p>	 <p>A. Me gusta estar con otras personas <input type="radio"/></p> <p>B. Muchas veces No me gusta estar con otras personas <input type="radio"/></p> <p>C. Yo no quiero estar con otras personas <input type="radio"/></p>
 <p>A. Me decido fácilmente por algo <input type="radio"/></p> <p>B. Es difícil para mí decidirme por algo <input type="radio"/></p> <p>C. No puedo decidirme por algo <input type="radio"/></p>	 <p>A. Me veo bien <input type="radio"/></p> <p>B. Hay algunas cosas malas en mi apariencia <input type="radio"/></p> <p>C. Me veo horrible <input type="radio"/></p>
 <p>A. No tengo problema hacer las tareas de la escuela <input type="radio"/></p> <p>B. Muchas veces me cuesta esfuerzo hacer las tareas de la escuela <input type="radio"/></p>	 <p>A. Duermo muy bien <input type="radio"/></p> <p>B. Varias noches tengo problemas para dormir <input type="radio"/></p>

<p>C. Todo el tiempo me cuesta mucho esfuerzo hacer tareas de la escuela <input type="radio"/></p>	<p>C. Todas las noches tengo problemas para dormir <input type="radio"/></p>
<p></p> <p>A. Rara vez me siento cansado <input type="radio"/> B. Muchos días me siento cansado <input type="radio"/> C. Todo el tiempo me siento cansado <input type="radio"/></p>	<p></p> <p>A. Como muy bien <input type="radio"/> B. Varios días no tengo ganas de comer <input type="radio"/> C. La mayoría de los días no tengo ganas de comer <input type="radio"/></p>
<p></p> <p>A. Casi no me enfermo <input type="radio"/> B. Muchas veces me enfermo <input type="radio"/> C. Todo el tiempo estoy enfermo <input type="radio"/></p>	<p></p> <p>A. No me siento solo <input type="radio"/> B. Muchas veces me siento solo <input type="radio"/> C. Todo el tiempo me siento solo <input type="radio"/></p>
<p></p> <p>A. Siempre me divierto en el colegio <input type="radio"/> B. Solo de vez en cuando me divierto en el colegio <input type="radio"/> C. Nunca me divierto en el colegio <input type="radio"/></p>	<p></p> <p>A. Tengo muchos amigos <input type="radio"/> B. Tengo muchos amigos, pero quisiera tener más <input type="radio"/> C. No tengo amigos <input type="radio"/></p>
<p></p> <p>A. Mi rendimiento en la escuela es bueno <input type="radio"/> B. Mi rendimiento en la escuela no es tan bueno como antes <input type="radio"/> C. Mi rendimiento en la escuela es malo <input type="radio"/></p>	<p></p> <p>A. Soy tan bueno como otros alumnos <input type="radio"/> B. Puedo ser tan bueno como otros alumnos, si yo quisiera <input type="radio"/> C. Nunca podré ser tan bueno como otros alumnos <input type="radio"/></p>
<p></p> <p>A. Estoy seguro que hay personas que me quieren <input type="radio"/> B. No estoy seguro si alguien me quiere <input type="radio"/> C. Nadie me quiere realmente <input type="radio"/></p>	<p></p> <p>A. Generalmente hago caso en lo que me dicen <input type="radio"/> B. Muchas veces no hago caso en lo que me dicen <input type="radio"/> C. Nunca hago caso en lo que me dicen <input type="radio"/></p>



- A. Me llevo bien con los demás
- B. Muchas veces me peleo con los demás
- C. Todo el tiempo me peleo con los demás

Evaluador responsable: _____

Firma:
