



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
PSICOLOGÍA**

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL
PARA HIJOS CON DEPRESIÓN DE MADRES SOLTERAS**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

SELENE RUBÍ RODRÍGUEZ ARANA

JURADO DE EXAMEN:

TUTOR: LIC. JESÚS BARROSO OCHOA

COMITÉ: LIC. EDUARDO ARTURO CONTRERAS RAMÍREZ

LIC. GERARDO REYES HERNÁNDEZ

MTRA. ANA LILIA MUÑOZ CORONA

LIC. GUADALUPE GREGOR LÓPEZ



MÉXICO. D.F. 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A MIS PADRES:

Mamá, Papá sin ustedes no hubiera podido llegar hasta aquí, porque su **AMOR**, apoyo y dedicación fueron la base de lo que soy como persona y siempre serán parte esencial de todos mis triunfos, empezando por este “terminar la tesis”. Agradezco a DIOS por sus vidas en la mía, porque Él decidió que ustedes serían los padres perfectos para mí. Los amo.

A MIS HERMANOS:

Raúl: aunque no estemos juntos mucho tiempo, tu apoyo ha sido desde que sí lo estábamos, fuiste y eres un ejemplo a seguir, siempre tan ñoño que yo tuve que seguirte el paso. Te amo zombie.

Cinthya: gracias por vivir a mi lado todo este proceso, por tolerar tantas emociones encontradas e inclusive darme tu punto de vista cuando me veías estresada, pero sobre todo gracias por creer siempre en mí, eso sin duda ha sido lo mejor que he recibido de tu parte. Te amo Tintis.

AGRADECIMIENTOS

DIOS. Porque me ha dado la vida, salud, fuerza y voluntad para culminar este proyecto. Porque sin Él nada soy.

Sin duda, me siento orgullosa de pertenecer a la máxima casa de estudios **UNAM** y especialmente la **FES Zaragoza** que me abrió sus puertas como una segunda casa.

Tutor Lic. Jesús: Gracias por su paciencia y comprensión, además de su apoyo incondicional.

Lic. Guadalupe: Gracias por darse el tiempo de hacer una revisión exhaustiva para mejorar esta tesis.

Jurado: Gracias por sus comentarios que ayudaron a enriquecer este trabajo.

No puede faltar un agradecimiento para mi pequeña latosa “**Requis**” que me acompañó todo este tiempo, siempre a mi lado ayudándome a no sentirme sola.

Octavio: Gracias porque estuviste a mi lado a lo largo de ésta y muchas decisiones que he tomado, dándome tu apoyo y amor incondicional. Eres muy especial y te agradezco que hayas creído en mí hasta el final.

¡Te amo!

Taro: Gracias por tu amistad y amor, porque desde hace muchos años has estado a mi lado apoyándome siempre ¡Mi mejor amigo! ILUB.

Juan: Llegaste para quedarte, gracias por creer en mí y ser un verdadero y mejor amigo.

Alejandra, Carmencita, Astrid, Carmen y Lucero: Ustedes son una parte angular en este proyecto porque estuvieron a mi lado en todo momento, creyeron en mí y me ayudaron, gracias por su cariño.

¡Los amo amigos!

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
---------------------------	---

CAPÍTULO I. DEPRESIÓN

1.1	Perspectiva histórica del concepto “Depresión”.....	9
1.2	Depresión infantil.....	21
1.2.1	Antecedentes históricos.....	21
1.2.2	Definición.....	25
1.2.3	Sintomatología.....	28
1.3	Factores etiológicos.....	31
1.3.1	Factores biológicos.....	32
1.3.2	Factores psicológicos.....	38
1.3.3	Factores familiares.....	44
1.3.4	Factores sociales.....	56

CAPÍTULO II. TEORÍAS Y TERAPIAS QUE ABORDAN LA DEPRESIÓN

2.1	Teorías que abordan la depresión.....	59
2.1.1	Teoría biológica.....	59
2.1.2	Teoría psicoanalítica.....	61
2.1.3	Teoría del apego materno.....	65
2.1.4	Teoría sistémica.....	67
2.2	Terapias que abordan la depresión.....	71
2.2.1	Terapia farmacológica.....	71
2.2.2	Terapia psicodinámica.....	75
2.2.3	Terapia interpersonal.....	77
2.2.4	Terapia familiar sistémica.....	80

CAPÍTULO III. TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

3.1	Antecedentes teóricos de la Terapia Cognitivo Conductual.....	83
3.2	Definición de Terapia Cognitivo Conductual.....	93
3.3	Principios generales de la Terapia Cognitivo Conductual.....	93
3.4	Objetivos de la Terapia Cognitivo Conductual.....	94
3.5	Técnicas y estrategias de intervención para la depresión.....	95

CAPÍTULO IV. MADRES SOLTERAS

4.1	Madres solteras.....	103
4.2	Factores que contribuyen a ser madres solteras.....	105
4.3	Causas de ser madres solteras.....	107
4.4	Consecuencias en las madres solteras.....	108
4.5	Efectos en los hijos de madres solteras.....	113
4.5.1	La depresión en hijos de madres solteras.....	118

CAPÍTULO V. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

5.1 Evaluación.....	120
5.2 Propuesta de intervención cognitivo-conductual para niños con depresión, hijos de madres solteras.....	131
5.2.1 Intervención terapéutica individual cognitivo-conductual.....	132
5.2.2 Abordaje terapéutico en casa.....	151
5.2.3 Abordaje en el aula.....	163
CONCLUSIONES.....	165
BIBLIOGRAFÍAS.....	174
ANEXOS.....	185

INTRODUCCIÓN

La depresión ha sido un tema controversial y ampliamente estudiado a lo largo de los años, las diferentes investigaciones y estudios han provocado modificaciones en su conceptualización, prevención, diagnóstico y tratamiento. Se ha considerado como una condición, padecimiento, enfermedad o trastorno que interrumpe el desarrollo emocional de las personas, su forma de pensar y vivir.

Su estudio y relevancia siempre fue enfocado hacia los adultos, difícilmente fue reconocido y aceptado que pudiera presentarse depresión en niños y adolescente. Se creía que era una enfermedad de “adultos llenos de responsabilidades y problemas y no de niños que no tenían algo de qué preocuparse”. Sin embargo, actualmente es aceptado ya con evidencia empírica que la depresión afecta desde lactantes hasta personas mayores, y que la sintomatología es semejante.

El estudio de la depresión en la infancia y adolescencia ha aumentado en los últimos años, se han buscado causas, consecuencias y tratamientos diversos debido a que afecta anímica, motivacional, cognitiva, motor, conductual, social y físicamente. Cuando aparece en los niños o adolescentes interrumpe además, el desarrollo emocional, aprendizaje escolar y la adaptación social.

Son múltiples los factores que intervienen en la aparición de la depresión: biológicos, psicológicos, familiares y sociales. Hay momentos que son suficientes para que un niño presente depresión debido a su forma de percibir las problemáticas, por ejemplo cuando hay una enfermedad, problemas en el aprendizaje, pérdida de amigos, divorcio/separación o abandono por parte de uno o ambos padres, etc. Este último será tema de interés en esta investigación. La familia tiene un papel fundamental a principios de la vida del ser humano para la supervivencia y la conformación como individuos, ya que es el primer sistema relacional en que es insertada una persona influyendo directamente a nivel cognitivo, emocional y social.

Por esta razón, el abandono por parte de uno de los padres (en este caso el padre) se convierte en un factor de riesgo para que los niños y adolescentes desarrollen depresión ya que se encuentran altamente vulnerables.

En México el número de familias encabezadas por una madre soltera está creciendo increíblemente. Las causas son variadas, muchas tienen que ver con la edad, la falta de educación sexual de ambos (padre y madre) y el ambiente familiar en el que viven. Muchas mujeres eligieron ser madres solteras (decisión) pero otras tuvieron que afrontar el reto debido a las circunstancias (abandono, divorcio/separación, muerte del cónyuge).

Las consecuencias en este tipo de familias monoparentales, afectan tanto a la madre como al niño, por lo general, son familias que tienen poca cohesión, son muy vulnerables y existe un desgaste grande de la madre por la desmedida carga de trabajo y problemas; estas mujeres presentan problemas de tipo psicosociales al igual que el niño debido a la carga emocional que esto implica. Las consecuencias que presentan los niños o adolescentes en esta situación son afectivas, somáticas, intelectuales, sociales y por supuesto emocionales. Es aquí donde es factible que se presente la depresión.

Por esta razón, es urgente disponer de teorías explicativas y tratamientos eficaces que permitan hacer una detección oportuna, un buen diagnóstico, intervención y prevención adecuada con el menor y su madre. En esta investigación se realiza una propuesta de intervención cognitivo-conductual para hijos con depresión de madres solteras. La Terapia Cognitivo-Conductual es una teoría/tratamiento que aborda la depresión infantil y se centra principalmente en cómo piensa y lo que hace el niño. Está orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados, enfocada en las necesidades de cada paciente. Consta de diversas estrategias que permiten un análisis cognitivo, reconocimiento de las emociones, relación de éstas con la conducta, entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas, que han resultado verdaderamente efectivas y rápidas.

Lo que se puede esperar de la intervención cognitivo-conductual es que el niño cambie no sólo su comportamiento, sino también sus pensamientos, controle sus emociones y sea asertivo en su

conducta, además de ayudarlo a tener esperanzas y fuerza para manejar estas situaciones en el presente o en el futuro. La propuesta se presenta a nivel –individual- que será llevado a cabo dentro de las sesiones terapeuta/niño, -familiar- realizado con la madre del menor y el niño, y –escolar- que consta de recomendaciones para los profesores que se enfrenten a alumnos con este tipo de problemáticas. Deberá llevarse a cabo por un especialista, es decir, un psicólogo que esté encargado del caso, el cual fungirá como guía tanto para el niño como para la madre y llevará un monitoreo de los avances o retrocesos que ellos tengan.

Es importante mencionar, que las técnicas y la metodología aquí propuesta para llevar a cabo las sesiones de intervención, puede variar de acuerdo a cada caso, edad del niño, las circunstancias y el medio en el que se desarrolle la historia.

CAPÍTULO I.

DEPRESIÓN

1.1 Perspectiva histórica del concepto “Depresión”

Durante más de dos milenios, los términos melancolía y depresión se han referido a diferentes estados de aflicción. En algún momento determinado, pudieron denotar una enfermedad o estado conflictivo suficientemente grave y duradero como para que se pensara que tenían una entidad clínica; además se han podido utilizar para indicar un estado emocional de cierta duración, molesto pero que no podía ser considerado patológico, también podía referirse a un temperamento o un tipo de carácter con una determinada disposición emocional que presenta síntomas afectivos, cognitivos, psicomotores y vegetativos (Polaino-Lorente, 1985; Jackson, 1986).

El término *Melancholia*, es la transliteración del griego *μελαγχολία*, que en la Grecia clásica significaba normalmente un desorden mental que implicaba un prolongado estado de miedo y tristeza. A su vez este término viene de *μέλαινα χολε* (*melaina chole*), traducido al latín como *atra bilis* y a las lenguas vernáculas como *bilis negra*. Esta bilis negra pertenece a uno de los cuatro humores de la “Teoría humoral” que tuvo lugar en el libro *De la naturaleza humana* de Hipócrates hacia el siglo V a.C. y se convierte en el principal esquema explicatorio para el estudio de las enfermedades de ese tiempo (Tabla 1) (Beck, 1976; Jackson, 1986; Roca, 1999; Rojtenberg, 2001).

Tabla 1. Se representan los humores mencionados por Hipócrates y sus características.

Humor	Estación	Elemento	Órgano	Cualidades	Adjetivación antigua	Adjetivación moderna	Características antiguas
sangre	primavera	aire	corazón	templado y húmedo	sanguíneo	artesano	valiente, esperanzado, amoroso
bilis amarilla	verano	fuego	hígado, vesícula biliar	templado y seco	colérico	idealista	mal temperamento, fácil de enojar
bilis negra	otoño	tierra	bazo	frío y seco	melancólico	guardián	abatido, somnoliento, depresivo
Oflema	invierno	agua	cerebro/pulmón	frío y húmedo	flemático	racional	calmado, indiferente

Nota: Fuente Adaptado de Jackson, W. Stanley. (1986). Historia de la melancolía y la depresión: desde los tiempos Hipocráticos a la época moderna. España: Turner.

Si bien la bilis negra aparentemente no se estableció como uno de los cuatro humores naturales hasta su aparición como tal en *De la naturaleza humana*, sí era considerada como una degeneración nociva de la bilis amarilla o de la sangre, quizá incluso en los tiempos prehipocráticos. Con el nacimiento de ese equilibrado cuarteto de humores, la bilis negra parece haber pasado de su categoría de producto tóxico a la de otro de los componentes naturales básicos del cuerpo humano, junto a los otros tres humores.

En su categoría de agente meramente patógeno, sin haber llegado aún a humor principal con papeles tanto normales como patológicos, en el siglo V a. C., la bilis negra fue considerada la responsable de variadas enfermedades, entre ellas la melancolía, clasificada junto con la frenitis y la manía, según Hipócrates, como una de las tres formas fundamentales de locura (Sigerist, 1961).

Cuando los pacientes vomitaban bilis negra con frecuencia, se le era llamada “melancolía” caracterizada por causar irritabilidad, ansiedad, aversión a la comida, cansancio y somnolencia (Martiny, 1964 en Polaino-Lorente, 1985), el temperamento o carácter que se creyó consecuencia de la bilis negra y al que en los escritos de Aristóteles se le concede una categoría especial, se le llamó “temperamento melancólico” (Jackson, 1986; Roca, 1999).

Rufo de Éfeso influenció importantemente las ideas del siglo V a. C. él afirmaba que la mente también es factor de la melancolía, además Areteo de Capadocia vislumbró la conexión entre manía y melancolía; y Galeno continuó desarrollando el esquema humoral, aunque introduciendo factores psíquicos. En las descripciones clínicas de la melancolía en el correr de los siglos, los rasgos principales fueron el miedo y la tristeza. Así pues, estos estados emocionales, pasiones o perturbaciones del ánimo o del espíritu como fueron denominadas, tenían categoría de síntomas de una enfermedad. Pero también tenían estatus de afectos, lo que las llevó a ocupar su lugar en varias teorías de las pasiones o de las emociones a través de los siglos. En tales contextos había normalmente aspectos de los puntos de vista filosóficos sobre la naturaleza humana y en algunos de éstos, las propias pasiones eran consideradas “enfermedades del alma”. En algunos sistemas religiosos eran catalogados como pecados. La tristeza ha sido comúnmente un síntoma fundamental de la melancolía; fue frecuentemente una de las pasiones básicas de varias teorías de las pasiones; y la *tristitia* (tristeza, dolor) fue durante mucho tiempo uno de los pecados cardinales de las iglesias. De la misma manera se encuentran la pena, aflicción, pesadumbre, desesperación y depresión (Jackson, 1986; Aguirre, 2008).

A partir de entonces, se desprenden la teoría de las pasiones o emociones. Para Platón 427-347 a. C. el exceso de dolor o placer equivalía a una enfermedad del alma en el sentido en que un gran dolor o una gran alegría hacen que disminuya la capacidad de razonamiento. Los aspectos irracionales del alma, fuente de los apetitos y sentimientos, estaban localizados en la región abdominal y en el pecho, respectivamente, y eran amenazas potenciales o enemigos antagonistas del buen funcionamiento del espíritu racional, localizado en el cerebro (Jackson, 1986).

Por su parte, Aristóteles 384-322 a. C. enumeró varias pasiones que para él eran el resultado del repetido ejercicio de tales estados afectivos. Él pensaba que las pasiones debían ser sometidas al control de la consciencia. En términos generales, eran estados acompañados por el placer o el dolor, incluso consideradas como especies de éstos; pero diferían de ellos en que eran más complejas “movimientos del alma” y no meros complementos de una función. Algunas se describían como originadas tanto en los procesos psicológicos como en los fisiológicos de la persona. Las pasiones eran formas en que se afectaba el alma y estaban emparentados con lo que actualmente se llaman emociones.

En contraste, los estoicos pensaban que había que acabar con las pasiones. Buscaban la paz interior como bien básico y las veían como desórdenes del alma que turbaban la razón y eran contrarios a la naturaleza. Las pasiones eran definidas como: enfermedades del alma análogas a las del cuerpo y se creía que podían distinguirse unas de otras en temperamentos con predisposición y la naturaleza de la enfermedad en sí. Los estoicos tendieron a pensar sobre la base de un *pneuma* (espíritu, soplo) enervado como concomitante corporal de los estados de alteración del alma que eran las pasiones (Jackson, 1986).

En el último cuarto del siglo IV a. C., Nemesio fue uno de los escritores más importantes en lo relativo a los afectos. Creía que el alma estaba dividida en dos partes, la racional y la irracional, opinión que compartían casi todos los patristicos y escolásticos. Los aspectos relacionados con la melancolía se encontraban en la parte irracional, la cual estaba dividida en dos: una con facultades vegetativas que regulaba los procesos fisiológicos como el cansancio y la restauración y que no estaba sujeta a la razón, y otra que sí lo estaba, y que se subdividía en la facultad concupiscente del apetito o deseo y la facultad irascible de la ira, el resentimiento o la resistencia al mal. La tristeza, la desesperación y el miedo se pensó durante mucho tiempo que eran causados por una

contracción del corazón y los vasos sanguíneos causada, a su vez, por la bilis negra, con sus cualidades frías y secas (Jackson, 1986).

Ya en el siglo XII la melancolía se conceptualiza como *acedia* y se considera como un desorden de la vida emocional que se tematiza dentro del marco teórico de las pasiones. Dicho término se usó en este periodo para designar un especial tipo de estado melancólico en el que la tristeza, la pena y el abatimiento no constituían sus principales contenidos, sino más bien la pereza y la holgazanería. Al comienzo, la acedia estuvo muy vinculada al pecado de pereza, más tarde, su significación designa también una especial lasitud, un cierto desaliento y descuido, asociándose con la tristeza y apuntando especialmente a los estados de desesperanza. Gracias a la escolástica, la acedia va a inscribirse en el ámbito de los desequilibrios humorales, a través del cual se establece la conexión con el pensamiento médico. En síntesis, puede afirmarse que durante la Alta Edad Media, la significación de la acedia se restringe al ámbito de la teología moral; con Santo Tomás 1225-1274 se psicologiza, y a partir de él se medicaliza (Polaino-Lorente, 1985; Roca, 1999).

Sin embargo, durante la etapa tardía de la Edad Media, la acedia ya no era un fenómeno que incidía únicamente sobre los clérigos, sino que se extiende también a los laicos. En cualquier caso, la tristeza había desaparecido del catálogo de pecados, a la vez que la acedia fue distanciándose del concepto de tristeza. En este punto, se retoma la tradicional concepción galénica de melancolía, cuyo perfil psicopatológico está caracterizado por tristeza, temor, actitudes misantrópicas y suspicaces, cansancio de la vida y, a menudo, aunque no siempre, por la aparición de ideas delirantes. Aunque acedia y melancolía no se superpongan ni identifiquen en este contexto histórico, ambos conceptos, sin embargo, comienzan a hacerse convergentes. En particular, lo que diferencia a la melancolía de la acedia es la aparición o no de ideas delirantes. Durante los siglos XV y XVI, la melancolía sustituye a la acedia (Polaino-Lorente, 1985).

Por su parte Richard Napier (1559-1634) a principios del siglo XVI, dejó más de sesenta volúmenes manuscritos de notas sobre sus años de práctica médica, de 1597 a 1634, que incluyen la relación de su trabajo con más de dos mil pacientes con desórdenes mentales. Entre los síntomas psicológicos razonablemente comunes entre los pacientes mentales de Napier, eran significativamente frecuentes y especialmente importantes para el estudio de la melancolía: aflicción, pesadumbre, tristeza, y todos los síntomas de la tristeza: suicidio, desesperación, etc. Los casos de duelo o tristeza producidos por la pérdida de algún ser querido (tristeza “con causa”)

eran frecuentemente considerados emparentados con la melancolía sin ser indicativos de la enfermedad, pero sí tenían una “duración o intensidad poco comunes” (Jackson, 1986; Roca, 1999).

Robert Burton (1557-1640) da un paso delante de la teoría humoral y publica en 1621 su célebre libro *The Anatomy of Melancholy*, donde refería que las personas melancólicas descendían de padres melancólicos, teniendo en cuenta los factores psicológicos y distinguiendo entre los estados de hipertimia y distimia. Burton llamaba a la melancolía “*el óxido del alma*”, englobando en sus análisis los tormentos gemelos del decaimiento espiritual y sus manifestaciones físicas. La melancolía “grave” amenaza al cuerpo con un maligno despliegue de sensaciones. Burton indaga si es enfermedad o síntoma y a quienes la definían como un delirio sin fiebre acompañado por temor y tristeza, les señala que no toman en cuenta la imaginación y el cerebro. Observa que no hay ser humano inmune a las tendencias melancólicas, y que la melancolía es inseparable de la idea de la muerte. Asienta el hecho de que la melancolía favorece el mecanismo de la ideación y la meditación profunda, y de que hay hombres a quienes resulta placentera. En su libro, Burton hace referencia a las causas de la melancolía: Dios, los espíritus, los ángeles malos o demonios, las brujas y magos, los astros, la edad avanzada, los padres, la mala dieta, la retención y evacuación (Jackson, 1986; Rojtenberg, 2001; Rojtenberg, 2006; Stilman, 2006).

Sobre el fondo de las opiniones bastante bien representadas por Burton, con aplicaciones prácticas cercanas a las de Napier, Thomas Willis (1621-1675) se acerca al tema de la melancolía, entre otras enfermedades que afectan “al cerebro y el tronco nervioso”, en la segunda parte de *Two Discourses Concerning the Soul of Brutes*, publicado en 1672, Willis describe la melancolía como un desvarío sin fiebre o furia asociado a miedo y tristeza. Además divide la melancolía en dos tipos: *universal*, en que los perturbados tienen delirios con todas las cosas, o por lo menos la mayoría, y *particular*, en que imaginan erróneamente en uno o dos casos determinados, pero en la mayor parte del resto de las cosas sus ideas no son muy incongruentes. Willis empezó a utilizar el esquema de explicaciones médico-químicas para desarrollar nuevas formulaciones etiológicas y genéticas para la melancolía. Proponía “Los cinco principios de los químicos” que afirmaban que todos los cuerpos se componen de Espíritu, Azufre, Sal, Agua y Tierra, y de los diversos movimientos y proporciones de éstos, en las cosas mezcladas, han de buscarse los comienzos y finales de las cosas, y especialmente las razones y variedades de la fermentación (Jackson, 1986).

Aunque la química médica se desarrolló y creció en influencia, y Willis era citado una y otra vez como autoridad en enfermedades nerviosas y mentales en el siglo XVIII, las nuevas explicaciones químicas tuvieron una corta vida en las teorías de la melancolía. Las explicaciones mecanicistas empezaron a desplazarlas muy pronto.

Significativamente influido por las obras de Bellini y de Newton, Archibald Pitcairn (1652-1713) abrazó sistemáticamente un punto de vista mecanicista en sus teorías médicas desautorizando las teorías de los clásicos y discutiendo la doctrina de la fermentación de los médico-químicos. Para él, el cuerpo vivo estaba formado por canales diversos que conducen diferentes fluidos y según los principios mecanicistas, estos fluidos se movían en sus diversos canales con la circulación de la sangre como factor principal. Pitcairn define la melancolía como un delirio (pensamiento desordenado) sin fiebre y acompañado de miedo y tristeza, y a continuación introduce sus ideas mecanicistas indicando que la enfermedad procede de un defecto de las mociones vívidas normales.

Por su parte, Richard Mead (1673-1754), quizás el médico más eminente de su época y muy conocido fuera de sus fronteras, sirve para ilustrar estas transiciones de la melancolía, discípulo de Pitcairn y amigo de Newton, siempre fue un declarado defensor del pensamiento newtoniano y aplicación de las ideas mecanicistas a la medicina y la fisiología. En sus primeras teorías Mead, mencionaba que la sangre era afectada al inicio de un proceso enfermizo y otros fluidos corporales sólo lo eran secundariamente debido los efectos sobre la sangre, admitió que el fluido nervioso podía ser afectado directamente y podía ser el vehículo de efectos secundarios en otras partes del cuerpo. Mead refería que padecer melancolía era estar triste y afligido, pasar el día aterrorizado por varias figuraciones; imaginar espectros que lo persiguen a uno y, tras una vida vivida en perpetua ansiedad, estar convencido que la muerte va a ser el comienzo del castigo eterno (Jackson, 1986).

Es durante el siglo XVIII, cuando el término *depresión* comienza a desplazar al término *melancolía* ya que entró en uso derivado del latín *de* y *premere* (apretar, oprimir), y *deprimere* (empujar hacia abajo), que significan empujar hacia abajo, oprimir rebajado en categoría o fortuna, venido a menos (Jackson, 1986; Rojtenberg, 2001).

El término comenzó a encontrar su lugar en las discusiones. El siglo XIX fue testigo de un uso creciente del término depresión y sus derivados en textos literarios con el significado de bajo espíritu, melancolía en el sentido médico y melancolía en el literario y coloquial. El empleo de los mismos términos en contextos médicos fue aumentando gradualmente, por lo general en relatos descriptivos de desórdenes melancólicos para denotar afecto o humor. A mediados del mismo siglo, Wilhelm Griesinger introdujo el término *estados de depresión mental* como sinónimo de *melancolía (melancholie)*, utilizando *depresión* y similares fundamentalmente para indicar el humor mencionado

Las viejas hipótesis hipocráticas sobre los diversos humores y su relación con las enfermedades condicionaron, en cierto modo, la primera clasificación psiquiátrica introducida por Kraepelin en 1921: demencia precoz, la parafrenia y la psicosis maniaco depresiva; a estas afecciones les atribuye una causa orgánica (Polaino-Lorente, 1985; Rojtenberg, 2001; Rojtenberg, 2006).

Kraepelin desarrolla su propio programa de investigación clínica con estudios intensivos de amplio alcance de las enfermedades psiquiátricas, yendo hacia el establecimiento de enfermedades diferentes y un nuevo sistema nosológico. En las primeras ediciones de su *Psychiatrie* -un *Compendium* en 1883, un breve libro de texto en 1887, 1889 y 1893- Kraepelin clasifica los estados melancólicos de manera muy semejante a la de sus contemporáneos. En sus ediciones, la categoría principal de estados depresivos incluía la melancolía simple y melancolía con delirio; la activa o agitada agrupada con las formas de manía; y sus psicosis periódicas comprendían la melancolía periódica y la locura circular con su fase depresiva. Algunos casos de melancolía con delirio estaban catalogadas como *Wahnsinn* (locuras con delirio) curables, o como *Verrücktheit* (paranoias) incurables. Luego en la quinta edición de su *Psychiatrie*, de 1896, Kraepelin revisa sustancialmente su obra, introduciendo un esquema nosológico totalmente nuevo. En la sexta edición sustituye el término psicosis periódica por psicosis maniaco-depresiva para referirse a un grupo en que incluía estados maníacos, estados depresivos, y estados mixtos. (Polaino-Lorente, 1985; Jackson, 1986; Rojtenberg, 2001; Rojtenberg, 2006).

Otra aportación importante durante el siglo XX, es la de Eugen Bleuler (1857-1939), el cual publica un *Libro de texto de Psiquiatría*, que incluye una parte extensa sobre “la insania maniaco-depresiva” bastante estándar y una breve sección sobre “las depresiones reactivas”. En desacuerdo con Kraepelin, Bleuler defendía una delineación más rigurosa del síndrome maniaco-depresivo y

describía los síntomas básicos de la insania maniaco-depresiva o del grupo de las psicosis afectivas, de la siguiente manera: humor exaltado o depresivo, fuga de ideas o enlentecimiento del flujo mental, facilitación anormal o retardación de las funciones centrífugas de resolución, de actuación, incluidas los elementos psíquicos de la motricidad, euforia, fuga de ideas, y actividad bajo presión por un lado (manía); depresión, retardación asociativa y centrífuga, por el otro (melancolía), son las combinaciones más frecuentes.

En forma relativamente simultánea, durante el siglo XX, Sigmund Freud (1856-1939) tiene especial influencia sobre la melancolía, gracias a su ensayo *Duelo y melancolía*, que publicó en 1917, en donde se encontraban sus puntos de vista sobre el tema y algunas importantes observaciones de su colega Karl Abraham (1877-1925). En este ensayo, Freud sugirió que así como el duelo resulta de la pérdida por muerte, la melancolía surge por la pérdida por otro tipo. Como no todas las personas con depresión habían sufrido una pérdida real, Freud explica que existen otras pérdidas internas a lo que llamó “pérdida del objeto. Consideraba que el estado de ánimo depresivo era una forma de adaptación que funciona como mecanismo de defensa (Gelder, Gath y Mayou, 1993).

En sus escritos anteriores, Freud utiliza el término melancolía para referirse a todo el espectro de estados clínicos que el psiquiatra moderno llamaría depresión, pero otras veces se refiere a lo que se llamaría depresión psicótica. Y utiliza el término depresión a veces como sinónimo de melancolía en los dos sentidos antes mencionados, pero más frecuentemente como término descriptivo el aspecto particularmente afectivo del estado mental de una persona, fuera patológico o no, que también podía llamarse aflicción.

En 1911 Karl Abraham, retoma el tema de las enfermedades depresivas graves y comenta que el afecto de la depresión se extiende tan grandemente por todas las formas de neurosis y psicosis como el de la ansiedad. Ambos afectos están frecuentemente presentes, juntos o en sucesión en una misma persona; de esta manera el paciente que sufre una neurosis de ansiedad se verá sujeto a estados de depresión mental, y el melancólico se quejará de ansiedad (Jackson, 1986; Rojtenberg, 2006; Rojtenberg, 2001).

Posterior a las propuestas de los psicoanalistas y su melancolía traducida en neurosis surge la necesidad y preocupación constante de la humanidad, por registrar y analizar con cifras o datos

estadísticos (morbilidad, mortalidad, distribución por regiones, edad, sexo y características socioeconómicas asociadas a cambios en el tiempo), con el fin de investigar los factores que causan las enfermedades y las muertes. También planear los servicios de salud que requieren la población aplicando medidas para prevenir las enfermedades y muertes prematuras que existían mundialmente. Afortunadamente para el progreso de la medicina preventiva, la oficina del registro general de Inglaterra y Gales, desde su fundación en 1837, encontró en la persona de William Farr (1807–1883), su primer estadístico médico, un hombre que se dedicó a mejorar las imperfectas clasificaciones de enfermedades disponibles en ese tiempo y a lograr que su uso y aplicación fueran uniformes desde el punto de vista internacional (Jackson, 1986).

Con tal propósito, en una reunión efectuada en Viena en 1891 el Instituto Internacional de Estadística, sucesor del Congreso Internacional de Estadística, encargó a un comité dirigido por el sociólogo francés Jacques Bertillon, jefe de los Servicios de Estadística de la ciudad de París, la preparación de una clasificación de causas de defunción, que se aceptara universalmente.

El fallecimiento de Bertillon en 1922, privó a la Conferencia Internacional de su verdadero líder, lo cual trajo consigo acciones para no abandonar esta actividad hasta que en 1946, en la Conferencia Internacional de la Salud, reunida en Nueva York, encargó a una comisión interina de la Organización Mundial de la Salud la responsabilidad de la sucesiva revisión de la lista de causas de defunciones y el establecimiento de las Listas internacionales de causa de morbilidad. Para ello se nombró un comité de expertos integrado por especialistas de alta calificación y de diferentes disciplinas de varios países, quienes se encargaron de darle el nombre de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y se dedicaron a realizar aportaciones y modificaciones aproximadamente cada 10 años, agregando nuevas categorías (Organización Panamericana de la Salud, 1995 en línea).

La décima edición de la CIE (1992) estableció siete apartados en la sección de los trastornos del humor (afectivos) donde se encuentra la depresión (Alcocer, 2001) (Tabla 2).

Tabla 2. Trastornos del humor.

Trastornos del humor (afectivos)
<p>F30 Episodio maníaco F30.0 Hipomanía. F30.1 Manía sin síntomas psicóticos. F30.2 Manía con síntomas psicóticos. F30.8 Otros episodios maníacos. F30.9 Episodio maníaco sin especificación</p>
<p>F31 Trastorno afectivo bipolar F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaníaco. F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos. F31.2 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos. F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado. F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos. F31.5 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos. F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto. F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión. F31.8 Otros trastornos bipolares. F31.9 Trastorno bipolar sin especificación.</p>
<p>F32 Episodio depresivo F32.0 Episodio depresivo leve. F32.1 Episodio depresivo moderado. F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos. F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. F32.8 Otros episodios depresivos. F32.9 Episodio depresivo sin especificación.</p>
<p>F33 Trastorno depresivo recurrente F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve. F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado. F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos. F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos. F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión. F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes. F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación</p>
<p>F34 Trastornos del humor [afectivos] persistentes F34.0 Ciclotimia. F34.1 Distimia. F34.8 Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes. F34.9 Trastorno del humor (afectivo) persistente sin especificación</p>
<p>F38 Otros trastornos del humor [afectivos] F38.0 Otros trastornos del humor (afectivos) aislados. F38.1 Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes. F38.8 Otros trastornos del humor (afectivos).</p>
<p>F39 Trastorno del humor [afectivo], no especificado</p>

Nota. Fuente: CIE (1992). Publicado en Alcocer, 2001.

Poco después de la publicación de la CIE, la Asociación Médico-Psicológica Norteamericana (que posteriormente se convertiría en Asociación Psiquiátrica) formula un sistema oficial de clasificación. Este era muy Kraepeliano y se hizo en principio para uso de los hospitales. Sólo aparecían dos desórdenes del humor: la psicosis maniaco-depresiva y la melancolía involutiva. La categoría “depresión reactiva”, se añadió en la clasificación de 1935 y estaba claramente separada de los desórdenes del humor psicóticos al estar colocada dentro de la categoría de las psiconeurosis. El término desórdenes de la afectividad se utilizó por primera vez en 1951 en la clasificación de la Standard Veteran’s Administration e incluía la reacción maniaco-depresiva, la reacción depresiva psicótica y la melancolía involutiva. Además aparecía por primera vez la personalidad psicótica en una sección titulada “Desórdenes del carácter y la conducta”.

En 1952, la ya conformada American Psychiatric Association (Asociación Americana de Psiquiatría) desarrolló una variante de la CIE-6 y publicó la primera versión del nuevo Sistema de clasificación: Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM). Dicha versión (DSM-I) era esencialmente la misma que Standard Veteran’s Administration, aunque con ligeras modificaciones. Los desórdenes de la afectividad pasaban a ser reacciones afectivas, y la melancolía involutiva aparecería reclasificada en el grupo general de desórdenes del metabolismo, el crecimiento y la nutrición o función endócrina. En 1968 se publica el DSM-II, estaba fuertemente influido por la octava edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-8). Las reacciones afectivas del DSM-I eran ahora desórdenes afectivos graves (correspondientes a las psicosis afectivas de la CIE-8), que incluían tanto la melancolía involutiva como la enfermedad maniaco-depresiva, pero excluían la reacción psicótico-depresiva que ahora aparecía en otro apartado. Ello correspondía al énfasis que ponen los europeos en la distinción endógeno- reactivo.

Posteriormente, llega el psiquiatra quizá más importante del siglo XX, Robert Spitzer quien comenzó a trabajar en la tercera edición (DSM-III) en 1974. Spitzer, indicó una clasificación de las depresiones que apareció en esta edición; este esquema incluía, dentro de los desórdenes afectivos, desórdenes afectivos graves, subdivididos en desórdenes bipolares (mixtos, maníacos o con depresión) y depresiones graves (episodio único o recurrentes); otros desórdenes afectivos específicos subdivididos en desórdenes ciclotímicos y desórdenes distímicos (neurosis

depresivas), y desórdenes afectivos atípicos, subdivididos en desórdenes bipolares atípicos y depresiones atípicas. (Rojtenberg, 2006; Jackson, 1986).

En 1994 se publica la cuarta edición del DSM y en el 2000 la Revisión de Texto (DSM-IV-TR). Esta edición utiliza tres grupos de conjuntos de criterios para diagnosticar los problemas mentales relacionados con el estado de ánimo que se presentan en la siguiente Tabla 3 (American Psychiatric Publishing en línea; Morrison, 2008).

Tabla 3. Criterios para diagnosticar problemas mentales respecto al estado de ánimo.

Episodios del estado de ánimo	Trastornos del estado de ánimo	Especificadores que describen el episodio más reciente y el curso recidivante
Episodio maniaco	<i>Trastornos depresivos.</i> Trastorno depresivo mayor.	Trastornos del estado de ánimo debido a enfermedad médica general.
Episodio depresivo mayor	Trastorno distímico	Trastornos del estado de ánimo inducido por sustancias.
Episodio mixto	Trastorno depresivo no especificado.	Trastornos del estado de ánimo no especificado.
Episodio hipomaniaco	<i>Trastornos bipolares</i> Trastorno bipolar I.	<i>Otras causas de síntomas depresivos o maniacos</i> Trastorno esquizofrénico
	Trastorno bipolar II.	

Nota. Fuente. American Psychiatric Publishing publicado en Morrison (2008).

EL 18 de mayo del 2013, se publicó la edición V, que es la vigente actualmente, dentro de ella se realizan algunas modificaciones respecto a la depresión:

- **El duelo no excluye el diagnóstico de depresión.** Si bien el DSM-IV excluía dentro de la depresión a las personas que mostraban dichos síntomas tras la pérdida de ser querido en los dos meses anteriores, el DSM-5 omite esta exclusión.
- **El Trastorno Depresivo Mayor** incluye dos categorías que pretenden recoger con más exactitud la ideación suicida: desorden del comportamiento suicida y autolesión no suicida.

De esta manera se llega a una clasificación oficial e internacional avalada por diversos profesionales de la salud acerca de la depresión. Por esta razón el DSM y la CIE compartiendo casi los mismos síntomas en sus clasificaciones, se convierten en los manuales más utilizados e importantes en todo el mundo hasta la actualidad.

1.2. Depresión infantil.

La depresión como aflicción humana universal, ha presentado una gran tasa de crecimiento que afecta también al mundo de los niños. Durante mucho tiempo se negó la existencia de la depresión infantil, esta negativa se debía, en parte, a que se había sugerido que el conocimiento completo de los estados emocionales en todos sus componentes no era posible sino hasta una edad adolescente, no obstante se contaba con descripciones de tristeza, o de otras reacciones ocasionadas por el maltrato o la pérdida de algún familiar, en niños pre-puberales. En las diferentes etapas del desarrollo, los niños podían experimentar y manifestar la depresión de una manera diferente, del mismo modo que estas experiencias y manifestaciones podrían diferir de las que se dan en los adultos, presentando otra sintomatología.

1.2.1. Antecedentes históricos

Uno de los personajes principales en la historia de la depresión infantil fue Robert Burton, quien en su libro *La anatomía de la melancolía* (1621) hace referencia a la depresión durante la infancia, aunque de manera muy breve; el autor valora principalmente las experiencias durante la etapa infantil y el tipo de educación recibida. El tema ya tenía entonces un cierto interés.

Por su parte, James Parkinson (1755-1824) quien fue uno de los médicos que se ocupó de ciertos aspectos de la psicopatología infantil, en 1807 publicó en Londres: *Observations on the excessive indulgence of children* admitiendo la existencia y aparición de una forma de melancolía posiblemente debida a pautas educativas inconsistentes. Refiere que las experiencias de felicidad e infelicidad dependen en gran parte del trato recibido de los padres en la etapa infantil. Asimismo, señala que el temperamento de los niños se consolida durante las primeras etapas de la infancia.

Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840) el gran impulsor de la psiquiatría francesa después de Pinel, señaló la importancia de las alteraciones precoces en la evolución posterior de los enfermos mentales, y entre ellas la tristeza. Esquirol refiere que la mayoría de las personas que estuvieron bajo su cuidado habían sufrido alguna irregularidad en sus funciones intelectuales desde la primera infancia: unos tenían orgullo excesivo, otros eran coléricos, tristes o tenían una alegría excesiva. Esquirol también menciona el suicidio en el niño (Polaino-Lorente, 1988).

Wilhelm Griesinger, profesor en Berlín quien impulsó la psiquiatría alemana desde una perspectiva organicista y también se ocupó de hacer más humanitario el tratamiento del enfermo

mental, dedica un apartado a la patología infantil en: *Pathologie und Therapie der Psychischen Krankheiten* (1845), el cual tuvo una gran influencia y donde afirma que una buena parte de las enfermedades que se describen en el adulto, por ejemplo: la manía y la melancolía, se observan también en los niños.

Hacia la mitad del siglo XIX aparecen dos de los primeros textos monográficos que hoy se conocen sobre psiquiatría infantil: el primero publicado fue: *Leçons sur la manie infantile*, por Louis Delasiauve (1852), en el que se hace referencia al tema de la depresión infantil y *Lecture on Disorders of Mind Childhood* (1854) que retoma los trastornos de conducta y emocionales. En uno de los capítulos y aunque no hace alusión al término depresión, describe el caso de una niña que presentaba un cuadro clínico similar al que hoy se conoce de un niño con depresión.

Por otra parte, Jean Baptiste Félix Descuret (1795-1872) publicó la obra *Le médecine des passions, ou les passions considérées dans leur rapports avec les maladies, les lois et la religion*, en ella describe una historia-ejemplo de la existencia de la depresión infantil en esos tiempos. Se trata de un pequeño que desde su nacimiento fue alimentado por una nodriza hasta los dos años, y posteriormente fue devuelto a su familia, cuando esto sucede, el niño comienza a mostrarse enfermo y triste y a pesar de los cuidados de la familia y las recomendaciones que les hicieron los médicos de procurararlo y llevarlo a divertirse, el niño continuó mal. Esta historia marca una relación entre la conducta del menor y la depresión infantil. Descuret resume los síntomas que presentó el menor de la siguiente manera: anhedonia, tristeza e inhibición, intolerancia a la frustración, cogniciones depresivas, ansiedad, aislamiento, apatía, labilidad afectiva, ideas delirantes e insomnio. La intervención psicológica, en este caso, consistió en “hacer volver inmediatamente la nodriza, la cual se lo llevaría luego consigo”. La respuesta comportamental del menor no se hizo esperar, siendo contingente con la presentación del estímulo (recuperación del objeto): “a su llegada prorrumpió el niño en gritos de alborozo: la melancolía impresa en su semblante cedió desde luego el puesto a la irradiación del éxtasis” (Polaino-Lorente, 1988).

A partir del primer tercio del Siglo XX, las referencias a la realidad clínica de la depresión infantil (bien sea con ese nombre, o con el antiguo de melancolía), se volvieron más numerosas. Por ejemplo, en un texto casi desconocido, de principios de siglo, el Compendio de Psiquiatría Infantil de Augusto Vidal Perera (1907), hubieron párrafos dedicados a la melancolía en donde

plantea una visión global de la enfermedad y se encuentran algunas referencias concretas a la sintomatología del niño melancólico.

Por su parte, Griesinger y Descuret trabajaron juntos y realizaron el diagnóstico de nostalgia en niños; al respecto, Kraepelin presentó en 1921, un trabajo epidemiológico de una muestra de 900 maniaco-depresivos y encontró que el 4% de los casos, había presentado el primer episodio antes de los 10 años (Jiménez, 1995).

En esta época se había producido un cambio importante: el concepto de “depresión” predomina y sustituye al de “melancolía”. La asociación a episodios maniacos configuraba ya una patología en el niño y adulto. Del mismo modo, en un texto de Ercih Stern (1889-1959) se encuentra una descripción valiosa de algunas características del niño con depresión, este contenido tiene un punto de vista paidopsiquiátrico y refiere que los niños con depresión son tímidos, huraños, huyen de la compañía de los demás, no juegan, no tienen confianza en sí mismos, etc. (Polaino-Lorente, 1988).

En esta misma época entraron en discusión los dos paradigmas que desde el siglo XIX ocuparon la escena psicológica: el psicoanálisis y el conductismo. El conductismo, desatendía la investigación de cualquier fenómeno psíquico cuyo acceso no fuese posible mediante la observación, por tanto las cogniciones y las emociones, incluida la depresión en la infancia, se mantuvieron fuera de su foco de atención (Rie, 1996).

Por otra parte, el psicoanálisis negaba la posibilidad de la existencia de la depresión infantil, porque Sigmund Freud había definido la depresión como una pérdida de la estima del yo. Esa pérdida se habría de fraguar en la dinámica de la comparación del ego con el superego. Pero el yo y el ego, dentro de la ortodoxia analítica, no está constituido en la infancia y por tanto a un niño le sería imposible perder su autoestima; la inmadurez del niño hacía imposible la admisión de su depresión, más adelante se ahondará en la concepción de la depresión de éstas y otras teorías. En esta misma época surgen los conceptos de depresión enmascarada y de equivalentes depresivos. El niño podría padecer una depresión, pero se encontraría “enmascarada” y “daría la cara” con una sintomatología que tiene poco o nada que ver con la depresión tal y como se manifiesta en un adulto.

Estas descripciones representan el avance en la investigación de la depresión infantil, y en 1966 la clasificación de las alteraciones psiquiátricas del niño, del *Group for the Advancement of Psychiatry* (GAP) incluye, por primera vez, el síndrome depresivo infantil entre las alteraciones mentales; fue formalmente reconocida como una perturbación infantil en los años setenta, probablemente en el cuarto congreso de la Unión Europea de Paidopsiquiatras celebrado en Estocolmo (1971), y sólo desde entonces se comenzó su estudio sistemático (Del Barrio, 2007; Polaino-Lorente, 1988).

En la actualidad algunos autores sostienen la teoría de que la depresión en el niño es equiparable a la del adulto y se puede diagnosticar con los mismos criterios e instrumentos. Algunos psicopatólogos del desarrollo critican y ponen en discusión la aplicación a los niños de los criterios de la depresión adulta, en especial de la depresión mayor. Sugieren que los síntomas pueden variar según la edad. Sin embargo, en la consulta de los psiquiatras y psicólogos así como en las escuelas, aparecían niños que presentaban una conducta muy parecida la de los adultos con depresión. Por esta razón el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su 4ª Edición (DSM-IV) incluye los trastornos del estado de ánimo en niños bajo los criterios diagnósticos para adultos. La diferencia radica en que los niños manifiestan más comúnmente quejas somáticas, cambios en los patrones de alimentación y peso corporal, disminución de la concentración, baja autoestima, motivación, disminución en la actividad escolar, autocrítica, agresividad, irritabilidad (berrinches) y menos frecuentemente, enlentecimiento psicomotor e hipersomnia, en comparación con adolescentes y adultos (Rodríguez y Ortiz, 2012; Anthony, James y Benedek, Therese, 1981).

El DSM-IV considera que para que un niño sea diagnosticado con un Trastorno Depresivo Mayor, debe tener al menos cinco de los siguientes nueve síntomas, con una duración de dos semanas (Rodríguez y Ortiz, 2012):

1. Estado de ánimo deprimido.
2. Pérdida de interés o capacidad para el placer.
3. Pérdida o aumento significativo de peso.
4. Insomnio o hipersomnia casi diario.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor.
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa.

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
9. Ideas recurrentes de muerte.

Por su parte, la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) menciona el Episodio Depresivo en tres formas: leve, moderado y grave, pero tampoco se realiza alguna descripción específica para el aspecto infantil; refiere que la persona que padece de algún episodio depresivo, sufre de un humor depresivo, una pérdida de capacidad de interés y de disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción del nivel de actividad y un cansancio exagerado. También son manifestaciones de Episodio Depresivo:

- Disminución de la atención y concentración.
- Pérdida de la confianza de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Ideas de culpa y de ser inútil.
- Perspectiva sombría del futuro.
- Pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- Trastornos del sueño.
- Pérdida de apetito.

1.2.2. Definición.

Muchos investigadores que han estudiado a personas con depresión, se dedicaron a definirla, a continuación se mencionan algunas definiciones:

Redlich y Freedman (1966, en Mendels, 1989) afirmaron que las depresiones son reacciones debidas a pérdidas o separaciones que acontecen precozmente en la vida del paciente y lo predisponen a una depresión en su vida adulta, a causa de un estímulo traumático de relativa importancia. De acuerdo con este modelo, la depresión es consecuencia de un sistema que se compone de un estímulo, de pensamientos y respuestas o reacciones.

Beck (1967) resalta que en la depresión es importante tener en cuenta la forma de pensar y una visión respecto a la vida como causa de la depresión, enfatizando el concepto pesimista sobre uno mismo, sobre el ambiente y el futuro que caracteriza al depresivo; por eso es preciso corregir su forma de pensar, actuar, y hacer ver las cosas como positivas. En la depresión predomina la tristeza

y las emociones se encuentran fuera de control. La tristeza es un tipo especial de dolor, que no es físico sino mental.

Por otra parte, Calderón (1990) refiere que la depresión es una condición con componentes médicos y físicos que alcanzan criterios generalmente aceptados por médicos. La depresión es la sensación de estar triste y emocionalmente decaído, así como haber perdido el interés en cualquier actividad agradable. La depresión clínica es más que un estado temporal de tristeza. Los síntomas que se extiendan más de dos semanas y lo suficientemente severos como para interferir con la vida diaria, son los que constituyen una depresión clínica. Esta enfermedad progresa día a día afectando a la persona que la padece en sus pensamientos, sentimientos, salud física y su forma de comportarse.

Del mismo modo, se han realizado diferentes definiciones acerca de la depresión infantil, la cual es la base de esta investigación.

Según refiere Kendall (1991 en Solloa, 2001) y Remedi (en Graw y Meneghello, 2000), la depresión en niños se manifiesta a través de un conjunto de signos y síntomas que conforman un trastorno que afecta tanto el estado afectivo como la esfera cognitivo y conductual, en donde la experiencia subjetiva de tristeza es un punto central de la definición clínica. Como síntoma, la depresión, tiene un significado desde un estado de ánimo triste o de infelicidad, hasta sentirse desdichado o melancólico, o bien indicar un estado de ánimo disfórico.

Como síndrome, consiste en una serie de síntomas primarios junto con un estado de ánimo depresivo y la pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, por lo menos durante dos semanas.

Como trastorno, posee connotaciones más específicas que un síndrome. El uso del término trastorno sirve para especificar que existe un síndrome depresivo que es hasta cierto punto incapacitante en importantes áreas de la vida, además indica que existe un cuadro clínico característico con un tiempo de duración, una historia característica, una respuesta particular al tratamiento y determinados correlatos familiares, ambientales, biológicos, cognitivos o una combinación de ellos.

Wicks-Nelson y Allen (1997) definen la depresión como un estado de ánimo generalizado de infelicidad. Esta experiencia subjetiva de tristeza o disforia es, así mismo, una característica fundamental de la definición clínica de la depresión. Las descripciones de niños y adolescentes que se consideran depresivos sugieren que, además, éstos manifiestan otros problemas. Suele observarse una pérdida de la experiencia de placer y retraimiento social, baja autoestima, incapacidad para concentrarse, trabajos escolares insuficientes, alteraciones en las funciones biológicas (dormir, comer, eliminación) y síntomas somáticos.

Rojtenberg (2001, 2006) define la depresión como un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar cosas agradables y la disminución de la autoestima con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socio ocupacional.

Santamaría y Rodríguez (2005) refieren que la depresión es un problema relativamente raro entre los niños, y cuando se han presentado lo hacen generalmente en edad escolar. Para que exista depresión, primero el niño tiene que haber conseguido la función psíquica de la tristeza. Casi todo problema de desajuste psíquico en los niños está impregnado de ansiedad y depresión, de forma irregular e intercambiable. Pudiera estar provocada por factores externos al niño, que le agreden de una manera directa o indirecta, o conflictos personales.

Según Del Barrio (2007), la depresión como otras muchas patologías, es una disfunción de la regulación emocional. Todas las emociones son adecuadas, incluso las negativas, siempre que se adapten en oportunidad e intensidad al estímulo que las desencadena. En el caso particular de los niños, esta regulación es evolutiva y debe atenerse a los límites que resultan normales en el periodo de desarrollo en que la persona se encuentre. Del Barrio refiere que la depresión es un desajuste en la regulación de la intensidad y duración de la tristeza que se produce por una carencia de algo deseado o amado. Esta sensación de pérdida se desencadena por muy diversos motivos.

Después de analizar las diferentes definiciones se puede afirmar que: la depresión infantil es un trastorno de duración importante, aproximadamente dos semanas para poder llamarla así, con signos y síntomas como la pérdida del placer en la realización de actividades que antes eran de

agrado, retraimiento social, disminución de la comunicación, baja autoestima, incapacidad para concentrarse, trabajos escolares insuficientes, sentimientos de culpa y rechazo, alteraciones en las funciones biológicas (dormir, comer y eliminación), y síntomas somáticos diversos. Esta definición se encuentra rodeada de una pluralidad de síntomas y signos que aparecen una y otra vez en las descripciones que abordan el problema de la depresión. La diferencia entre signos y síntomas, es que los primeros son aquellos elementos que acompañan a una perturbación y se muestran como conductas objetivamente observables; gestos, posturas, movimientos, marcadores somáticos. Por otra parte, los síntomas son todas aquellas características tanto de carácter exteriorizado como interiorizado e incluyen las que se hayan podido observar tanto de forma directa como indirecta, englobando así todas las observaciones realizadas.

1.2.3. Sintomatología.

El cuadro sintomatológico de la depresión ha ido cambiando a lo largo del tiempo, ajustándose a las perspectivas de los paradigmas. Anteriormente, la enumeración de los síntomas incluía elementos dinámicos (regresión, masturbación, etc.), que actualmente carecen de relevancia y prácticamente han desaparecido de los listados de síntomas de diversos autores. En tiempos más recientes se pueden observar síntomas de carácter conductual y cognitivo, tendencia que se sigue manteniendo actualmente.

A continuación se presentará un listado de síntomas agrupados, los cuales han sido retomados tanto de la CIE y DSM, como de diversos autores que investigan el tema de la depresión. Estos síntomas se pueden presentar a cualquier edad, sin embargo, los que se presentan en la niñez son el tema de interés (Jiménez, 1995; Ajuriaguerra, 1996; Rita Wicks-Nelson y Allen, 1997; Graw y Meneghello; 2000; Solloa, 2001; Del Barrio, 2007; James Morrison, 2008):

- Anímicos: Alteraciones en el estado de ánimo.
 - Abatimiento, pesadumbre, tristeza, infelicidad, desesperanza
 - Cambios bruscos de humor, como irritabilidad y episodios de llanto, los estímulos que antes no causaban llanto, ahora lo pueden provocar.
- Motivacionales: Alteraciones en la motivación.

- Anhedonia, apatía, indiferencia e insatisfacción; el niño se siente aburrido la mayor parte del tiempo y no encuentra deleite en las actividades que antes eran de su agrado, e inclusive llegan a aborrecerlas.
- Motores: Alteraciones en los movimientos corporales.
 - Inexpresividad, hipoactividad, letargo, enlentecimiento motor, hiperactividad.
 - Notable descenso de comunicación hablada o gestual, emitiendo pocas palabras sustituyéndolas por movimientos simples (afirmación o negaciones con la cabeza, señalamientos con el dedo, etc), así como gestos hostiles y aversivos, mirada perdida y facies depresiva.
- Cognitivos: Alteraciones en los procesos y contenidos del pensamiento.
 - Este aspecto influye en la valoración negativa de uno mismo, es decir la ideación autodespreciativa e implica una baja autoestima, sentimientos de inutilidad y culpa; pérdida de la confianza de sí mismo y sentimientos de inferioridad; pensamientos o ideas de autoagresión y/o suicidio.
 - Valoración negativa del entorno y del futuro, en ocasiones deseos de marcharse de casa.
 - Disminución de la capacidad de pensar, falta de concentración, pérdida de memoria, falta de atención, pesimismo y dificultad para tomar decisiones; por lo tanto la actitud hacia la escuela cambia, el rendimiento escolar baja, hay disminución en el esfuerzo habitual en tareas escolares, poca participación en clase, resistencia o flojera para asistir a clases, quejas frecuentes de los maestros y ensimismamiento.
- Conductuales: Alteraciones en la conducta externa.
 - Conducta agresiva, el niño se vuelve peleonero, pendenciero, hostil; presentando poco respeto a la autoridad, discusiones constantes con sus pares, rabieta, riñas, protestas e ira súbita.
 - Indisciplina escolar, fugas, delincuencia, droga o piromanía.
- Sociales:
 - Alteraciones en la relación con sus pares, soledad.
 - Menor simpatía, es decir, incompetencia social.
 - Aislamiento, menos participación, retraimiento, o dependencia excesiva.
 - Agresividad hacia sus compañeros o amigos, e inclusive con su familia.
- Físicos: Alteraciones en las funciones biológicas y psicosomáticas.

- Alteración en el sueño; insomnio, hipersomnias, sueño inquieto, pesadillas y/o dificultad para despertarse y dormirse.
- Alteración en la alimentación; hiperfagia o hipofagia, los cuales implican pérdida o aumento de peso.
- Fatiga o pérdida de energía, disminución de la actividad.
- Molestias corporales difusas, cefaleas, dolores musculares y problemas digestivos o gástricos.
- Enuresis.

Es importante no confundir la depresión con las reacciones que normalmente se pueden tener ante acontecimientos negativos o estresantes, es decir, la tristeza o desánimo que se siente frente a un fracaso académico, una discusión, la pérdida de un familiar, etc. Estas situaciones no tienen por qué causar depresión, a no ser que impliquen una intensidad o duración excesiva. Además deben provocar malestar clínicamente significativo, deterioro social, escolar, familiar o de otras áreas de importancia de la persona, en este caso del niño y no deberán ser por efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo un medicamento).

Según Nissen (1971) la sintomatología depende del sexo y la edad:

Respecto al sexo, Nissen (1971) menciona que las niñas depresivas son en general tranquilas e inhibidas, con tendencia a las fluctuaciones del humor y a la rumiación; “son buenas y se portan bien”, mientras que los chicos se caracterizan por la dificultad de establecer contacto por la tendencia al aislamiento, que combinado con las inhibiciones de aprendizaje y de irritabilidad, pueden conducir a dificultades escolares y a la agresividad.

En relación a la edad, se nota que los lactantes y los niños de edad preescolar manifiestan la depresión por síntomas casi exclusivamente psicósomáticos y en los niños de edad escolar o mayores, la sintomatología depresiva se refiere sobre todo a la esfera cognitiva. A continuación se presenta un cuadro en donde se refieren síntomas depresivos en las distintas edades (Tabla 4).

Tabla 4. Síntomas depresivos en niños y adolescentes

Síntomas depresivos en niños y adolescentes		
Preescolares	Escolares	Adolescentes
Tranquilidad	Inseguridad	Abatimiento
Timidez	Asociabilidad	Rumiaciones
Agitación	Irritabilidad	Oscilaciones del ánimo
Agresividad	Falta de concentración	Impulsos suicidas
Renuncia a jugar	Bajo rendimiento	Humor depresivo
Humor depresivo	Humor depresivo	Trastorno del apetito
Descarga de llanto	Aburrimiento	Cefaleas
Poco apetito	Aislamiento	Quejas somáticas
Trastorno del sueño	Descarga de llanto	
Movimientos estereotipados	Enuresis	
	Onicofagia	
	Pavor nocturno	
	Quejas somáticas	
	Crisis de gritos	

Nota. Fuente. Tomado de Graw y Meneghello (2000).

Con el crecimiento y desarrollo del niño, los síntomas se van pareciendo cada vez más a los de la depresión adulta y aumenta la capacidad tanto de percibirlos como de expresarlos.

Una vez que se ha perfilado la definición y la sintomatología de la depresión, es necesario explicar el ¿Por qué surge? ¿De dónde viene? A continuación se explicarán ampliamente los factores que, de acuerdo con diversos autores e investigaciones, contribuyen al desarrollo de la depresión.

1.3. Factores etiológicos.

La etiología de la depresión es multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes sobre otros según el cuadro patológico. El estado constitucional y los factores ambientales deben ser en todos los casos mutuamente complementarios, pues el predominio del primero o del segundo influirá en el tipo de depresión que desarrolle el paciente. En la mayoría, los episodios depresivos, surgen de la combinación de factores tanto biológicos, psicológicos, familiares o sociales, los cuales operan a través del tiempo y progresivamente incrementan su capacidad patogénica.

La opinión si la depresión es un trastorno biológico o una respuesta al estrés psicosocial con incapacidad de la persona para afrontarla, es que ambos conceptos son aceptables, y de ser así se deben considerar dos formas básicas de depresión, exógena y endógena. La depresión exógena (o reactiva) obedece a una causa externa generalmente bien definida (pérdida de un ser amado, pérdida monetaria o de posición social, enfermedad invalidante, etc.). La depresión endógena no tiene causa externa manifiesta, lo cual lleva a considerarla una alteración biológica (Calderón, 1990; Guadarrama, Escobar y Zhang, 2006).

1.3.1. Factores biológicos.

Para comprender los marcadores biológicos, es importante realizar una breve explicación sobre el funcionamiento del cerebro: por principio, está formado por células llamadas neuronas; la zona de interacción de las neuronas se llama sinapsis, y su funcionamiento es esencial para explicar todas las acciones del cerebro; desde las más simples, como por ejemplo ordenar a los músculos que realicen un movimiento, hasta las más complejas como son las funciones que originan, controlan y modulan las emociones (Segura, 2006; Martínez, 2008).

La conexión entre neuronas se efectúa a través de la hendidura sináptica por acción de neurotransmisores que son sustancias químicas que transmiten información de una neurona por medio de la sinapsis. El neurotransmisor se libera en la extremidad de una neurona (presináptica) durante la propagación del influjo nervioso y actúa en la neurona siguiente (postsináptica) fijándose en puntos precisos de la membrana de esa otra neurona, no se distribuyen al azar, sino que se organizan en grupos neuronales para proyectarse hacia regiones cerebrales de alta especificidad. Los principales neurotransmisores y su acción, son las siguientes:

- Acetilcolina: Excitatorio o inhibitorio
- Serotonina: Mayormente inhibitorio
- Histamina: Mayormente excitatorio
- Dopamina: Mayormente inhibitorio
- Adrenalina o epinefrina: Excitatorio o inhibitorio
- Noradrenalina o norepinefrina: Excitatorio o inhibitorio
- Glutamato: Excitatorio
- GABA: Inhibitorio
- Glicina: Inhibitorio

Según los modelos de explicación en la génesis de la depresión, los factores biológicos ocupan un lugar muy importante; sostienen que la depresión se manifiesta a través de ciertos signos somáticos o marcadores biológicos que representan la explicación de su origen, en ellos se incluyen cuatro apartados:

1) Alteraciones en la actividad de neurotransmisores. Las investigaciones sobre la bioquímica han mostrando evidencia de que los niveles anormales de dopamina, noradrenalina y serotonina, sustancias químicas conocidas como monoaminas, son de gran importancia en la fisiopatología de la depresión. Las primeras dos: dopamina y noradrenalina, pertenecen a una subclase de monoaminas llamadas catecolaminas y la serotonina es llamada 5-hidroxitriptamina (5-HT) (Carlson, 1996).

El impulso del estudio de estos neurotransmisores provino, en gran medida del hallazgo de que la eficiencia de ciertos antidepresivos estaba relacionada con el nivel de estas sustancias químicas o a la receptividad de las mismas. Gracias a las investigaciones, se ha comprendido mejor la fisiopatología de los trastornos afectivos, así se ha demostrado, por ejemplo, que la mayor parte de los receptores de la serotonina y de la noradrenalina que se encuentra en el cerebro, están concentradas en áreas subcorticales de la zona próxima al mesencéfalo superior, hipotálamo y tercer ventrículo. Aunque la serotonina y las catecolaminas se encuentran juntos en la mayoría de las partes del cerebro, el sistema límbico que juega un papel importante y fundamental en la regulación de los estados afectivos, contiene una alta concentración de serotonina y poca noradrenalina, mientras en el cuerpo estriado contiene casi toda la dopamina existente en el cerebro (Bropie y Costa, 1962 en Cortés, 2002).

Debido a lo anterior, se establecieron dos hipótesis que tratan de explicar las causas bioquímicas de la depresión:

- **Hipótesis catecolaminérgica:** fue formulada por Schildkraut en 1965 y considera que existe un déficit central de catecolaminas cuando se presenta la depresión. Esta hipótesis hace mayor referencia al déficit de la noradrenalina en las vías del sistema límbico debido a una alteración en la síntesis de este neurotransmisor. En el caso de la euforia, habría un exceso del mismo (Martínez, 2008).

Para comprender mejor esta hipótesis se definirá la función de las catecolaminas: la dopamina es principalmente un neurotransmisor que actúa como inhibitorio, además participa en el mantenimiento del estado de alerta. Se le ha involucrado con funciones importantes como el movimiento, atención, aprendizaje y las adicciones, se dice que la reducción de la actividad dopaminérgica se ha asociado con la anhedonia, menor motivación incentiva y pérdida de interés en la depresión. Las vías mesocorticolímbicas de dopamina, en particular el núcleo accumbens es fuente reguladora fundamental del placer; la porción ventral del estriado y la corteza son regiones dopaminérgicas importantes relacionadas con la motivación y el afecto, una disfunción del sistema mesocorticolímbico de la dopamina podría agravar los síntomas de anhedonia, apatía y pérdida de interés, característicos de la depresión (Guadarrama, et al., 2006; Goodale, 2007).

El segundo neurotransmisor involucrado en la depresión y en diversos trastornos de ansiedad es la noradrenalina, ya que la baja de o la inactividad del receptor adrenérgico central, tiende a provocar sedación y un incremento de éste, potencializa su acción. Se encuentra ubicado en el hipotálamo, en el cerebelo y en el hipocampo, y se encuentra en varios tejidos, incluyendo el cerebro, el plasma, el sistema nervioso simpático y el corazón. Funcionalmente la noradrenalina está relacionada con muchos procesos psicológicos como la estabilización del estado de ánimo, la regulación del sueño, el estado de alerta, la activación y la respuesta a estresores, que pueden iniciar o agravar la sintomatología depresiva.

- Hipótesis serotoninérgica: Propuesta por Coppen en 1969. Según el autor, existiría una alteración ya sea en la síntesis o en la transmisión de serotonina, tanto en pacientes con depresión como en pacientes maniacos, pero en vías diferentes del sistema nervioso. La serotonina fue identificada en el cuerpo estriado, sistema límbico, lóbulo frontal, corteza cerebral, hipocampo, tálamo e hipotálamo (Martínez, 2008).

Es también llamada 5 hidroxitriptamina (5-HT), su síntesis comienza con el L- triptofano, después una enzima incorpora un grupo hidroxilo, produciendo 5-hidroxitriptofano (5-HTP). Otra enzima elimina el grupo carboxilo del 5-HTP y el resultado es 5-HT (serotonina). En la mayoría de las sinapsis, la serotonina produce potenciales postsinápticos inhibitorios; se han realizado estudios bioquímicos, en donde se demuestra que hay una disminución de ésta, en especial en pacientes con depresión con alto riesgo de suicidio, ésta a causa de una disminución de la actividad

del sistema serotoninérgico tanto a nivel presináptico como postsináptico en este tipo de pacientes (Rojtenberg, 2001).

Además de tener consecuencias en la conducta, por lo general el efecto de la serotonina es inhibitorio. Desempeña un papel en la regulación del estado de ánimo (sedación o relajación), conducta, movimiento, en el control del comer, funciones cardiacas, en ciclo sueño-vigilia, la conducta agresiva, así como en la apreciación del dolor. Se conoce que está involucrada en la modulación del humor. Su baja concentración se relaciona con la depresión mayor y con los trastornos obsesivo-compulsivos (Rojtenberg, 2001; Carlson, 1996).

La serotonina y la noradrenalina tienen fuerte influencia en patrones de conducta y función mental, mientras que la dopamina está involucrada en la función motriz. Estas tres sustancias en su conjunto son fundamentales para un buen funcionamiento cerebral (Figura 1).

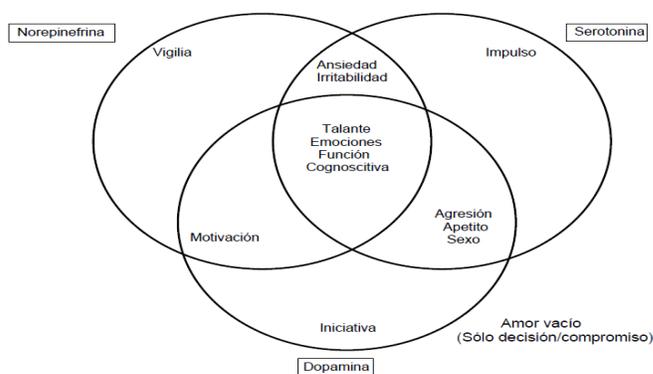


Figura 1. Interacción de los tres neurotransmisores en la fisiopatología de la depresión
Fuente: Guadarrama, et al., 2006.

Con base en estas dos teorías, se consolida la idea de que la cantidad normal de neurotransmisores monoaminérgicos se ve de algún modo disminuida, quizá por un proceso patológico, estrés o fármacos, lo que conduce a los síntomas de la depresión. Así, un fármaco que aumente el nivel de un neurotransmisor debe reducir la depresión y uno que lo disminuya, debe agudizarla o inducirla en personas normales.

2) *Alteraciones neuroendócrinas*; Davison y Neale (1983) señalan que el sistema neuroendócrino juega un papel importante en la depresión. El área límbica del cerebro está estrechamente ligada

a las emociones; dentro de éste se encuentra el hipotálamo, quien controla distintas glándulas endócrinas y por consecuencia los niveles de hormonas que secretan. Las sustancias secretadas por el hipotálamo también afectan a la hipófisis anterior y a las hormonas que ésta produce. De esta forma, se dice que el hipotálamo no afecta únicamente el humor, sino también otras funciones que son típicamente afectadas durante la depresión como el apetito y el interés sexual; algunos investigadores sugieren que el hipotálamo puede ser la llave de los trastornos depresivos. Si es así, el trastorno depresivo tendría que ver con el control de la producción hormonal. Existe evidencia de alguna irregularidad en este proceso hormonal en las personas con depresión. Alloy, Riskind y Manos, (2005 en Martínez 2008), citan a diversos investigadores que han encontrado evidencias que confirmarían esta teoría. Entre ellas se encuentran:

- Las personas con depresión usualmente muestran bajos niveles de hormona tiroidea (Sullivan, Hatterer, Herbert y cols, 1999).
- Las personas con anormalidades hormonales presentan depresión como efecto secundario a su desequilibrio hormonal (Nemeroff, Krishnan, Reed y cols, 1992).
- Se ha mostrado que las personas con depresión tienen las glándulas suprarrenal e hipofisiaria más grandes que las personas sin depresión (ibid).
- Diversos estudios postmodernos del cerebro de pacientes con depresión muestran anormalidades en las neuronas del hipotálamo (Purba, Hoogendijk, Hofman y cols, 1996).
- Se ha encontrado que los bajos niveles de la hormona tiroidea predicen las recurrencias de episodios depresivos mayores (Joffe y Marrito, 2000).
- La mejor evidencia de esta teoría es que la depresión algunas veces puede ser tratada efectivamente alterando los niveles hormonales. En algunos casos por ejemplo, los cambios inducidos en la producción de hormonas tiroideas han ayudado a la recuperación de la depresión, en otros, la administración de hormonas tiroideas ha acelerado en los pacientes con depresión la acción de los antidepresivos (Altshuler, Bauer, Frye y cols, 2001).

3) *Alteraciones neuroanatómicas*; el modelo neuroanatómico comprende la corteza prefrontal, el complejo amígdala-hipocampo, el tálamo, los ganglios basales y las abundantes conexiones entre esas estructuras. Los dos principales circuitos neuroanatómicos involucrados en la regulación del estado de ánimo son: el circuito límbico-talámico-cortical, que incluye la amígdala, los núcleos

dorso mediales del tálamo, y la corteza prefrontal tanto la medial como la ventrolateral; así como el circuito límbico-estriado-pálido-talámico-cortical. De acuerdo con este modelo las alteraciones del estado de ánimo son resultado de disfunción o anomalías en diferentes partes de esos circuitos siendo el inicio de trastornos, o confiriendo cierta vulnerabilidad biológica, que en combinación con factores ambientales, tenga como consecuencia algunos de estos desórdenes.

Existen anomalías estructurales en ganglios basales, lóbulo frontal, lóbulo temporal y cerebelo, en estudios controlados hechos en pacientes con desórdenes del estado de ánimo, que sugieren atrofia regional. En cuanto a la simetría (Shiah y Yatham, 1998).

Los cambios localizados independientemente de las alteraciones globales son indicadores potenciales de regiones cerebrales involucradas directamente en la patogénesis de los trastornos del ánimo. La depresión unipolar parece estar caracterizada por disfunción primaria en la corteza prefrontal y los ganglios basales, mientras que la depresión bipolar podría estar asociada con disfunción en el lóbulo temporal, además de las áreas mencionadas antes (Soares y Mann, 1997).

Además, se realizó un estudio en el cual se utilizó la precisión de la imagen de resonancia magnética (MRI) donde los posdeprimidos tuvieron bajas calificaciones en memoria verbal, una medida neuropsicológica de la función hipocámpica, sugiriendo que la pérdida del volumen se relacionaba con un aspecto de la función cognoscitiva (Sheline, Sanghavi, Mintun y Gado, 1999).

4) *Factor hereditario.* Anthony, James y Benedek, Therese (1981) consideran que la fase predisposicional de la depresión comprende los primeros cinco años de vida, en donde los factores genético-constitucionales y los presentes en el primer entorno se combinan de un modo epigenético para generar la tendencia depresiva.

Los estudios en familias ofrecen información sobre la transmisión hereditaria del trastorno, no obstante, no terminan de aclarar las influencias genéticas; son los estudios en gemelos y niños adoptados quienes permiten aclarar la contribución relativa de los factores ambientales y los genéticos. La complejidad de esta cuestión fue abordada por diversos investigadores, por ejemplo, Rende y cols. (1993 en Wicks-Nelson y Allen, 1997) realizaron un estudio acerca de la sintomatología depresiva en una muestra general (no seleccionada) de 707 parejas de hermanos adolescentes, comparando gemelos monocigóticos, gemelos dicigóticos del mismo sexo y

hermanos completos del mismo sexo, provenientes de familias no divorciadas, así como hermanos del mismo sexo sin alguna relación, provenientes de familias adoptivas; los autores pudieron utilizar la metodología del estudio de gemelos y de adopción para analizar las influencias genéticas y ambientales sobre la depresión. Se encontró una influencia genética significativa cuando se tomó en consideración toda la gama de la sintomatología de la depresión. Sin embargo, no se halló alguna influencia genética significativa cuando sólo se tuvieron en cuenta a niños y adolescentes con niveles de depresión elevados. En su lugar se halló una influencia significativa del entorno compartido, es decir, las influencias no genéticas compartidas por los dos hermanos de una familia. Los autores sugieren que una posible explicación para estos hallazgos es que la influencia genética opera sobre factores de la personalidad y del temperamento tales como la emocionalidad y la sociabilidad, que afectan a toda la gama de la sintomatología depresiva.

Por su parte, Guadarrama et al. (2006); López Rodríguez, López Butrón, Vargas y Villamil (2004) refieren que los estudios con hijos adoptados han aportado datos que confirman la idea de que existe un componente genético básico para heredar la depresión; sus estudios con gemelos monocigóticos han demostrado que la concordancia para el trastorno depresivo es del 50% y entre los gemelos dicigóticos es del 10-25%. Marcadores genéticos potenciales para los trastornos del estado de ánimo han sido localizados en los cromosomas X, 4, 5, 11, 18 y 21.

Asimismo, Prescott y colaboradores (en Greden, 2003) estudiaron gemelos del mismo sexo y del sexo opuesto y observaron que la depresión se hereda igual en mujeres y hombres, y que los factores de vulnerabilidad genética parecen ser diferentes en ambos sexos. Las hormonas gonadales pueden influir en diferentes maneras que tienen de reaccionar ante el estrés tanto hombres como mujeres. Es posible que las chicas adolescentes sean más susceptibles que los chicos, a los conflictos familiares. Finalmente, hay datos que indican, aparentemente, que no sólo existe la posibilidad de heredar la depresión, sino también la forma de respuesta al tratamiento.

Además del aspecto biológico, los factores psicológicos pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de depresión.

1.3.2. Factores psicológicos.

Los factores emocionales desempeñan un papel preponderante, presentándose desde los primeros años de vida, determinando rasgos de personalidad tan profundamente enraizados en el modo de

ser de la persona, los cuales pueden ser heredados pero también se irán formando a lo largo de la vida y de las experiencias emocionales. Existen varios componentes que conforman el factor psicológico:

Temperamento. Este concepto se fragua en el mundo clásico y llega hasta la actualidad apuntando a la existencia de unas cuantas formas básicas innatas y/o hereditarias de reactividad condicionadas por el tipo de organismo de cada persona. La depresión se relacionó con el temperamento que se caracterizaba por alta negatividad.

Las primeras investigaciones específicas sobre temperamento realizadas con niños se llevaron a cabo por Thomas, Chess y Birch (1968) en un estudio longitudinal de Nueva York que comenzó en 1956 y que duró, en su primera fase, diez años. En él se examinaron distintas dimensiones del temperamento como son: humor, adaptabilidad, umbral de respuesta, nivel de actividad, ritmicidad, persistencia de la atención, intensidad de la respuesta, tendencia del acercamiento y huida. Se evaluaron estas conductas en los niños cada tres meses durante sus primeros 22 meses de vida, y estas evaluaciones se llevaron a cabo mediante observación de expertos e informes de los padres. También se tuvieron en cuenta, además del temperamento, otro tipo de variables como inteligencia, adaptación, etc. A partir de tales datos los niños eran clasificados, según sus puntuaciones, en diferentes tipos de temperamentos (Figura 2).

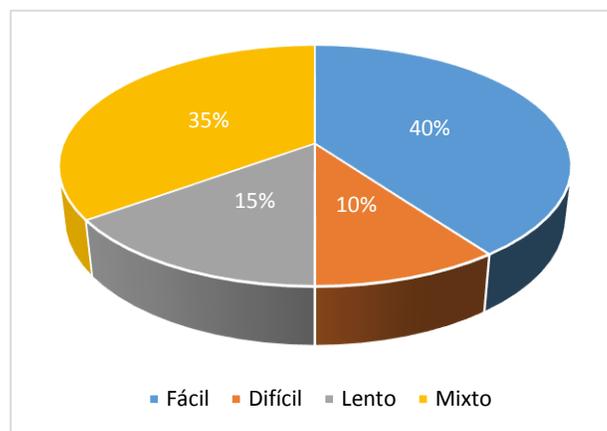


Figura 2. Temperamentos
Fuente: Del Barrio, 2007.

De acuerdo con el estudio, el 71% de los niños problemáticos fueron clasificados en la categoría de temperamento difícil. Los temperamentos difíciles se caracterizan por mal humor, bajo nivel

de ritmicidad y adaptabilidad, alta actividad e intensidad de reacción y tendencia a evitar estímulos nuevos. Los niños fáciles tienen, por el contrario, buen humor, alta ritmicidad y adaptabilidad, aproximación fácil a nuevos estímulos, bajo nivel de actividad y baja o moderada intensidad de reacción. Los lentos se caracterizan por bajo nivel de actividad, reactividad media, adaptación lenta, evitación de nuevos estímulos y mal humor. El restante de niños presentaba características mezcladas de los anteriores tipos y se les denominó mixtos.

Este estudio indicó que la emocionalidad negativa emanada del temperamento es un factor de riesgo de la depresión infantil. La depresión infantil resulta de una interacción entre el temperamento y el ambiente. Los niños difíciles plantean más problemas a la hora de su educación, y éstos surgirían no sólo de su temperamento sino de su interacción inadecuada con el medio.

Watson y Clark (1995) sugieren distintos caminos mediante los cuales se puede producir la conexión entre temperamento y aparición de la depresión. Uno de ellos es la *predisposición* o vulnerabilidad que aporta el temperamento; otro la *plasticidad* o influencia del temperamento en el curso de la depresión a lo largo de la vida; otro la *cicatriz* o huella dejada por la depresión y que actúa como un predictor potente de la repetición del problema; otro la *complicación*, que se refiere a los cambios temporales que puede sufrir el temperamento causados por la depresión; una *causa común* o factor externo que genera la posible aparición de un determinado tipo de temperamento y de la depresión, y por último, *halo* que considera la depresión como el extremo de un continuo de un determinado tipo de temperamento.

El temperamento inhibido, la timidez y la ausencia de sentimientos positivos, también llamado “inhibición conductual” son los elementos temperamentales más frecuentemente correlacionados con la aparición de la depresión en los niños. Evidentemente, la vulnerabilidad para desarrollar depresión aumenta cuando existe un ambiente familiar y social difícil.

Autoestima. Existen constructos personales que aparecen relacionados con la depresión, por ejemplo la autoestima. Cuando el niño comienza a desarrollar su autoestima, empieza a tener una idea de sí mismo diferenciada de los otros, esto sucede alrededor de los dos años según Piaget. Este es un proceso evolutivo que se inicia sobre los nueve meses y termina con la pubertad. Su

mayor o menor resolución y ajuste se relacionan con el desarrollo intelectual de cada niño y la mayor o menor armonía de su relación con los adultos que le rodean.

La opinión que se tiene de uno mismo se basa en gran medida en lo que se ha oído o creído que los demás piensan. Es necesario tener una personalidad muy independiente y madura para formar un juicio propio basado en datos concretos y objetivos de comportamiento. Esto es casi imposible para un niño por su dependencia a los adultos en el momento de juzgar o enjuiciar las cosas y personas como buenas o malas. Por ello, cualquier fisura en su comportamiento o en el juicio de los otros le hace especialmente vulnerable y le lleva a tener una idea peyorativa de sí mismo. De esta manera, los juicios de los adultos, especialmente de los padres, resultan esenciales para la constitución de la autoestima de los niños.

Cuando existe mal concepto de sí mismo, se desarrolla una *baja autoestima* desencadenada por diversas problemáticas: excesivas críticas paternas, las expectativas desajustadas, la existencia de hermanos con más dotes, los fracasos en la escuela, insatisfacción hacia el propio cuerpo y una pobre estimación de la propia capacidad intelectual. El desajuste en la autoestima se relaciona frecuentemente con la aparición de un variado tipo de problemas: droga, embarazos precoces, problemas con la justicia y depresión.

Diversas investigaciones refieren que la baja autoestima es un fuerte desencadenante de la depresión. Aunque también es posible considerarla inversamente, como un estado depresivo, donde es difícil determinar si la baja autoestima es efecto o causa de la depresión. Sin embargo, en los estudios realizados por Abela y Taylor (2003) sostienen que la autoestima supone un escudo potente ante la depresión en niños y adolescentes.

Algunos autores destacan el papel importante que, dentro del concepto de la autoestima, tiene la apariencia física. Los niños con depresión tienen una idea de que su atractivo personal se halla muy disminuido en comparación con el de los niños que no tienen depresión y no parece que ello se base sólo en la propia percepción, puesto que la depresión infantil también correlaciona con una falta de atractivo personal evaluada por compañeros y padres. El autocontrol y la asertividad funcionan como componentes de la autoestima y también en numerosos estudios se ha encontrado que todas estas variables correlacionan negativamente con la depresión infantil.

Autoeficacia. Es definida por Bandura (1999) como la creencia sobre la capacidad que una persona posee para realizar con éxito el comportamiento aprendido. Refiere que la expectativa de autoeficacia o eficacia percibida es un determinante importante de la conducta que fomenta la salud por la influencia de dos niveles:

1. Como mediador cognitivo de la respuesta de estrés (la confianza de las personas en su capacidad para manejar los estresores a los que se enfrenta activan los sistemas biológicos que median la salud y la enfermedad).
2. En cuanto variables cognitivo-motivacionales que regulan el esfuerzo y la persistencia en los comportamientos elegidos (ejerce un control directo sobre los aspectos de la conducta modificable de la salud).

Las creencias de eficacia influyen sobre todas las fases del cambio personal, tanto si contemplan la posibilidad de modificar sus hábitos de salud, si emplean la motivación y perseverancia necesaria para tener éxito en el caso de que decidan hacerlo, como si mantienen los cambios que han logrado. Bandura concede una gran importancia a este concepto, pues considera que influye a nivel cognitivo, afectivo y motivacional. Así, una alta autoeficacia percibida se relaciona con pensamientos y aspiraciones positivas acerca de realizar la conducta con éxito, menor estrés, ansiedad y percepción de amenaza, junto con una adecuada planificación del curso de acción y anticipación de buenos resultados.

Por el contrario, la **baja autoeficacia** percibida atañe a pensamientos negativos que pueden ocasionar depresión. Concretamente en niños se ha comprobado cómo la ineficacia incrementa la posibilidad de desarrollar sentimientos de fracaso, indefensión y depresión. Naturalmente en el mundo infantil, la autoeficacia está fuertemente ligada al mundo escolar y autores que han estudiado el tema encuentran que la más potente correlación de la autoeficacia se establece con la que está específicamente ligada a la académica (Carrasco, Rodríguez-Testal y Del Barrio, 2007).

Regulación emocional. Se entiende por regulación la mayor o menor capacidad de reflexionar y el esfuerzo personal que implica mantener o cambiar un estado de ánimo. Cuando esto no ocurre, la persona se hace más vulnerable a desarrollar una alteración emocional. Es posible aprender a reaccionar de manera adecuada, así como a modificar este tipo de respuestas cuando no lo son.

En una medida considerable, la depresión puede depender de una insuficiente regulación de las emociones negativas de cada persona ante acontecimientos estresantes. El aprendizaje de un control inadecuado comienza en el seno familiar cuando los padres presentan modelos de reacciones emocionales incontroladas.

Socialización. Ha sido estudiada minuciosamente por Erikson (1950 en Erikson, 1959) y desde entonces ha quedado bien asentada la idea de que la competencia social es básica para la adaptación infantil.

Las personas con fácil comunicación social encuentran apoyos y facilidades para la resolución de todo tipo de problemas; este tipo de personas normalmente puntúan bajo en sintomatología depresiva; por el contrario, la incompetencia social es una de las características típicas de las personas con depresión que en ocasiones se incluye entre sus criterios diagnósticos. En estudios realizados por Nagle, Erdley, Newman, Mason y Carpenter (2003) han encontrado una relación directa entre la depresión y la soledad-aislamiento, es decir, si la depresión aumenta, la soledad y aislamiento también. Sin embargo, cuando un adolescente está integrado en un grupo, tiene novio/a y amigos con cualidades positivas, está protegido de la sintomatología depresiva (La Greca y Harrison, 2005).

Así, el riesgo es alto para un niño que es rechazado por los amigos. Por este motivo la buena interacción con ellos se ha convertido en uno de los mejores indicadores de la normalidad infantil. El apoyo social de los compañeros parece ser difícil de lograr para los niños con depresión, pero el apoyo familiar es el que entra en acción en estos casos.

Puig, Puig-Antich, Lukens y Davies (1985) han encontrado que los niños con depresión tienen alterada su capacidad de interacción social es decir, presentan inadecuadas relaciones con sus padres, maestros y amigos al tiempo que tienden a la introversión social

Es importante mencionar que, un niño o adolescente con depresión puede ser una fuente de contagio. Resulta, por ejemplo, que los adolescentes con amigos y/o novio/a con depresión puntúan más altos en cuestionarios de depresión, sobre todo cuando se los compara con aquellos que no tienen y tienden a realizar evaluaciones peyorativas de sí mismos. Parece que la causa de ello es que las personas con depresión hacen críticas y atribuciones negativas con las que acaban

contagiando a sus compañeros. Así mismo, cuando un niño tiende a buscar la protección de sus compañeros, igualmente será más vulnerable a la depresión. Normalmente, afecta la manera de percibir la relación social; por tanto, sean cuales fueren las relaciones con los compañeros, los niños con depresión tienden a considerarlas malas y eso a su vez dificulta la relación social con otros niños.

Como ocurre con otras variables, se discute si el déficit de habilidades sociales es precedente o consiguiente a la depresión. Hay quienes sugieren que la incompetencia social es el desencadenante de la depresión, ya que es uno de los mejores predictores de su aparición, incluso mejor que el descenso en el rendimiento académico. Del Barrio (2007) ha encontrado que esta relación entre los problemas de sociabilidad y la depresión, tienen consecuencias sobre el desencadenamiento de una depresión a largo plazo, dado que los efectos negativos pueden perdurar hasta la edad adulta.

Estilo cognitivo. Desde el marco del cognitivismo, se ha señalado constantemente la correlación existente entre cogniciones negativas, estilo atributivo negativo, falta de control, deficiente resolución de problemas y depresión. Con frecuencia los niños aprenden de sus padres estilos cognitivos desajustados, oyendo a éstos hacer atribuciones negativas, críticas y malos pronósticos (Hammen, 2005).

Beck (1976), presupone que la depresión es el resultado de opiniones negativas sobre el yo, el mundo y el futuro. Sostiene que las personas con depresión han desarrollado ciertos errores de pensamiento que tienen como consecuencia la distorsión de cualquier acontecimiento, incluso aquellos que son mínimamente molestos, para convertirlos en una oportunidad de autoculpa y fracaso.

1.3.3. Factores familiares.

Regularmente dentro de las concepciones teóricas sobre la influencia de la familia en el niño, existen posiciones donde se sostiene que el niño es el producto de la acción familiar. A continuación se retomará una concepción interactiva en la que se piensa que los elementos familiares actúan sobre algunas condiciones básicas que el niño presenta, y éstas, a su vez, condicionan el tipo de acción que los padres y la familia en general ejercen sobre él.

Del Barrio (2007) refiere que la familia es el grupo social que constituye el ambiente primero y principal en el que el niño se desenvuelve, aunque los integrantes no sean lo familiares directos; es donde aprenden las diferencias que existen en el mundo, todos los demás elementos sociales se comunican con el niño a través de la familia, por ello su papel de mediador es muy importante.

Existen numerosos factores ambientales que funcionan como desencadenantes de las perturbaciones infantiles; unos actúan con más fuerza que otros, y la familia ocupa un lugar fundamental. En el caso de la depresión, la existencia de problemas dentro del seno familiar es uno de sus predictores más potentes. Esto es perfectamente coherente con el tipo de dependencia que el niño tiene hacia su familia. Se puede decir que hasta la pubertad, la familia representa el alveolo social que mediatiza lo que el niño piensa, desea y aborrece y por tanto, constituye un factor esencial en la explicación de su conducta adaptativa o desadaptativa.

Otros predictores importantes de la depresión son las inadecuadas normas de crianza, ruptura familiar, malas relaciones, depresión parental, además la falta de comunicación, hostilidad, agresividad, violencia, criticismo, etc.

A continuación se realiza una clasificación sobre las diversas condiciones familiares que pueden provocar depresión:

a) *Problemas paternos.*

Relaciones paternas. Las relaciones entre los miembros de una familia, en especial la de los padres influye positiva o negativamente en los niños y es muy relevante para la explicación de la conducta perturbada del niño. Las malas relaciones de los padres entre sí o entre padres-hijos correlacionan con las perturbaciones infantiles.

La depresión ha constatado de forma repetitiva su aparición cuando hay una mala calidad de las relaciones familiares, algunos autores incluso mantienen que sus efectos perturbadores pueden durar hasta la edad adulta (Kandel y Davies, 1986).

En ocasiones esas malas relaciones se basan en que los padres no saben controlar sus sentimientos negativos y los dirigen al cónyuge o a sus hijos, provocando la aparición de riñas y peleas, situación que correlaciona positivamente con la depresión infantil (Poznanski y Zrull, 1970). En este sentido se han observado los efectos diferenciales en los hijos de las malas relaciones paternas y la existencia de la depresión.

Davis, Sheeber, Hops y Tildesley (2000) estudiaron a 500 familias y sus hijos adolescentes. Sus resultados muestran que las chicas que apoyaban a sus madres en los conflictos de pareja incrementaban su sintomatología depresiva; también presentaban una mayor depresión aquellas hijas que inhibían su conducta agresiva en relación con su madre a causa de los conflictos de pareja. En los chicos se dieron conductas depresivas o agresivas en las mismas circunstancias.

Puig, et al. (1985) subrayan la gran influencia que tiene una divergencia entre los miembros de la pareja respecto a las normas de crianza de sus hijos; parece que este tipo de desacuerdo incrementa especialmente la sintomatología depresiva en los niños.

Otras investigaciones realizadas por Black, Papas, Hussey, Dubowitz, Kotch y Starr (2002) subrayan que mientras las malas relaciones entre los cónyuges provocan depresión en los niños, las malas relaciones entre los padres y los hijos ocasionan más bien la aparición de la agresión. Hay también evidencias de que una mala situación económica, unida o no a embarazos precoces, incrementa el riesgo de las malas relaciones matrimoniales y los problemas afectivos de los hijos (Las jóvenes madres sometidas a estos dos grandes estresores tienden a una mala percepción de su compañero y eso incrementa el grado de fricción entre ambos).

Las malas relaciones paternas interfieren en la calidad de las relaciones con los hijos, obstaculizan la observación de las mínimas reglas de crianza por la ausencia de acuerdo entre los dos progenitores, y amenazan la seguridad sentimental del niño, que ve en guerra a las dos personas que más quiere y de las que depende afectivamente

Estructura familiar. La familia, vista con enfoque sistémico, “vive” en una macroestructura, que incluye elementos de naturaleza ecológica, representados por el ecosistema en su concepción más amplia, así como la cultura y elementos de índole socioeconómico, en correspondencia con la formación económico-social a la que pertenezca (Del Barrio, 2007).

Primeramente, al ser considerada célula social, se le otorga la cualidad de unidad mínima de la sociedad, pero a la vez se le da valor como sistema social y se reconoce su complejidad como organismo vivo. Además se reconoce su importancia como institución, siendo imposible ser reemplazada por alguna otra, dado su papel rector en el proceso de socialización de las personas, proceso cambiante a través del tiempo y en las distintas sociedades. Su carácter institucional la ubica en una estrecha relación con la sociedad, no sólo por constituir el mejor espacio de vínculo

e intermediación entre la persona y el sistema social, sino como espacio privilegiado para la acción de políticas sociales y económicas. La familia como sistema organizado, funciona como un grupo con metas comunes, vive en una dinámica sujeta a normas no escritas; con base a esas normas se pueden establecer diferentes tipos de estructura familiar.

Del Barrio (2007) refiere que diversas investigaciones han encontrado que existe una relación entre esa estructura invisible y la aparición de patologías infantiles, entre ellas, la depresión.

De acuerdo con Olson (1983, en Polaino-Lorente, 1982 y Martínez, 2008), el funcionamiento familiar se estructura en tres dimensiones:

1. *Cohesión*. Es definida según dos componentes; el vínculo emocional que tienen entre sí los miembros de una familia, y el nivel de autonomía que una persona experimenta en su propio ámbito familiar. Se refiere a los lazos sentimentales que unen al grupo familiar, ya que ésta puede ser desprendida, separada, unida y enredada. La familia enredada, se caracteriza por extrema cercanía emocional, intensa exigencia de lealtad, fuerte dependencia entre unos con otros, ausencia de espacio privado, ausencia de límites generacionales, focalización de la energía individual en cuestiones internas de la familia, ausencia de amigos personales, alta reactividad emocional, y toma de decisiones en función de los deseos del grupo. En el otro extremo se sitúa la familia desprendida que se caracteriza por su escasa vinculación familiar y una alta autonomía personal, así como extrema separación emocional, ausencia de lealtad familiar, de compromisos familiares y de comunicación y/o aparición de los sentimientos; relación vacía padres-hijos. Los intermedios: familia separada; consta de una moderada unión afectiva, cierta lealtad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque un cierto sesgo hacia la independencia y la familia unida se caracteriza por una considerable unión afectiva entre los familiares, cierta lealtad, fidelidad e interdependencia entre los miembros, aunque con un sesgo de independencia.

2. *Adaptabilidad*. Conocida también como flexibilidad, se define como "la habilidad del sistema para cambiar su estructura de poder, la dinámica entre los roles y las reglas de las relaciones familiares en respuesta a estresores evolutivos (propios del desarrollo) y situacionales". Ya que un sistema adaptativo requiere el equilibrio de la morfogénesis (cambio) y la homeostasis (estabilidad). La adaptabilidad de una familia depende de su capacidad para crear un equilibrio

flexible entre una situación excesivamente cambiante (que se traduce en sistemas caóticos) y una situación excesivamente estable (que se traduce en sistemas rígidos) (González, 2006).

Este autor distingue cuatro niveles de adaptabilidad que permiten diferenciar distintos tipos de familias: rígida (liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios), estructurada (liderazgo a veces compartido, roles en ocasiones compartidos, cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan), flexible (liderazgo compartido, roles compartidos disciplina democrática y cambios cuando son necesarios) y caótica (ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y demasiados cambios).

3. *Comunicación*. Es considerada como un elemento modificable, en función de la posición de los matrimonios y familias a lo largo de las otras dos dimensiones. Esto quiere decir que, modificando el tipo de comunicación en la familia, probablemente se pueda modificar la cohesión y adaptabilidad.

Las habilidades positivas para la comunicación, por ejemplo, la empatía, los comentarios de apoyo, la escucha atenta, facilitan la comunicación entre ellos, de los cambios en sus necesidades y preferencias, respecto de sus modos de funcionar como familia. Por el contrario, las habilidades negativas para la comunicación, como dobles mensajes, dobles vínculos, críticas destructivas, etc., minimizan la habilidad de la pareja y de la familia para poner en común y compartir sus sentimientos y, por tanto, restringen los posibles desplazamientos en las otras dimensiones.

En la familia, el niño debe adquirir el lenguaje apropiado para poder expresarse de acuerdo a la cultura en la cual se encuentra inmerso y poder adaptarse al medio que lo rodea, de otra manera tendrá problemas de adaptación al medio.

La combinación de estos factores da lugar a la aparición de distintos tipos de relaciones familiares: los polos extremos vendrían marcados por las familias rígidas-afectivas, rígidas-frías, laxas-afectivas y laxas-frías. La estructura más nociva parece que es la rígida-fría y la mejor, aquella que reúne el término medio de control (flexibilidad) con un grado justo de afectividad. La falta de cohesión familiar se ha relacionado con todo tipo de patologías en los hijos: trastornos de conducta, alimentación, consumición de drogas, depresión, etc. La depresión concretamente se

produce más habitualmente en las familias con normas muy rígidas y con distanciamiento afectivo (Arieti y Bemporad, 1980; Garrison, 1985; Stark, 1990; Goodyer, 1991; Greenberger y Chen, 1996), o bien, simplemente, en familias en las que su cohesión es baja. Igualmente un excesivo control familiar puede generar altos niveles de depresión tanto en niños como en adolescentes:

Divorcio. La ruptura de la pareja es un estresor que afecta el estado emocional de los niños y favorece la aparición de la depresión (Peterson y Zill, 1986; Chen, Rubin y Li, 1995).

Del Barrio (2007) menciona que no es la ruptura en sí, sino las consecuencias negativas del divorcio, tales como el descenso del nivel económico, los cambios de domicilio y pérdidas afectivas, lo que afecta verdaderamente a los niños. Entre todos estos factores negativos, sobresale el de la existencia de una mala calidad de las relaciones paternas antes y después del divorcio; ese factor es lo que verdaderamente influye en la aparición de la depresión en los niños. En una muestra de niños españoles se constató que, efectivamente, la sintomatología depresiva era igual en los niños de familias rotas que en los de familias separadas, pero en estos últimos la depresión era más alta cuando se trataba de niños cuyos padres mantenían entre sí malas relaciones. En este mismo estudio se hizo patente que los niños más pequeños se ven más afectados por el divorcio de los padres y que ante la situación de separación familiar, las niñas son más vulnerables que los niños (Pons y Del Barrio, 1993).

Jonson y Rosenfeld (1992) llegaron a la conclusión de que cuando en una familia ocurre un divorcio, los adultos sufren consecuencias negativas durante el proceso, pero a los niños no sólo les ocurre durante el proceso, sino que después de mucho tiempo de haber terminado los trámites, se siguen observando problemas de comportamiento, otros tienen bajo concepto de sí mismos que los llevará a tener un estado de ánimo bajo, se le verá triste y por lo tanto, se puede decir que su condición emocional estará debilitada.

Una vez que ocurre un divorcio y lo vive el niño, deberá enfrentarse a responsabilidades que no van de acuerdo a su edad, por ejemplo, los padres suelen comentar con los hijos los problemas económicos, el cansancio que suelen sentir con la rutina, la soledad y la depresión que por el divorcio se pueden generar; en ocasiones el hijo cuando es varón se va haciendo el papel del cónyuge, y por lo general la madre descarga sus preocupaciones en su hijo varón y éste cree que es su obligación satisfacer las necesidades de su madre.

Alteraciones psíquicas de los padres. Las consecuencias negativas que sobre los hijos pueden tener los problemas de salud mental de los padres, aparecen no sólo en relación con la depresión, sino en todo tipo de alteraciones infantiles. Es evidente que la estabilidad emocional de un niño depende, en gran proporción, de la de sus padres. Una situación irregular en la estabilidad psíquica de los padres puede tener consecuencias negativas en el equilibrio psicológico del niño. Cuanto más grave es la perturbación de los padres, mayor es el riesgo que corre el niño, ya que la dinámica de la vida familiar (vínculo afectivo, crianza, límites y reglas) se ve gravemente afectada. Normalmente los problemas psiquiátricos de los padres pueden actuar como factor de vulnerabilidad genética o ambiental.

Goodyer, Weight y Altham (1988) y Velez, Johnson y Cohen (1989) refieren que la agresión, la ansiedad, la tristeza o cualquier tipo de emoción negativa en los padres es un factor de riesgo para la aparición de la depresión infantil. Repetidamente se ha constatado que las familias con problemas emocionales tienen niveles bajos de actividad de todo tipo: social, intelectual, deportiva, recreativa, cultural, y por lo tanto no ofrecen a sus hijos aquellas alternativas que podrían suponer un apoyo para enfrentarse a los sentimientos negativos. También se sabe que este tipo de problemas son especialmente importantes cuando se presentan en una mujer embarazada. En ocasiones también ocurre que los padres inestables e inseguros proyectan sus insatisfacciones sobre los hijos, y generando sobre ellos unas expectativas excesivamente altas, presionan al niño y le hacen estar continuamente con la vivencia de no alcanzar las metas esperadas.

Depresión en los padres. La depresión tanto en los adultos como en los niños y los adolescentes está ligada a ciertas formas de pensar y a estilos cognitivos característicos. Los padres con depresión transmiten estos estilos de pensamiento a sus hijos. Estas formas desadaptativas de pensar también pueden tener repercusiones en el modo general en que los adultos con depresión tratan y crían a sus hijos.

La depresión en los padres puede producir alteraciones en la crianza eficaz del niño. Por ejemplo, el hecho de que los padres que sufren depresión estén completamente absortos en sus propios problemas pueden hacer que estén menos atentos y sean menos conscientes del comportamiento de sus hijos. Asimismo, pueden percibir como problemáticos comportamientos, que otros padres no percibirían de este modo. Esto es importante, ya que ser capaz de hacer caso

omiso o de tolerar niveles bajos de conductas problemáticas es probable que produzca menos alteraciones en la familia.

Las familias en las que uno de los progenitores tiene depresión pueden tener que vivir acontecimientos vitales de una gran tensión, por ejemplo, problemas de salud y económicos. A su vez, es probable que estos acontecimientos vitales estresantes exacerben los episodios depresivos del progenitor, contribuyendo a producir alteraciones en la crianza. Los niveles altos de tensión pueden restringir la capacidad de los padres de hacer que su hijo participe en actividades fuera del hogar y limitar el contacto social de la familia con otras personas. De este modo, el niño puede ver limitadas sus oportunidades de interactuar con otros adultos fuera de la familia o de acceder a otras fuentes de apoyo social (Wicks-Nelson y Allen, 1997).

Desde muy pronto a los bebés les afecta el comportamiento de la madre o de la persona que les cuida, y éstos desarrollan un estado de ánimo deprimido que se generaliza a sus relaciones con otras personas y que puede llegar a mantenerse. La mayor parte de las investigaciones se centran en la figura materna, los hijos de madres con depresión suelen presentar síntomas como problemas de conducta, depresión, descenso en el rendimiento escolar, etc. La estrecha relación entre las emociones de la madre y los hijos ha sido constatada frecuentemente en gran cantidad de investigaciones que muestran cómo los niños miran a su madre para interpretar el carácter positivo o negativo de los acontecimientos y también el contagio e imitación que se produce de las emociones maternas. Mumme, Fernald y Herrera (1996) han constatado, mediante un estudio observacional, la aparición de sentimientos negativos o positivos en niños muy pequeños (12 y 13 meses) hacia juguetes en función de la expresión o la voz de la madre aceptándolos o rechazándolos, los niños seguían las pautas marcadas por su madre, siendo, por parte de esta, más eficaz la comunicación verbal que la expresiva; esto muestra una vez más la efectiva comunicación de emociones entre madre e hijo.

Por su parte, Poznanski y Zrull (1970) refieren que en una patología familiar pueden existir mayores tendencias que influyen en la conducta del niño: 1) una incidencia elevada de depresiones en los padres puede ser una fuente de depresión para el niño, basada especialmente en la identificación con los padres; los padres pueden utilizar la depresión de forma defensiva o los niños pueden manifestarse en forma depresiva, 2) una dificultad para manejar la agresión y

hostilidad; sea agresión dirigida por los padres contra el niño o sean padres con depresión inalcanzables para el niño, 3) un rechazo manifiesto por parte los padres. Según estos autores, estas tendencias depresivas de los padres, de rechazo, hostilidad y agresión en una familia hacia el hijo, están interrelacionados.

Graw y Meneghello (2000) con base en sus investigaciones, encontraron que los hijos de padres con depresión tienen riesgo de 15-45% de desarrollar un Trastorno Depresivo a lo largo de su vida, y alto riesgo de desarrollar otros trastornos psiquiátricos, tales como trastornos de conducta y ansiedad. A su vez, los familiares directos de niños y adolescentes con depresión presentan un 20-40% de posibilidades de tener depresión a lo largo de la vida. Las familias de niños y adultos con depresión se caracterizan por presentar menor apoyo y expresión de afecto, más problemas de comunicación, más conflicto, rechazo y abuso que las familias de controles normales, aunque parece que estas características no son específicas para una depresión. Los padres de niños con depresión muchas veces tienen depresión y suelen presentar trastornos de personalidad o son alcohólicos, con lo cual contribuyen a causar dificultades en el cuidado de los hijos. La interacción conflictiva resultante puede desencadenar un episodio de depresión mayor en un niño vulnerable.

En resumen a lo anterior se puede decir que la gravedad de la depresión de los progenitores correlaciona con la de los hijos, la depresión materna tiene sobre el niño un impacto superior a la paterna, los efectos de la depresión materna actúan sobre los niños desde edades muy tempranas y su duración es un importante factor que influye en la aparición de la depresión en el niño.

b) Problemas entre padres e hijos.

Como el niño es un ser inmaduro que depende durante un largo tiempo del cuidado de sus padres, es sumamente importante para él la calidad de esta relación. La interacción padres-hijo es un elemento fundamental para todas las perspectivas desde las que se puede contemplar el desarrollo infantil. Los niños generan su lenguaje, afectividad y socialización en el marco de la comunicación paterna. Cualquier disfunción en esa comunicación puede fomentar la aparición de perturbaciones y también de la depresión infantil.

Aquella conducta paterna, y especialmente la materna, conlleva una menor tasa de muestras de afecto, tasas bajas de comunicación social, críticas más frecuentes, rechazo, actividades reducidas etc., refuerza o induce la patología del niño.

El apego. La relación más precoz de todas es también una de las más importantes: el apego, al que también se le ha llamado el vínculo afectivo, es una conducta innata que funciona como un cierto troquelado, puesto que a determinadas conductas de la madre se acoplan las respuestas del neonato y viceversa, como dos piezas que encajasen perfectamente en función de la consecución de la comunicación y comportamiento.

Según Bowlby (1993), esta relación es monotrópica, individualizada por parte del niño, y la suele establecer con la madre, aunque puede disfrutarla con cualquier otra persona. Cuando una madre es sensible, acepta a su hijo, coopera con él en sus actividades y es accesible a sus demandas, con ello estará fomentando la conducta de apego. Por el contrario, si no se conmueve, rechaza, prohíbe e ignora las conductas de su hijo, está produciendo una carencia que repercute en la estabilidad social y emocional del niño. Paralelamente existen también condiciones positivas en el niño que estimulan la conducta de apego por parte de su madre, entre ellas se encuentran: la comunicación, un buen desarrollo intelectual y un temperamento fácil.

Un trabajo de Bowlby (1980) sobre niños de 2 años, señala que la respuesta depresiva a la separación de la madre se produce más intensamente en aquellos que tienen más desarrollada la capacidad de rememoración de modelos, que significa la madurez cognitiva en los procesos afectivos.

En relación con la depresión infantil se considera que el vínculo se rompió, se estableció precariamente o no existió. La ruptura de un vínculo suele ser desencadenante de la depresión y naturalmente cuanto más fuerte es el vínculo mayor habrá de ser el estrés emocional que provoque su ruptura; esta ruptura puede darse por abandono, muerte o institucionalización. Aunque la forma más drástica es la muerte paterna.

Hábitos de crianza. Los padres introducen al hijo en sus propios ideales, en sus formas de comunicación, en el modo de afrontamiento de problemas y en la red cultural y social en la que ellos mismos están inmersos.

Muchos investigadores coinciden en que la interacción padres-hijo se basa en dos cosas importantes: el afecto y las reglas/límites de conducta que pueden salvaguardar al niño en el mundo. En familia no se deberían imponer reglas sin afecto y no se puede querer sin imponerlas, en el seno familiar se organizan las bases de la convivencia y competencia construidas bajo estos dos fundamentos que se definen como “actividades que están específicamente orientadas a promover el bienestar infantil”.

Las emociones se modulan en el seno familiar y los hábitos de crianza correlacionan fuertemente con las emociones. Se debe considerar que la crianza actúa fundamentalmente sobre tres aspectos de la adaptación infantil: intelectual, afectiva y social. Así como la crianza inadecuada promueve emociones y conductas negativas, la adecuada produce efectos positivos como buen rendimiento, armonía en las relaciones y adaptación social positiva.

Al analizar y relacionar los hábitos de crianza con la depresión, lo fundamental sigue siendo la falta de afecto, que conlleva el distanciamiento y la hostilidad, la forma más factible de percepción del niño de la combinación de todos estos elementos negativos, es el rechazo y éste factor es determinante en la explicación de la aparición de la depresión.

Diana Baumrind (1960, en Santrock 2007) refiere cuatro estilos de crianza: Autoritario, Autoritativo, Negligente e Indulgente. Se conoce que los dos extremos de estilo se encuentran correlacionados con emociones negativas; es decir, el hecho de que un padre ejerza crianza autoritaria, restrictiva e impositiva incrementa la posibilidad de aparición de la depresión en niños, ello puede deberse a que el niño lo interprete como falta de afecto por las críticas y castigo que este modelo de crianza implica. Normalmente, el tipo de control más contraproducente es el psicológico, puesto que se castiga al niño con la retirada de cariño, culpabilización e idea peyorativa de sí mismo.

En el otro extremo se encuentra la sobreprotección (Indulgencia) y hay evidencia también de que puede ser un desencadenante de la depresión, ya que el niño encuentra excesivo el choque con el mundo exterior tan diferente al clima familiar. Oldehinkel, Veenstra, Ormet, Winer y Verhulst (2006) encontraron que, en preadolescentes, la sobreprotección producía un incremento en los niveles de depresión en hombres y mayormente mujeres.

Especialmente, la depresión se relaciona con el rechazo paterno, la desatención y también con la deseabilidad social, probablemente porque refleja una actitud de exigencia por parte de los padres hacia logros no alcanzados. Por el contrario, el apoyo, la implicación en la crianza, la buena comunicación y la disciplina funcionan como un escudo ante las emociones negativas. Normalmente en donde se utiliza un estilo de crianza autoritativo o democrático es donde se producen con mayor frecuencia las adaptaciones emocionales adecuadas.

Interacción padres-hijos. La interacción padres- hijos dura más tiempo que el apego y puede producirse en ella un desajuste en cualquier punto del desarrollo del niño. Este desajuste es especialmente frecuente en la pubertad, donde la ruptura de los vínculos hacia la dependencia paterna genera una facilitación de las relaciones tormentosas entre padres e hijos.

Así como son pocos los padres que no sienten ternura y cariño por sus hijos pequeños, hay muchos que empiezan a impacientarse y tener problemas de relación cuando éstos ya no son tan pequeños, cuando chocan con otra voluntad, razonamiento o crítica. Las relaciones entre ellos, cuando el niño se va convirtiendo en una persona que razona, pueden ser buenas, malas e inexistentes.

En las investigaciones llevadas a cabo sobre este tema se hace patente que la interacción escasa o mala con los hijos es fuente de aparición de muy diversos problemas y principalmente de depresión. En un trabajo de Aseltine, Gore y Colten (1994) se apreció que las malas relaciones familiares aparecían en un 15% en familias de personas “normales” y en un 51% en la de niños con depresión. Especialmente la depresión se asocia con una deficiencia en la relación ocasionada por ciertas conductas paternas. Una de ellas es la excesiva presión de los padres en función de expectativas poco realistas. Muchos padres esperan que sus hijos logren metas inalcanzables; en estas ocasiones los niños comparan sus logros con lo que se pretende de ellos y entran en un proceso de menoscabo de la autoestima que les lleva a la depresión. Otra son las actitudes coercitivas que impiden a los niños desarrollar su propia autonomía.

Por el contrario, las buenas relaciones familiares funcionan como un amortiguador de alteraciones infantiles, incluida la depresión. El apoyo familiar en todas sus formas se perfila como uno de los elementos más eficaces en la prevención de todo tipo de problemas en la infancia y por supuesto de la depresión. La familia se convierte en el gran mediador del proceso de socialización

infantil, y para que su función sea ajustada debe mantener el equilibrio entre la afectividad, atención, dedicación y los diferentes elementos de control (regulación de la conducta, normas de disciplina y la estimulación de la independencia del niño).

1.3.4. Factores sociales

En cada sociedad y en cada cultura, se tienen modelos esperados de conducta, con roles y responsabilidades de gran influencia preestablecidas para cada edad. La mayor influencia social que hay en los niños es en el ámbito escolar y amistades.

La escuela es un ambiente de suma importancia para el desarrollo del niño, ya que pasa muchas horas del día en ella y aprende habilidades que le serán útiles en un futuro, como la socialización e interacción con sus pares. El rendimiento académico es una parte muy importante, ya que de acuerdo a la información revisada, éste y la relación con los compañeros, son los factores escolares de mayor importancia en el desarrollo de la depresión.

El problema del bajo rendimiento escolar se relaciona con una serie de factores internos (intelectuales, hábitos de estudio, emocionales, físicos, problemas de memoria y atención) y externos (características de los profesores, problemas familiares, problemas del sistema educativo, problemas económicos). La problemática del fracaso escolar se convierte en un círculo vicioso porque en la escuela presentan desinterés que puede llevar al profesor a poner reprimendas al alumno y este a su vez tendrá reacciones de oposición. No todos los niños presentan las mismas reacciones al fracaso escolar, esto dependerá del carácter del niño (Jaral, 2006).

La relación con los pares y las amistades también juegan un papel muy importante en la vida del niño, Gottman y Parker (1987 en Santrock, 2006) refieren que las amistades realizan seis funciones:

1. **Compañía:** proporciona un compañero cercano de juegos, alguien que quiere pasar el tiempo con ellos y que se une para colaborar en actividades.
2. **Estimulación:** ofrece información interesante, emoción y diversión.
3. **Apoyo físico:** proporciona tiempo, medios y ayuda.
4. **Apoyo:** ofrece la esperanza de contar con ayuda, motivación y críticas constructivas, que ayudan al niño a mantener una imagen personal de eficacia, atractivo y validez.

5. Comparaciones sociales: proporciona al niño información acerca de su posición frente a otros y acerca de si sus acciones están bien encaminadas.

6. Intimidad y afecto: brinda la oportunidad de una relación cercana basada en el cariño y la confianza hacia otra persona, una situación en la que se puede dar a conocer la intimidad personal.

De esta forma se ha llegado a la conclusión de que los amigos suponen intermediarios cognitivos y emocionales desde la infancia y durante toda la vida. Los amigos pueden fomentar la sensación de bienestar y el grado de aceptación, que contribuyen al establecimiento de autoconfianza, autoestima y autoaceptación. Cuando las habilidades sociales que se desarrollan en grupo son positivas, el niño se sentirá pleno, por el contrario, si el niño se relaciona negativamente con sus compañeros o amigos, puede desencadenar problemáticas. Para ello es importante reconocer que el estatus entre iguales promueve o afecta a la depresión. Por ejemplo, en el caso de la depresión, los niños que suelen ser ignorados: apenas interactúan con sus compañeros y son tímidos; o rechazados: normalmente presentan problemas graves de adaptación a lo largo de su vida, apenas participan en las actividades de aula y esto puede generar el entristecimiento por la falta de aceptación, que a lo largo del tiempo se convierte en depresión.

En este sentido, también se debe retomar el tema de acoso escolar o *bullying*, el cual se define como el comportamiento verbal o físico presentado en el ámbito escolar, destinado a molestar a una persona con menos poder. Respecto a este tema, se ha manifestado que las víctimas de acoso escolar llegan a sufrir consecuencias a corto y largo plazo; a corto plazo puede presentarse la depresión, pérdida de interés en el trabajo escolar e incluso evitar ir a la escuela (Santrock, 2006).

Existen otros factores sociales que se encuentran relacionados con la aparición de la depresión infantil, por ejemplo, la reacción que un niño depende en gran parte por la cultura en la que se encuentra inmerso, es decir, un temperamento activo puede valorarse más en algunas culturas, lo mismo que un temperamento triste. Es bien sabido que en México, la educación que hombres y mujeres reciben desde casa, aún marca la diferencia en la forma de cómo unos y otras aprenden a comportarse ante una misma situación.. Es un hecho que, circunstancias de la vida deberían ser afrontadas bajo las mismas normas familiares y sociales, independientemente del sexo al que se pertenezca. Es decir, un raspón, una caída, o un machucón de dedos, no tendrían que ser situaciones en las que, el dolor y el llanto fueran sentimientos exclusivos de la mujer. Y es que

frases como: *los hombres no lloran, aguántate porque eres macho, o lloras como una niña*; sólo demuestran que al hombre se le enseña desde niño a cohibir sus sentimientos y emociones, pues estos representan debilidades femeninas, pero no se toma en cuenta que, como seres humanos, indistintamente del sexo, una herida en la piel o una caída duelen igual.

En el patio de recreo, si no es que ya en casa, los niños aprenden a tragarse el llanto y a no mostrar miedo. Su rostro, al principio tan expresivo como el de las niñas, se vuelve más frío entre los seis y los doce años. No se percata que ese distintivo marcará al hombre que será después, tanto en su autoestima como en la forma en que se relacionará con los demás; incluso cuando llegue el momento de formar una pareja.

Al hablar de la clase social, se sabe que es uno de los sistemas que determina el ambiente de los seres humanos y que condiciona enormemente el tipo de vida al que se tiene acceso. Las perturbaciones infantiles de todo tipo tienen una mayor prevalencia entre las clases sociales bajas. La explicación a este hecho sugiere que esta clase social favorece la aparición de factores de riesgo, puesto que proporciona a los niños menos experiencias agradables, menos apoyo social, menores oportunidades de educación y un mayor número de ocasiones en las que el niño o sus padres se enfrentan a situaciones cuya solución no está a su alcance.

Álvaro, Garrido y Schweiger (2010) refieren que son las desigualdades sociales, a través de las experiencias de estrés y de ciertas estrategias de afrontamiento como (apoyo social, sentimientos de alienación y autoestima) los que tienen un peso significativo en la probabilidad de sufrir una mayor sintomatología depresiva. Muchos niños que viven en la pobreza se enfrentan a problemas en casa y escuela que dificultan su aprendizaje y estabilidad emocional. Además, tal vez estén desnutridos o vivan en zonas donde la delincuencia y los actos violentos sean cosas de diario, situaciones a las que se acostumbran o viven con miedo, tristeza y/o depresión.

La relación entre sucesos vitales negativos y la salud, ha sido estudiada a lo largo del tiempo, se ha determinado que los acontecimientos que suponen pérdida, fracaso, pobreza, bajo rendimiento escolar, malas relaciones, etc. pueden llevar a desarrollar depresión tanto en adultos como en niños. Las guerras, desastres naturales y los accidentes, también forman parte de estos factores desencadenantes de la depresión ya que, normalmente este tipo de fenómenos suelen provocar estrés postraumático.

CAPÍTULO II.

TEORÍAS Y TRATAMIENTOS QUE ABORDAN EL TRASTORNO DEPRESIVO

2.1 Teorías que abordan el trastorno depresivo

A continuación se mencionan las teorías y tratamientos sobresalientes para la depresión infantil, es importante mencionar que existen más teorías y terapias que abordan este trastorno, sin embargo, para el área infantil y la limitación que implica tratar con un ser humano pequeño con poca madurez física y emocionalmente, éstas son las más revisadas.

2.1.1 Teoría biológica

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

A través de los trabajos de Joaquín Puig-Antich, Raymon y Hanlon (1983) se ha comprobado que a pesar de las diferencias, las depresiones infantiles sí responden a similares parámetros biológicos que las depresiones en adultos. En la tabla se expondrán los marcadores biológicos más frecuentes (Tabla 5).

Tabla 5. Marcadores biológicos.

Prueba	Técnica	Valoración
DST	Supresión de cortisol con dexametasona. Administración de 1 mg de dexametasona a las 23 horas. Valoración a las 16 horas del siguiente día.	Cifras superiores a 5 mg/dl expresan no supresión de cortisol. Positivo en cuanto a depresión mayor. Índice de buena respuesta al tratamiento biológico.
GH (Hormona del crecimiento)	Inducir secreción de hormona del crecimiento mediante hipoglucemia (insulina) o clonidina.	Respuesta pobre es índice de depresión.
Estimulación con TRH	Inyección i.v. de 500 mg de TRH (hormona liberadora de tirotrófina) que produce un aumento de la LH sérida.	Menos de 7 m UL/ml de aumento sobre el valor inicial: respuesta débil que se asocia a depresión.
Determinación de metabolitos de catecolaminas en LCR u orina	5-HIAA, en LCR	5-HIAA bajo en LCR se asocia a conducta violenta o depresión con ideas graves de suicidio.

	5-HIAA (ácido 5-hidroxi indol acético), HVA (ácido homovanílico) y MHPG (metoxi 4 fenil etilen glicol) en orina.	Metabolitos bajos en orina (especialmente MHPG) se interpretan como signo de depresión.
Polisomnigrafía	EEG, ECG, EOG (electroculografía), EMG, expansión torácica, ingurgitación peneana, saturación de oxígeno, movimiento corporal, temperatura corporal, RGC (respuesta galvánica cutánea).	Hiposomnía (85% de pacientes) Disminución del sueño de onda lenta (delta) y estadios 3 y 4 del sueño más cortos. Tiempo de latencia de los REM acortado. Proporción de REM en la primera parte de la noche aumentada. Mayor densidad de REM total.

Fuente: Tomado de Joaquín Puig-Antich, Raymon y Hanlon (1983)

La investigación en este aspecto, se ha abordado mayormente en los adultos, sin embargo, en el caso de la depresión infantil, se han investigado las alteraciones neurohormonales, fundamentalmente las concentraciones plasmáticas de cortisol, tiroxina, melatonina, de la tasa de secreción de la hormona de crecimiento e incluso de algunas alteraciones estructurales de los ventrículos. Puig-Antich, Raymon y Hanlon (1983) estiman que el 20% de los niños con depresión endógena presenta alta tasas de cortisol. Sin embargo, estos resultados no se corroboran en los niños con depresión exógena.

En el caso de los niños, especialmente se relaciona la depresión con el descenso de la hormona del crecimiento, Spitz (1965) constató que los niños que habían desarrollado el síndrome de hospitalismo presentaban también un estancamiento en el desarrollo.

En investigaciones posteriores se ha apoyado esta observación clínica: en niños con depresión las tasas de la hormona de crecimiento son bajas y no se elevan tampoco ante una hipoglucemia inducida, como ocurre en las personas normales. Este dato puede interpretarse en una doble dirección: o bien el descenso de la hormona de crecimiento podría ser el responsable de la depresión, o bien la depresión podría actuar inhibiendo la secreción de dicha hormona. Así mismo, se han encontrado niveles bajos de secreción de la hormona melatonina en orina de niños con depresión (Del Barrio, 2007).

Un factor biológico demasiado importante, es la genética. Dado que hay pocas pruebas empíricas relativas al componente genético de la depresión antes de la edad adulta, los hallazgos referidos a la incidencia de la depresión en la familia constituyen la base primordial para establecer la influencia genética en la etiología de la depresión en la niñez y la adolescencia. El hallazgo de que los niños cuyos padres sufren un trastorno depresivo mayor corren un mayor riesgo de padecer dicho trastorno, de que un aumento de la depresión entre los miembros de la familia está relacionado con el inicio de la misma antes de los veinte años, y de que los índices de depresión son más elevados en los parientes adultos de niños a quienes se les ha diagnosticado depresión mayor, es coherente con la existencia de una influencia genética en la depresión del niño y adolescente. Guadarrama et al. (2006) y López et al. (2004) han reportado el riesgo de morbilidad en pacientes de primer grado (padres, hermanos o hijos) el cual está incrementándose y es independiente de los efectos del ambiente o educación. Por último, es importante mencionar que, se han observado cambios en la producción de los neurotransmisores que intervienen en el estado de ánimo, la disminución de estos provoca desánimo, apatía y pérdida de interés en los menores, al igual que en los adultos.

Las causas y los tratamientos para la depresión, se han ido modificando con el tiempo como consecuencia de las tendencias etiológicas y teóricas de cada época. Debido a que el estudio de la depresión infantil se ha dado con base a la de los adultos, para mejorar la comprensión de cuáles son las posibles causas y características de la depresión, es necesario hablar de diferentes concepciones teóricas.

2.1.2 Teoría psicoanalítica

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

Sigmund Freud (1890) menciona que la depresión es un estado anímico profundamente dolido que consiste en cancelar todo interés por el mundo exterior, ocurre una pérdida de la capacidad de amar, la persona tiende a la inhibición de toda productividad y una baja en la autoestima se

exterioriza en autorreproches y autodenigraciones. El “yo” en la depresión se percibe como indigno, moralmente despreciable, culpable, se humilla y se conmisera.

Después de una negación inicial acerca de la existencia de la depresión infantil, el psicoanálisis ha considerado que la pérdida del objeto bueno (la madre), es la explicación teórica de la existencia de niños con depresión. La perspectiva de Freud sobre la depresión asociaba su origen a dolores no resueltos por pérdidas durante la niñez, como el rechazo por parte de los padres o la muerte de uno de ellos. La dependencia de un niño hacia sus padres es real y puede conducirlo al temor de ser abandonado. Su necesidad dificulta expresar su coraje hacia ellos cuando tiene una sensación de abandono, y vuelca su agresión hacia sí mismo; existe una ambivalencia entre amor y odio; el amor al objeto identificado y odio por la pérdida (Corona, 2012).

Esta pérdida puede ser por muerte, separación, rechazo y todas las formas posibles de distanciamiento. Los niños ante tal pérdida interiorizan los sentimientos negativos que primariamente deberían ir dirigidos hacia el objeto perdido, y comienza entonces la pérdida de la autoestima (pérdida del yo), el autocriticismo y la depresión (Bowlby 1993; Lasa-Zulueta 1995; Spitz y Wolf, 1946).

Por su parte Karl Abraham toma el tema de las enfermedades depresivas graves en mayor profundidad hacia 1911, dando los primeros datos clínicos-psicoanalíticos extensivos sobre estos desórdenes. Comenta que el afecto de la depresión se extiende tan grandemente por todas las formas de neurosis y psicosis como el de la ansiedad. Ambos afectos están frecuentemente presentes juntos o en sucesión en una misma persona; de esta manera el paciente que sufre una neurosis de ansiedad se verá sujeto a estados de depresión mental, y el que tiene depresión se quejará de ansiedad.

René Spitz médico de un orfanato realizó algunas observaciones y, entre sus pequeños pacientes carentes de padres, llamaron su atención un grupo que presentaban unos síntomas peculiares sin diagnóstico claro, este investigador, observando y filmando a esos niños, proporcionó la primera definición de la depresión infantil, que tiene un carácter eminentemente descriptivo y completamente ateorico: *“Los niños se vuelven llorones, exigentes, tienden a asirse al observador cuando éste logra tener contacto con ellos... y el lloriqueo se torna en gemidos. Se inicia la pérdida de peso. Hay una detención del índice de desarrollo... los niños se niegan al*

contacto, yacen postrados. Se inicia el insomnio, prosigue la pérdida de peso. Hay una tendencia a contraer enfermedades intercurrentes; el retraso motor se generaliza. Se inicia la rigidez facial... el retraso motor se acrecienta y aparece el letargo” (Spitz, 1965, pp. 199-200). Se descubrió que todos los niños de la muestra que habían generado estos síntomas tenían una experiencia común: en cierto momento, entre el sexto y octavo mes de vida, todos ellos había sido separados de sus madres durante un periodo ininterrumpido de tres meses. Entre los niños sometidos a estudio, un pequeño grupo (10%) se afectaba severamente y otro algo mayor (20%) sufría con una intensidad media. Tales características conductuales estaban muy cerca de lo que se consideraba una depresión en el adulto.

Al síndrome descrito por Spitz, se le denominó depresión anaclítica porque argumenta que el aparato psíquico del niño está incompleto, para él los factores que producen la depresión, son muy específicos y considera que no se puede dar el mismo nombre a lo observable en los adultos y en los niños, por lo que decide darle este nombre. Estudios posteriores confirmaron el mismo cuadro y aún añadieron una sintomatología más dilatada y dramática: inexpressión facial, anomalías en la coordinación visomotora, movimientos espásticos, e incluso un índice de mortalidad alta.

En 1945 Spitz (en Polaino-Lorente, 1988) distingue algunas fases del proceso de separación materna causantes de la depresión en el menor:

- Periodo reactivo: de aproximadamente tres meses de duración, está caracterizado por astenia, irritabilidad, excesiva dependencia del medio, angustia, dificultades alimentarias, alteraciones del sueño y reacciones de oposición.
- Periodo depresivo: se caracteriza por disminución de la movilidad, pobreza expresiva y gestual, inercia psicomotriz, aislamiento, astenia, hostilidad, pérdida de peso, crisis de llanto, etc. La salud del niño en este periodo puede todavía recuperarse si se le restituye la madre o si una madre vicaria funge el papel.
- Periodo de hospitalismo: acontece cuando han transcurrido cinco meses continuados de privación materna y se caracteriza por la reducción de su vida de relación a sólo sus necesidades primarias, apatía, indiferencia y numerosas manifestaciones depresivas. En esta fase, la restitución de la madre no logra hacer reversible el cuadro clínico en el niño, en el que, generalmente, aparece después del primer año de la vida.

Por último y no por ello menos importante, Melanie Klein (1882-1960, en Solloa, 2001) fue una de las primeras en abordar la depresión infantil de manera detallada. Menciona que el bebé se puede deprimir, puntualiza que los niños no necesitan que se produzca la pérdida, si no que pueden deprimirse por la simple ausencia de una relación adecuada con su madre durante el primer año de vida. Y esto se considera además como un factor de riesgo o vulnerabilidad para desarrollar una depresión en la vida adulta. El núcleo de la explicación psicoanalítica de la depresión es el concepto de pérdida, que en el caso de los niños ha tenido que ser adaptado a la relación del niño con su madre.

Para Klein, la depresión es una etapa normal del desarrollo que implica una forma específica de ansiedad que el niño enfrentará con mecanismos defensivos; además, el conflicto depresivo no resuelto es la base etiológica a la mayor parte de los desórdenes neuróticos. Por esta razón, de acuerdo con Segal (1992), Klein describe como posición esquizoparanoide la que va desde el nacimiento hasta aproximadamente los cinco meses de vida, donde el bebé trata de adquirir, guardar e identificarse con el objeto ideal y éste es quien le da la vida y le provee la protección que necesita y mantiene fuera el objeto malo y la parte del yo que tiene el instinto de muerte. En esta posición la ansiedad va en función del objeto u objetos persecutorios porque se pueden introducir en el yo y acabar con el objeto ideal y con el yo. Denominó a estas características como posición esquizoparanoide porque la ansiedad tiene características paranoides y porque la percepción del objeto y el yo, lo percibe separado, además el objeto malo amenaza con destruir al yo. Después de la posición esquizoparanoide aparece la posición depresiva, donde el bebé reconoce y se relaciona con el objeto, en este punto de desarrollo, el niño ya no sólo la percibe como una madre buena y una madre mala, sino como un todo; un objeto total, además ya reconoce a otras personas y él se percibe como un ser individual que puede tener relación con externos.

El bebé se da cuenta que está desamparado y depende de su madre totalmente. En esta posición las ansiedades generan la ambivalencia, y el motivo principal de la ansiedad, es que sus impulsos puedan llegar a destruir el objeto amado/odiado (ahora el objeto total) del cual depende completamente. El bebé integra más su yo, ya que comienza a disminuir la proyección y se da cuenta de su dependencia hacia un objeto externo y percibe su existencia y la de sus objetos como independientes, reafirma más su prueba de realidad y se vincula más con la realidad psíquica. Reconoce sus impulsos ya sean buenos o malos pero está pendiente de cómo estos influyen en

el objeto y le hace ver el poder de sus impulsos y la resistencia que muestra el objeto hacia éstos. Por todo lo anterior, el yo se hace más fuerte puesto que ha introyectado objetos buenos en el yo y superyó.

Para Klein, la depresión no depende de un trauma, sino de la relación que existe entre el primer año de vida entre madre hijo. Además propone que la depresión no es otra cosa que el fracaso al no poder superar las primeras ansiedades depresivas y al no poder establecer un nivel adecuado de autoestima (González, 2006).

De la teoría psicoanalítica se desprende otra teoría explicativa de la depresión infantil:

2.1.3 Teoría del apego materno

A mediados del siglo XX, Sigmund Freud, Erik Erikson y John Bowlby, propusieron puntos de vista influyentes respecto a esta teoría. Freud creía que los niños desarrollaban apego hacia la persona u objeto que les proporcionaba satisfacción oral: la madre. Erikson creía que el primer año de vida era un periodo de tiempo clave para el desarrollo del apego que representa la fase de confianza frente a la desconfianza. La confianza requiere un sentimiento de bienestar físico y poco de miedo y aprensión sobre el futuro, durante la infancia permite que se establezcan expectativas duraderas sobre que el mundo es un lugar bueno y agradable para vivir. Erikson también creía que una paternidad sensible y que respondiera a las necesidades del niño, contribuiría al sentido de confianza de éste.

Por su parte, John Bowlby (1958) encontró un fenómeno parecido a la depresión que menciona Spitz, presentándose en niños que ya han establecido un fuerte vínculo de apego con su madre y son separados de ella, refiere que no surge de forma espontánea sino que se va desarrollando de lo general a lo particular; el apego temprano es fundamental para el niño y está estrechamente relacionado con su conducta social, pero no siempre ocurre un apego eficaz, por lo que surgen consecuencias, entre ellas el trastorno depresivo. El periodo más sensible para desarrollar este tipo de perturbación se estima que está entre los seis meses y los tres años de edad. Bowlby definió la conducta de apego como cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otra diferenciada y preferida. En tanto que la figura de apego permanezca accesible y responda, la conducta puede consistir en una mera verificación visual o auditiva del lugar en que se halla y en el intercambio ocasional de miradas y saludos.

Bowlby planteó fases para explicar el desarrollo del apego: del nacimiento a los dos meses, el bebé dirige su apego de manera distinta, cualquier persona puede provocar llanto o una sonrisa en el niño. De los dos a los siete meses, aprende a diferenciar a su cuidador primario de la gente externa y, por lo tanto, se genera el apego hacia éste. De los siete a los veinticuatro meses, ya ha desarrollado habilidades locomotoras, por lo que es en esta etapa donde se da el apego específico, el niño busca de manera activa el contacto con su cuidador. De los veinticuatro meses en adelante, el niño ya se da cuenta de que es un ser individual y que los demás tienen necesidades y él toma esto en cuenta para saber de qué manera conducirse (Santrock, 2007).

Para Bowlby, el trastorno depresivo se basa en que la persona no puede entablar relaciones afectivas y que tiene problemas para conservarlas, pero todo esto es a causa de las vivencias que ha tenido en su familia durante su infancia y que seguramente seguirán hasta su adolescencia. Propone tres postulados, los cuales pueden combinarse:

1. Explica que la persona no logró tener una relación estable con sus padres por más esfuerzos que haya realizado, y los padres tuvieron expectativas muy altas con respecto al hijo y éste no iba a poder cumplirlas. Con esto, la persona puede interpretar como un fracaso más cuando no puede mantener una relación afectiva y un buen apego.
2. Los padres le pudieron haber dicho a la persona que era un incapaz o que lo aborrecían, si esto ocurrió se pudo haber formado una idea de sí mismo como un ser no querido y a las figuras de apego como personas inaccesibles y que son los encargados de dar castigos.
3. Cuando en la niñez se experimenta la pérdida de un padre, el niño no puede modificar esta situación y se forma la creencia de que haga lo que haga, no podrá remediar esta situación y está condenado al fracaso.

Además se encargó de estudiar el proceso de separación materno-infantil y encontró tres fases por las que pasa el niño cuando es separado de su madre o sustituto:

1. Fase asténica y reactiva: en esta fase el niño presenta ansiedad, gritos, regresión en la actividad alimentaria, terrores nocturnos, entre otras.

2. Fase depresiva: el niño comienza a tener una disminución de la movilidad y la plasticidad psicomotriz, indiferencia ante los estímulos que se le presentan, limitación de la vida de relación a sólo los automatismos, pérdida de iniciativa.
3. Fase autodestructiva: se caracteriza por la reducción de la vida de relación a sólo necesidades primarias, apatía e indiferencia. En esta fase ya no se logran hacer reversibles los síntomas depresivos, aún y cuando se restituya a la madre.

La ausencia de apego o la inseguridad en el mismo parecen ser también fuentes de la depresión infantil. En este caso, el niño no pierde algo que tenía, sino que las funciones que habría de cumplir el apego no se dan; consecuentemente las necesidades del niño no se satisfacen, y por tanto estaría ante una situación de carencias. Por esta razón se presentan conductas depresivas (lloros, peleas, destrucción de juguetes, retraimiento, etc.) en niños con un apego inseguro. También es frecuente encontrar relación entre el abuso físico infantil y la depresión ya que el abuso es considerado una perturbación del apego; así mismo, el rechazo materno es un factor relacionado con la depresión infantil en edades más avanzadas, dejando ver que el apego deficiente deja huellas duraderas.

2.1.4 Teoría sistémica

La teoría sistémica es una de las aproximaciones que se encarga de estudiar los procesos de interacción y las relaciones entre las personas como partes de un sistema (Wittezaele y García, 1994).

La terapia familiar sistémica perteneciente a esta teoría, se constituye gracias a las aportaciones de tres fuentes: la Teoría general de sistemas; la Teoría de la comunicación humana y la Cibernética, los cuales mantienen los siguientes principios (Schoderbek, P., Schoderbek, C. y Kefalas, 1985):

Teoría general de sistemas:

- Un sistema es un conjunto de elementos en interacción dinámica en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran.
- Totalidad o no sumatividad: el cambio en un miembro del sistema afecta a los otros, ya que sus acciones están interconectadas mediante pautas de interacción. Las pautas de funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos constituyentes, es decir, por separado

ninguno de los miembros desempeña el rol que le caracteriza en el sistema familiar (no sumatividad).

- **Circularidad:** debido a la interconexión entre las acciones de los miembros de un sistema, las pautas de causalidad no son lineales (en el sentido que una "causa" A provoque un "efecto" B), sino circulares en el sentido que B refuerza retroactivamente la manifestación de A.
- **Equifinalidad:** Un mismo efecto puede responder a distintas causas. Es decir, los cambios observados en un sistema abierto no están determinados por las condiciones iniciales del sistema, sino por la propia naturaleza de los procesos de cambio. Esta definición no es válida para los sistemas cerrados, ya que éstos vienen determinados por las condiciones iniciales.

Otros autores como Schoderbek, P., Schoderbek, C. y Kefalas (1985) destacan las siguientes características:

- **Organización:** la afirmación de que “el todo es más que la suma de las partes” señala el hecho de que la organización confiere al agregado características no sólo diferentes de los componentes considerados en forma individual, sino que dichos elementos están agregados de manera organizada.
- **Interacción:** las interrelaciones entre agregados de sistemas pueden ser múltiples, mutuas y algunas aparentemente unidireccionales, lineales o intermitentes, y pueden exhibir distintos grados de eficacia y prioridades.
- **Interdependencia:** el término sistema sugiere la idea de un grupo de entidades individuales, cada una de las cuales tiene una parte peculiar y esencial que cumplir; pero que cada una de ellas es enteramente dependiente para su efectividad de las comunicaciones establecidas entre ella y las otras partes.
- **Integración:** significa hacer un todo o totalizar; traer partes y juntarlas dentro de un todo.

Teoría de la comunicación humana (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1983):

- Es imposible no comunicar. En un sistema, todo comportamiento de un miembro tiene un valor de mensaje para los demás.

- Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional. Ésta diferenciación es jerárquica, el aspecto relacional clasifica al contenido, es por ende una metacomunicación. Cuando se confunden los niveles puede resultar una paradoja.
- La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación.
- Todos los seres humanos se comunican digital y analógicamente. Mientras que el nivel digital se refiere al contenido semántico de la comunicación, el nivel analógico cualifica cómo se ha de entender el mensaje, es decir, designa qué tipo de relación se da entre el emisor y el receptor.
- Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia.

Teoría cibernética:

Wiener (1954) fundó la cibernética como ciencia de los sistemas dinámicos, es decir, de totalidades cuyos elementos se encuentran en relaciones funcionales mutuas y que están referidos al todo.

Como explica Andolfi (1992 en Estrada, 1996), la aplicación de la teoría de sistemas a diversas disciplinas ha sido de muchas y diversas formas, pero quizá el uso más extenso dado a esta, es en el estudio de familias y su patología. Desde esta perspectiva, los estudios no se centran en el estudio de un individuo sino en una persona en el marco de su familia, la teoría de las familias con base en el sistema se sustenta en el hecho que el hombre no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de grupos sociales, los integrantes son partes interrelacionadas e interactuantes de un todo que cambia y se transforma a lo largo del tiempo, ambos se influyen selectivamente en el proceso de cambio.

Minuchin (1979) en la Terapia familiar sistémica concibe a la familia como un todo organizado que cumple funciones que le exige el contexto, cuando algo en el sistema funciona mal, la familia tiene dificultades para reestructurarse y superar las crisis que se generan por la evolución constante o por eventos que afectan a uno o más miembros. Las acciones e interacciones de cada familia no son entidades independientes, sino partes de un movimiento necesario dentro de un sistema organizado, por lo que cada acción es complementaria. El abordaje de los problemas de las familias desde esta perspectiva sistémica estructural incluye el contexto social y la atribución de responsabilidad compartida entre los integrantes sobre lo que ocurre en la familia con relación al

síntoma. Hay un interés por encontrar cómo es que todos los miembros del sistema (familiar, institucional o social) participan en el sostenimiento del síntoma; además busca entender cómo es que el síntoma actúa como el esfuerzo de algunos miembros para mantener la homeostasis familiar.

Desde el punto de vista sistémico, la dinámica relacional de la depresión se caracteriza por una nutrición emocional hipotecada, donde las dos esferas fundamentales de la familia, conyugalidad y parentalidad, están totalmente deterioradas. Es decir, cuando existen conflictos en la interacción familiar se generan triángulos patológicos. Éste, es un proceso que implica la formación de parejas (díada) con exclusión de un tercero, o contra éste (Barcelata y Álvarez, 2005).

En una investigación dirigida por Jones y Aisen (2004), que son terapeutas familiares, las personas diagnosticadas con depresión fueron asignados aleatoriamente a una de las tres modalidades de tratamiento (farmacológico, cognitivo-conductual y sistémico), uno de los hallazgos más importantes fue que las personas atendidas con terapia cognitivo-conductual y sistémica, respondieron significativamente mejor que los tratados con medicación antidepresiva. Desde esta perspectiva, la depresión se contempla como una respuesta a experiencias de impotencia, en la que es posible la existencia de desencadenantes desde la niñez como abuso y maltrato, desde luego que existen factores sociales relacionados como la pobreza, desempleo, etc. estos factores interactúan con los factores personales como la resistencia a la adversidad e historia personal contribuyendo a que las personas sean vulnerables a la depresión. Desde la visión sistémica no se pretende negar la influencia de los factores biológicos y las emociones, lo que se busca es una forma de intervenir en esta problemática.

En los modelos de terapia familiar sistémica, los síntomas depresivos del paciente identificado (este término es usado para indicar a la persona así designada ya sea por ellos mismos, por miembros de la familia, o por profesionales) están conceptualizados en términos interaccionales. El paciente es contemplado como partícipe de una variedad de contextos y diferentes comportamientos incluyendo los síntomas, como elementos relacionados con éstos, pueden incluir patrones de relación del aquí y ahora de las familias de origen y de otros contextos como del mundo del trabajo, la sociedad y la cultura. Las relaciones cercanas son consideradas como influyentes e influenciadas por el paciente y por los síntomas. Así, las respuestas de los miembros

de la familia hacia el paciente deben ser consideradas como un elemento que mantiene la angustia y los síntomas del paciente (Jones y Aisen, 2004).

La visión sistémica aunque mantiene dentro de sus modelos la misma lógica epistemológica se diferencia en algunos conceptos. En el modelo estructural de Minuchin, la depresión como cualquier otro síntoma es mantenido por pautas rígidas de relación sostenidas por estructuras disfuncionales, por lo que el foco de atención es la estructura familiar. En el modelo estratégico de Haley el paciente identificado con depresión mantiene un poder disfuncional dentro de la familia por lo que la intervención se dirige a restablecer esta jerarquía incongruente por una congruente y más funcional. El modelo de terapia breve (Watzlawick, Weakland y Fishc, 1994) conceptualiza que la depresión de la misma manera que otros problemas psicológicos, es sostenida por los intentos de solución que los integrantes realizan para resolver el problema. El modelo centrado en soluciones (De Shazer, 1985) propone que los problemas humanos, como la depresión, son mantenidos por el significado que las personas han acordado en torno a la experiencia. Para el modelo Milán, los problemas como la depresión, se forman cuando el juego familiar deja de ser adaptativo para convertirse en patológico cuando adscribe a los miembros del grupo familiar roles y funciones que ya no responden a los requisitos del momento evolutivo que atraviesan (Garrido y García, 1994).

2.2 Terapias que abordan la depresión

A raíz de estas teorías, se han desarrollado diferentes formas de intervención en las depresiones infantiles, a continuación se mencionarán las terapias que más auge han tenido en esta área.

2.2.1 Terapia Farmacológica

Desde un punto biológico, la explicación de la aparición de la depresión se debe a un déficit funcional de los neurotransmisores del sistema nervioso (serotonina y catecolaminas) o, un problema neuroendocrino. Por lo tanto, existe una serie de terapias médicas que, establecidas y prescritas específicamente por un médico psiquiatra o paido psiquiatra, pretenden regular la conducta depresiva. Los antidepresivos utilizados en la terapia médica son productos químicos que han acreditado poseer la capacidad de reducir total o parcialmente el estado depresivo en un amplio grupo de personas con depresión, efecto obtenido la mayor parte de las veces en el plazo

de tres a cinco semanas. Ejercen un efecto de regulación a la baja de los receptores directa e indirectamente, aumentando la concentración del neurotransmisor.

Ante el advenimiento de un amplio lote de medicamentos antidepresivos se realizaron distintas clasificaciones que se basan en los siguientes criterios: la ordenación cronológica, el mecanismo de acción farmacodinámico, el efecto neuroquímico y el efecto sedativo o estimulante.

Ordenación cronológica: se trata con una división convencional de tres grupos generacionales que sirvió anteriormente para evitar caer en el caos.

1. Antidepresivos de la primera generación: la mayor parte de ellos son los antidepresivos tricíclicos, como la imipramina, desipramina, ciomipramina, amitriptilina y nortriptilina.
2. Antidepresivos de la segunda generación: un grupo muy heterogéneo por su estructura química, en la que se incluyen entre otros la maprotilina, la mianserina y la viloxacina.
3. Antidepresivos de la tercera generación: este grupo comprende sobre todo los inhibidores de la recaptación de la serotonina (trazodone, nefazodone, fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, paroxetina y citaloprán), más otros agregados también en fechas relativamente recientes como la venlafaxina, la reboxetina y la mirtazapina.

Mecanismo de acción farmacodinámico: representa la vía por la que el fármaco opera para obtener el efecto neuroquímico propio, traducido casi siempre en la activación de un sistema neurotransmisor o de varios. Pues bien, la activación de un sistema neurotransmisor puede obtenerse por alguna de estas vías: el aumento de la síntesis o la liberación del neurotransmisor; la prolongación del contacto de la sustancia neurotransmisora con el receptor postsináptico mediante la inhibición de su recaptación; el aumento de la sensibilidad de los receptores postsinápticos; el aumento de la densidad o número de los receptores postsinápticos; la inhibición de la desintegración del neurotransmisor.

De acuerdo al mecanismo de acción quedan los psicofármacos distribuidos en estos tres grupos.

- Aumento de la síntesis o de la liberación del neurotransmisor, puede deberse realmente al incremento de la síntesis a instancia del aumento de la sustancia precursora o del bloqueo o desensibilización del receptor presináptico o receptor inhibitor, llamado así porque inhibe la

liberación de la sustancia neurotransmisora a partir de haber alcanzado una cierta concentración en la sinapsis.

- La prolongación del contacto de la sustancia neurotransmisora con el receptor postsináptico a causa de la inhibición de su recaptación por parte de la neurona presináptica. Los denominados inhibidores de la recaptación del neurotransmisor son la agrupación de antidepresivos más amplia y eficaz, según veremos después.
- La inhibición de la destrucción de neurotransmisor, por lo general a causa de inhibir la actividad de la enzima denominada monoaminoxidasa, que interviene con un papel primordial en la desintegración de los principales neurotransmisores. Se incluyen aquí las sustancias conocidas como Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO).

La utilización de los IMAO se ha mantenido muy restringida porque su efecto clínico es inconstante y difícil de controlar y además porque su administración encierra ciertos riesgos, que únicamente pueden soslayarse evitando su asociación con algunos productos de extenso consumo (queso, habas, vinos, café) y con diversos fármacos antidepresivos. Los antidepresivos más utilizados son los que actúan a través de la inhibición de la recaptación de un neurotransmisor, con lo que consiguen prolongar la actuación de este sobre el receptor postsináptico.

La clasificación que se atiene al *efecto neuroquímico* se centra en los medicamentos que actúan a través de la inhibición de la recaptación:

- Inhibidores de la recaptación de noradrenalina: a) Selectivos noradrenérgicos (Maprotilina, Nomifensina, Amoxapina, Reboxetina, Amineptino y Bupropion, estas dos últimas activan también la función de la dopamina mediante el bloqueo de su recaptación) b) Preferenciales noradrenérgicos (Desipramina y Viloxacina).
- Inhibidores de la recaptación de serotonina: a) Selectivos serotoninérgicos globales (Fluvoxamina, Fluoxetina, Paroxitina, Sertralina, Citaloprán, este último es el más selectivo de todos) b) Selectivos serotoninérgicos, con bloqueo de los receptores 5HT₂ y 5HT₃ derivaciones de la serotonina (Tradozone y Nefazodone) c) Preferenciales serotoninérgicos (Clomipramina).
- Inhibidores mixtos de la recaptación de serotonina y noradrenalina: Serotoninérgicos y noradrenérgicos (Imipramina, Amitriptilina, Nortriptilina, Doxepín, Venlafaxina).

- Antidepresivos atípicos: Inhibidor de los autorreceptores noradrenérgicos y serotoninérgicos (Mirtazapina).

Efecto sedativo o estimulante: del antidepresivo producido en todas las personas sufran o no depresión, se obtiene la escala siguiente:

- Sedantes intensos: amitriptilina, trimipramina, doxepín, mianserina, mirtazapina.
- Sedantes ligeros: maprotilina, clomipramina, fluvoxamina, paroxetina, citaloprán.
- Neutros: imipramina.
- Estimulantes ligeros: fluoxetina, sertralina.
- Estimulantes intensos: nortriptilina, desipramina, amineptino, bupropion, venlafaxina.

Para la selección del medicamento antidepresivo adecuado a cada paciente se considera como factor primordial el efecto neuroquímico, puesto que con la administración medicamentosa se trata de corregir el desequilibrio neuroquímico o sea neutralizar la causa última de la enfermedad depresiva.

La selección de la medicación exige anticipar un juicio sobre la respuesta antidepresiva. Para efectuar esta predicción es inexcusable el conocimiento suficientemente amplio y profundo del paciente, sistematizado en los elementos siguientes: el diagnóstico de la clase de enfermedad depresiva en consonancia con la identidad de sus causas fundamentales; el subtipo neuroquímico, la forma clínica; el estado somático; la edad; la experiencia terapéutica habida en otros posibles episodios anteriores personales y/o familiares (Graw y Meneghello, 2000).

El área infanto-juvenil, sugiere mayor cuidado por los efectos secundarios que pueden resultar más agresivos para un niño, que para un adulto (Kashani y Nair, 1995):

Los antidepresivos tricíclicos, tales como la imipramina, la amitriptilina y desipramina han sido los más estudiados, sin embargo, no han encontrado que sean más efectivos que el placebo en niños y adolescentes. Además, por sus posibles efectos secundarios (boca seca, sedantes, hipotensivos, alteración de la función cardíaca, tics) no se consideran como primera línea de tratamiento farmacológico. La Imipramina (Tofranil) es el más conocido: bloquea la reabsorción de la serotonina y norepinefrina y no se recomienda su utilización en los niños por debajo de los

12 años; la única excepción sería en riesgo de suicidio (Dujovne, Barnard y Rapoff, 1995; Johnston y Fruehling, 1994 en Wicks-Nelson y Allen, 1997; Del Barrio, 2007).

Según las investigaciones y revisiones actuales, el uso de los fármacos Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) se ha hecho más frecuente tanto en adultos como en niños y adolescentes debido a su eficacia en el trastorno depresivo, sus pocos efectos secundarios, fácil administración y baja letalidad si se ingieren con fines autolíticos. De ellos, el Citalopram, la Fluoxetina y la Sertralina han sido los únicos que han demostrado su eficacia respecto el placebo en estudios controlados y de doble ciego. Otros antidepresivos no han demostrado su superioridad respecto al placebo en estudios controlados, aunque también se utilizan: Paroxetina, Escitalopram, Venlafaxina, Nefazodona, Mirtazapina, Bupropiono, antidepresivos tricíclicos y los IMAO (Kafantaris, 1995; Del Barrio, 2007).

Los informes de eficacia de los ISRS en la depresión, junto con el perfil de efectos adversos, baja letalidad en sobredosis y administración en una sola toma diaria, han llevado a que los ISRS sean los medicamentos de primera elección. Entre los años 1989 y 1994, la prescripción de ISRS para niños y adolescentes se ha multiplicado. Los ISRS bloquean selectivamente la bomba de recaptación presináptica de la serotonina, con poca o ninguna afinidad por los receptores adrenérgicos, colinérgicos o histamínicos.

Los ISRS son efectivos en algunos niños o adolescentes, pero no en todos. Como sucede con la mayoría de los medicamentos, los menores no responden a una primera medicación, lo que obliga a los profesionales a dominar el uso de todo el repertorio disponible de antidepresivos a fin de individualizar el tratamiento. Poniendo atención a los efectos secundarios que van disminuyendo con el tiempo: alteraciones gastrointestinales, cansancio, sudoración, cefaleas, acatisia, cambios de apetito, sueño, etc.

2.2.2 Terapia Psicodinámica

El terapeuta psicoanalista pretende hacer consciente el impulso inconsciente y resolver así el conflicto en el que se origina una depresión infantil. La terapia analítica ortodoxa suele aplicarse con los niños unas tres o cuatro veces por semana en un periodo de tres años. Estas exigencias suponen por sí mismas una dificultad, a la que se añaden restricciones que indican que el

psicoanálisis sólo resultaría adecuado en el caso de que el paciente tuviera dominio del lenguaje. El psicoanálisis manejado actualmente se dirige en diferentes etapas infantiles. En el caso de niños muy pequeños, se trabaja directamente con los padres. Entre 3 y 6 años se actúa apoyándose en la terapia de juego. En la adolescencia, las técnicas utilizadas ya se pueden equiparar a las del adulto (Del Barrio, 2007).

Freud (1932) sostenía que evidentemente existen obstáculos metodológicos del psicoanálisis aplicado a niños; las técnicas básicas del psicoanálisis (sugerencia, catarsis, manipulación, clarificación, asociación libre e interpretación) se apoyan fundamentalmente en el manejo de un lenguaje desarrollado y una maduración intelectual concluida; por ello, la terapia infantil se ha sometido a modificaciones; en tanto el niño es psicológicamente diferente al adulto: no posee un superyó maduro y la transferencia desempeña otro papel, en tanto los padres reales siguen vigentes en su vida afectiva. Freud plantea así una postura restringida respecto del psicoanálisis de niños.

Tres años después, Freud planteó que a los niños les faltaban palabras y pensamientos y esto obstaculizaba el trabajo analítico con ellos. Melanie Klein coincide en este punto, pero son justamente estas diferencias entre la mente infantil y la del adulto, las que le revelaron el modo de llegar a las asociaciones del niño y acceder a su inconsciente. Las características de la psicología infantil le proporcionan a Klein las bases de su “técnica de juego”.

Por lo tanto, frente al obstáculo encontrado por Freud respecto a la falta de asociaciones verbales en los niños, Klein encuentra en el juego, una técnica de análisis homologable a la regla fundamental freudiana; ya que, jugando, el niño habla y dice toda clase de cosas que tienen el valor de asociaciones genuinas. El juego, por lo tanto, produce placer por la descarga de las fantasías masturbatorias y porque suprime el gasto energético de la represión, liberando las fantasías (Luzzi y Bardi, 2010).

Klein menciona que en esta técnica se expresan emociones como pueden ser sentimientos de frustración y de ser rechazado; celos del padre, la madre o de los hermanos; agresividad por los celos; sentimiento de odio o de amor, sentimientos de culpa y de la urgencia de reparación. También va a recrear situaciones de la vida real o eventos de la vida cotidiana que van a estar relacionados con sus fantasías, tal vez estos no sean eventos de gran importancia pero su objetivo es que se hagan más fuertes sus emociones y fantasías. Otro punto importante es el análisis del

simbolismo ya que el niño transfiere no sólo intereses, sino fantasías, ansiedades y sentimientos de culpa a objetos que no se relacionan con las personas, con esto el niño siente un gran alivio importante para él.

La psicoterapia dinámica viene clínicamente explicitada según los grupos de edad. Por ejemplo, durante la primera infancia la depresión implica a menudo disfunción familiar y psicopatología paterna o materna, por lo que el terapeuta proporcionará a los padres apoyo, asesoramiento y educación en cuanto a la crianza del niño y un asesoramiento o psicoterapia para sus propios problemas. En el niño preescolar (3 a 6 años), la terapia de juego por Klein se considera la mejor intervención ya que, la técnica del juego es la vía de acceso al material inconsciente. Los juguetes son los instrumentos para conocer la fantasía inconsciente. Por lo tanto, la conexión es con el inconsciente del niño; la representación por medio de juguetes y la representación simbólica en general, al estar hasta cierto punto alejada de la persona misma, está menos investida de angustia que la confesión por la palabra hablada.

Las transferencias positiva y negativa son manejables. En el niño surge la neurosis de transferencia, Klein refiere que cuando analiza niños observa que sus síntomas cambian, que se acentúan o disminuyen de acuerdo con la situación analítica. Se observa en ellos la abreacción (proceso por el cual el material reprimido de una experiencia dolorosa o de un conflicto, es regresado a la conciencia. La persona no sólo recuerda sino que además revive el material reprimido y es acompañado de respuestas afectivas apropiadas) de afectos en estrecha conexión con el progreso del trabajo y en relación consigo mismo. Surge angustia y las reacciones del niño se resuelven en el terreno analítico (Klein, 1927 en Klein, 1965).

En el niño de edad escolar, principalmente en casos en que exista una resistencia y una falta de cooperación, la introducción de juegos estructurados y después menos estructurados ayudará en la terapia individual. En la adolescencia la aparición del pensamiento abstracto y la defensa de intelectualización desplazan la transacción psicoterapéutica desde los juegos hasta intercambios verbales y la terapia hablada, siendo más parecida a la psicoterapia del adulto.

2.2.3 Terapia interpersonal

La Terapia Interpersonal (TIP) no ofrece una teoría general de la depresión, sino un procedimiento terapéutico con base clínico-empírica. Fue desarrollada originalmente por Gerald L. Klerman y

colaboradores: Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron (1984) con la finalidad de ser aplicada como tratamiento de mantenimiento de la depresión, aunque posteriormente se empleó como tratamiento independiente y, en la actualidad, se ha ampliado a una variedad de trastornos diferentes.

El formato original de la terapia dispone tres fases a lo largo de 12-16 semanas, con sesiones semanales durante la fase de tratamiento aguda. Las sesiones de terapia son estructuradas y se centran en facilitar la comprensión de los sucesos más recientes en términos interpersonales y en la exploración de formas alternativas de manejar dichas situaciones. La TIP aborda principalmente las relaciones interpersonales actuales y se centra en el contexto social inmediato del paciente sobre la observación clínica de la importancia de cuatro áreas en la depresión:

Duelo: la reacción en la que predomina una profunda tristeza, es algo normal cuando muere, o se pierde por cualquier otro motivo, la relación con una persona muy querida. Pero puede convertirse en algo contraproducente cuando se da un exceso de intensidad o duración, pudiendo llegar al “duelo patológico”. Este ocurre con mayor frecuencia en personas con pocas relaciones interpersonales satisfactorias, que carecen de las llamadas “redes de apoyo social”.

Para superar ese estado no deseable, la TIP propone los siguientes objetivos: valorar la pérdida de forma realista, emanciparse de las ataduras emocionales con la persona que ya no está y sustituir la pérdida por nuevos intereses y por otras relaciones. Para ayudar a conseguirlo, la TIP aconseja analizar la pérdida; hablar con un terapeuta o con alguien que brinde apoyo y comprensión de los sentimientos experimentados en los momentos en que se produjo la pérdida, los acontecimientos relacionados con ella (antes, durante y después de la pérdida); explorar posibles sentimientos contraproducentes e inadecuados de rabia, odio, culpabilidad y analizar los pensamientos y creencias asociados, así como su realismo y utilidad; y si el afectado presenta un déficit de relaciones satisfactorias, trabajar en mejorarlas o aumentarlas.

Disputas interpersonales o conflictos de roles: los roles son pautas de comportamientos individuales socialmente determinados, la TIP considera que los diferentes roles desempeñados por una persona (padre, hijo, cónyuge, abuelo, médico, paciente, etc.), constituyen un “punto de encuentro” entre la manera de ser y lo que se representa a los demás. Las disputas interpersonales

o conflictos de roles, se deben a que el paciente y la otra u otras personas significativas esperan cosas diferentes de la relación interpersonal (es decir, mantienen expectativas no recíprocas). Las disputas de rol pueden abordarse con técnicas de resolución de problemas interpersonales que incluyen: analizar el problema; mantener expectativas realistas; determinar las necesidades o deseos de las personas implicadas; intentar hallar soluciones, ganas o llegar a una negociación; aprender a comunicar en forma eficaz; considerar las diferentes opciones posibles, y en ocasiones, dejar la relación o sustituirla por otra (u otras).

Inadaptación a transiciones de rol: los problemas en esta área se relacionan con la incapacidad de afrontar cambios de rol biográficos, como: pasar de estudiante a profesional, cambiar de trabajo, casarse, tener un hijo, jubilarse, etc., que la persona siente como amenazas para su autoestima, o como un reto que se siente incapaz de afrontar.

Los diferentes roles de una persona se hallan indisolublemente ligados a su autoimagen, autoestima y relaciones interpersonales. Por eso, cuando se producen cambios en determinados roles pueden producirse alteraciones emocionales, por ejemplo, depresión, si ese cambio de rol supone pérdidas importantes (reales o percibidas así por el interesado). Esas pérdidas pueden ser difíciles de identificar al principio.

Las dificultades para adaptarse a una transición de rol suelen relacionarse con: la pérdida de los apoyos y vínculos interpersonales relacionados con el rol anterior; las demandas de un nuevo repertorio de habilidades, diferentes a las que requería el rol anterior y que están aún sin adquirir y; la reducción del sentido de autoeficacia. La adaptación al nuevo rol requerirá aceptarlo, es decir, si no le gusta pero no puede cambiarlo, tendrá que resignarse y dejar de rebelarse contra él; superando actitudes de rechazo como “no debería ser así”, “es terrible”, “no puedo soportarlo”, etc., además de reconocer los aspectos positivos del nuevo rol; recordar los aspectos negativos del rol anterior (si los hubiere) además de los positivos; trabajar en adquirir las nuevas habilidades que requiere el nuevo rol; y, establecer nuevos vínculos personales y nuevas relaciones que le sirvan de apoyo en el desempeño del nuevo rol.

Déficits en relaciones interpersonales: se considera que existe un problema en esta área cuando la persona tiene una situación actual o crónica, de relaciones interpersonales inadecuadas o que

no le sirven de apoyo. A veces la situación deficitaria llega al aislamiento social. La TIP propone reducir el aislamiento social, centrándose en mejorar las relaciones que se mantienen; analizar y rescatar si es posible algunas relaciones anteriores, y en la actual relación con el terapeuta un entrenamiento en habilidades sociales que permita ampliar el círculo social satisfactorio.

Cuando existen déficits importantes, se aconseja una psicoterapia que explore: las relaciones importantes del paciente en el pasado, tratando de hallar problemas que se repitan y actitudes contraproducentes que interesa cambiar; los sentimientos o conflictos que puedan aparecer en la relación terapéutica, por si ayudan a comprender los problemas que pueden estar dándose en otras relaciones.

La forma de abordar la depresión de acuerdo a la terapia interpersonal, está mayormente dirigida hacia adultos; en el área infantil es aplicable según los autores, sin embargo, sólo sería en relación a la evidencia sobre la pérdida de uno de los progenitores y sobre la calidad de la relación paternofilial desde la infancia orientado al riesgo de desarrollo de cuadros depresivos en la edad adulta (Fernández, Rodríguez, Diéguez, González y Morales, 1997; Hales, Stuart y Yudofsky, 2004).

2.2.4 Terapia familiar sistémica.

La terapia familiar sistémica recurre a diferentes estrategias de intervención dependiendo el tipo de familia, pero invariablemente interviene provocando una crisis en la tendencia homeostática de la misma. Se busca reorganizar su estructura, ya que esto producirá cambios en la conducta de los miembros. El terapeuta adopta una postura directiva, además las intervenciones se realizan dentro del espacio terapéutico. Resulta esencial la presencia de todos los integrantes de la familia, así como el paciente identificado. Durante la entrevista el terapeuta realiza un análisis estructural de la familia (identifica al paciente, los subsistemas, límites, roles, etc.) Una vez que hace dicho análisis procede a realizar las intervenciones con la finalidad de romper la homeóstasis que impide la reestructuración de la familia.

Las principales técnicas del modelo estructural son el reencuadre y la escenificación. La primera atiende al objetivo de hacer que la familia avance hacia un manejo más diferenciado y eficiente de su realidad disfuncional; y la segunda es la técnica por la cual el terapeuta pide a la

familia que “dance” en su presencia, se ponen en escena interacciones disfuncionales entre los miembros de la familia. El reencuadramiento se presenta cuando las familias que aun teniendo múltiples recursos, echan mano de sus soluciones más consabidas como primera estrategia para resolver el problema. Dar más de lo mismo incrementa las tendencias homeostáticas de la familia (Cortés, 2008).

El abordaje terapéutico basado en la epistemología sistémica, libre de diagnósticos determinantes, permitió el uso de técnicas de la terapia centrada en soluciones y narrativa, sin necesidad de utilizar la palabra depresión o distimia en el trabajo directo con la familia. Así, la terapia centrada en soluciones, parte de la premisa que los niños se enfrentan con un problema y no son un problema (Freeman, 2001).

La terapia sostiene que la forma en la que las personas narran sus historias, nada dicen sobre un mundo real, sino que dependen de los acuerdos sociales que tienen que ser mantenidos constantemente con quienes se relacionan. Las familias cuentan de sí mismas una historia saturada de problemas que las definen. Esta historia sin embargo, no presta atención a otras experiencias no problemáticas o menos problemáticas de la familia, ya que no concuerdan con lo negativo que la historia mantiene (White y Epston, 1998).

Así pues, aquello relacionado con las habilidades y los recursos que la familia tiene, está infravalorado y enterrado bajo los problemas. Por lo que la depresión no es más que una narración de cómo la persona se concibe ante sí misma, los demás y el mundo, desde luego estas historias son sostenidas por y en el lenguaje con los otros actores sociales. Gergen señala que la forma de co-construir o "forjar un nuevo sentido" con el paciente es muy variada y que se han desarrollado muchas formas de trabajo para ello.

Goolishian y Anderson (1996) emplean una forma de "investigación interesada" (esta se lleva a cabo haciéndole preguntas al paciente de forma que las mismas den crédito a su realidad y le "urja" progresar); Andersen con su equipo han desarrollado lo que denominan "equipo reflexivo", donde los que se encuentran detrás del espejo pasan a compartir sus construcciones con la familia; White y Epston (1998) emplean cartas, escritas por ellos mismos o por el paciente; Schnitman hace hincapié en las posibilidades positivas (Pinto y Álvarez, 2010)

En el caso de los niños es común la utilización de narraciones, como cuentos o historias que ejemplifiquen una problemática muy similar a la que esté viviendo, con la finalidad de que se sienta identificado con los personajes y trate de resolver su situación como ellos lo hacen en caso de que se narre algo positivo, ya que en ocasiones se usan narraciones paradójicas donde el niño descubre que lo que hacen los personajes no es correcto y les ocasiona problemas. La utilización de narraciones o cuentos infantiles requiere una adaptación de acuerdo a la edad del niño, con el vocabulario claro y sencillo, en ocasiones será necesaria la utilización de onomatopeyas que atraparán la atención del menor. Además es necesario que el narrador posea una voz flexible que le permita modularla de cualquier forma para interpretar, diferenciar y dar vida a los distintos personajes que interpreta. Otro aspecto importante es la entonación que sirve para determinar los estados de ánimo de los personajes; las pausas y los silencios le servirán al lector para atraer la atención del niño (Flores, 2008).

CAPÍTULO III.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Dentro de los tratamientos utilizados para la depresión infantil, se encuentra la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) como tratamiento psicológico orientado a la acción, en la que el terapeuta y el paciente trabajan en equipo para identificar y resolver problemas. Enfocada en cómo piensa un niño o adolescente y en lo que hace, la TCC se centra principalmente en el presente y el futuro en lugar de los acontecimientos del pasado o motivos inconscientes. Este tratamiento posee una base teórica que surge de las corrientes cognitivo y conductual, las cuales reúnen premisas y estrategias que dan forma a la TCC.

3.1 Antecedentes teóricos de la Terapia Cognitivo-Conductual.

La TCC posee cuatro pilares teóricos básicos: aprendizaje clásico (Ivan Pavlov, 1897), aprendizaje operante (F. B. Skinner, 1953), aprendizaje social (Albert Bandura y Albert Ellis, 1958) y aprendizaje cognitivo (Aaron T. Beck, 1963). De ellos se han desprendido múltiples líneas de investigación. A fin de explicar la complejidad del comportamiento humano, es preciso poner en conjunción no sólo los principios derivados de los paradigmas mencionados, sino considerar otros desarrollos de la investigación contemporánea que no se oponen ni excluyen a los aspectos aquí tratados (Navarro, 1994).

Al hablar de aprendizaje clásico y aprendizaje operante, se hace presente la psicología conductista, cuyos más conocidos representantes son B.F. Skinner e Ivan Pavlov ellos refieren que la conducta es una actividad frente al medio, cuya probabilidad de aparición se incrementa o disminuye en función de las consecuencias benéficas o adversas que ocasiona a la persona que la provoca (Del Barrio, 1997). Esta secuencia de aprendizaje es normalmente adaptativa, pero puede producirse un desajuste en el proceso de su adquisición que lleve a desarrollar conductas patológicas. Desde esta perspectiva, los niños se deprimen porque sus padres les someten a una falta de refuerzos, ya sean de carácter verbal (ausencia de alabanzas) o de carácter físico (ausencia de actividades gratificantes). Por tanto, la explicación de la depresión que ofreció el conductismo

consistió en ligarla a una insuficiente tasa de refuerzos, falta de interés y disfrute (Lazarus, 1968; Jaral, 2006).

En esta misma línea, Lewinsohn (1974), concibió a la depresión dentro del marco de la teoría del aprendizaje y extendió formulaciones conductuales anteriores (Skinner, 1953) que destacaban la reducida frecuencia de la actividad general como principal característica que definía a este trastorno.

Las afirmaciones teóricas que guiaron el trabajo de Lewinsohn son: a) que la depresión es una función del grado al que se mantiene el nivel de actividad de la persona mediante el refuerzo positivo; y b) los déficits en diversas habilidades sociales no permiten hacer frente con éxito a la adversidad. Esto es: la falta de habilidades sociales, ocasiona una baja tasa de respuesta al reforzamiento, lo cual provoca que haya poco reforzamiento por parte del ambiente, al mismo tiempo que el ambiente contribuye a mantener las conductas depresivas, pues la persona con depresión aprende a obtener reforzamiento social en forma de atención y preocupación por las conductas depresivas verbales y no verbales que manifiesta. Así, a medida que el niño recibe menos reforzamiento social ocasionará problemas con la autoestima, sentimientos de inferioridad, etc.

Por su parte, Nezu (1987) desarrolló una formulación de la depresión, donde la cuestión central para su comienzo y mantenimiento, son los déficits o la ineficacia de habilidades para la solución de problemas. La depresión ocurriría ante situaciones problemáticas, de modo que si no son resueltas traerían como consecuencia la baja tasa de reforzamiento positivo y de ahí la depresión. Señaló que la depresión puede ser el resultado de carencias en alguno de los cinco componentes de la estrategia de solución de problemas: orientación hacia el problema; definición y formulación del problema; generación de soluciones alternativas; toma de decisiones y; puesta en práctica de la solución y verificación. (Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo, 2006).

Otra concepción de la depresión dentro del enfoque cognitivo-conductual la aporta Rehm (1977) quien se basó en el modelo de autocontrol general que otorgaba la mayor importancia a la capacidad de una persona para alcanzar metas mediante tres procesos secuenciales: automonitoreo, autoevaluación y autorrefuerzo. Rehm planteó que las personas con depresión manifiestan déficits en cada uno de estos procesos de autocontrol. Teoriza que las personas con

depresión tienen una tendencia perfeccionista, pretenden metas inalcanzables, se centran en los aspectos negativos de su entorno y se aplican pocos refuerzos mientras que la tasa de autocastigo es elevada. Esta teoría no intenta minimizar el papel de los factores ambientales, sino que considera que los acontecimientos positivos ocurren con una baja frecuencia a causa de sesgos cognitivos disfuncionales y déficit de estrategias de autocontrol.

Con estos autores se comienza a dar pie a la explicación de los procesos cognitivos, esto ha abierto nuevas perspectivas respecto a la gama de interpretaciones, por ejemplo, enfatizando el papel de las condiciones contextuales, especialmente la conducta paterna, que se convierte en el eje principal del aprendizaje para el niño por medio de la imitación. Ésta juega un papel importante en la adquisición de la conducta desviada y adaptada. Al observar la conducta de los demás y las consecuencias de sus respuestas, el observador puede aprender respuestas nuevas o variar las características de las jerarquías de respuestas previas (Bandura y Walters, 1983).

El aprendizaje imitativo no se limita a la adopción de roles vocacionales y ocupacionales propios del sexo. Así como en muchas culturas, *“los niños no hacen lo que los adultos les dicen que hagan, sino más bien lo que les ven hacer”* (Reichard, 1938, p.471 en Bandura y Walters, 1983).

Gran parte del aprendizaje se nutre aún de la presentación de modelos de la vida real, con los avances de la tecnología y de los medios escritos y audiovisuales se concede cada vez más confianza al uso de modelos simbólicos. Éstos pueden presentarse mediante instrucciones orales o escritas, plásticamente o por combinación de dispositivos orales y plásticos. Los modelos plásticos se distribuyen en las películas, televisión y otras exhibiciones audiovisuales.

La tasa y el nivel de aprendizaje varían en función del tipo de presentación del modelo, ya que una acción real puede proporcionar señales mucho más relevantes y claras que las que se transmiten por descripción verbal. En las sociedades humanas, la provisión de modelos además de acelerar el proceso de aprendizaje, se convierte, en los casos en que los errores son peligrosos o costosos, en un medio esencial de transmisión de pautas de conducta.

Holt (1931 en Bandura y Walters, 1983) refiere que, ciertamente los pequeños inician a veces una secuencia adulto-niño, en la que aparentemente se aproximan a la conducta adulta, y que los mayores suelen responder haciendo una demostración de cómo tendría que haberse conducido, de

hecho, el niño. Pero la aproximación del niño puede provenir, en muchos casos, de un aprendizaje por observación previa, aunque incompleta.

Bandura y sus colaboradores han demostrado los efectos de modelado en una serie de experimentos. En un estudio diseñado para probar la imitación diferida de modelos desviados en ausencia de éstos, Bandura, Ross y Ross (1961 en Bandura y Walters, 1983) expusieron a un grupo de niños a modelos agresivos adultos y a un segundo grupo a modelos que desplegaban una conducta inhibida y no agresiva. La mitad de los niños de cada una de estas situaciones observan modelos de su mismo sexo, mientras que los restantes de cada grupo estaban expuestos a modelos del sexo opuesto. En el grupo del modelo agresivo, éste agredía física y verbalmente de forma inusitada a un gran muñeco de plástico inflado. Por el contrario, el grupo modelo no agresivo observaba a un adulto que se sentaba muy tranquilamente, ignorando por completo al muñeco y los instrumentos de agresión que se habían colocado en la habitación. Bandura menciona algo muy importante y es que las consecuencias de la conducta del modelo pueden tener efectos inhibitorios o desinhibitorios según su naturaleza, es decir, pueden ocasionar en el niño el mismo efecto o todo lo contrario (Bandura y Walters, 1983).

Durante los primeros años de vida del niño, la familia constituye su grupo básico de referencia; donde los familiares, sobre todo los padres, se convierten en modelos disponibles de la vida real y muchas ocasiones representan el modelo patológico que es copiado por el niño (Del Barrio, 1997). En el caso de la depresión, el niño aprende a “vivir con depresión” imitando a sus padres y teniendo comportamientos similares a los de ellos. Cuando el niño es más grande y consciente de lo que está viviendo, muchas veces por empatía, se deprime, como una forma de apoyo hacia ellos. También existen los niños que son poco motivados y poco recompensados ya que sus padres “no se encuentran en condiciones” de otorgar palabras de aliento o reforzadoras para con sus hijos, lo que ocasiona falta de confianza en sí mismos y posiblemente desarrollen conductas depresivas.

Existe también, la Terapia de Conducta Racional Emotiva (TREC) fue desarrollada por Albert Ellis (1958 en Ellis, 1999; Lega, Ellis y Caballo, 2009) y entró a formar parte de la base teórica y práctica de la TCC, el supuesto se basa en que tanto las conductas como las emociones de una persona son el resultado de sus creencias y cómo interpreta la realidad.

Esta terapia formula las dificultades del paciente con base a un modelo ABC, donde hay eventos activadores (A) que son mediados por creencias (B) del paciente, mismas que hacen surgir consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas (C). Es pues la aparición irracional de eventos activadores, lo que produce los problemas del paciente. La terapia involucra el entrenamiento de éste para identificar y modificar estas suposiciones y se apoya en diversas estrategias que incluyen auto observación y feedback (retroalimentación positiva), el cambio de algunas cogniciones por pronunciamientos más racionales, así como la realización de diferentes ejercicios, como tarea.

La TREC expone dos aspectos que se consideran importantes para la explicación de la depresión y ansiedad.

1. Si el paciente cuenta con una filosofía rígida y las exigencias son absolutistas se puede decir que la persona tiene una perturbación emocional y por lo tanto realizará conclusiones y distorsiones cognitivas.

2. Otro aspecto importante es la ansiedad y se mencionan dos tipos la ansiedad del ego, ésta es la que se encuentra relacionada directamente con la depresión, la otra es la ansiedad situacional, ya que la persona vive alguna situación de incomodidad o tiene baja tolerancia a la frustración.

Esta teoría hace una diferenciación de los sentimientos racionales como son la tristeza y la irritación, y de los inapropiados como son la depresión, la ira y autocondena que se generan por la pérdida (González, 2006).

En esta misma línea, Seligman en 1975 propone la teoría de la indefensión aprendida y posteriormente su reformulación con Abramson, Seligman y Teasdale (1978) la cual hipotetiza que la depresión se produce cuando la persona no es capaz de discriminar la relación (contingencia) entre su comportamiento y las consecuencias que le siguen ya sean positivas o negativas, esto lo llevaría a una experiencia de fracaso continuo. El término indefensión aprendida se refiere al estado de pasividad, así como a otras actitudes que se generan en la persona cuando se ha expuesto a un proceso en el que no existe contingencia entre la conducta y las consecuencias de la misma.

La caracterización del estilo atribucional y su relación con la depresión ha venido a delimitar la desesperanza como factor fundamental de riesgo, incluso como agente causal. De este modo, la

desesperanza, como estilo atributivo, en interacción con el manejo de determinados sucesos negativos, llevaría a la depresión.

Dicha teoría también ha sido examinada en la población infantil y, propone tres estilos inferenciales depresógenos que sirven como factores de vulnerabilidad para la depresión: *el primero*, tiene que ver con la tendencia de atribuir a los eventos negativos causas globales y estables. *El segundo*, un estilo inferencial depresógeno acerca de las consecuencias, refiere la tendencia a percibir los eventos negativos con posibles consecuencias desastrosas. *El tercero*, un estilo inferencial depresógeno acerca del “yo”, describe la tendencia de ver al yo como débil o deficiente de una manera subsecuente a los eventos negativos. Hacer este tipo de inferencias aumenta la probabilidad de desarrollar desesperanza. Una vez que se ha desarrollado desesperanza, la depresión es inevitable puesto que se ve como una causa próxima suficiente para la depresión (Silberman y Aguado, 2005).

Un caso especial de indefensión aprendida puede ser la separación del niño y su progenitor: los intentos del niño para recuperar a su progenitor pueden tener como consecuencia que el niño piense que las acciones personales y los resultados positivos son independientes entre sí (Wicks-Nelson y Allen, 1997).

Por otra parte, respecto a la teoría cognitiva, el principal representante se hace notar desde finales de los años cincuenta. Aarón T. Beck desarrolló la “Terapia Cognitiva de Beck” con el gran mérito de ser un tratamiento diseñado específicamente para la depresión (sin perjuicio de su extensión posterior a otros trastornos), que ha sido probada en relación con otros tratamientos establecidos en su campo, específicamente los tratamientos farmacológicos. La terapia se concibe como un enfoque psicoeducativo, diseñado tanto para modificar cogniciones como conductas, con principios muy similares a la TCC (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983; Sacco y Beck, 1995)

Actualmente la mayoría de los trabajos empíricos sobre la depresión se basan en la teoría cognitiva de Beck la cual concibe la depresión en términos de pensamientos negativos sobre sí mismo, el mundo y el futuro, debido a ciertos esquemas depresógenos y a errores lógicos en el procesamiento de la información, acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar la persona. Esta formulación teórica gira en torno a cuatro elementos cognitivos clave que explican la depresión (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983; Perris, 1989; Silberman y Aguado, 2005): 1) la

tríada cognitiva, formada por una visión negativa sobre sí mismo, el mundo y el futuro; 2) los pensamientos automáticos negativos; 3) errores en la percepción y en el procesamiento de información; y 4) disfunción en los esquemas.

1. Tríada cognitiva: Beck refiere que el contenido cognitivo de una persona con depresión acerca de sí mismo, su mundo y su futuro, es disfuncional y negativo. El paciente con depresión se ve a sí mismo como indigno, incapaz, culpable de todo e indeseable, el mundo lo ve lleno de obstáculos y de problemas insolubles, y el futuro lo contempla como totalmente desesperanzador piensa que le van a llegar momentos de infelicidad, penas y frustraciones.

Beck refiere que en la infancia aún no se ha desarrollado esta tríada cognitiva, pero los niños con depresión presentan una autoestima baja, se perciben poco competentes, y hay sentimientos de desesperanza con respecto al futuro. Al hablar de pensamiento y emociones siempre se estudian o exponen individualmente, pero esta teoría se basa en que éstas no son dos funciones diferentes, sino que se interrelacionan de una importante manera y en el terreno práctico se podría decir que son en esencia la misma cosa (González, 2006).

2. Errores cognitivos o pensamientos automáticos: son aquellas cogniciones negativas específicas que desencadenan la activación emocional característica del paciente depresivo. Son pensamientos automáticos, repetitivos, involuntarios e incontrolables (el paciente no se da cuenta del pensamiento o de su proceso de interpretación). Entre el 60% y 80% de los pensamientos automáticos tienen un valor negativo (Friedman y Thase, 1995). Aunque todas las personas tienen pensamientos negativos de vez en cuando, en personas con un problema de depresión, estos pensamientos ya no son irrelevantes, sino que predominan en su conocimiento consciente (Beck, 1991). El pensamiento perturbado de la depresión es consecuencia del procesamiento erróneo o sesgado de la información que llega del propio medio.

Los errores más importantes que se producen en el procesamiento de información de las personas con depresión son:

- ***Pensamiento absolutista dicotómico:*** tendencia a valorar los hechos en función de dos categorías opuestas, el paciente tiene pensamientos extremistas de la situación y toma una postura muy positiva o muy negativa. Con esta distorsión, en el caso de los niños, se experimenta algo

que les sucede en sus vidas que no les sale del todo bien y llegan a desalentarse porque demandan que su desempeño tiene que ser perfecto.

- ***Sobregeneralización:*** elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados. Esta distorsión se hace evidente cuando un niño cree que si algo sucede en una situación entonces todas las situaciones serán similares y llevarán a las mismas consecuencias. De este modo, un niño puede creer que debido a que una vez tuvo problemas con algo, siempre tendrá problemas para hacer algo similar.
- ***Filtraje o Abstracción selectiva:*** extraer una conclusión basándose en un fragmento sesgado de información. Esta distorsión se activa cuando un niño sólo puede ver lo negativo en una situación dada.
- ***Descalificación de lo positivo:*** Se manifiesta cuando los comportamientos positivos se ven como “lo normal”, pensando que las cosas agradables no hay que tenerlas en cuenta. Por ejemplo, un niño puede pensar: Mi profesora ha elogiado mis ejercicios, y piensa “lo ha hecho para animarme, no porque esté bien”.
- ***Inferencia arbitraria o conclusión precipitada:*** llegar a una conclusión en ausencia de evidencia que la apoye. Indudablemente, este es uno de los tipos más comunes de pensamiento distorsionado que se ve tanto entre los padres como en los hijos. Existe la “lectura del pensamiento, pensar mal” la cual implica suponer, sin pruebas, lo que otros piensan sin comprobarlo, también existe la “anticipación negativa o error del adivino” esperar que las cosas salgan mal sin tener pruebas suficientes para ello.
- ***Magnificación y minimización:*** sobreestimar o infravalorar lo que un acontecimiento signifique. Este tipo de pensamiento puede ponerse de manifiesto cuando alguien hace un cumplido y la persona que lo recibe lo minimiza. Otra cosa que se hace evidente en la práctica es que los padres que minimizan lo positivo también tienen mucha dificultad para proporcionar feedback positivo a sus hijos. Si los padres no se sienten bien respecto a lo que están haciendo, es poco probable que tengan la motivación y la energía suficiente para ayudar a su niño a sentirse bien respecto a lo que éste hace.
- ***Razonamiento emocional:*** esta distorsión se ve mucho en los niños que presentan depresión o ansiedad. Ellos arriban a conclusiones basados estrictamente en cómo se sienten. Por ejemplo, el niño que se siente solo puede concluir que no debe agradar a nadie, aun si hay evidencia para lo contrario. En otras palabras, el niño está reaccionando más ante las emociones que está

experimentando que ante los hechos reales y evidentes. Con mucha probabilidad se encontrará que al menos uno de los padres (o ambos) elabora el mismo tipo de razonamiento. (“Siento que no soy una buena madre”, “siento que no estoy criando bien a mi hijo”, “siento que soy un fracaso como padre”, etc.).

- **Afirmaciones debería:** Esto sucede cuando los padres siempre están diciéndoles a sus hijos lo que deberían o tendrían que hacer. Los padres que utilizan muchas afirmaciones “debería” con sus hijos frecuentemente se sienten muy desdichados como padres. Siempre están coléricos y sus hijos siempre se están sintiendo tristes o malos. De esta manera, cuando un padre repite una y otra vez que él “debería” mejorar sus notas, termina escalando a un sentimiento de cólera si el niño no lo hace bien. Esta demanda fomenta un niño que se siente culpable debido a que cree que no puede satisfacer los debería y las expectativas de sus padres. Por extensión, terminan haciendo uso de los tres principales “debo” o debería absolutos: 1) Yo debo..., 2) Él/ella debe..., 3) El mundo y las condiciones bajo las que vivo deben.

- **Etiquetaje:** Consiste en asignar un nombre general o una etiqueta global a sí mismo o a los demás casi siempre designándolos con el verbo “Ser”. Esto produce una visión estereotipada e inflexible del mundo y de las personas. Se ve hacer uso extendido de la etiquetación tanto en los niños como en los padres. Si un padre hace esto, entonces no tendrá que esperar mucho para que su hijo también haga lo mismo.

- **Personalización:** atribuirse a sí mismo fenómenos externos sin disponer de evidencia para ello. Los padres son notables para este tipo de pensamiento distorsionado. Con frecuencia se culpan por alguna cosa negativa que le ha sucedido al niño. Los niños también se culpan a sí mismos cuando las cosas no van bien en su familia. No es poco infrecuente que un niño se culpe cuando sus padres se divorcian. “Si tan sólo hubiera sido bueno, ellos no se hubieran divorciado”.

3. Esquemas cognitivos disfuncionales: los errores que se producen en el procesamiento de la información de las personas con depresión, son un reflejo de la actividad de estos esquemas, que toman la forma de creencias centrales o asunciones silenciosas. Estos son teorías o hipótesis simples que dirigen el proceso por medio del cual una persona organiza y estructura la información sobre el mundo; determinan qué situaciones son consideradas como importantes para la persona y qué aspectos de la experiencia son importantes para la toma de decisiones. Beck menciona que el paciente ante algunas situaciones, forma pensamientos, ideas, imágenes, que se vuelven

estables, así entonces, al presentarse un evento, ya tiene una actitud predispuesta (Freeman y Oster, 1997; Corona, 2012).

Ejemplos de estas creencias son: “yo no puedo ser feliz si la mayoría de la gente que conozco no me admira”, “si yo fracaso en mi trabajo, entonces yo soy un fracaso como persona”. Por tanto, los esquemas son estructuras cognitivas que subyacen a la vulnerabilidad depresiva, a través de las cuales se procesan los acontecimientos del medio y la disfuncionalidad de los mismos causa errores en el procesamiento de información. A su vez, estas distorsiones cognitivas facilitan que se mantengan los esquemas disfuncionales, produciéndose finalmente la depresión (el paciente con depresión espera fracaso, rechazo e insatisfacción, y percibe que la mayoría de las experiencias confirman sus expectativas negativas).

Por otra parte el cognitivista Donald Meichenbaum (1969, en Minici, Dahab y Rivadeneira, 2006), desarrolla un programa que fomenta una actitud de resolución de problemas, creando estrategias cognitivas específicas para utilizarse cuando sean requeridas por las circunstancias (Autoinstrucciones).

Así como las personas se autoverbalizan más o menos explícitamente formas de proceder, vale decir que, se autoinstruyen espontáneamente a la hora de afrontar situaciones complejas. La TCC utiliza el Entrenamiento Autoinstruccional como técnica para reentrenar a aquellas personas que posean autoinstrucciones disfuncionales que conduzcan al malestar o dificulten la concreción de sus objetivos. El entrenamiento en autoinstrucciones se inicia como la mayoría de los procedimientos en TCC, esto es, la psicoeducación. Así, se transmitirá al paciente los conceptos principales del proceso de autoinstruirse.

Particularmente, las autoinstrucciones disfuncionales se adquieren de forma similar a las funcionales; ambas responden a un mismo principio de aprendizaje, el cual a su vez será el que guiará el re-aprendizaje en el marco de la terapia. De este modo, el paciente comprende que se trata de una función que ya posee en su repertorio cognitivo y que la intervención psicológica sólo ayudará a modificar sus aspectos (Minici, Dahab y Rivadeneira, 2006).

Las posturas teóricas antes mencionadas vinieron a formar parte esencial para la TCC, las técnicas utilizadas en ella combinan en diversos grados principios provenientes de múltiples líneas de investigación. En suma, dado el carácter científico de la TCC, ella se nutre, sencillamente, de la investigación psicológica contemporánea (Navarro, 1994).

3.2 Definición de Terapia Cognitivo-Conductual.

Se denomina TCC a la forma estructurada de psicoterapia que resulta de la unión entre las estrategias de modificación de conducta basadas en el análisis conductual, y la terapia cognitiva, vinculada con modelos cognitivos de la psicopatología. Es un modelo de tratamiento psicoeducativo, a corto plazo, activo, directivo, estructurado y dinámico que plantea una nueva manera de conceptualizar la psicoterapia.

La premisa principal que apoya la TCC es que los trastornos o problemas emocionales, son resultado de respuestas aprendidas y pueden cambiarse con un nuevo aprendizaje. Si bien los aspectos específicos de la TCC varían al implementarse con distintos pacientes, diversas características definitorias permanecen constantes. Entre ellas se incluyen: a) una confianza en poner a prueba la hipótesis, establecer objetivos y recopilar datos; b) la formación de una alianza cooperativa; c) el énfasis en el aprendizaje de nuevas respuestas a las situaciones de vida (es decir, habilidades); d) el enfoque en objetivos concretos y observables; y e) el enfoque en cambiar reacciones actuales y futuras.

Estas características comunes muestran el papel que juega el método empírico como base de la TCC y reflejan una confianza en el modelo “científico-practicante”. Los científicos de la TCC influyen en la práctica al formular modelos específicos, como hipótesis determinadas, acerca de la etiología y mantenimiento de trastornos particulares, y al desarrollar nuevas intervenciones basadas en estos modelos (Zayfert y Black, 2008).

3.3 Principios generales de la Terapia Cognitivo-Conductual.

- Es estructurada y directiva ya que se enfoca hacia la modificación de conductas desadaptativas manifiestas, cogniciones y emociones que acompañan la conducta manifiesta, pero en una forma más concreta y directa que muchas otras de las aproximaciones terapéuticas.

- Está orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados, el tratamiento se planea de una manera cuidadosa hacia las necesidades únicas de cada paciente.
- Existe un enfoque especial sobre los problemas actuales del paciente. Este acento que se pone en el aquí y el ahora da por resultado una menor preocupación por las experiencias del pasado.
- Enfatiza la colaboración y participación activa entre el paciente y el terapeuta, para ello requiere de una sólida alianza terapéutica.
- Utiliza el método socrático de “descubrimiento guiado” (se diseñan una serie de preguntas que cuestionan y evalúan de manera objetiva y no defensiva. Los pensamientos y suposiciones del paciente: “¿cuál es la evidencia para creer esto?”).
- Es breve y de tiempo limitado (de 5 a 20 sesiones de 50 min. Aprox.), desalienta la dependencia del paciente.
- Su técnica descansa en el método inductivo: tratar creencias como hipótesis; revisar información disponible.
- Es de gran importancia el trabajo para casa.
- Ayuda a reconocer las conexiones entre: pensamiento-afecto-conducta.
- Permite reconocer y vigilar los pensamientos automáticos, así como a examinar sistemáticamente la evidencia a favor y en contra de los pensamientos automáticos.
- Sustituir pensamientos prejuiciados por pensamientos más orientados a la realidad.
- Aprender a identificar y modificar los esquemas que predisponen a distorsionar las experiencias.

3.4 Objetivos de la Terapia Cognitivo-Conductual

- El procedimiento se inicia con un entrenamiento en “darse cuenta”: el niño aprende a identificar y definir con claridad los pensamientos que le conducen al malestar emocional, así como el grado de creencia que presta a los mismos.
- Se basa en el modelo educativo ya que tiene por objetivo enseñar al paciente a prevenir recaídas. Ayuda a los pacientes a identificar y evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y actuar en consecuencia.

- El paciente comprende e incorpora la noción de que sus pensamientos no son hechos reales y palpables, sino fenómenos mentales que pueden o no estar de acuerdo con lo que efectivamente sucede.
- El paciente aprende a “desconfiar” de los pensamientos detectados y los evalúa críticamente buscando otras alternativas más realistas y optativas.
- El paciente aprende a dirigir y controlar sus respuestas mentales, emocionales y conductuales.
- La discusión cognitiva llevada a cabo con los pasos anteriores se traslada al terreno empírico.
- Favorecer el desarrollo y entrenamiento en habilidades sobre problemas específicos relacionados a la depresión. Además se debe enfatizar el uso independiente de esas habilidades por el paciente, fuera del contexto de la terapia, con una estructura que permita el desarrollo de nuevas habilidades de manera independiente también.
- Estimular la atribución del paciente en que la mejora en su estado de ánimo, así como el incremento de su actividad es el resultado del desarrollo de sus habilidades y esfuerzo y no por la obra y gracia del terapeuta.
- Proporcionar el incremento de la realización de actividades potencialmente gratificantes y la reestructuración cognitiva (identificación, cuestionamiento y sustitución de pensamientos negativos).
- Se realizará la formulación clínica del problema en la que se pone especial énfasis en los factores asociados al mantenimiento del trastorno y la sesión terapéutica sigue una agenda de problemas que se deben tratar.
- Es frecuente y necesario incluir sesiones con los padres y/o familiares, con la finalidad de revisar los progresos y aumentar la adherencia al tratamiento. Los padres no solo aportan información importante para la evaluación psicológica, el planteamiento de objetivos y la orientación del tratamiento, sino que también pueden actuar como agentes de cambio terapéutico, por ejemplo, facilitando la realización de determinadas tareas indicadas en las sesiones de tratamiento psicológico.

3.5 Técnicas y estrategias de intervención para la depresión.

Programa de Actividades Agradables. Los programas conductuales son los primeros programas desarrollados para el tratamiento de la depresión y se centran básicamente en promover cambios

ambientales, que posibiliten un aumento en la recepción de estímulos reforzadores. Estos programas pretenden que el paciente mejore su exposición a estímulos positivos, lo que redundará en una mejora del estado de ánimo favoreciendo cambios ambientales (enriqueciendo el medio ambiente presente o haciéndole accesible a nuevos ambientes ricos en estímulos positivos) se mejora su exposición (receptividad) y se le sensibiliza a estímulos y emociones positivas (Vallejo, 1998).

En el caso de los niños, para programar acontecimientos agradables en días y horas específicas. Estas actividades aumentarán los refuerzos positivos en el niño y, disminuirá los síntomas depresivos. Los pequeños con depresión pueden no estar motivados para realizar actividades agradables, por lo que será necesario un esfuerzo considerable para llevar a cabo la tarea (Friedberg y Mc Clure, 2005).

Predicción del placer/predicción de la ansiedad. Estas técnicas son la continuación natural de los procedimientos de programación de actividades. En la predicción del placer, el niño planea una actividad y después predice cuánto va a disfrutar con ella. Cuando ya la ha hecho, puntúa lo bien que se lo ha pasado en realidad. Y entonces compara el nivel de satisfacción real con el nivel esperado. Como los niños con depresión suelen infravalorar lo bien que se lo van a pasar, el hecho de ver que ha experimentado más placer del que esperaban, puede cuestionar sus predicciones pesimistas (Friedberg y Mc Clure, 2005).

Entrenamiento de Habilidades Sociales y Asertividad. Constituye una parte de los programas conductuales. Lewinsohn lo incluye dentro de su programa de tratamiento, como medio para obtener más refuerzo social. Muchos autores consideran que la falta de habilidades sociales está directamente relacionada con la depresión.

Dicho entrenamiento está dirigido a mejorar tres clases de conductas: la aserción negativa (implicando conductas que permiten a la persona defender sus derechos y actuar de acuerdo con sus intereses), la aserción positiva (relativa a la expresión de sentimientos positivos hacia otros) y las habilidades conversacionales (desde la iniciación, la realización de preguntas y la revelación apropiada de sí mismo, hasta la terminación de conversaciones), todo ello en los distintos ámbitos

de las relaciones sociales (con extraños, con amigos y familiares y en el trabajo o la escuela) (Vallejo, 1998; Pérez y García, 2001).

Respecto a la asertividad, Wolpe y Lazarus (1966) la definen como la expresión de los derechos y sentimientos personales, y hallaron que casi todo el mundo podría ser asertivo en algunas situaciones y totalmente ineficaz en otras. Por tanto, el objetivo es aumentar el número y diversidad de situaciones en las que se pueda desarrollar una conducta asertiva.

Se tiene una conducta asertiva cuando se defienden los derechos propios de modo que no queden violados los ajenos. Además, se pueden expresar los gustos e intereses de forma espontánea, se puede hablar de sí mismo sin sentirse cohibido, se pueden aceptar los cumplidos sin sentirse incómodo, se puede discrepar con la gente abiertamente, se pueden pedir aclaraciones de las cosas y se puede decir "no". En definitiva, cuando se es una persona asertiva hay una mayor relajación en las relaciones interpersonales.

Curso para el Afrontamiento de la Depresión (CAD). Propuesto por Lewinsohn, Muñoz, Joungren y Zeiss, (1978), es un programa estructurado para ser llevado en grupo y se concibe como un tratamiento psicoeducativo, donde el terapeuta hace el papel de instructor o líder del grupo más que de terapeuta tradicional, mientras que, los participantes más que pacientes, son colaboradores de un curso de aprendizaje. Los contenidos del programa son multimodales, pero su núcleo está en la programación de actividades agradables, entrenamiento en habilidades sociales, modificación de cogniciones (tomando, por ejemplo, estrategias de la terapia de Beck) la última sesión y, por tanto, el sentido del curso: los planes de la vida, donde se tratan los valores personales, las metas y el estilo de los participantes (Hammen, 1997; Pérez y García, 2001).

Puesto que constituye un programa con entidad propia, ciertamente son numerosos los estudios que avalan su eficacia. A este respecto, se ha de mencionar que, si bien el programa fue elaborado para adultos con depresión mayor, en la práctica, el CAD se caracteriza por su aplicación a una variedad de poblaciones, entre las que destaca la adolescencia, de manera que su eficacia se habrá de mostrar en los distintos ámbitos de aplicación.

Entrenamiento en autocontrol. Tal como lo desarrolló Rehm (1977), se entiende que la depresión es el resultado negativo de la relación entre recompensas y castigos. La teoría del autocontrol se centra en la contribución de la persona a esta relación negativa a través de las respuestas conductuales y cognitivas. En su fase inicial de auto observación se trata de enseñar al paciente la relación entre el estado de ánimo y sus actividades positivas y negativas, lo que se realiza, de modo similar a como lo hace Lewinsohn, pidiéndole que autorregistre las actividades diarias, junto con una valoración global al final del día de su estado de ánimo, en una escala 0-10 (0: peor, 10: mejor). Este material es utilizado para enseñar al paciente la relación entre actividades y estado de ánimo e irles introduciendo en las diferencias entre refuerzos inmediatos y a largo plazo.

La fase de autoevaluación se dirige a que la persona aprenda a establecer metas u objetivos más acordes con la posibilidad real de alcanzarlos. Enseñarle a definir con precisión las metas, el establecimiento de submetas, así como la distinción entre los factores que dependen de su actividad y los que dependen de otros; constituyen los elementos esenciales.

La fase de autorrefuerzo, finalmente trata de que los pacientes sean capaces de reforzarse positivamente por las actividades adecuadas que realizan. Para disponer de estímulos positivos a usar mediante autorrefuerzo, se elaboran para cada paciente listas de pensamientos y actividades positivas.

Reestructuración cognitiva. Desde el punto de vista conceptual, puede decirse que la reestructuración cognitiva es un término que abarca varias estrategias específicas de terapia: TREC de Ellis (1958 en A. Ellis, 1999), cognitiva de A. T. Beck (1973) y el entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum. Si bien hay diferencias entre estos tres planteamientos, todos implican ayudar al paciente a identificar, analizar y modificar las interpretaciones o los pensamientos erróneos que experimentan en determinadas situaciones, en este caso la depresión.

La forma en que la persona percibe o evalúa una situación ejerce una influencia sobre sus respuestas emocionales y su conducta, las que a su vez afectan la apreciación de nuevas situaciones. El tratamiento cognitivo-conductual implica enseñar a los niños, acerca del triángulo pensamientos-emociones-conducta y modificar junto con ellos sus pautas de pensamiento de tal forma que, en el futuro, afronten con mejores recursos las situaciones desafiantes. Para ello, el

terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales como el autorregistro y los cuestionarios de reconocimiento de pensamientos, para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos (Clark, 1989).

Autoinstrucciones. El entrenamiento en autoinstrucciones se dirige a enseñar al paciente a utilizar guías verbales encubiertas, las que lo ayudarán a concentrarse en las conductas específicas requeridas por la situación problemática en curso. Las autoinstrucciones eficaces y adaptativas orientan al paciente a la resolución del problema presente, con un grado de exigencia moderado y con una consideración de consecuencias negativas probables pero en general, reversibles. Como cualquier procedimiento de la TCC, el entrenamiento en autoinstrucciones no pretende modificar la totalidad de la vida de una persona, sino aportar en la resolución de algún problema específico.

En general, las intervenciones autoinstruccionales incluyen fases de preparación, encuentro y autorrecompensa. En la etapa de preparación, se anima al niño a prepararse para la situación estresante. Idealmente, la autoinstrucción contiene una frase que tranquiliza y al mismo tiempo es estratégica. La autoinstrucción acentúa un aspecto de la tarea. Enseña al niño a atender a tareas importantes necesarias para abrirse paso entre los estresores. En la etapa de encuentro, se enseña al niño a establecer diálogos consigo mismo que disminuyan su estrés cuando pase por la circunstancia que le provoca malestar. Cuando el niño ha aplicado la estrategia de afrontamiento, se entra en la fase de autorrecompensa. Se entregan premios encubiertos por haber seguido correctamente las autoinstrucciones (Friedberg y Mc Clure, 2005).

Resolución de problemas. Una habilidad requerida frecuentemente en el manejo de la depresión es la capacidad para resolver problemas directa o indirectamente relacionados con ella. Además de su utilidad para abordar la resolución de problemas concretos, introduce al paciente en el uso de procedimientos sistemáticos, formales, ligados a los datos concretos que serán de gran utilidad dentro del uso de procedimientos de control cognitivo de la depresión. De este modo se facilita al paciente un instrumento útil para afrontar racionalmente, no emocionalmente, los problemas planteados (Nezu, A., Nezu. C. y Lombardo, 2006)

Con base a lo anterior Friedberg y Mc Clure (2005) refieren que la resolución de problemas consta de cinco pasos básicos. En el caso de los niños: primero se le enseñará a identificar el problema en términos específicos y concretos, después se le enseña a generar soluciones alternativas, a continuación se valoran las opciones disponibles. En este paso, los terapeutas y los niños evalúan cuidadosamente las consecuencias a corto y largo plazo de cada opción. Estas consecuencias deben anotarse en un papel. En el siguiente paso, después de deliberar sobre cada opción, el terapeuta y el niño planean como implementar la mejor solución y, por último se refuerza la experimentación con soluciones alternativas. Si el niño prueba una solución nueva, se le da la instrucción de administrarse un refuerzo a sí mismo

Evaluación de ventajas e inconvenientes. Es una intervención propia de la resolución de problemas que puede ampliar el punto de vista de los niños. En general, se intenta que los niños estudien las dos caras de un asunto y que actúen del modo que mejor sirva a sus intereses.

Hay cuatro pasos básicos para hacer una lista de ventajas e inconvenientes de acuerdo con Beck (1983):

- 1) Se identifica el asunto sobre el que el niño quiere obtener una perspectiva más amplia.
- 2) El niño hace una lista con todas las ventajas e inconvenientes que se le ocurran. Es posible que se tenga que instruir al niño para que estudie a fondo las dos caras de la cuestión.
- 3) Se revisan con el niño las ventajas e inconvenientes que se han encontrado.
- 4) El niño llega a una conclusión después de tener en cuenta todas las ventajas e inconvenientes. Es recomendable ayudar al niño a exponer tanto las ventajas como inconvenientes en su conclusión.

Exposición. Emplea el principio de desensibilización sistemática de la terapia conductual, consiste en la exposición continua a un estímulo desagradable. Esta técnica emplea, tanto la exposición imaginada (el paciente se imagina interactuando con el estímulo o en la situación desagradable), como la exposición en vivo (el paciente se expone directamente al estímulo o situación desagradable) para reducir gradualmente las emociones negativas. Se comienza con las que producen mucho menos sufrimiento. La exposición se realiza en un ambiente que garantice al paciente seguridad.

La exposición imaginada es el primer paso en la exposición que va seguida por la exposición en vivo. La combinación de estos dos tipos de exposición es la más efectiva que existe, pues asocia una situación de seguridad con la situación o estímulo que provoca las emociones displacenteras; comunica al paciente que pensar en la situación desagradable no es peligroso y permite saber que la depresión no permanecerá para siempre, sino que disminuirá con el paso del tiempo.

Decatastrofización. Beck, Kendall, Seligman y otros (en Friedberg y McClure, 2005) mencionan que: contrarrestar el pensamiento catastrófico puede ser útil para suavizar las predicciones aterradoras de los niños, disminuyendo su tendencia a sobrestimar la magnitud y la probabilidad de ocurrencia de los peligros que perciben. Se suele hacer utilizando una serie de preguntas secuenciales. Añadir un componente de resolución de problemas da más fuerza al proceso de contrarrestar un pensamiento catastrófico. Cuando el niño espera lo peor y está convencido de que es muy probable que suceda, ayudarle a diseñar una estrategia de resolución de problemas puede ser una intervención complementaria. Por ejemplo, si un niño cree que el acontecimiento más probable es catastrófico pero es capaz de elaborar una estrategia razonable de resolución de problemas, se habrá abierto una puerta más al cuestionamiento socrático.

Comprobación de evidencias. Es un procedimiento habitual que exige un procesamiento racional profundo. Anima a los niños a evaluar los hechos que apoyan sus creencias y los hechos que las cuestionan. Es una estrategia muy útil para cuestionar las sobregeneralizaciones, conclusiones equivocadas y las inferencias mal fundamentadas. Sin embargo, requiere que el niño posea varias habilidades. Requiere que los niños accedan a los hechos que apoyan sus creencias.

Reatribución. Ayuda a los niños a considerar explicaciones alternativas. Les anima a preguntarse a sí mismos ¿Qué otra forma hay de ver esto? La reatribución es especialmente útil cuando los niños se sienten responsables de acontecimientos que no dependen completamente de ello, y aplican etiquetas generales o extraen generalizaciones incorrectas a partir de situaciones que no son equivalentes.

Relajación. La utilización de las técnicas de relajación son muy importantes como estrategias que ayudan al niño a descubrir fácilmente la causa que le produce el pensamiento negativo ante determinada situación y, por lo tanto, la emoción negativa. El niño ayudado por el psicólogo puede, en estado de relajación, encontrar y potenciar fácilmente los recursos de los que dispone

para afrontar de una manera realista y positiva la situación que le produce el pensamiento negativo. Así, puede de una forma fácil y relajada modificar su pensamiento negativo por un positivo, en consecuencia una emoción y conducta positiva, adecuada a la realidad.

Es importante mencionar que cada una de las técnicas utilizadas en la TCC varía de acuerdo a la problemática del paciente y su edad. En muchas ocasiones hay que modificar el procedimiento y/o las instrucciones, además se sabe que las técnicas no darán el mismo resultado con los diferentes pacientes ya que son totalmente disímiles, y alguna puede servir para un paciente pero para otro no. En el caso de los niños es bien sabido que la mayoría de las técnicas presentan modificaciones, ya que el trabajo con ellos es complejo en cuanto al léxico, entonación, ejemplificación y el tipo de material utilizado, por lo que tiene que ser mucho más creativo y específico.

CAPÍTULO IV.

MADRES SOLTERAS DE HIJOS CON DEPRESIÓN

La Sociología, Antropología y Psicología son sólo algunas ciencias que se han encargado del estudio minucioso en los últimos años acerca de la condición de la mujer. Hoy se conocen numerosas investigaciones, tratados, convenciones y movimientos que han estudiado a la mujer en los espacios en los que interactúa o donde se ve involucrada, como la familia, el trabajo, la salud, la educación y hoy también el ejercicio de la responsabilidad de ser madre soltera.

4.1 Madres solteras

Diversas fuentes refieren que madre soltera se define como: Mujer viuda, divorciada, separada, abandonada o que haya procreado algún hijo en forma independiente, que lleva a cabo la crianza de los hijos y el manejo del hogar sin la compañía o apoyo de una pareja, asumiendo el rol de jefa de familia (Femat, 2007; Franco, 2010).

Cada caso es distinto y no se puede generalizar, sin embargo, hay una serie de características más o menos comunes entre las madres solteras. Así, en gran cantidad son venidas de otras provincias, con nivel económico y cultural bajo; provienen de clases trabajadoras: obreras y empleadas, así como suelen ser mujeres confiadas con pocos conocimientos lo que la lleva a la sumisión y temor que a causa de una mala información sobre anticonceptivos y medidas preventivas, ocasiona que haya embarazos no deseados; muchas veces se da tras el engaño del padre del niño, que además no se preocupa en absoluto del riesgo de embarazo y le dejan toda la responsabilidad. Son jóvenes, que viven con escasez y trabajan, la mayoría es empleada con salario mínimo o empleadas domésticas (Arbiza, 1978; Franco, 2010).

En el contexto psicológico hay diferentes tipos de madres solteras (Soulé, 1972 en Franco, 2010; Cantú, 2012):

- Madre célibe a menudo independiente financiera y moralmente, que después de una aventura rápida mal aceptada conserva a su hijo y prescinde del hombre. Esta mujer a menudo ha hecho

todo lo posible para no correr el riesgo de algún tipo de dominación por causa de un hijo. Ella ha elegido su propia suerte, al menos conscientemente; y reivindica altiva su derecho a criar sola a su hijo.

- Mujer débil que, en un momento de abandono o confusión, por desconocimiento o por obra de las circunstancias descubre que es madre sin conservar el apoyo con el que contaba. Su destino más general es casarse después e intentar mantener otro tipo de relación duradera y reencontrar el apoyo que deseaba. La ayuda sensata relativa a los proyectos tanto materiales como morales, psicológicos y sociales, le permite a esta joven madre atravesar los primeros meses y años difíciles.
- Madre de escasos recursos cuyas posibilidades mentales, afectivas y profesionales son limitadas. Carece de toda autonomía real y socialmente está a merced de todas las influencias. Es muy frecuente que haya tenido uno o más hijos en circunstancias análogas, y cuanto se pueda hacer por ella tropezará con una ausencia de estructura personal, falta de voluntad y pocas posibilidades.
- Madres solteras por decisión; existen las mujeres que abiertamente manifiestan que están considerando la posibilidad de tener un hijo. Las justificaciones son diversas: “quiero tener alguien por quién luchar y por quién vivir”, “No quiero quedarme sola en la vida”. Son decisiones que se toman, pero en muchas ocasiones sin responsabilidad, lo cual conlleva a una inestabilidad emocional y económica. En estos casos, cuando una mujer decide embarazarse, lo hace motivada de tener una compañía que alivie su soledad futura; para “realizarse” como mujer o como madre y tener de quien recibir algún tipo de afecto. Sin embargo esta ilusión se ve truncada cuando se embaraza y anhela el apoyo de una pareja que no hay, porque la mayoría de los casos ella afronta sola su embarazo. Otro ejemplo de la mujer que decidió ser madre en solitario es cuando se tenía una promesa de matrimonio pero esa unión no se realizó por alguna circunstancia. Para ese entonces, la mujer ya estaba embarazada y decidió tener al bebé sin comprometer al papá (Lujambio, 2007).

En todos los casos, aunque en diferentes grados, estas mujeres presentan problemas de tipo psicosociales, además sus hijos son vulnerables a diferentes problemáticas. En estos tiempos la formación de las familias ha ido variando, habiendo actualmente más madres solteras que afrontan este reto. Otras mujeres que iniciaron su vida con un matrimonio constituido, también deben afrontar el reto solas cuando se rompe este vínculo (Franco 2010).

4.2 Factores que contribuyen a ser madres solteras

Es interesante constatar que vivida la experiencia, las madres buscan una explicación a su situación. En un estudio realizado por Tocon y Mendiburu (1991) las madres solteras atribuyen su situación a la falta de orientación oportuna, a no haber vivido con sus madres/padres cuando más lo necesitaban, tener una ausencia emocional y no física de parte de ellos, o al insuficiente conocimiento del varón. A continuación se mencionarán diversas razones por las que las mujeres quedan embarazadas y dan a luz siendo solteras:

Edad: la edad de mayor riesgo para el embarazo en la soltería, es la pubertad, adolescencia y juventud primera. En esta etapa de desarrollo, el ser humano -varón o mujer- experimenta una serie de cambios físicos y psicológicos, en los cuales el interés por el sexo es una de las características principales. Aparece el deseo sexual dirigido a personas concretas. Paralelamente, se pone de manifiesto la ilusión, fantasía sexual, necesidad de afecto especial, enamoramiento frecuente, etc. Si en esta época no se tiene bien cimentada una educación u orientación que dé como resultado un sentimiento de responsabilidad; la adolescente puede convertirse en madre soltera con mínima capacidad de educar a su hijo (Aguilar y Fragoso, 1998).

Falta de educación sexual: la sociedad ha ideado una serie de mecanismos para reprimir los intentos de proveer información sobre el sexo y la sexualidad. La información se da como parte de un curso de educación regular primaria y secundaria; sin embargo, siendo la educación de carácter memorística, luego de aprobar el curso, él/la estudiante olvida fácilmente lo aprendido. De la falta de información adecuada resulta que la mujer, antes de ser madre e incluso después de serlo, desconoce cómo funciona su cuerpo, cómo se produce un embarazo, y como prevenirlo, dando lugar a embarazos no deseados.

Regularmente de estos sentimientos naturales, no hablan los adultos con los adolescentes. A determinada edad sólo aparecen prohibiciones, especialmente para la mujer. La sociedad actúa con una doble moral: una para las mujeres (abstinencia sexual); otra para varones (incontinencia sexual). No es cuestión de victimizar a la mujer, es cuestión de entender, el por qué son madres desde muy jóvenes o con hombres que no responderán ante el embarazo. Debido a la inmadurez de su desarrollo emocional, unida a la falta de información científica adecuada y a métodos de contracepción de alcance, es que hay altos porcentajes de madres jóvenes.

A la mayoría de las mujeres se les forma y educa para tener como aspiración máxima el matrimonio y la maternidad. Pero son las condiciones económicas las que abrirán o no para ellas, otras posibilidades. En este contexto, las mujeres con nulo o escaso nivel instruccional y sin otra posibilidad de desarrollo, mantienen como principal aspiración el matrimonio y la maternidad.

Ambiente familiar:

Trasmisión multigeneracional de pautas familiares. Bowen (1998) refiere que las principales particularidades que se pueden observar en este tipo de familias son: la transmisión de mandatos, encargos, creencias, mitos, actitudes, valores y preferencias, así como el ambiente familiar y las características socioeconómicas lo que obliga a situar esta problemática dentro de un contexto transgeneracional que permita comprender la reciprocidad, reiteración y complejidad de los grupos familiares. Se dice que las familias tienden a repetirse a sí mismas, es decir, que existe una tendencia a repetir las problemáticas de una generación a otra, aun cuando los significados y comportamientos de la familia actual adquiera diversas formas (Femat, 2007).

La socialización, por ejemplo, es un importante mecanismo que puede producir una asociación entre el comportamiento reproductivo entre madres e hijas. Probablemente las madres que lo fueron siendo adolescentes y solteras, son más favorables a mantener actitudes positivas hacia la maternidad adolescente y ellas transmiten estas actitudes a sus hijas a través del proceso de socialización (Anderson, Tsuya, Bean, Mineau, 1987;; Kahn y Anderson, 1992). El control social es otro mecanismo importante, la forma como las madres sean capaces de controlar los comportamientos relacionados con el pololeo y la actividad sexual de sus hijas, influye en cuan rápidamente ellas llegan a ser madres. Las madres jóvenes y particularmente las madres solteras son menos capaces de controlar los comportamientos de la adolescente por lo tanto las hijas están en más riesgo de comprometerse en comportamientos sexuales de riesgo y experimentar la maternidad adolescente (Hogan y Kitawa, 1985; Michael y Brandon, 1985).

Separación de los padres. Es otro indicador de que las madres no sean capaces de supervisar adecuadamente el comportamiento sexual de las hijas, la inestabilidad familiar es otro importante mecanismo que puede producir esta transmisión de la maternidad. Los conflictos de pareja de los padres pueden debilitar la relación de la hija con los padres, animándola indirectamente a buscar apoyo emocional e intimidad fuera de la familia de origen. Otras características del hogar que

hacen menos atractivo permanecer en el hogar son ingreso bajo o inestable (Engle y Smith, 1998; Aldaz-Carrolli y Moran, 2001; Buvinic, Valenzuela, Molina y González, 1998). Ambientes de pobreza son ambientes de conflictos frecuentes, adolescencia e incompreensión de los padres, son las partes de esta relación que impulsan a la joven mujer a buscar afecto fuera del hogar. No conforme, su fantasía femenina es alimentada con los enredos telenovelescos para satisfacer su curiosidad fácilmente derivada en una relación de pareja, llegando a pensar que teniendo pareja podrá irse de su casa, no trabajará tanto, y sus problemas se solucionarán (Tocon y Mendiburu, 1991).

4.3 Causas de ser madres solteras

Abandono: cuando hay abandono se violenta la intergación familiar y se pone en peligro la salud, integridad, y hasta la vida de quienes lo sufren. Las víctimas primordiales de este tipo de violencia son las mujeres y los niños. Los principales ejecutores del maltrato, según investigadores, son los jefes de familia masculinos en perjuicio de las mujeres, los niños, y otros miembros vulnerables del grupo familiar (INEGI, 2010).

El abandono ocurre con frecuencia durante el embarazo. Generalmente se trata de mujeres jóvenes cuya pareja huye sin piedad ni compasión al recibir la noticia de la paternidad, evade por completo su responsabilidad, ya que en su mayoría se trata de adolescentes o padres muy jóvenes, novios de paso, hombres casados, etc. Un porcentaje muy elevado proponen el aborto como única solución y si no es aceptado se desentienden del asunto; otros desaparecen. Todo ello deja a la joven madre con la carga de responsabilidad de la crianza desde el nacimiento (Arbiza, 1978).

Algunas chicas se quedan en la más absoluta desprotección, sin el conocimiento, la experiencia y la preparación para la vida. Otras reciben ayuda de su familia. Los padres, casi siempre, acaban acogiendo a los dos (madre-hijo) y facilitando que la madre soltera salga a trabajar o siga estudiando. La dinámica familiar en este caso es distinta y si no se establecen las órdenes del amor, el niño puede tener problemas de relación, confusión en la identidad de los roles, etc. Es decir, quien debe tener el papel de madre -con todo lo que ello conlleva en términos de desarrollo de la confianza básica, respeto a la autoridad- , será quien lo engendró, no los abuelos o tíos, ellos pueden ayudar en la crianza pero nunca podrán sustituir el papel de la madre, que como tal debe comportarse en lo afectivo y en lo emocional (Lujambio, 2007).

Debido a que están solas con su hijo, necesitan de los demás para lograr cumplir con su tarea de jefa de familia. Trabajan y cuidan de él sin el apoyo de una pareja, generalmente, se vuelven dependientes de sus padres (los abuelos del bebé), y esto en ocasiones puede ser muy frustrante porque las madres llegan a sentir que no tienen decisión sobre sus hijos y fomenta que desarrollen una baja autoestima pues no se sienten capaces de cumplir con todas las labores de ser madre soltera.

Cuando existe abandono por parte de los padres, se les está privando del cuidado afectivo, físico, psicológico y social saludable a los hijos. Por esta razón, algunas de las conductas más comunes que presentan los niños en esta etapa son: culpa, rechazo hacia uno o ambos padres, tristeza, inseguridad, depresión, ansiedad, angustia, miedo, odio, apatía (Moreno y Ramos, 1999; Lujambio, 2007).

Separación o divorcio: cuando los padres, después de estar juntos deciden separarse o divorciarse, los niños que viven esa situación, no solo han perdido la posibilidad de estar cotidianamente con su papá sino también han perdido muchas otras cosas, como podrían ser la estabilidad económica y emocional, la sensación de seguridad que su hogar proveía hasta entonces, la presencia en casa de mamá como antes, la rutina, la estructura familiar, algunas diversiones, tal vez se han cambiado de escuela y ya no ven a sus amigos o las reuniones con la familia del papá se acabaron; en fin, la ausencia del padre cambia la vida y no todos tienen la misma capacidad de adaptación a las nuevas circunstancias.

Muerte del padre: cuando un padre muere, parece como que todos los lazos que se mantenían con la infancia se rompen. La persona que siempre estuvo ahí o que se suponía que debía estar para proteger ahora se ha ido. La realidad cambia instantáneamente. El concepto de familia y rol que ocupaba el padre debe ser cambiado. La sensación de dolor va a variar dependiendo de las circunstancias de la muerte, la edad, la propia situación familiar, el hecho de tener hermanos o no, que van a impactar de forma diferente sobre el sufrimiento.

4.4 Consecuencias en las madres solteras.

Los eventos anteriores, traerán consecuencias a corto y largo plazo tanto para las madres solteras como para sus hijos.

Desde la antigüedad e incluso hasta hoy en ciertos contextos, las madres solteras son víctimas de discriminación basada en distintos orígenes, desde mandatos religiosos hasta prejuicios sociales. Arbiza (1978) describió en la Revista de Sociología una investigación realizada con madres solteras, a las cuales realizaron una entrevista. Dichas mujeres mencionaron que el drama de ser madre soltera se inicia ante la certeza del embarazo. La primera y principal dificultad de la mujer soltera embarazada está en el rechazo y acusación que sufre por parte de su familia, que la considera culpable de un “delito” y que muchas veces se desentiende de su situación económica y personal y de la de su futuro hijo.

La sociedad tiende a reprimir ciertas conductas que una mujer realiza. Por ello, se enfrenta a la sociedad y particularmente en la sociedad mexicana, donde no son bien vistas las relaciones sexuales premaritales. Al concebir a un niño fuera del matrimonio, se transgreden dos normas esenciales de la sociedad: las relaciones sexuales premaritales y cuando estas relaciones terminan en embarazo.

Una vez que la mujer es madre soltera, corresponde, por lo general y en la mayoría de los casos buscar empleo. Su jornada de trabajo debe cubrir el precio de su propia manutención, la de su hijo, y además el costo de la atención del niño mientras ella trabaja. Todo ello conlleva a que dicha mujer se trunque el camino por la desesperación o sea motivada por ese pequeño que podría ser su sentido de vida. Sin embargo, para que una mujer sobresalga económica, social y políticamente, es preciso, para muchas instituciones una posición profesional; algunas madres cumplen este requisito, pero la mayoría de las veces, no. Por esta razón el tipo de trabajo que ellas adquieren es mal pagado y con muchas horas invertidas (Franco, 2010; García, 2013). Además, las mujeres con hijos pequeños se enfrentan a la discriminación a priori por ser consideradas como “un problema” para la empresa, ya que implicará ausentismo para el cuidado de los hijos (García, 2013).

Asimismo ser madre soltera implica la sobrecarga de trabajo, ya que además del trabajo fuera de casa, ella debe asumir funciones domésticas, educativas, afectivas, etc., funciones que no tiene con quien compartir por lo que ocupan casi todo su tiempo libre, trayendo como consecuencia que tenga el tiempo justo y no disponga de un momento para su vida personal y social (Franco, 2010).

Todo ello impacta tanto en lo personal como en las relaciones familiares: se presentan altos niveles de cansancio, estrés, ansiedad, frustración y soledad; además fragilidad y debilitamiento en los vínculos afectivos, modificaciones y conflictos en los roles familiares, confusión, tensión y ansiedad en la familia y amistades. La ruptura de la convivencia familiar supone además la erradicación del propio ambiente perdiendo amistades y relaciones. Estas fuentes de estrés y ansiedad derivadas del cumplimiento de sus diversos roles y los consecuentes conflictos familiares, predisponen a la madre al consumo de alcohol y drogas legales e ilegales, además es muy probable que desarrolle tristeza profunda que puede convertirse en depresión (Franco, 2010).

En este aspecto, un estudio realizado por Femat (2007) entre 2.300 adultos residentes en zonas urbanas concluyó que, para las madres de niños en edad preescolar, el riesgo de depresión era bastante mayor en las solteras que en las casadas. En una muestra nacional de mujeres de 18- 19 años con un hijo, el 41% de las solteras de raza blanca presentaban síntomas de depresión, frente al 28% de las madres casadas de raza blanca con la misma edad.

Existen también las madres que convierten en objetivo el deseo de rehacer su vida, precipitándose en la búsqueda de una pareja con la cual consigan tener una familia “normal”, recibir afecto y darle a su hijo una figura paterna. Algunas madres creen que al conseguir rápidamente una pareja se resolverán todos sus problemas, pero en ocasiones la relación suele terminar en el fracaso, puesto que es necesario que la nueva pareja construya un vínculo afectivo tanto con la madre como con el pequeño para poder formar una relación fuerte y duradera. Por el contrario, también hay mujeres que piensan en dedicarle a su hijo el 100% de su tiempo porque no creen poder encontrar a una pareja que las acepte con un hijo que no es de él. (Sharp, 1972 en Franco, 2010).

En esta investigación es importante destacar el impacto negativo que tiene la depresión materna en el desarrollo del niño; además de la influencia en la interacción madre-hijo, la formación de un apego inseguro y la psicopatología en los hijos. Principalmente la depresión.

Lipman (1980, Tamplin, Goodyer y Herbert, 1998) realizó un estudio comparativo entre madres de familias con pareja y madres solteras, encontrándose en las últimas, niveles más altos de depresión, mayor estrés familiar, menor grado de apoyo social y menor acceso a los servicios de salud mental. Los hijos de madres solteras están en mayor riesgo de desarrollar problemas

emocionales, de conducta, disminución del rendimiento escolar y dificultades en el área social. Muchos de estos niños, no reciben atención psiquiátrica o psicológica, ya que les resulta inaccesibles o costosos. Además, la depresión en niños se ha asociado con escasa cohesividad o vínculo emocional deficiente, las madres con depresión expresan con más frecuencia un afecto negativo hacia sus hijos y suelen ser menos responsables con ellos; estas conductas dan como resultado hijos que puedan desarrollar un apego inseguro. Los niños con depresión con intentos de suicidio reportan que provienen de familias con mayor grado de estrés, menor control, conflictos frecuentes y menor cohesividad, en comparación con niños con depresión sin intentos de suicidio. Los jóvenes con depresión perciben más estresores y menos redes de apoyo social. Una pobre salud mental materna es un predictor de disfunción familiar.

La depresión materna es asociada también a la pobreza, ya que incrementan los eventos negativos. Las madres que viven en pobreza tienen más riesgo de presentar problemas mentales, de los más frecuentes: la depresión, el alcoholismo y consumo de sustancias. La depresión materna durante la infancia de los hijos es un factor de riesgo para el desarrollo de problemas internalizados y externalizados entre niños preescolares y escolares. El maltrato también se ha asociado a depresión materna. Se ha observado que la depresión materna durante la niñez aumenta el riesgo de que los niños desarrollen problemas para relacionarse con pares, impulsividad, comportamientos hostiles, agresivos y depresivos tanto en casa como en la escuela (Zeanah y Charles, 2000; Hernández, 2009). Asimismo, se ha observado que la depresión materna y el abuso de sustancias son predictores de depresión en sus hijos. Las madres que presentan este tipo de características han reportado más casos de problemas de conducta en sus hijos en comparación con madres que no las presentan, ya que estas manejan de una manera más positiva el problema de sus hijos (Brennan, Hammen y Katz, 2002).

Varela (1985) realiza una clasificación diferente de los tipos de madres, donde el carácter parece tener su importancia en la incidencia de la enfermedad depresiva infantil:

- **Madres machistas:** son mujeres que no encajaron en su papel como tales y se muestran antimachistas (comportamiento de la mujer que se cree superior al hombre) en todos los aspectos de su vida. Son posesivas con sus hijos, ya que los consideran de su propiedad y sufren ante las atenciones que otro pueda mostrarles. Ya que viven con la obsesión de rivalizar con el hombre y a su hijo mostrarle odio y si es mujer no le permite la comunicación con el género contrario.

- **Madres perfeccionistas:** son mujeres que nunca están contentas con lo que hacen por sus hijos y creen que están fallando en el trato con ellos; así mismo sufren un complejo de culpabilidad que las abruma, por lo tanto, impregnan o contagian de ese sentimiento negativo a sus hijos.
- **Madres agresivas:** la madre maltrata a sus hijos psicológicamente a causa del odio que experimenta hacia ellos. Este odio se da cuando los hijos son el fruto de un padre al que llegó a odiar también. La madre que odia a su hijo, se sale de sus casillas, ya que esto va en contra de aquellas emociones naturales como: el rencor, la agresión física y emocional. Es importante tener en cuenta que en este tipo de mujeres no es fácil descubrirlas a primera vista ya que acostumbran a mendigar muestras artificiales de afecto. Neill (1978, en Varela, 1985) dice que tales conductas vienen dadas porque se odia en los demás lo que se odia en uno mismo; sin embargo, el odio tiende a repetirse, ya que el que no conoce más que odio y desprecio de sus padres, puede tender con facilidad, no únicamente a odiar a sus hijos, sino a todos cuanto los rodean. Son personas que se les califica de duras y crueles.

Hay mujeres que odian a sus hijos, no por verse reflejadas a sí mismas sino por la evidencia hacia la juventud de sus hijos y otras por no desearlos debido a una violación o porque las abandonan. Esta situación tan compleja es un fuerte predictor de la depresión en los hijos maltratados.

- **Madres frías:** es muy frecuente la existencia de este tipo de madres. No odian a sus hijos, simplemente no sienten afecto por ellos. El niño nunca encontrará en su madre una confidente y consejera a quien poder contar sus problemas, esto contribuirá al aislamiento y tristeza del menor.
- **Madres absorbentes:** tienen un afán desmesurado de sobreprotección, debido a las circunstancias particulares que vivió en su infancia. Sí estas circunstancias fueron difíciles y duraderas no es extraño.
- **Madres posesivas:** esperan que el hijo se muestre eternamente agradecido. Piden a sus hijos que hagan tal o cual cosa por ella, para no disgustarla. Exige al pequeño un comportamiento adulto, buenas calificaciones, etc. En la relación madre-hijo el amor es egoísta por parte de la madre, utiliza al niño como pantalla para vencer sus propias neurosis y frustraciones. Pretende que sus hijos sean perfectos.
- **Madres permisivas:** proporciona un nivel de moderado cuidado y menos control materno, existe inconstancia en cuanto a la aplicación de la disciplina, aceptando impulsos y deseos de los hijos (Baumrind, 1927 en Santrock, 2007)

4.5 Efectos en los hijos de madres solteras

Los niños pequeños son sensibles a la pérdida de los seres amados. Es una parte normal del desarrollo establecer ligas profundas, sobre todo con los padres. Existen muchas formas de perder a uno de ellos, puede ser por muerte, separación, abandono o divorcio, además del padre que decide no responsabilizarse del menor, ni económica ni emocionalmente.

Sánchez (1984) comenta que, ante la ruptura o separación de los padres, en los hijos surgen distintos síntomas: somáticos, intelectuales, sociales, familiares y afectivos:

- **Somáticos:**

- *Desequilibrio respiratorio.* Esta patología es frecuente en niños con problemas afectivos, cuenta con las siguientes causas: asma infantil, bronquitis crónica, pero el asma en estos problemas genera una crisis paroxística, es decir que se acrecienta la enfermedad.
- *Desequilibrio digestivo.* Desestabiliza la digestión provocando dolores con estados de ansiedad y vómitos en el niño.
- *Otros desequilibrios.* Taquicardias, afecciones dermatológicas, cefaleas, fatiga física e intelectual, etc.

Los niños que vivencian un drama afectivo no necesariamente presentarán todos estos síntomas. Pero es cierto que cuando aparecen algunos de ellos, los padres deben estar alerta, ya que sus hijos están viviendo situaciones perfectas donde su vida juega un papel muy diferente a lo real.

- **Intelectuales:** entre estos problemas se pueden encontrar: la inadaptación escolar, pero no todos los niños que presentan inadaptación escolar viven circunstancias familiares adversas. El origen puede estar, por ejemplo, en su propia calidad intelectual, ya sea por situaciones de conflicto familiar, reacciones de sus padres ante las exigencias escolares, pero si la escuela no atiende de manera individualizada estas situaciones se agravan.

Entre otros:

Dislexia (dificultad para aprender a leer), disortografía, discalculia, fobia escolar, trastornos del lenguaje, tartamudez, inhibición, cólera, inestabilidad, vómitos, trastornos emotivos (motivación,

desmotivación que se le da a parte de los padres) y ausentismo escolar etc.

Todo esto es consecuencia de los conflictos familiares, al tomar la escuela como un medio de compensación de sus propias frustraciones afectivas, lo que supone un mecanismo de defensa.

• **Sociales:** se expresan en los comportamientos de integración y desintegración social. Así mismo, el niño se socializa a través del contacto materno y, posteriormente, amplía sus relaciones dentro del contexto familiar. La percepción y estructura de las experiencias de la persona determinan sus sentimientos y conducta. Algunos de los problemas sociales son:

○ *Delincuencia:* la delincuencia juvenil ha aumentado en México y algunas de las causas atribuibles a estos índices crecientes de actos ilegales perpetrados por jóvenes tienen su origen en la poca integración de la familia, que se traduce en diversos factores que van desde el hecho de que no sintieron la presencia más cotidiana de la madre, el abandono del padre, la casi nula contención familiar y social. La carencia en la trasmisión de valores que les diera referentes confiables de por dónde ir por la vida siendo una mejor persona, es también un factor fundamental que crea desorientación, confusión y un inexistente proyecto de vida. La calle y sus bandas juveniles, con las cuáles los niños y jóvenes se identifican desfavorablemente, parecen ofrecerles lo que ellos no tienen en casa. Lujambio (2007) refiere que la deserción escolar y la falta de preparación para encontrar un empleo bien remunerado los aleja también de la posibilidad de una vida mejor. Y finalmente la descomposición familiar, inseguridad, carencia de valores y la falta de empleo traen inestabilidad social, es por ello que -aunque indirectamente- el problema de las madres solteras de alguna forma es el problema de todos.

○ *Toxicomanía.* Algunos jóvenes se dejan arrastrar por la salida fácil y engañosa de las drogas, como medio de huida ante una ruptura familiar. Franco (2010) menciona que entre los datos obtenidos por la Encuesta Nacional de Hogares sobre Consumo de Drogas muestran que independientemente de la edad, la raza, el sexo y los ingresos familiares, la probabilidad de consumir drogas, alcohol o tabaco es claramente inferior para los adolescentes que viven con padre y madre naturales. Algunas de las causas probables de que esto ocurra es porque hay mayor tensión en la familia, los padres vigilan menos y que se debilita la unión afectiva con los progenitores, en especial con el padre.

○ *Las fugas:* pueden suponer para el hijo una respuesta activa y liberadora, una especie de

válvula de seguridad ante un conflicto que le abruma.

○ *Pobreza*: cuando los padres no se casan o el matrimonio se rompe, es más probable que los hijos sufran pobreza grave y persistente. La mayoría de los hijos pasan al menos un año en situación de pobreza extrema (ingresos familiares por debajo de la mitad del mínimo oficial). A nivel social las familias monoparentales con jefatura femenina están vinculadas a pobreza extrema, ellas tienen que hacer frente a las circunstancias económicas y a la responsabilidad de educar a los hijos. No tienen los suficientes recursos para salir a flote y rozando la condición de marginalidad madre e hijos son víctimas de un panorama desolador. De acuerdo con datos del INEGI (2010) en México hay 30 millones de mujeres que son madres. El 18% (5.3 millones) se encuentran con sus hijos/as sin que su pareja viva en el hogar (son solteras, separadas o divorciadas). De estas madres solteras, el 35% recibe algún tipo de transferencia que provienen de programas sociales o becas gubernamentales (625 mil madres solas beneficiadas); donaciones o apoyos de otros hogares (975 mil reciben ayuda de este tipo), lo que representa el 18%, pero entre las mujeres que nunca han estado unidas (solteras) el porcentaje es de 12%. Además el 70 % (3.7 millones) de estas mujeres tienen ingresos por trabajo, el 15% no cuenta con ingreso monetario y el resto (15%) recibe transferencias de gobierno o apoyos familiares.

- **Familiares**: las madres presentan dificultad en la relación con sus hijos, en cuanto a la educación y el control/límites para con ellos, porque no obedecen, son rebeldes, tienen “malas amistades”, no van a la escuela o pelean mucho entre hermanos. En ocasiones, las madres con desesperación por su situación y por los problemas causados por el/la menor, se deja llevar por sus emociones y ejerce el maltrato físico y verbal como herramienta de autodefensa. Algunos estudios señalan que las madres solteras tienen más conflictos con sus hijos, y los supervisan menos, que las casadas. Al llegar a adultos, los hijos de parejas casadas aseguran, por regla general, disfrutar de mayor unión con sus madres que los hijos de parejas divorciadas.
- **Afectivos**: refleja la situación de conflicto en la pareja, a través del espejo de los hijos. También los niños suelen generar recursos logrando una especie de equilibrio que les permite una evolución favorable ante el problema. Cuando la situación vivida es insoportable y la familia no ha sabido actuar con prudencia, el caparazón con que se ha cubierto el hijo puede saltar hecho pedazos y

presenta una sintomatología, aunque tenga carácter transitorio. Presentaría las situaciones siguientes:

- *Profunda tristeza y dolor*: es notable cómo se prolonga la presencia del miedo a la intimidad, la inseguridad y tristeza en lo más íntimo de la persona, aun muchos años después de que ocurrió el evento doloroso. Estas personas corren un gran riesgo de tener fuertes reacciones ante las pérdidas experimentadas posteriormente. Cuando algo así sucede, la pérdida actual remueve heridas profundas del pasado que no han sanado. A veces es difícil de entender, por qué una persona reacciona exageradamente ante una pérdida si no se consideran las experiencias de la niñez.

La importancia de la presencia de un padre para el niño, es uno de los tantos problemas que la madre enfrentará, no precisamente a corto plazo, sino cuando el niño acuda a la escuela ya que existen los niños que extrañan a sus padres y se encuentran tristes, son víctimas de discriminación y/o burla “por no tener papá” o de comentarios hirientes por los compañeros. Además, se presenta el castigo físico y verbal que vuelve a los niños temerosos e inseguros, tímidos o agresivos. Algunas veces se observa que las madres deciden poner a trabajar al menor para ayudar a solventar gastos, lo cual implica un impacto físico y emocional negativo (Tocon y Mendiburu, 1991).

A la desventaja que tienen los niños de padres divorciados de no contar con la ayuda económica del padre, se añade que tampoco reciben lo que puede ser llamado “pensión emocional” que es muy importante para el desarrollo del ser humano en la parte psicológica, mental y afectiva. Es sumamente relevante para los niños de madres solteras que crezcan con su papá, que sin bien en ocasiones no podrá verlos diario, sí puede estar al pendiente siempre, e intervenir significativamente en su educación.

La figura del padre es insustituible. Hay muchas madres que tratando de cubrir el vacío que deja el padre se dicen papá-mamá. En realidad son madres que tiene algunas funciones del padre pero nunca suplirán la ausencia. Además de su función proveedora y protectora, el padre es un modelo de vida para los hijos, les proporciona la identificación sexual y sociabilización sobre todo durante la etapa de la adolescencia. El hijo de la madre soltera que no ve a su padre, con frecuencia, desarrolla una baja autoestima, un sentimiento de poca valía e inseguridad por la fantasía de que su abandono se debe a que no fue lo suficientemente importante para el padre (Lujambio, 2007).

Además, presenta dificultades para intimar; estar unido a un padre, para después perderlo, puede provocar que un niño sea extremadamente cauteloso respecto de la posibilidad de acercarse emocionalmente a alguien. Estos niños pueden sentir una gran necesidad interna de acercamiento, pero albergar, al mismo tiempo, un gran temor de pérdida o el rechazo, por lo que nunca se permite involucrarse íntimamente. Esta sensación interna de necesidad de amor conjuntamente con el aislamiento emocional puede incrementar la posibilidad de llegar a la depresión (Prestón, 1995).

○ *Nerviosismo y angustia:* Los niños tienen necesidad de sus padres para sentir la sensación básica de seguridad de sí mismo, el mundo y el futuro. La pérdida generalmente deja al niño con un sentimiento de inseguridad y temor. Viene como resultado de las disputas violentas, incluso por agresiones físicas entre los padres. El niño expresará un profundo malestar con impresión de ahogo, bañado en sudor y temblor de piernas. Por ejemplo, en el caso de una niña que, ante la presencia de una feroz pelea de sus padres, se le encontró temblando incontrolablemente y, como secuela duradera, quedo con un problema de tartamudez de origen claramente afectivo. Parece imposible que situaciones de éstas sucedan, pero la realidad hablan todos los días que hay adultos que se comportan como si no lo fueran.

○ *Fobia:* es un miedo angustioso que experimenta el niño en estas circunstancias. Presenta temor, insomnio, fobias a diferentes cosas como: animales, al vacío, a los grandes espacios, a lugares cerrados, a la oscuridad, a estar solo, etc.

○ *Irritabilidad.* Con frecuencia se le ha asociado al comportamiento femenino, pero es también común en los hombres. Sus síntomas son la aparición de dolores diversos, risas nerviosas y sollozos. A veces utiliza el chantaje de la huida y entonces el supuesto suicidio es el que fortalece a los padres a un cambio de la situación. Pueden padecer crisis nerviosa y caer en shock histérico.

○ *Fantasía patológica:* el niño crea su mundo de fantasías, dónde niega el problema de sus padres. El niño crea una situación que nunca ha ocurrido, imaginando situaciones perfectas donde su vida juega un papel muy diferente a lo real.

○ *Trastornos generales:* entre estos se encuentran: anorexia, ingestión excesiva de alimentos, alcoholismo, enuresis (emisión involuntaria de orina durante el sueño, generalmente nocturnal) esta es una de las causas de tipo psicógeno de origen afectivo. En los adolescentes un

comportamiento sexual excesivo como puede ser la masturbación y una agitación psicomotriz, entre otros.

Existen también los niños no expresan síntomas tan claros, sino que ellos se desahogan en otras actividades del medio:

- Presentan inhibición en el aspecto afectivo con sus padres, se vuelca hacia otros objetos sustitutos que le proporcionarán la seguridad afectiva que necesita para su estabilidad; por ejemplo: un familiar próximo, algún adulto que le comprenda, algún compañero o pandilla.
- Se aferrará al cumplimiento escrupuloso de la disciplina escolar; otros se interesarán por el deporte o serán socios entusiastas de algún club deportivo o se dedicarán a una actividad de modo casi obsesivo.
- Aumentará su egocentrismo o su egoísmo, lo que sin duda puede volverse molesto a los que le rodean.

4.5.1 La depresión en los hijos de madres solteras

Siguiendo el modelo cognitivo de Beck (1967) las creencias y actitudes negativas sobre sí mismo, el mundo y el futuro son pensamientos distorsionados de experiencias anteriores que tienen las personas con depresión, en los niños surge debido a pérdidas o abandonos de sus seres queridos, problemas familiares, divorcio, etc.

De acuerdo con Varela (1985) y Moreno y Ramos (1999) es un supuesto teórico el que la conducta está medida por el modo que tiene una persona de estructurar el mundo, modo que está basado en actitudes y supuestos desarrollados a partir de experiencias previas de aprendizaje. Este modo supone que la persona percibe una situación similar y evalúa en función de sus experiencias anteriores. Cuando hay una pérdida ésta afecta su estado de ánimo y se pone triste, llora, se altera el sueño, hay ansiedad entre otros síntomas. La familia constituye un ambiente importante, tanto por las influencias que tiene en el comportamiento infantil como por el conjunto de relaciones que con ellas se configuran. Cuando hay problemas familiares, el niño presenta una serie de síntomas como: una baja autoestima, baja concentración, aislamiento, irritabilidad, tristeza, etc. Si existe divorcio pueden presentarse problemas de enuresis, terrores nocturnos, problemas de conducta, de alcohol, drogas.

Cuando esto pasa puede haber problemas que van más allá de la tristeza, ya que se desencadena la depresión hasta llegar al suicidio. Esto puede deberse a que los niños son más vulnerables ante éstas situaciones de estrés (Polaino-Lorente, 1985).

El mensaje transmitido por una de las figuras más importantes de su vida (padre-madre) es verdadero para los niños, provocando efectos ya sean positivos o negativos. Cuando el mensaje es negativo como “no sirves para nada” “me arruinaste la vida” “ojalá no hubieras nacido” “que tonto eres”, etc. los niños crecen con una autoestima muy dañada, por lo que hasta los más pequeños fracasos en la vida le provocarán pensamientos de tristeza. En la mayoría de los hogares donde se carece de padre, la reacción del niño depende de su sexo, por ejemplo, los hijos varones suelen ser más antisociales e impulsivos, menos capaces de controlarse, más rebeldes a la autoridad de los adultos, además tienen generalmente bajas calificaciones y suelen ser menos masculinos en orientación y conducta. En las niñas no se observa gran diferencia en su conducta comparada con las que sí tienen padre (Prestón, 1995).

La realidad es que estos fracasos, desilusiones y contrariedades, son aspectos inevitables de la vida adulta. Crecer en un ambiente agresivo incrementa el dolor provocado por las decepciones posteriores y deja una marca profunda en el menor. Los niños necesitan protección y cariño, pero también requieren de estímulos para crecer. Existe una fuerza interna inherente a cada persona, que la empuja a crecer, a convertirse en sí misma, a tener una opinión, actuar y dejar una marca en el mundo. Las experiencias de la vida adulta (especialmente los fracasos) remueven en las personas que no tuvieron apoyo en su crecimiento, los sentimientos profundos y dolorosos de la niñez. Las personas que crecen con el apoyo adecuado desarrollan una sensación interna básica de “estar bien”, por lo que los fracasos posteriores duelen, pero no son devastadores. Es evidente que una serie de experiencias tempranas tienen consecuencias significativas en el desarrollo y adaptación posterior. Pocos niños pueden superar estas experiencias tempranas dolorosas a solas o sin proceso terapéutico cuando están listos para entrar en la vida adulta, ya que llevan profundas heridas a las cuales sobreponerse (Prestón, 1995).

También están los niños que son criados por padres con depresión, la cual les resta energía y habilidad para involucrarse con ellos, provocándoles una profunda soledad. Hay niños rechazados y no amados, donde la depresión de la madre provoca rechazo hacia su hijo (Salinas, 2007).

CAPÍTULO V.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

Aragón y Silva (2002) señalan que en el enfoque cognitivo-conductual, la intervención psicológica juega un papel fundamental puesto que, es el proceso que comprende un amplio conjunto de técnicas, procedimientos de evaluación y tratamiento, empleados de manera selectiva y ajustada para cada persona en particular. Por tanto, las estrategias terapéuticas que se considera utilizar, no solamente varían según las diferentes clases de problemas conductuales, sino que también varían dentro de cada clase de problemas específicos. Sin embargo, es importante que antes de poder establecer una estrategia de intervención se cuente con información acerca del paciente y la meta que se busca alcanzar con la intervención, todo esto a través de la entrevista y una oportuna evaluación para así poder tomar decisiones correctas sobre el plan terapéutico que se utilizará.

5.1 Evaluación.

Aragón y Silva (2002) señalan que la evaluación en Psicología, se refiere a diagnosticar o detectar la presencia de un estado, conocimiento, trastorno, patología, etc., de acuerdo con el campo que esté siendo evaluado. Por tanto, el término evaluación en un sentido amplio no puede ser restringido sólo al diagnóstico, sino a todo un proceso que implica identificar, caracterizar, seleccionar, plantear objetivos, intervenir, pronosticar y volver a evaluar si los objetivos que se plantearon se alcanzaron. Dicho lo anterior, la evaluación psicológica no implica de manera exclusiva emplear algún tipo de prueba o instrumento a fin de conocer el estado actual de una persona o grupo de personas sobre algún problema psicológico o atributo, sino que va más allá, ya que llevar a cabo una evaluación sería el primer paso de un proceso que involucra la toma de decisiones para establecer entre otras cosas objetivos de intervención, técnicas y estrategias para conseguir dichos objetivos.

Ellos refieren que la evaluación psicológica comprende un concepto muy importante ya que este proceso supone que la conducta por evaluar mediante el empleo de algún instrumento específico es una muestra de los repertorios conductuales que el paciente evaluado posee, por

tanto, representa lo que él ha aprendido a lo largo de su historia como resultado del proceso de interacción con el entorno social. No obstante, así como no todas las evaluaciones son iguales, tampoco lo son los fines que se persiguen, puesto que dentro del proceso de evaluación hay estrategias selectivas que buscan la optimización a través de la selección adecuada de personas (en determinadas condiciones, elegidas o clasificadas bajo algún criterio) es decir, son personas en concreto donde la estrategia consiste en buscar las condiciones idóneas que mejor se adapten a cada uno de ellos, conforme al criterio de optimización.

La entrevista se encuentra íntimamente ligada con el proceso de evaluación, ya que desde el primer día de conocer al paciente, se comienzan a observar diversas características que ayudan al proceso, es importante destacar la pericia del psicólogo para percatarse de la comunicación verbal y no verbal que proporcionan tanto el niño como su madre. Es importante mencionar que el proceso de entrevista y evaluación en niños, es muy diferente al de los adultos, ya que el trato deberá ser adecuado con la edad, empleando palabras convenientes y entendibles, instrucciones claras y específicas, y principalmente desarrollando un buen enganche terapéutico para que el niño se sienta en confianza y pueda expresarse.

Como herramientas de apoyo para la evaluación de la depresión infantil se recomiendan instrumentos como:

- **Children's Depression Inventory (CDI)** (Anexo 1).

El inventario CDI, de M. Kovacs (1977 en Kovacs, 1992), es el test para la Depresión Infantil más utilizado en todo el mundo. Su objetivo es evaluar los síntomas depresivos en niños y adolescentes, y su facilidad de lectura permite la aplicación a partir de los 7 años. El CDI puede administrarse de manera individual o colectiva, oscilando el tiempo de aplicación entre 10 y 20 minutos, en función de la habilidad lectora del niño.

Consta de 27 reactivos con tres opciones de respuesta alternativas que se califican de 0 a 2, de las cuales el niño elige cuál es su situación emocional en las últimas dos semanas. La ausencia del síntoma se puntúa 0, la presencia en una forma leve se puntúa 1 y la presencia en una forma grave se puntúa 2, por lo que la puntuación total puede oscilar entre 0 y 54 puntos.

El punto de corte para discriminar entre niños con o sin depresión es de una puntuación directa de 19. La puntuación directa se transforma en puntuación T, considerándose que el niño tiene depresión a partir de una T de 65 y la presencia de una depresión grave cuando dicha puntuación T es mayor de 80.

En México se realizó un estudio de validez concurrente entre el CDI y el Depression Self-Rating Scale (DSRS) (León, 2005). El puntaje obtenido en la prueba de Alfa de Cronbach para este instrumento fue de 0.86. El punto de corte utilizado fue de 19 y se obtuvo una sensibilidad del 66% y una especificidad del 70% (Espino, Flores y García, 2012).

- **Depression Self-Rating Scale (DSRS)** (Anexo 2).

La escala autoadministrada de la Depresión, también conocida como escala de Birleson consta de 18 reactivos en escala tipo Likert, todos puntúan de 0 a 2, siendo la calificación máxima 36, diez de los reactivos redactados en forma positiva (se puntúan de 0 a 2) y ocho en forma negativa (se puntúan de 2 a 0) y así se realiza un análisis de las respuestas para determinar si existe depresión. Su autor Peter Birleson, parte de un concepto operacional de la depresión infantil para la elaboración de este instrumento al incluir los síntomas afectivos, cognitivos y somáticos de la depresión. Originalmente, la DSRS estaba diseñada para evaluar la presencia y severidad de sintomatología depresiva únicamente en niños de 7 a 13 años, sin embargo, estudios posteriores han demostrado su utilidad y validez en población adolescente. Su tiempo de respuesta varía de acuerdo a la persona entre 5 y 10 minutos.

En México, De la Peña, Lara, Cortés, Nicolini, Páez y Almeida (1996) realizaron un estudio para demostrar la validez de constructo y criterio externo de este instrumento en población adolescente (entre 13 y 19 años de edad). La muestra estuvo comprendida por 349 adolescentes divididos en dos grupos: 138 que comprendían la población clínica y 211 que comprendían la población abierta. Para la población clínica se utilizó como estándar una entrevista semiestructurada diseñada para esta investigación y basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV.

Los resultados revelaron que la utilización de este instrumento como prueba diagnóstica presenta un equilibrio máximo entre sensibilidad y especificidad cuando los puntos de cortes fueron entre 14 y 15. Así mismo, se evaluó la consistencia interna mediante la prueba de Alfa de

Cronbach obteniendo un valor alfa de 0.85 para la población clínica y de 0.77 para la población abierta. En cuanto a las características demográficas de la población se encontraron diferencias significativas con respecto a la variable sexo, con mayores puntajes para las mujeres. La variable escolaridad y edad no reveló diferencias estadísticamente significativas (Espino, Flores y García, 2012).

- **Reynolds Child Depression Scale (RCDS)** (Anexo 3).

La escala de depresión para niños de Reynolds es llamada también Cuestionario "Acerca de mí". Creada por William Reynolds (1989). Es una escala de autoevaluación diseñada para niños entre 8 y 13 años. Consta de 30 ítems de auto-reporte de los síntomas depresivos. Los elementos a evaluar son los síntomas de la depresión de los criterios enumerados de la depresión mayor y la distimia en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-Tercero-Revisado (DSM-III-R, la Asociación Americana de Psiquiatría). Todos menos uno de los elementos evalúa síntomas depresivos clínicamente relevantes en una escala tipo Likert, que van desde 1 = "casi nunca" a 4 = "todo el tiempo", donde el mayor puntaje determina si existe depresión.

- **Inventario de Depresión de Beck (BDI)** (Anexo 4).

El instrumento está diseñado con un vocabulario que puede ser comprendido por personas con un nivel de escolaridad mínimo de quinto grado de primaria., es importante mencionarlo ya que la propuesta se encuentra basada en el planteamiento de A. T. Beck (1961 en Beck y Steer, 1993) y en este caso sería utilizado con niños (Torres-Castillo, Hernández-Malpica y Ortega-Soto, 1991).

Debe ser administrado en un lugar con suficiente iluminación, aire y sin distractores. Su duración no debe pasar de 15 minutos, la aplicación también puede ser oral. El BDI estandarizado para los residentes de la Ciudad de México consta de afirmaciones con 4 opciones de respuesta cada una. La persona tiene que elegir una de dichas opciones. Se utiliza como una medida de la intensidad de la depresión.

Los ítems se evalúan en una escala de 0 a 3 puntos. A mayor puntuación en la escala mayor intensidad de la depresión valorándose los siguientes rangos cuantitativos: depresión ausente o mínima (0-4 pts.), depresión leve (5-7 pts.), depresión moderada (8-15 pts.) y depresión grave (16 o más pts.). El proceso para estandarizar el Inventario (BDI) se llevó a cabo mediante tres estudios.

El primero siguió los lineamientos establecidos internacionalmente para traducir y adaptar instrumentos de evaluación psicológica. La muestra fue de 1508 personas adultas (edades 15 a 65 años), la confiabilidad por consistencia interna obtenida fue alfa de Cronbach de 0.87, $p < .000$. El análisis factorial mostró que la versión mexicana, al igual que la original, se compone por tres factores. Por último, se obtuvieron las tablas normativas tanto para estudiantes como para la población en general. El BDI desarrollado mediante la estandarización cumple con los requisitos psicométricos de confiabilidad y validez requeridos psicométricamente para evaluar los niveles de depresión de los residentes de la ciudad de México

Beck (1967) identificó cuatro clases de síntomas, indicando también que cada síntoma puede tener distintos grados de intensidad, y los más leves son sin duda similares a los observados en personas normales que se sienten tristes.

De acuerdo con las puntuaciones obtenidas, el rango de depresión es:

PUNTUACIONES	RANGO
De 0 a 9	Depresión Mínima
De 10 a 16	Depresión Leve
De 17 a 29	Depresión Moderada
De 30 a 63	Depresión Severa

Las puntuaciones mayores a 15 puntos ya deben ser tratadas como depresivas.

Las actitudes y síntomas valuados en la Escala por reactivos son:

- | | | | |
|----------------------------|-------------------|----------------------------------|---------------------------|
| 1. Estado de ánimo | 6. Castigo | 11. Irritabilidad | 16. Insomnio |
| 2. Pesimismo, | 7. Autodisgusto | 12. Desinterés social | 17. Fatiga |
| 3. Sentimiento de fracaso | 8. Autoacusación | 13. Indecisión | 18. Pérdida del apetito |
| 4. Insatisfacción personal | 9. Ideas suicidas | 14. Cambio en la imagen corporal | 19. Pérdida de peso |
| 5. Culpa | 10. Llanto | 15. Dificultad laboral | 20. Preocupación somática |
| | | | 21. Pérdida de la libido. |

Los primeros 14 apartados, se refieren a síntomas afectivo-cognoscitivos y los 7 restantes a síntomas vegetativos-somáticos, que pueden también ser el resultado de una enfermedad física.

Los síntomas que se reconocen entonces son:

- Síntomas afectivos: Ánimo abatido, autodesagrado, insatisfacción, indiferencia afectiva, accesos de llanto y pérdida del sentido del humor.
- Síntomas motivacionales: Pérdida de las motivaciones, deseos de evasión, escape y aislamiento y pensamientos suicidas.
- Síntomas cognoscitivos: Baja valoración de si mismo, pesimismo, autoacusación y autocrítica, indecisión y autoimagen distorsionada.
- Síntomas físicos y neurovegetativos: Pérdida del apetito, trastornos del sueño, pérdida de la libido y fatiga (Reyes y Rodríguez, 2005).

En el trabajo de Santamaría (2005 en Reyes y Rodríguez, 2005), se establece una clasificación de acuerdo a la intensidad de los síntomas tratados en el inventario de Beck. Es importante mencionar que algunas características refieren únicamente a los adultos.

Síntomas Afectivos:

Ánimo abatido

- Leve: El paciente informa que se siente abatido o triste, sentimientos que fluctúan en el transcurso del día.
- Moderada: La disforia tiende a ser más pronunciada y persistente y varía en el transcurso del día, a menudo es peor durante la mañana y tiende a disminuir a medida que avanza el día.
- Severa: El paciente suele decir que se siente sin esperanza o desdichado algo que no puede soportar.

Autodesagrado

- Leve: El paciente declara que se siente decepcionado de sí mismo.
- Moderada: El sentimiento de autodesagrado es más intenso y puede transformarse en disgusto consigo mismo.
- Severa: El sentimiento puede progresar hasta el punto de que el paciente se odie a sí mismo.

Insatisfacción: Este sentimiento es tan penetrante en los pacientes con depresión que muchos de ellos lo consideran la manifestación principal de la enfermedad.

- Leve: El paciente se queja de que ha perdido algo de la alegría de vivir. Es característico que las actividades que implican responsabilidad le satisfacen menos que antes.
- Moderada: El paciente se siente aburrido gran parte del tiempo
- Severa: No encuentra algún placer en actividades que antes le agradaban, e incluso puede llegar a sentir aversión por ellas.

Accesos de llanto: Son frecuentes en los pacientes con depresión.

- Leve: Aumenta la tendencia a sollozar o llorar. Los estímulos que antes no causaban llanto pueden hacerlo ahora.
- Moderada: Durante la entrevista con el psicólogo, el paciente puede llorar al mencionar sus problemas, aunque se trate de un hombre que no ha llorado en su niñez.
- Severa: El paciente que antes lloraba con facilidad, puede encontrar que ahora ya no puede llorar aunque lo desee hacerlo. Puede sollozar pero no tiene lágrimas.

Pérdida del sentido del humor: Es frecuente que los pacientes con depresión informen que han perdido el sentido del humor, siendo el problema que el paciente no responde al humorismo de manera habitual.

- Leve: Los pacientes que solían disfrutar oyendo o diciendo chistes encuentran que esto ya no los satisface como antes. Es normal que éstos ya no les causen gracia y ya no son tolerantes a las bromas de sus amigos.
- Moderada: El paciente ya no es capaz de ver el lado gracioso de las cosas y tiende a tomar todo muy en serio.
- Severa: El paciente no responde de ninguna forma a las bromas de otras personas, tendiendo a reaccionar agresiva y hostilmente, sintiéndose lastimado o disgustado.

Síntomas Motivacionales

Pérdida de motivación: Es una de las características sobresalientes de la depresión. Al paciente puede parecerle difícil ponerse en movimiento para realizar incluso las tareas más elementales e importantes como comer, evacuar o tomar de medicamentos para aliviar las molestias. La base del problema parece ser que, aunque el paciente sabe que debe hacer las cosas, no siente ningún estímulo para hacerlo.

- Leve: El paciente descubre que ya no tiene el deseo espontáneo de realizar determinadas actividades, especialmente las que no le proporcionan ninguna satisfacción inmediata
- Moderada: La pérdida de deseo espontáneo se extiende a casi todas las actividades habituales del paciente.
- Severa: Es frecuente una completa parálisis de la voluntad. El paciente no siente deseos de hacer algo, ni siquiera los actos esenciales para la vida.

Deseos de evasión, escape y aislamiento: Es el deseo de escapar de la rutina de las actividades cotidianas. La persona con depresión considera sus deberes como aburridos, sin sentido o pesados y desea escapar hacia una actividad que le ofrezca tranquilidad y refugio.

- Leve: El paciente experimenta una fuerte inclinación a evitar o posponer la realización de las cosas que considera difíciles o poco interesantes.
- Moderada: Los deseos de evasión son más intensos extendiéndose a una gama mucho más amplia de las actividades cotidianas del paciente.
- Severa: El deseo de evasión o escape se manifiesta por un marcado retraimiento, siendo una forma de escape común el suicidio.

Pensamientos suicidas: Puede ser experimentado como un deseo pasivo, deseo activo, deseo repetitivo o como una fantasía.

- Leve: A menudo estos pacientes toman una forma pasiva. Aunque el paciente asegure que no haría nada para acelerar su muerte, puede encontrar atractiva la idea de morir.
- Moderada: Los deseos suicidas son más directos y frecuentes. Existe un riesgo definido que el paciente intente suicidarse, ya sea de una manera pasiva o premeditada
- Severa: Los deseos de suicidio son más intensos, aunque el paciente puede presentar demasiado retardo psicomotor para intentar suicidarse.

Síntomas Cognoscitivos

Baja valoración de sí mismo: La autodevaluación forma parte del patrón que sigue el paciente con depresión para considerarse a sí mismo deficiente en aquellas cualidades que son específicamente importantes para él: habilidad, eficiencia, inteligencia, salud, fuerza, atractivo personal, popularidad o fortuna.

- Leve: El paciente reacciona exageradamente ante cualquiera de sus errores o dificultades, y tiende a considerarlos como un reflejo de su incompetencia o como defecto propio.
- Moderada: La mayoría de los pensamientos del paciente gira alrededor de su sensación de deficiencia, sólo ve fracasos en su pasado y presente. Exagera el grado de importancia de cualquier error, el paciente religioso tiende también a cavilar sobre sus pecados.
- Severa: Las autovaloraciones del paciente alcanzan su punto más bajo. Se considera a sí mismo inservible, inepto y un completo fracaso, afirmando que es una carga para su familia.

Pesimismo: Los sentimientos de desesperanza antes mencionados están estrechamente relacionados con una actitud sombría y pesimista respecto al futuro.

- Leve: El paciente tiende a esperar un desenlace negativo en las situaciones ambiguas o dudosas.
- Moderada: Considera que su futuro no es prometedor y afirma que no tiene nada que esperar.
- Severa: Ve el futuro sombrío y sin esperanza, creyendo que ninguno de sus problemas tiene solución.

Autoacusación y Autocrítica: Parecen estar relacionadas con su concepto egocéntrico de la causalidad y su tendencia a criticarse a sí mismo por sus supuestas deficiencias.

- Leve: El paciente tiende a culparse a sí mismo cuando no llega a satisfacer plenamente sus rígidos criterios perfeccionistas.
- Moderada: El paciente tiende a autocriticarse severamente por cualquier aspecto de su personalidad o de su conducta que considere inferior a lo normal.
- Severa: El paciente es aún más exagerado en sus autoacusaciones y autocríticas. Se ve a sí mismo como un criminal, e interpreta diversos hechos externos como signos de reprobación pública.

Indecisión: La dificultad para tomar decisiones, la vacilación ante las alternativas y los cambios de opinión son características depresivas que suelen ser muy molestas para los familiares y amigos del paciente. Incluso para él mismo. Presenta dos facetas: el paciente teme que va a tomar la decisión equivocada, le falta motivación suficiente para realizar todas las operaciones mentales

requeridas para llegar a una conclusión. Las decisiones cotidianas se convierten en verdaderos problemas para ellos.

- Leve: Un paciente que normalmente podía tomar decisiones inmediatas, nota que las decisiones no las toma tan fácilmente como antes.
- Moderada: La dificultad para tomar decisiones se extiende a casi todas sus actividades y abarca problemas muy triviales, como qué ropa ponerse, qué camino seguir hasta la casa u oficina, etc.
- Severa: Generalmente los pacientes con depresión creen que son incapaces para tomar una decisión y por lo mismo ni siquiera lo intentan.

Autoimagen distorsionada: A menudo el paciente con depresión tiene una imagen distorsionada de su aspecto físico, en especial las mujeres.

- Leve: El paciente empieza a preocuparse en exceso por su aspecto físico.
- Moderada: Aumenta la preocupación por el aspecto físico. El paciente cree que su aspecto ha sufrido un cambio desde que empezó la depresión, aunque no tenga una prueba objetiva de esta idea.
- Severa: La idea de la falta de atractivo personal se hace más fija. El paciente cree que su aspecto es repulsivo.

Síntomas Físicos y Neurovegetativos

Pérdida del apetito: En muchos casos es el primer signo de una depresión incipiente, y su retorno puede ser el primer signo de que la depresión empieza a ceder.

- Leve: El paciente puede notar que ya no disfruta de sus comidas tanto como antes. También es algo menor su deseo de comer.
- Moderada: El deseo de comer puede faltar casi por completo, y el paciente puede omitir una comida casi sin darse cuenta.
- Severa: El paciente puede tener que obligarse, o ser obligado a comer llegando tal vez a sentir aversión por la comida. Después de varias semanas de depresión inmensa, la pérdida del peso corporal puede ser considerable.

Trastornos del sueño: La dificultad para dormir puede ser uno de los síntomas más notables de la depresión, aunque también se presenta como una gran proporción de personas que no tienen depresión. Puede presentarse tanto insomnio como hipersomnio, siendo mucho más frecuente el primero.

- Leve: El paciente informa que se despierta de unos cuantos minutos a una media hora antes de lo habitual.
- Moderada: El paciente se despierta una o dos horas antes de lo habitual, informando con frecuencia que su sueño no es reparador.
- Severa: Con frecuencia el paciente se despierta después de dormir sólo cuatro o cinco horas y no puede volver a dormir. En algunos casos los pacientes afirman que no han dormido nada y que se han pasado la noche “pensando”.

Pérdida de la libido: Se presenta alguna disminución del interés por el sexo.

- Leve: Hay generalmente una disminución del deseo sexual espontáneo y de la respuesta a estímulos sexuales. Sin embargo en algunos casos de depresión leve el deseo sexual parece estar aumentado.
- Moderada: El deseo sexual está marcadamente disminuido y sólo responde a estímulos externos.
- Severa: Se ha perdido toda sensibilidad a los estímulos sexuales, y el paciente puede sentir una profunda aversión por el sexo, llegando incluso a no tener respuesta alguna.

Fatiga: Se presenta un aumento en el cansancio. Está tiende a presentar variabilidad en el transcurso de día, paralela al abatimiento del estado de ánimo y a la actitud pesimista. Se puede acompañar de retardo psicomotor.

- Leve: El paciente nota que ahora se cansa más fácilmente que antes.
- Moderada: Generalmente el paciente se siente cansado desde que despierta y casi cualquier actividad parece acentuar su cansancio. El reposo, la tranquilidad y las distracciones no parecen aliviar esa sensación y de hecho pueden agravarla.
- Severa: El paciente se queja de estar demasiado cansado para hacer algo.

Además Reyes y Rodríguez (2005), refieren que Beck también menciona que existen delirios que acompañan a la depresión y que estos pueden ser de varios tipos: delirio de insignificancia,

delirios somáticos, delirios de pobreza y delirio de haber cometido un pecado imperdonable y de estar esperando o recibiendo algún castigo.

Sin importar el tipo de diagnóstico, el objetivo final de toda evaluación es la toma de decisiones, que supone la existencia de alternativas entre las cuales hay que elegir. Por lo anterior para Aragón y Silva (2002) la intervención psicológica es considerada como todo lo que al final de un proceso de evaluación puede implementarse a consecuencia de dicho proceso.

5.2 Propuesta de intervención cognitivo-conductual para hijos con depresión de madres solteras.

Objetivo general

Ofrecer una propuesta de intervención psicoeducativa con enfoque cognitivo-conductual mediante un conjunto de técnicas que ofrezcan alternativas para modificar conductas de riesgo y el estilo de vida en niños y adolescentes con depresión, mejorando su vínculo afectivo familiar.

Objetivos particulares

- Detección de conductas de riesgo, características en los trastornos depresivos
- En el caso de pacientes que presentan ideas o conductas suicidas, el objetivo principal es controlar los síntomas que ponen en riesgo la vida o la integridad física del paciente y/o familiares.
- Fomentar el respeto de reglas y límites que una autoridad impone, así como los beneficios que conlleva esta acción.
- Potenciar en el paciente el autocontrol y autoevaluación de su comportamiento, de manera que logre identificar y cambiar conductas problema.
- Incrementar la expresión con asertividad, de emociones y sentimientos hacia los demás.
- Fomentar la comunicación y relación asertiva hacia los demás.
- Promover la empatía e impulsar la interacción social.
- Incrementar la capacidad para disfrutar las actividades de la vida diaria.
- Mejorar la calidad del vínculo afectivo entre las madres solteras y sus hijos, fomentando los valores sociales, la importancia que tiene una buena comunicación y atención entre la familia.

- Que el paciente tenga autocontrol de sus cogniciones y conductas, eliminado pensamientos no razonables.
- Que el paciente modifique la percepción y evaluación de sus pensamientos.
- Que el paciente disminuya conductas problema, tales como: apatía, flojera, desmotivación, dependencia, irresponsabilidad.
- Que logre una adecuada adherencia terapéutica.
- Que identifique, modifique y/o elimine las conductas y factores de riesgo que aumentan la probabilidad de una recaída
- Que controle la ansiedad y sea tolerante a la frustración.
- Que esté preparado ante las fluctuaciones en sus síntomas y no se desanime por ello, sino que los enfrente.
- Que identifique y resuelva de manera adecuada problemas o situaciones que le generen tristeza encausada a la depresión.
- Que disminuya niveles de impulsividad y reacción violenta, a partir de la concientización de futuras consecuencias logrando fomentar en la paciente la capacidad de toma de decisiones asertiva.
- Que el paciente cuente con una mejor calidad de vida.
- Modificación de la percepción de sí mismo (autoconcepto) y las personas que lo rodean.
- Mejoramiento del autocuidado e higiene personal.

5.2.1 Intervención terapéutica individual cognitivo-conductual

Se recomienda que la intervención terapéutica individual se lleve a cabo una vez por semana, en donde el menor estará con el terapeuta por aproximadamente 50-60 minutos. Las sesiones pueden llevarse a cabo dentro del consultorio, se recomienda equiparlo con sillón, tapetes para poder sentarse en el suelo, mesa y sillas para que puedan sentarse el niño y el terapeuta. Además será necesario contar con el material didáctico recomendado para cada actividad. Se sugiere que la madre (o quien lleve al niño) espere fuera del consultorio mientras se lleva a cabo la sesión para que no interfiera en las actividades, solamente cuando se requiera su participación podrá estar dentro.

La TCC incluye un análisis cognitivo: reconocimiento de emociones, la relación de éstas con la conducta, el cambio de atribuciones cognitivas negativas y la aplicación de distintas intervenciones conductuales como entrenamiento en habilidades sociales y la resolución de problemas, que se abordarán a lo largo de la terapia. En niños y adolescentes no difiere ni en la lógica, procedimiento o elementos terapéuticos esenciales de la empleada con los adultos, pero los procedimientos terapéuticos se adaptan a la edad del niño, será necesario modificar la forma de llevar la terapia, el lenguaje verbal y corporal, el material didáctico, de acuerdo a cada paciente.

Para llevar a cabo una intervención terapéutica, debe haber previamente una evaluación del paciente y después iniciar el tratamiento, para esta intervención se propone el siguiente orden:

a) Establecer la relación terapéutica

Actitudes deseables del terapeuta: Inspirarle confianza, lo cual se conseguirá con:

- Consideración positiva incondicional, empatía y congruencia logrando conseguir que el niño lo perciba así.
- Estar bien preparado y conocer el tema, técnicas y estrategias.
- No mostrarse demasiado interesado, reforzante o afectado.
- Conjuguar la honestidad con la diplomacia, teniendo en cuenta la propensión del niño a hacer interpretaciones negativas.
- Destacar y mantener en todo momento una actitud de trabajo en equipo.
- Actitud positiva: Reestructurar y buscar la parte útil de cualquier situación.
- Cuando el paciente presenta un impulso suicida, es necesario ayudarlo a aprender a controlarlo y así prevenirlo en el futuro, porque lo que se aprende en un estado emocional se recuerda más fácilmente cuando se vuelve a experimentar algo similar (aprendizaje dependiente del estado).
- Hacer resúmenes de lo que él ha dicho y pedirle que él los haga.
- La mayor parte de verbalizaciones del terapeuta se hacen en forma de preguntas y se usan para asegurarse de que se está comprendiendo al niño.
- Saber cómo percibe el niño al terapeuta y conocer su actitud ante la terapia.
- Comprender bien lo que quiere decir (su marco de referencia).

- Acostumbrarlo a que se haga preguntas a sí mismo; a que considere las ideas del terapeuta y las suyas como hipótesis a comprobar (procesamiento de la información controlado para contrarrestar la influencia del procesamiento automático derivado de la modalidad depresiva).
- Posibilitar y encausar una toma de decisiones presentando diferentes alternativas para solucionar un problema.
- Animarlo a examinar las consecuencias de su conducta contraproducente.
- Hacer preguntas para: suscitar su curiosidad, convertir en hipótesis de trabajo sus puntos de vista aparentemente rígidos, ayudarle a identificarlos, evaluarlos con objetividad, y reconsiderar y corregir sus cogniciones y creencias.
- Ayudarle a que exprese lo que él piensa, no decirle lo que el terapeuta cree que piensa.
- Hay dos factores importantes que permiten a un niño enfrentar un proceso doloroso: el primero es la posibilidad de poder contar, cuando menos, con otro adulto en quién confiar. El segundo factor es ayudar a un niño en su duelo. Si al niño se le da el mensaje “Esto es difícil, está bien que llores” y se comparten con él, las propias lágrimas y el dolor, se le ayudará a prevenir heridas emocionales que pueden durar toda la vida.

Cuidar:

- No usar las preguntas para encontrarle en contradicciones (se sentiría atacado).
- Que no se ponga a la defensiva tratando de adivinar lo que se espera que responda.
- Usar el humor con prudencia y sensatez (puede ayudar al niño a darse cuenta de lo absurdo y perjudicial de algunas ideas): exagerando, provocando una disonancia cognitiva y haciéndole buscar explicaciones alternativas más adaptativas.

b) ¿Qué técnicas utilizar?

A continuación se realiza la descripción de técnicas cognitivo-conductuales ampliamente recomendables para la utilización en terapia con niños con depresión:

c) Psicoeducación y técnicas de automonitoreo: para empezar a tratar a un menor con un diagnóstico de trastorno depresivo, es importante que se le explique en qué consiste, por qué surge, cuáles son los síntomas y las consecuencias. Todo ello con palabras entendibles y si es posible con imágenes explicativas.

Una vez que el niño ha comprendido, se debe indagar por un lado acerca de las emociones, y por otro, los pensamientos que esté presentando. Además se identifican las señales corporales que muestra. A los niños con depresión se les puede explicar que cuando se tiene depresión puede sentirse triste. “La tristeza es una reacción normal que sienten todas las personas cuando se pierde a alguien o algo que se quiere mucho, cuando pasa algo negativo o cuando por más que se intente, no se logra lo que se quiere. Es normal sentirse triste cuando muere alguien a quien se ama mucho. Pero hay veces que no ha pasado nada malo, no es tan malo lo que pasó, o ya pasó mucho tiempo, y de todas formas se siente tristeza en exceso, es entonces cuando la tristeza no es normal y se debe investigar lo que está ocurriendo. Se debe averiguar qué se está pensando.”

- **Emociones:** una manera de lograr indagar en ellas, es por medio del juego del “**El investigador de las emociones**” (Anexo 5) donde se discute con el niño acerca de las emociones como la tristeza, el enojo o el mal humor y se le ayuda a identificar en qué circunstancias se siente así, qué piensa y qué hace o deja de hacer cuando se siente así. Se puede utilizar el “**Termómetro del ánimo**” (Anexo 6) como una metáfora para que les ayude a evaluar la intensidad de sus emociones de 0 a 10. Dicho termómetro es una metáfora adecuada para medir diferentes grados de activación emocional y evaluar la dificultad del afrontamiento (Kendall, 1992 en Solloa, 2001).

El terapeuta y el niño juegan a indagar juntos qué tanto de lo que ocurre usualmente cuando se tiene depresión le está ocurriendo al niño en particular. Este ejercicio tiene como objetivo que el niño comprenda que lo que le sucede es que tiene depresión (en este aspecto se recomienda pedirle al niño que recuerde alguna situación en la que vivió cada emoción) se le puede ayudar a identificarla si el terapeuta expresa alguna experiencia propia para que el niño observe que esto les ocurre también a otros niños y/o adultos:

- **Tristeza.** “Hay situaciones, como cuando los compañeros o amigos no quieren jugar con nosotros, o cuando estamos enfermos, etcétera que nos producen pensamientos que nos entristecen mucho. Cuando nos sentimos tristes dejamos de hacer cosas que antes nos gustaba hacer. ¿Tú sientes tristeza? ¿Cómo es tu tristeza? ¿Dónde la sientes, en el pecho, en el estómago, en las piernas? ¿Qué sientes, dolor, como vacío? ¿Qué piensas cuando te sientes triste?”

- **Enojo.** “A veces nos enojamos sin que realmente haya pasado algo que deba enojarnos. Simplemente estamos de mal humor”. ¿Te sientes de mal humor? ¿Qué piensas cuando te sientes de malas? ¿Qué haces?”
- **Pesimismo.** “Las personas que tienen depresión piensan que les van a pasar cosas malas, no creen que sus problemas se resuelvan, ni que el futuro vaya a ser mejor para ellos, que nunca tendrán amigos. ¿Tú qué piensas? ¿Cómo crees que vaya a ser tu futuro? ¿Crees que ya no vas a sentirte triste? ¿Cómo vas a ser cuando seas más grande (mayor)?”
- **Fracaso.** “A algunas personas con depresión les da miedo equivocarse, y por eso mejor no intentan hacer cosas (actividades) nuevas. ¿Quieres aprender algo nuevo? ¿Tienes miedo de equivocarte cuando estás aprendiendo algo nuevo?”
- **Pérdida de placer.** “Para los niños que se deprimen, hay juegos que antes les parecían divertidos, pero de repente ya no. ¿Te pasa eso a ti? ¿A qué jugabas antes, que ahora ya no juegas?”
- **Culpa.** “Cuando padecemos depresión sentimos que tenemos la culpa de lo malo (las cosas malas) que pasa. ¿Tú sientes culpa? ¿De qué te sientes culpable?”
- **Castigo.** “Cuando padecemos depresión sentimos como cuando nos castigan. ¿Tú te sientes castigado?”
- **Disgusto personal.** “Cuando padecemos depresión no nos sentimos bien con nosotros mismos. Nos sentimos decepcionados de lo que hacemos, de cómo somos. Sentimos que nadie nos quiere, que somos aburridos o tontos. ¿Cómo piensas que eres tú? ¿Te dices cosas feas en tu mente? ¿Qué te dices?”
- **Llanto.** “Las personas con depresión lloran mucho. ¿Lloras a veces? ¿Mucho? ¿Qué piensas cuando lloras?”
- **Sueño.** “Algunas personas que se deprimen a veces tienen problemas para dormir o duermen mucho. Tienen sueño todo el tiempo. ¿Duermes casi todo el día? ¿Quisieras quedarte durmiendo todo el día? ¿No duermes bien? ¿Te despiertas por la noche y ya no puedes dormir?”
- **Concentración.** “¿Puedes poner atención en la escuela? ¿Te distraes en clase?”
- **Energía.** “¿A veces te das cuenta que no tienes ganas de hacer algo? Dime, ¿qué piensas cuando no quieres hacer cosas? ¿Te sientes cansado? ¿Se te quita el hambre?”

○ **Evitación.** ¿Te pasas mucho tiempo sin hacer algo? ¿Tratas de no pensar en tus problemas? ¿Si una tarea te parece difícil, ya no la haces?

○ **Síntomas físicos.** “¿Sientes dolores aunque no estés enfermo? ¿Te sientes enfermo?” (En esta fase es cuando es importante discutir con el niño la naturaleza cíclica de los síntomas y componentes de la depresión). Dependiendo de sus respuestas a la conversación sobre los síntomas de la depresión, el terapeuta extrae los pensamientos más frecuentes asociados con ella.

En este punto, se necesita comenzar a asociar los pensamientos negativos con los síntomas que haya referido como más frecuentes. “¿Te das cuenta que cuando piensas eso, te sientes más triste, realizas menos actividades que antes te gustaba hacer, duermes más, dejas de hacer lo que te gusta y te sientes peor, te sientes mal y más triste?” etcétera.

Se le explica lo que le está pasando, que juntos han descubierto lo que le pasa. Una vez que el niño haya entendido lo que es la depresión, estará listo para distinguir entre emociones, pensamientos y conductas.

- **Distinción entre emociones, pensamientos y conductas:** uno de los componentes más importantes de la psicoeducación es que el niño, en primer lugar, aprenda a distinguir entre las emociones, los pensamientos y las conductas; y posteriormente identificar la conexión que existe entre éstos.

Para iniciar la discriminación entre los tres elementos que son piezas básicas para lograr la psicoeducación, puede servirse de juegos. Se puede trabajar, por ejemplo, con tres recipientes claramente distintos entre ellos, que pueden ser una canasta, un bote y una caja. Cada recipiente corresponde a cada uno de los componentes, por ejemplo, los pensamientos irían en la canasta, las emociones en el bote y las conductas en la caja. El juego consiste en que: tanto el terapeuta, como los niños, reciban un papelito describiendo un pensamiento, una emoción o una conducta, lo lean en voz alta y lo introduzcan en el recipiente que le corresponda. Por ejemplo, en el papelito estará escrito “soy muy listo”, el niño tendrá que identificar si es una emoción, una conducta o un pensamiento. El niño deberá meter el papelito en la canasta. Existen variedades de este juego. Los niños más pequeños tal vez requieran que el terapeuta se refiera a las emociones como “lo que siento”, a los pensamientos como “lo que pienso” o “lo que me digo en mi mente”, y a las conductas como “lo que hago”.

Además se pueden elaborar juegos de tipo “Monopoly” o “Turista”, donde van echando dados y van avanzando y caen en una casilla en donde se le pide al niño que represente una emoción o que la mencione y en otra casilla una conducta. De esta manera, los niños jugando aprenderán a distinguir entre emociones, pensamientos y conductas, lo cual es un requisito importante para el siguiente paso.

- **Distinción de pensamientos negativos o absurdos:** durante el trabajo con los pensamientos, es muy importante que el niño identifique cuáles son los pensamientos que producen las emociones que experimenta. Comprender la conexión entre pensamientos, emociones y conductas es fundamental. El siguiente objetivo es que el niño perciba la conexión entre los pensamientos y las sensaciones o emociones que le molestan, también que identifique cuando sus pensamientos son negativos y/o absurdos.

El concepto de *pensamiento automático* es fundamental en este punto, para que el niño entienda que hay ciertos pensamientos que ocurren automáticamente (que le vienen a la cabeza de repente) y le producen automáticamente una emoción que le desagrada o le hace sentir mal. Los pensamientos automáticos pueden ser positivos o negativos. Por lo tanto, el niño identificará estos pensamientos y las emociones relativas a la depresión que sufre. El “**Autorregistro de pensamientos negativos automáticos**” (Anexo 7) (registro diario de pensamientos) lo más pronto posible (o a una hora fija) en los periodos más difíciles y/o en los lugares más difíciles, es una de las técnica más utilizadas, siempre y cuando el menor sea consciente de lo que está haciendo y tenga la edad deseada (Friedberg y McClure, 2005)

Para el autorregistro se utilizan los registros de triple o cuádruple columna, que relacionan situaciones, pensamientos, emociones y conductas, estos han demostrado ser un recurso eficaz en la promoción de habilidades autoterapéuticas por parte de los pacientes. Su simplificación y adaptación a un formato atractivo resulta crucial para ser aceptado por los niños. De esta manera se elude la formalidad para transformarse en un juego de afrontamiento plausible se der implementado en los momentos conflictivos (Beck y Clark, 1997 en Caro 1997).

Cuando el niño es más pequeño y pueda identificar los pensamientos automáticos y la conexión con sus emociones, se puede utilizar la siguiente técnica: pedirle que cierre los ojos, que respire

profundo y se le induce un pensamiento: “Estás sin hacer nada y piensas ‘nadie me quiere’”. Un pensamiento obviamente relacionado con su problemática. Se le pregunta “¿Qué sentiste cuando te dijiste eso?” Generalmente, responderá que tristeza, o enojo, o miedo. “Ves cómo es que tú mismo te puedes producir esa emoción que te molesta tanto”. Se realiza, entonces, el ejercicio contrario, es decir, con un pensamiento positivo y se le pregunta qué sintió cuando se dijo eso. Los pensamientos automáticos ya identificados anteriormente serán los que el niño relacione con alguna emoción. Se le inducirá el pensamiento a la vez que se le pregunte qué sintió.

Generalmente, los pensamientos automáticos generarán una emoción negativa. Es importante permitir que el niño vea que él (ella) tiene el control de los pensamientos y puede inducir o suprimir cuando quiera las emociones que éstos provocan.

d) Restructuración cognitiva: El diálogo socrático y el razonamiento deductivo puede servir con niños mayores de 11 años capaces de responder a preguntas e indagar en lo asertivo o no de sus respuestas. Sin embargo es más viable y recomendable trabajar con sus imágenes mentales y verbalizaciones disfuncionales a la manera de objetos presentes y concretos. Transformar el pensamiento en una “cosa” maleable y manipulable abre caminos para la modificación cognitiva. Una vez que el niño ha identificado claramente cuáles son los malos pensamientos que le provocan emociones negativas, se pueden utilizar diferentes técnicas para la reestructuración:

- **Técnica “alto y pienso”** como parte de la tarea de romper el rayo maligno o para el pensamiento negativo (Kendall, 1994; Kendall, Flannery-Schroeder, Panichelli-Mindel, Southam-Gerow, Henin y Warman 1997; Hernández, Benjet, Andar, Bermúdez y Gil, 2010), la cual se complementa con el ejercicio del superhéroe, en el que se explica al niño que trabajarán en el superhéroe que se dedica a romper el ciclo de pensamientos negativos – emociones molestas– conducta. Puede describirse como un anillo de rayos malignos que sólo él (el superhéroe) puede romper con su visión láser muy poderosa. Su tarea consiste en encontrar los pensamientos negativos que hacen sentir sufrimiento y malestar y romper el rayo maligno.

Su siguiente tarea será crear un rayo positivo que pueda unir pensamientos buenos que le hagan sentir bien. Cada vez que el niño tenga un pensamiento negativo se le enseña a decir

“alto y pienso”. “Yo tengo el control de mis emociones y que ya sé que si pienso eso, tendré esa emoción que tanto me molesta. Alto, rompo el rayo, se detiene el pensamiento”. Paralelamente, se enseña al niño no sólo a detener el pensamiento negativo, sino a evocar uno de esos pensamientos agradables que le hacen sentir bien. Este ejercicio de reestructuración es mucho más sencillo que la alternativa de someter a prueba la evidencia, la reestructuración se emplea en niños menores de ocho años.

- **Zaping mental:** consiste en imaginar, por ejemplo, que se posee un control remoto para cambiar la forma de pensar de la misma situación. “Desde ahora puedes contar con una serie de botones para alternar tu forma de pensar: Canal 1, malas noticias (pensamientos automáticos negativos); Canal 2, buenas noticias (pensamientos alternativos positivos) (Bunge, Gomar y Mandil, 2007).

- **Túteres mentales, el angelito y el diablito:** la búsqueda de alternativas para pensar una situación problemática se incorpora más fácil y placentera cuando el niño puede imaginar dos o más personajes que interpretan el diálogo interno “El diablo dice que no voy a poder” “El angelito dice: si pruebo, no pierdo nada” (Bunge, Gomar y Mandil, 2007).

- **Someter a prueba la evidencia:** es recomendable aplicarla a niños mayores de ocho años o con niños menores pero muy verbales y que se hubiesen identificado previamente con una inteligencia superior. Consiste en investigar los datos o la evidencia que apoye la veracidad de ese pensamiento que le produce emociones desagradables. El niño identificará o investigará los hechos, lo que ocurre en la realidad que corrobore o no, que ese pensamiento es válido o no.

Este ejercicio se plantea como un juego en el que el niño protagoniza a un detective (Friedberg y Mc Clure, 2002) y tiene que investigar si los hechos realmente corroboran ese pensamiento en particular. ¿Cuántos hechos o cuánta evidencia apoyan el pensamiento? Si un niño no entiende la tarea, se puede usar alguna historia no necesariamente relacionada con el problema. Inicialmente el terapeuta puede contarle una historia, por ejemplo, acerca de un personaje, cuyos chocolates han desaparecido y su pensamiento fue: “Mi primo es el

culpable”. Su tarea es buscar pistas para decidir si realmente fue su primo el culpable. Pone atención a las pistas, observa, hace preguntas, hasta encontrar al culpable. Por ejemplo, el protagonista de la historia repite continuamente: “No debo sacar conclusiones sin haber investigado bien los hechos”. Así, el protagonista de la historia observa y descubre que una de sus hermanas tiene manchada la boca, huele a chocolate, no comió casi a la hora de la comida. Cuando preguntó a su tía, ella vio salir a su hermana de la habitación donde guardaba los chocolates. En cambio su primo no tenía manchada la boca, no olía a chocolate, comió muy bien y recuerda que estuvo todo el tiempo jugando con él. El terapeuta apunta en una columna los hechos que corroboran la culpabilidad de los distintos personajes y, en otra columna, los que no la apoyan.

El terapeuta puede buscar otras historias similares que le permitan que el niño entienda que investigar los hechos es lo que le sirve para tomar una decisión acerca de qué tanto es válido o no un pensamiento. Cuando el niño haya comprendido la tarea, seguirá protagonizando al detective junto con el terapeuta para identificar, en su lista de pensamientos automáticos negativos elaborada por el terapeuta, los sucesos o hechos que verifiquen un pensamiento en particular, y cuáles son los hechos que no lo corroboran. Es decir, el terapeuta ayudará al niño a evaluar cada pensamiento en términos de la evidencia que apoye o no un pensamiento dado. En este punto es muy importante ayudar al niño a analizar con cuidado esta evidencia.

Además, el resultado de este ejercicio son dos listas para cada pensamiento trabajado, una lista de los hechos que apoyan un pensamiento y otra de los que no lo apoyan. Entonces, se invita al niño a identificar o decidir qué tan absurdo o que tan negativo es ese pensamiento. Posteriormente, ambos evalúan la lista, y analizan qué tan absurdo resultó el pensamiento y que en realidad no hay tantos hechos que lo corroboren. En ese momento el terapeuta ayuda al niño a crear un pensamiento alternativo que sí se ajuste más a los hechos. Los pensamientos positivos alternativos son muy importantes, pues son los que evocará el niño cada vez que tenga los pensamientos automáticos negativos. Es importante cubrir con este procedimiento los pensamientos automáticos negativos más relevantes, ya sea durante la sesión o como una tarea que se lleve el niño a casa. Para adolescentes que se presten más hacia la conversación

y la expresión se recomienda la utilización de la “**Hoja debate de pensamientos o reestructuración cognitiva**” (Gómez-Escalonilla, Plans, Sánchez-Guerra y Sánchez, 2008) (Anexo 8).

Además es importante que el terapeuta enseñe al niño las “**Autoinstrucciones**” (Anexo 9) que son afirmaciones o instrucciones que el niño debe darse “Soy inteligente” “yo lo puedo hacer” “esos pensamientos no son reales” “es mentira que nadie me quiere”, etc. Inclusive se le puede mencionar que debe practicarlas no sólo cuando aparezcan los pensamientos automáticos, sino que debe recordarlas a ciertas horas como si fuera “su medicamento” para que cuando tengan alguna emoción o sentimiento negativo, recuerden lo que deben pensar. La práctica de esta autocharla ha demostrado que tiene un impacto en el fortalecimiento de la autoestima y de los sentimientos positivos.

e) Relajación. Para ello, es necesario enseñarle a niño técnicas de relajación, que pueda utilizar para futuras ocasiones ante determinados problemas. Y, en definitiva, tener acceso al bienestar en su vida física y emocional. La relajación mejora la seguridad que tienen en sí mismos, mostrándose más sociables y menos agresivos. Esto puede observarse con claridad tanto en el seno de la familia como en la relación con otros niños. Además, incrementa su alegría y espontaneidad, a la vez que se aprecian a sí mismos más y con mayor profundidad.

Cautela y Groden, (1985) distinguen varios tipos de relajación:

- **Respiración:** respirar profundamente, mantener la respiración y después expulsar el aire lentamente (repetir cinco veces).
- **Relajación muscular profunda:** consiste en la tensión y relajación sucesiva de los músculos en una secuencia ordenada. Para los niños, Schneider y Robin proponen desde 1974 una técnica de autocontrol que actualmente es muy utilizada “**La técnica de la tortuga**” (Anexo 10) con la cual se entrena al niño para que regule el ritmo de la respiración profunda, acorde a los pasos que da una tortuga.
- **Relajación sin tensión:** cerrar los ojos, respirar tranquilamente para inducir un estado de relajación.

- **Relajación en otras posiciones:** relajación estando de pie, mientras camina o mientras está acostado.

De forma general la relajación se puede producir por medio de:

- **La relajación estática:**
 - La música: Por medio de algunas melodías se pueden estimular todos los aspectos humanos (el cuerpo, la mente, el entorno social).
 - El canto. La propia voz cantando una canción pretende relajar a quien la escuche.
 - Explicando un cuento musical: los niños pueden participar escuchando la voz, la música tranquila y los sonidos que se quieren resaltar, como podría ser un sonido de instrumento de la naturaleza. También puede participar representando con el gesto buscando una expresión relajada.
 - Música con ejercicios específicos de títeres: los títeres pueden representar para los niños unos compañeros de juego entrañables. Si se les hace hablar, pueden participar en la relajación de los más pequeños, presentando música, instrumentos e introduciendo los silencios, con facilidad los niños entran en el juego y la complicidad de los diversos personajes y se potencia la escucha.
- **La relajación en movimiento:** pequeña danza, ejercicio de imaginación y movimiento. Sentir la música por medio del movimiento físico. En el caso de querer relajar a los más pequeños se puede buscar una danza corta haciendo movimientos lentos y sencillos o también con la imaginación se puede crear un juego, en el que el movimiento pueda llevar a la relajación consiguiendo potenciar la sensibilidad musical.

Siempre es de vital importancia recordarle al paciente y su madre, la importancia de practicar alguna actividad, ya sea deportiva, artística, etc. que les agrade a los niños y que mantenga positivos sus pensamientos y conductas, además de mantenerlos ocupados, activos, creativos y de buen humor.

f) Exposición: La utilización de la exposición tanto imaginada, como en vivo, ayuda al paciente a reactivar los recuerdos; a tomarlos como un reto y disminuir la evitación relacionada con eventos negativos, en este caso de tristeza o depresión.

Se recomienda el uso de metáforas relacionadas con hacerle frente a un enemigo imaginario, al que hay que vencer y la única forma de vencerlo es enfrentándolo (es importante utilizar el tiempo presente mientras se relata la metáfora ya que, este permitirá sentir o tener un encuentro más intenso con las emociones que se estén reviviendo). Es necesario explicar al niño, cómo este método va a ayudarlo a reducir los niveles de tristeza.

Asimismo, se explicará que en ocasiones los niños se sienten muy mal con esos pensamientos negativos y tienen ganas de salir corriendo, pero esos pensamientos que producen esas emociones, no son reales, son falsas alarmas. Entonces, se le ayudará al niño a destruir esas falsas alarmas pensando en ellas. “Al principio, tal vez te sientas muy mal y te parezca que no vas a poder tolerarlo, aún la idea de hablar de ello tal vez te cause incomodidad. Aquí conmigo estás en un lugar seguro, aquí no pasa nada, aquí tú tienes control de todo lo que te pase. Yo te diré algunas ideas para que tú las veas en tu mente y tú me vas a poder decir si quieres que lo diga yo más despacio o que me detenga”.

Depende de la efectividad de la psicoeducación y de la reestructuración cognitiva que el paciente esté o no listo para el procedimiento. También es importante la fuerza con la que se haya establecido una buena alianza terapéutica con el niño y que tanto control siente sobre lo que está ocurriendo dentro de la sesión. Por eso es tan importante empezar con el mínimo sufrimiento y progresar a los más intensos, de tal manera que el niño sienta que su control va en aumento conforme progresen las sesiones. Al introducir al paciente a la exposición imaginada, el terapeuta debe hacer referencia a la psicoeducación. Se le debe recordar al niño de qué manera ciertos de sus pensamientos se asocian con sensaciones o emociones de sufrimiento, y que realmente funcionan como una falsa alarma y que no hay algún peligro real en la situación en la que se encuentra en este momento.

Para conocer la intensidad y qué tan tolerables son las emociones negativas experimentadas se puede utilizar alguna metáfora que le permita graduarla. Durante la exposición, el terapeuta debe poner especial cuidado en mantener al niño fuera de la zona de incomodidad en la que siente cierto sufrimiento, pero no muy intenso, no al punto en el que sea intolerable o inmanejable. Se indica al niño que dé una señal (por ejemplo, levantar un dedo cuando esté imaginando) para que el terapeuta sepa qué es lo que está sintiendo, y si debe bajar un poco el nivel de lo que esté

induciendo a la imaginación. Los niños que sufren demasiado tienden a desorientarse en la sesión. Es muy importante que el terapeuta esté pendiente de los signos de desorientación y la sensación de sentirse ausente de la situación.

Se permitirá el suficiente tiempo para que el niño procese la experiencia antes de terminar la sesión con mucho cuidado de no terminar la exposición de manera prematura, pues, esto podría reforzar las respuestas de evitación y escape. Es importante tener un tiempo posterior en el que se le pregunte al niño y se obtenga retroalimentación acerca de cómo fue sintiendo las cosas, hasta qué punto llegó su escala, puesto que son importantes herramientas para modificar el procedimiento en la siguiente sesión y optimizar el tratamiento. Siempre es importante modificar el procedimiento con base en la retroalimentación que proporcione el paciente. La exposición se repite hasta que la tristeza o malestar haya reducido de manera consistente.

Para conocer el progreso del paciente, puede usarse la técnica de **“La escalera del valiente”** que consiste en dibujar una escalera que permita graduar los pasos de una jerarquía de exposición para comprender el afrontamiento gradual fomentando ideas de avance y crecimiento a medida que sube la escalera.

También se puede emplear la técnica de **“Torneo contra los miedos, declatones y torneos de karate mental”** (Freeman, Epston y Lobovits, 2001) le dan un sentido más competitivo a la exposición, pudiendo entregarse premios y reconocimientos a medida que se cumpla cada etapa. Por ejemplo, te ganaste el cinturón amarillo ¿qué tendrás que hacer para ganarte el naranja?

g) Entrenamiento de habilidades sociales y asertividad: la realización de actividades, confronta al terapeuta con el hecho de que, en muchas ocasiones, los pacientes no poseen las habilidades para llevar a cabo alguna tarea, sobre todo cuando se trata de tipo social. Por lo que, si el paciente carece de habilidades para exponerse a cierta situación, habrá que dotarle de ellas.

“Técnica ni ratones, ni monstruos” Una de las ideas básicas de la enseñanza de habilidades sociales consiste en aprender a observar la *diferencia entre el comportamiento social pasivo, agresivo y asertivo*. Al niño se le puede dar la siguiente explicación; cuando alguien actúa de forma pasiva no se expresa a sí mismo, se comporta como un ratón. Deja que los demás niños le manden, le digan lo que tiene que hacer y, generalmente, no defiende sus propios derechos. Por regla general, sus necesidades, opiniones o sentimientos son ignorados, y puede que los otros

niños se aprovechen de él. En el otro extremo se encuentran las personas que son agresivas o monstruos. Son mandones, intimidan a los demás, los critican y los humillan. Sólo se preocupan por conseguir lo que ellos desean y cuando ellos quieren. Rara vez se preocupan por los sentimientos de los demás y, con frecuencia se meten en líos o peleas. Tienden a aprovecharse injustamente de los demás y, generalmente, tienen muy pocos amigos de verdad.

Por lo tanto, queda claro que tanto el comportamiento social pasivo como el agresivo no son la mejor forma de relacionarse con los demás. Estos dos comportamientos conducen, bien a resultar herido (ratones), bien a herir a los demás (monstruos). “Seguro de que conoces a compañeros que se comportan como ratones o como monstruos, y parece obvio afirmar que no se trata de gente feliz. Los monstruos tienen que ser duros, mientras que los ratones se tienen que esconder continuamente”.

Posteriormente se comienza a introducir la asertividad, explicándole al niño lo que significa: comportarse tal y como uno es, ni como un ratón y ni como un monstruo. Es decir, *ser asertivo significa dejar que los demás sepan lo que sientes y piensas de una forma que no les ofenda, pero que al mismo tiempo te permita expresarte*. “Se puede reconocer y respetar los sentimientos, opiniones y deseos de los demás de forma que no te impongas y que no te permita que los demás se aprovechen de ti. También significa defender tus propios derechos e intentar siempre ser honrado, justo y sincero. Ser asertivo no es sólo una cuestión de “buenas maneras”, es una forma de comportarse ante los demás de modo que les permite conocer tus sentimientos e ideas sin atropellar o ignorar las suyas”. Lo ideal sería que todos actuaran de forma asertiva, en lugar de actuar como ratones o monstruos, ya que entonces pocas veces habría peleas, no se perderían amigos y no se sentiría miedo de estar con los demás.

Para desarrollar habilidades sociales en los niños, el terapeuta puede trabajar lo siguiente. En un inicio se le debe enseñar a escuchar, iniciar, mantener y terminar una conversación; así como preguntar, agradecer y hacer cumplidos. Es importante mencionar o actuar con ejemplos invitando al niño a participar para que observe cómo debe hacerse. Posteriormente, se le enseña a pedir ayuda, trabajar en grupo, dar y seguir instrucciones; disculparse y convencer a otros. Una vez que han desarrollado las habilidades anteriores, se da paso al conocimiento de los propios sentimientos, permitiendo que otros los conozcan, y poder entender los de otros, mostrar afecto,

encarar el miedo y autovalorarse. Cuando se está enojado, el niño debe aprender la negociación, autocontrol, a defender sus derechos, afrontar la burla, evitar problemas y peleas.

El contacto ocular es otra importante habilidad que se debe enseñar al niño. Los niños con una baja autoestima y con depresión muchas veces tienen dificultad para mirar a los ojos de los otros, especialmente en una situación de uno a uno. Es importante enseñar al niño que si alguien le está hablando, él necesita mirar a los ojos de esa persona para demostrar que está interesado y participando, realmente, la mejor manera de demostrar esto es mirar a la otra persona. Esto no significa clavar la mirada en la otra persona, sino verla con alguna breve interrupción en el contacto ocular, se puede enseñar al niño cómo se sentiría si alguien con el que está hablando no se muestra interesado. Finalmente se debe recordar que la clave esencial reside en que cuando el niño les está hablando a su madre debe prestarle interés y atención individual, una vez más, el niño aprenderá de ella.

Para la enseñanza de las habilidades sociales se puede retomar el paquete instruccional del Aprendizaje Estructurado de Goldstein, Sprafkin, Gershaw y Klein (1989) definido como la enseñanza de las conductas específicas que la persona de manera consciente requiere a través de un procedimiento planeado y sistemático para lograr un adecuado y satisfactorio funcionamiento en contextos interpersonales. El aprendizaje estructurado está conformado por cuatro técnicas conductuales:

1. Modelamiento: técnica que consiste en dar al paciente un modelo que represente la habilidad a entrenar con el propósito de que los participantes se familiaricen con los elementos verbales y no verbales que requiere la emisión de la habilidad.
2. Ensayo conductual (role-playing “representación de papeles o roles): es la práctica conductual de manera sistemática de la habilidad entrenada, a lo largo de la preparación los pacientes (actor principal y coautor) representan los componentes de la habilidad observada en el modelo, para este procedimiento es muy importante que cada habilidad sea dividida en los componentes (verbales y no verbales).
3. Retroalimentación: es una técnica que permite a los pacientes retroalimentar al actor principal respecto a la emisión de la habilidad entrenada, consiste en dar sugerencias del ensayo de la conducta para que ésta se vaya perfeccionando.

4. Entrenamiento para la transferencia: es la última técnica del paquete instruccional y consiste en la generalización de las habilidades adquiridas durante el entrenamiento a situaciones de la vida cotidiana.

En el caso de los niños, el modelamiento implica que el terapeuta actúe como modelo, para que el niño imite lo que se espera de él en distintas situaciones. Obviamente, lo que se le modele dependerá de las conductas que se espera que el niño realice como parte del ejercicio de exposición. Una vez que se le ha modelado, se pide al niño que él lo haga, se practica varias veces. El terapeuta representa la escena varias veces, mediante aproximaciones sucesivas el niño lo imita hasta que logre realizar la conducta deseada. A lo largo de este procedimiento, el terapeuta debe elogiar los esfuerzos del niño por realizar la conducta deseada.

Cuando ya se ha logrado que el niño realice las actividades, se puede llevar a cabo la exposición en vivo. Si el terapeuta considera que se requiere más práctica, se regresa a la exposición imaginada y se repite el procedimiento.

Es importante mencionar a los niños las ventajas de las habilidades sociales:

- Comprender mejor a los demás
- Comprenderse mejor a sí mismo
- Comunicarse mejor con los demás
- Hacer nuevos amigos y conocer mejor a los que ya son amigos
- Tener un papel importante en familia y participar en decisiones importantes
- Llevarse mejor con todos

Cuando ya no se requiera de más práctica y el niño se exponga a aquello que evitaba, en sus situaciones vitales, el siguiente paso es la inoculación ante el fracaso y la prevención de recaídas (Michelson, Sugai, Wood y Kazdin 1987; Goldstein, et al., 1989).

h) La inoculación ante el fracaso y la prevención de recaídas. La inoculación ante el fracaso consiste en advertir al niño que, bajo ciertas circunstancias, podría volver a experimentar el sufrimiento que ya venció. Debe conocer esta posibilidad y comprender que no significa que todo se ha perdido. Se repasan con él, las estrategias de reestructuración cognitiva y de exposición que

ya conoce. Se recomienda que el terapeuta utilice la imaginación guiada para que el niño se visualice sintiendo tristeza en alguna situación y verbalice “no importa, yo tengo el control, aplico las técnicas que ya conozco para destruir esas emociones.” La inoculación ante el fracaso ayuda a prevenir las recaídas, pues el niño identifica las señales del sufrimiento.

Se induce al niño a recordar las herramientas que ya utiliza: Someter a prueba la evidencia o detener sus pensamientos negativos para hacer frente a nuevas situaciones que podrían ponerlo en una posición de vulnerabilidad. En la inoculación se repasa todo lo que se ha visto preparando al niño para que en un momento dado, si fracasa o siente que está teniendo alguna recaída, pueda echar mano de esas herramientas. Es importante que el niño sepa que si ya venció antes el sufrimiento, podrá vencerlo nuevamente. Se le debe comunicar que será mucho más fácil hacerlo, puesto que tiene todas las herramientas y todas las armas necesarias para vencer. Se sugiere citar al paciente en sesiones posteriores de evaluación y de seguimiento, después de 3 o 6 meses para verificar si ha habido recaídas. Aunque no informe el niño ni su madre sobre recaídas, se sugiere reforzar la inoculación ante el fracaso y la prevención de recaídas.

La solución de problemas es un componente muy importante del entrenamiento en la inoculación. Para el entrenamiento en solución de problemas se emplea la estrategia de D’Zurilla y Golfried (1971 en Espino, Flores y García, 2012) que es un modelo de resolución de problemas que se compone de cinco habilidades u operaciones:

1. Orientación general (predisposición para resolver problemas):

Que el niño identifique y reconozca una situación problemática cuando ésta ocurre. Necesitar trabajar en aceptar la idea que en la vida es normal que haya problemas, se trata de reconocer su presencia, afirmar que existe una solución adecuada y que es necesario evitar solucionarlos de manera impulsiva.

2. Definición y formulación del problema:

- El niño ayudado por el terapeuta reúne toda la información disponible acerca del problema, mediante una descripción de manera (clara, específica y concreta). Se desarrolla la capacidad del niño para diferenciar la información relevante de la irrelevante sobre el problema, así como los hechos objetivos de las interpretaciones no verificadas.

- Identificar los factores o circunstancias que hacen problemática la situación.
- Establecer un objetivo realista en la resolución de problemas.

3. Generación de alternativas:

El niño apoyado por el terapeuta y a través de la técnica de brainstorming (lluvia de ideas) debe ser estimulado a imaginar y considerar cómo podrían responder otros si se les presentase una situación problemática similar. El terapeuta y el niño evalúan los pros y contras de cada solución propuesta y ordenan las soluciones dando puntuaciones de la menos práctica hasta la más práctica y deseable. Cuantas más soluciones correctas se propongan, más posibilidad hay de encontrarlas y evocarlas.

4. Toma de decisiones:

- A partir de una lista de posibles soluciones elaborada por el niño y el terapeuta, se examina de manera crítica cada una de ellas. Cuáles son sus posibilidades objetivas para escoger con grandes posibilidades de éxito una determinada solución en vez de otra, cuáles pueden ser las consecuencias a nivel personal, social o a corto y largo plazo.
- Una vez que se ha seleccionado una solución con la ayuda del terapeuta se busca la mejor estrategia para obtener el resultado deseado.

5. Verificación (la evaluación del resultado de la solución seleccionada en la vida real). Esta fase supone que el niño ponga a prueba la solución más aceptable y factible, si el entrenamiento en la solución de problemas se desarrolla a nivel cognitivo, el siguiente paso es la aplicación in vivo de la solución escogida y de la estrategia seleccionada. Se prepara al paciente para esperar fracasos, pero también para premiarse a sí mismo por haberlo intentado.

Para esta etapa de solución de problemas se puede utilizar el “**Semáforo de las emociones**” (Anexo 11) donde el color rojo llamado “Alto” enseña al niño que debe calmarse y pensar antes de actuar, el amarillo “Piensa” lo que conlleva a pensar en soluciones y sus consecuencias y el verde “Actúa” que significa poner en práctica la mejor solución (Bunge, Gomar y Mandil, 2007).

5.2.2 Abordaje terapéutico en casa.

Es importante que la intervención terapéutica abarque también la orientación a la madre soltera, ya que es la principal persona con la que el niño tiene contacto, es el primer círculo de convivencia y la primera que se da cuenta de lo que le está pasando. Por esta razón el terapeuta podrá hacer recomendaciones y orientar a la madre para que, enseñe a su hijo acerca de sus propios sentimientos y emociones, y cómo controlarlos. Si las madres toman en cuenta esta ayuda y son bien orientadas por los terapeutas, el trabajo realizado en terapia junto con el de casa, darán rápidos y mejores resultados.

Debido a la falta de tiempo y el cansancio de las madres solteras a causa de su trabajo, en ocasiones es complicado el abordaje terapéutico en casa, muchas veces los niños pasan la mayor parte del tiempo con algún cuidador (abuelos, tíos, amigos, etc.) y esto complica más la situación. Sin embargo, para que el niño presente una pronta mejoría, se recomienda buscar tiempos adecuados para llevar a cabo las siguientes recomendaciones, inclusive si la madre no puede llevarlas a cabo, el cuidador puede formar parte del tratamiento en casa, reforzando en cierto modo lo que el niño trabaje individualmente y lo que la madre estará dispuesta a hacer.

Para ello se recomienda que el abordaje terapéutico en casa se lleve a cabo cada vez que la madre disponga del tiempo y momento adecuado (tomándole la mayor importancia posible y no dejarlo para después). Las actividades se prestan para realizarse en momentos diferentes, durante la comida, camino a la escuela, por las tardes, antes de dormir o los fines de semana. Dependerá de la disposición y tiempo de cada madre, y la recomendación del terapeuta de acuerdo a lo que él observe en cada caso.

Cuando el hijo de la madre soltera se enfrenta a la depresión, la madre tiene una gran responsabilidad de ayudarlo a salir adelante. Es difícil ubicar una causa en específico que le haya provocado depresión al menor, sin embargo cuando se es madre soltera existe un factor que si bien no es determinante, puede favorecer la aparición y es todo lo relacionado con el padre del menor. Por esta razón es necesario que las madres trabajen al doble para mejorar la estima del niño explicándole que aunque su situación no es normal, él/ella vale lo mismo que las demás personas, que hay más niños que viven lo mismo, pero que cuentan con su madre para apoyarlos en todo.

Además, la madre necesitará tener en claro que el niño no tiene la culpa de que el padre no esté presente para que posteriormente lo ayude a entender que el hecho de que su padre no esté con él, no es culpa suya, ni de su madre, ya que algunos niños ubican culpable a la madre por “correr a papá, no querer perdonarlo, no buscarlo, etc” factores que les son fáciles de pensar sin saber las causas, ya que, puede suceder que el niño imagine fantasías para explicarse el hecho de no tener a su padre en casa, pero la madre brindará explicaciones apegadas a la realidad, sin necesidad de herirlo, como por ejemplo: “tu padre y yo no hubiésemos podido ser felices de ninguna manera, pero yo te quiero mucho”.

También es importante evitar que el menor sea una copia exacta de los sentimientos e ideas de la madre ya que él es un ser aparte, con personalidad y carácter propios. El niño necesita crecer seguro de sí mismo, para ello, es necesario evitar comentarios constantes sobre los defectos de su padre, porque aún no está en edad de comprenderlos, pero sí puede desarrollar su capacidad de odio hacia él. Conviene platicar esos errores cuando a su vez tenga la suficiente madurez para perdonar ya que el rencor puede dañarle en forma permanente (Sánchez, 1998).

Si el niño aún es pequeño y no conoce quién es su padre, tarde o temprano querrá saberlo. Cuando se juzgue oportuno, se responderán sus preguntas conforme las vaya haciendo, buscando siempre la manera de proporcionarle información positiva acerca de su padre. Se recomienda dar la información de manera sencilla para que el pequeño no desarrolle la impresión de que su padre es una vergüenza para él. Se recomienda evitar ante el niño: frases de ira, enojo o resentimiento hacia el recuerdo de su padre. Además de cuidar las conversaciones con amigas y parientes. No expresar frente al niño, pensamientos que demuestren recelo o autocompasión por ser madre soltera o estar sola al cuidado del hogar.

Si es varón se podrá comunicar al niño, palabras como las siguientes:

“Cuando crezcas, hijo mío, asegúrate que tus hijos te tengan siempre a su lado”. Y si es niña: “Espero que cuando seas grande encuentres en tu camino un buen hombre, te cases con él y formes una bonita familia”. Transmitiendo de esta manera lo que es una familia formada por ambos cónyuges. Es necesario comunicarles que aunque su situación no es desastrosa, no es a su vez la más conveniente (Sánchez, 1998).

Un padre ausente causa en los hijos un vacío irremplazable. Es recomendable buscarle modelos semejantes a la figura paterna entre los tíos, abuelos o familiares cercanos. Se recomienda que los hijos los conserven y convivan con ellos. La madre necesita inculcar en el niño que son los verdaderos valores los que convierten a un hombre en un ser útil a la sociedad: valor para realizarse, amor al estudio y sobre todo esperanza y fe en él mismo.

La madre tiene mucha responsabilidad emocional, pero también económica por esta razón, es necesario evitar que el niño sienta que es una carga o que el mundo no tiene cabida para él. A pesar de las múltiples actividades de la madre, dedicarle tiempo de calidad a su hijo, será primordial. Calidad, significa transmitir cariño, amor, ternura, interés cuando se esté con él, aunque sean breves minutos o largas horas. La madre que trabaja fuera de casa requiere mayor atención para con su hijo porque suele pasar mucho tiempo solo, por lo que, además es necesario buscar actividades que lo mantengan ocupado mientras ella llega, además de estar bajo supervisión (Santrock, 2007).

Como jefa de familia es la encargada de dar estabilidad a su familia, por ello se recomienda no realizar muchos cambios de domicilio, si es posible, ninguno; evitar remover a los hijos de una escuela a otra sin razón, ya que el cambio drástico y el alejamiento de amistades afecta su estima. Es necesario fomentar el gusto por mantener relaciones con amigos, vecinos, compañeros de clase para que no se sientan tan a menudo solos o tristes.

Una disciplina constante es importante en todas las familias, el establecimiento de normas y disciplina en el hogar, es primordial. Normas que sean sanas, asequibles y fáciles de entender para el hijo. Se necesitará delegar en el niño algunas responsabilidades que pueda realizar de acuerdo a su inteligencia, edad y fuerza física. Esto lo hará sentirse útil y responsable al contribuir al buen funcionamiento de la familia. Muy importante es evitar la violencia física en los castigos. Procurar encontrar otros caminos para enmendar los errores. La lógica, la explicación de las consecuencias de un mal comportamiento pueden enderezar una situación sin necesidad de gritos, golpes y malos tratos. Todos los niños necesitan alguien a quien imitar y obedecer. Recordando que el niño no tiene al padre cerca, forzosamente el ejemplo y la conducta de la madre deben ser dignos de admiración y respeto (Lujambio, 1980).

Además de las recomendaciones anteriormente dadas, se necesitan trabajar diversos puntos específicos con los hijos:

a) Reconocimiento de sus sentimientos y de los demás: muchos niños y adolescentes o no admiten que se sienten tristes o verdaderamente pueden no ver esto en sí mismos. La madre puede comenzar con algo que le ha sucedido a su hijo y que se relaciona con ella. Puede ayudarlo a identificar cómo se siente al respecto. Por ejemplo, decir algo como, “puedo apostar que realmente te he hecho sentir triste, mal, feliz, frustrado, etc.” necesita asegurarse de saber cómo se siente el niño y no como podría sentirse ella en la misma situación. Por ejemplo, si ella tiene depresión, puede malinterpretar la situación que su hijo está describiendo porque recuerda una situación similar en su infancia o relacionada (reaccionado a sus propios esquemas).

A veces la madre puede tener una conversación general con su hijo, no necesariamente acerca de un incidente perturbador específico (en este caso la ausencia de su padre) y puede decirle algo para ayudarlo a identificar cómo piensa que se está sintiendo. Puede decir cosas como, “pareces tan feliz, cuéntame cómo fue tu día”, otra manera de estimularlo a pensar respecto a sus sentimientos es decir, “¿por qué estás con el ceño fruncido? ¿Te sientes mal por algo?”.

La madre puede enseñar mucho a su hijo si revela algunos de sus propios sentimientos, de tal manera que si algunas veces se siente triste resulta apropiado, en la mayoría de los casos, que le hagan saber esto a su niño. Demostrar una cara feliz y sentirse verdaderamente triste por dentro le proporciona al niño un mensaje ambiguo, no se está sugiriendo que la madre tiene que entrar en grandes detalles respecto a cómo se siente, pero es bueno que se muestre razonablemente auténtica acerca de sus sentimientos frente al niño. Al hacer esto, le estará proporcionando permiso para expresar sus propios sentimientos de una manera honesta y saludable.

Los niños que tienen dificultad para verbalizar cómo se están sintiendo, probablemente también tienen dificultad para identificar cómo se sienten otras personas. Ellos necesitan aprender a evaluar apropiada y certeramente cómo se están sintiendo otros; en primer lugar se necesita enseñarles a ver la cara de los otros. ¿Cuál es su expresión facial y su manera de hablar? ¿Cuál es su postura y cómo camina? ¿Es buena su higiene y se visten apropiadamente? Todas estas cosas se tienen en cuenta para evaluar los sentimientos. Se les enseña a ver las conductas de los otros. ¿Lloran

fácilmente? ¿Sonríen? ¿Se ríen? Todo esto entra en juego para percibir con precisión los sentimientos de otros; aprender a interpretar los sentimientos de otra gente le permite al niño descubrir sus propios sentimientos y cómo se conectan éstos con sus pensamientos. Los niños no son diferentes de cualquier otra persona, cuando tienen depresión con frecuencia son poco conscientes de que tienen este sentimiento, por lo tanto, muestran irritabilidad, fatiga y otros signos, pero casi nunca relacionan éstos con sus sentimientos de depresión. Algunas veces los niños niegan durante un largo tiempo que sienta depresión, en ocasiones esto sucede porque son demasiado orgullosos para admitirlo, pero la mayoría de las veces no ven la conexión entre lo que les está sucediendo en sus vidas, sus pensamientos acerca de estas cosas y los sentimientos que están experimentando.

Se debe tener en mente que algunas veces, dependiendo de la edad del niño y del nivel de su desarrollo, establecer una relación entre situación-pensamiento-sentimiento podría tomar bastante tiempo. Los niños pueden tener una representación pasajera y pueden hablar al respecto, o sólo pueden tener una única palabra en su mente. Se puede descubrir pronto que, en ciertas situaciones, aquellos pensamientos distorsionados fulguran automáticamente tal como le ocurre a un adulto, los cuales resultan ser similares a un espasmo o un reflejo; con frecuencia son tan automáticos que el niño no suele ser consciente de ellos, sólo los sentimientos pueden objetivarlos. Una vez que los niños han aprendido a relacionar pensamientos con sentimientos entonces ha llegado la hora de explorar la evidencia que fundamenta sus pensamientos.

b) Recolectando la evidencia: para que un niño aprenda a encontrar evidencia que apoye al pensamiento automático, la madre puede ayudarlo con preguntas como “¿Qué prueba/evidencia tienes de que esto es así?” Si no sabe lo que quiere decir prueba/evidencia, se pregunta por qué cree que el pensamiento es verdadero. Una vez que el niño aprende que necesita elaborar alguna prueba que fundamente o refute sus pensamientos, entonces eso puede ser visto como la recolección de prueba científica, un proceso que el niño aprende muy tempranamente durante sus años escolares. Los pensamientos son como hipótesis, y necesitan pruebas para fundamentarlos, si el niño no puede producir la evidencia para sostener el pensamiento, hay que pedirle que refute el pensamiento y que elabore alguna otra explicación para una situación particular. Esto cambiará la manera en que reacciona frente a la situación, modificando el modo en que se siente respecto a

ésta y ante futuras posibles experiencias parecida. La elaboración de otra explicación es difícil para el niño y puede ser algo que tiene que hacerlo más adelante cuando tenga mayor edad, sin embargo hay algunos niños sí lo hacen.

c) Estrategias cognitivas que fomentan la confianza: Es de gran importancia ganarse la confianza del niño. Mientras más confianza le tenga a la madre, menos le afectará lo que opine la demás gente respecto a ser hijo de madre soltera o a tener que vivir solo con ella. Hay que hacerle sentir que él y su madre forman una verdadera familia y que se tienen el uno al otro para ayudarse. En la medida que él tenga un verdadero apoyo en la madre, le afectará menos los prejuicios que ya existen sobre su situación. Buscar su compañía y mostrarse con él como un ser humano con defectos y cualidades, ayudará mucho. Debe saber que todos cometen errores, que se deben a la naturaleza humana inclinada a la equivocación.

Los niños que están tristes pueden utilizar las estrategias cognitivas con la ayuda de su madre. Sin embargo, con frecuencia su autoestima está tan deteriorada que se hace necesario utilizar otras estrategias para ayudarlos a ganar confianza. La mayoría de los niños con una pobre estima tienen dificultad para ver lo que hay de bueno en sí mismos. Estos niños no han tenido gente que se los diga, por esta razón se sugiere que la madre identifique en su hijo primero aquellas cosas que son positivas, si ella refiere que tiene dificultad para hacerlo, entonces se les sugiere que se tomen varios días o semanas para trabajar en esto. Puede comenzar describiendo a su hijo y lo que le gusta de él, este no es un momento para pensar en lo que no le gusta o en los cambios que le gustaría ver, deben centrarse firmemente en lo positivo; pueden ser cosas acerca de la apariencia del niño, su conducta y sus logros. Es necesario recordar que no debe sentir la presión de hacer esta lista en un tiempo muy corto, tiene que tomarse su tiempo y encontrará que descubre más cosas de las que hubiera podido pensar. Obviamente, esto también le proporciona la oportunidad de usar el feedback positivo diciéndole a su hijo todo lo bueno que está encontrando de tal modo que él pueda comenzar a ver, con sus propios ojos, las cosas positivas en sí mismo.

Existen momentos donde cierta característica o cierto rasgo puede ser interpretado ya sea positiva o negativamente, dependiendo de cómo lo percibe la madre. Ella también tiene filtros mentales, estos filtros tienen una influencia en la claridad de lo que ve en su hijo. Necesita ver sus

propias distorsiones y revisarlas con otro adulto que conoce a su hijo, de tal manera que se encuentren en capacidad de identificar las cosas positivas en éste.

También es deseable pedirle al niño que comience a hacer una lista de lo que le gusta de sí mismo, los niños tristes tienen mucha dificultad para hacer esto en una sesión, pero su madre puede instigarlos y decirle algo así como, “tú ya lo sabes, realmente me gusta tu cabello” luego deben alentarlos a dedicar una o dos semanas para hacer una lista de sus propios atributos positivos. Si la madre está haciendo al mismo tiempo su asignación para la casa, el niño escuchará todo el maravilloso feedback positivo, que le está proporcionando y comenzará a incorporarlo en su lista y en su autoconcepto.

d) Programar eventos positivos: La pérdida de actividades agradables es una característica en la vida del niño con depresión ya que tiende a aislarse. Este tipo de estilo de vida, donde el niño está solo en su casa y no llega a implicarse en actividades externas, llega a ser un proceso reforzante, porque lo alivia de cualquier ansiedad con relación a salir y hacer estas actividades, esto se convierte en un círculo vicioso. Para ello es importante tanto para la madre como para el niño, decidir qué actividades harán y en qué momento realizando un **“Programa semanal de actividades”** ya que si no se cuenta con demasiado tiempo, necesitarán ajustar sus horarios o sus días. Con demasiada frecuencia los niños tristes vuelven del colegio y se quedan pegados al sofá o a la cama. Su tiempo es dedicado a ver la TV, a maniobrar juegos electrónicos o a jugar en la computadora. Poco tiempo, si hay alguno, se le dedica a las tareas para la casa, a las actividades externas y a las actividades extracurriculares. Muy pronto estos niños se relacionan únicamente consigo mismos, sus habilidades sociales se debilitan, se sienten aburridos y rumian sus pensamientos negativos.

Cuando la madre planifique las actividades para su hijo, debe asegurarse de programarlas de forma que tenga que salir de la casa en ciertos momentos. Estas actividades pueden incluir deportes, clubes, jugar con amigos, salidas familiares, caminatas y, de hecho, tareas dentro de la casa. Una vez que los niños redescubren lo divertidas que pueden ser estas actividades, entonces la madre puede hacer que las cosas divertidas sean contingentes al hecho de hacer sus tareas. Esta programación es un intento para ayudar al niño a iniciar actividades que lo alejarán de la tristeza.

Pero, hay aquí un aspecto clave: no se debe llegar al extremo de programar al niño demasiadas actividades, de tal manera que se quede sin tiempo para sí mismo, para relajarse y que propicie la postergación de sus tareas escolares. Además será necesario asegurarse de que su hijo está aprendiendo a hacer amistades fuera del colegio y se desempeña en juegos donde se elaboran reglas y aprende a poner de manifiesto sus desacuerdos. Los niños que tienen demasiados compromisos pueden comenzar a sufrir estrés y fatiga, y no logran alcanzar un sentido de autoeficacia para “crear” sus propios juegos, negociando con pares y dejando que su imaginación sea más productiva.

e) Ayudar al niño con las autoafirmaciones: Las autoafirmaciones son palabras que una persona se dice a sí misma, ya sea de una manera positiva o negativa, muchas veces el niño se ve involucrado en situaciones donde necesita que se le recuerde lo maravilloso que es, pero hay otros momentos donde él es el único que puede hacer esto. Aquí es donde entran las autoafirmaciones positivas. En la terapia con el niño, el terapeuta alienta a los niños a escribir afirmaciones positivas que reemplazan a los pensamientos negativos que fácilmente elaboran.

El hecho de tenerlos escritos en un lugar específico, le permite al niño leerlos periódicamente de tal manera que pueda ensayarlas continuamente. Si hay el temor de que alguna otra persona pueda ver lo escrito, entonces la madre puede ensayar con su hijo lo que éste puede decirse periódicamente a lo largo del día, de manera que pueda afirmarse con los nuevos pensamientos. El niño necesitará de dos a tres afirmaciones que se pueda decir a sí mismo en momentos especificados de antemano. Afirmaciones como “tengo a alguien que me quiere”, “soy un buen artista”, “soy un buen amigo”, “soy un buen jugador de futbol” y “tengo bonitos ojos” son ejemplos de estas afirmaciones positivas.

También es importante que los niños aprendan a decirse afirmaciones de afrontamiento, estas afirmaciones son muy importantes inmediatamente después de los logros de manera tal que puedan reforzar positivamente al niño. Por ejemplo, después de que un niño ha desarrollado una prueba difícil y donde verdaderamente se ha esmerado, él puede decirse algo como, “bien hecho, he hecho lo mejor que podía”, se debe tener en cuenta que algunas veces el niño puede estar con un entrenador, profesor o algún otro adulto que no es rápido ni está motivado para proporcionarle

feedback por sus logros. Así que es la madre la que tiene que armar a su niño para protegerse a sí mismo y para proporcionarse su propio feedback positivo.

f) Técnicas para mejorar la autoestima: La madre necesita aprender a conocer a su hijo para saber cuáles son las cosas que le agradan y cuáles le afectan y en qué grado. Además, debe aceptar a su hijo tal como es, con defectos y virtudes y no tratar de cambiarlos como le gustaría que fuera. El respeto hacia sí mismo empieza con la enseñanza en casa, la madre debe respetar al niño enseñándolo a que se respete y respete a los demás, esto se logrará tratándolo de manera amable, educada, sin burlas, sin hacerlo menos y amándolo.

Otras estrategias son:

- Identificar lo positivo respecto a su hijo.
- Reforzar la conducta apropiada inmediatamente después de su ocurrencia.
- Ayudarlo a identificar las cosas positivas en sí mismo.
- Mantener una disciplina constante.
- Cumplir con las advertencias.
- Ayudarlo a identificar las afirmaciones de afrontamiento para los momentos difíciles que encuentre.
- Si se está comportando mal, castigue la conducta *no al niño.
- Separar un tiempo para su hijo.
- Preste atención a lo que está realmente tratando de decirle.
- Preste atención a los sentimientos de su hijo.
- Ayúdelo a conectar sus sentimientos con sus pensamientos.
- Ayude a su hijo a saber cuándo sus pensamientos son irracionales.
- Establezca reglas claras para su niño.
- Implique a su hijo en actividades donde puede ser exitoso.
- No lo abrume con demasiadas actividades extracurriculares.
- Ayúdelo con los problemas académicos.
- Ayude a su hijo a desarrollar habilidades sociales.
- Busque ayuda para sus propios problemas.

g) Entrenamiento en habilidades Sociales: Muchas veces los niños que tienen depresión no tienen la energía o las habilidades para hacer amistades. Su estado de ánimo afecta a la gente que los rodea al punto de que sus pares no los buscan ni hacen amistad con ellos. Si se piensa en algunos de los síntomas de la depresión (como el pobre contacto ocular, la fatiga y la irritabilidad), se puede entender por qué otros niños no se relacionan con los niños con depresión. Pronto esto puede constituirse en un círculo vicioso, cuánto menos amigos tienen, peor se sienten consigo mismos.

Una de las cosas más importantes para ayudar al niño con depresión es apoyarlo para que se sienta más confiado en los escenarios sociales. De manera esperanzadora, si llegan a comprender las cosas que ayudan a hacer amigos, comenzarán a sentirse más positivos respecto a sí mismos, cuanto más positivos se sientan, es más probable que los otros niños los incluyan en sus actividades. Desafortunadamente, usualmente a los niños no les gusta que se les vea como perdedores; los niños sin habilidades sociales probablemente estarán incluidos en este grupo de perdedores.

Para comenzar, la madre necesita tener muy en cuenta que las habilidades sociales realmente se aprenden en el hogar, si el ambiente del hogar tiene personas que se respetan mutuamente entonces hay una mayor probabilidad de que un niño respete a otros. Sin embargo, si la gente en el ambiente del hogar no se respeta mutuamente y raramente usan buenas maneras, entonces se puede tener la certidumbre de que el niño reflejará estas conductas y actitudes. Por ejemplo, cuando un niño está en terapia por utilizar groserías, usualmente hay que preguntar dónde escuchó el niño aquellas palabras, si dicen que es alguien en la casa, pero sucede “muy raramente”, se les debe decir que esto realmente importa –aunque sea una sola vez en un lapso de tiempo-, un niño reflejará siempre lo que él está viendo y oyendo en el hogar.

La madre también debe tener en mente que las habilidades sociales con los compañeros de juegos necesitan ser explicadas y enseñadas en la casa, tener en casa a un amigo de su hijo un par de horas, le permite a la madre proporcionarle un feedback por su conducta. Esto no puede hacerse si la madre está cocinando, hablando por teléfono o haciendo alguna otra cosa mientras su hijo juega con un amiguito; debe darse un tiempo de tal manera que pueda monitorear el juego de su

hijo, esto puede hacerse muy discretamente, pero necesita hacerse y, durante estos momentos, deben proporcionar feedback, puede ser durante el juego, tanto por compartir como por cualquier otra conducta que pueda observar.

Las habilidades sociales verbales no son siempre enfatizadas en el hogar, la madre necesita ser consciente de que el niño necesita aprender a usar un tono y volumen de voz apropiados para ser aceptados por otros. También resulta sorprendente el hecho de que los niños con baja autoestima raramente recuerdan los nombres de otra gente, no es un secreto que los niños más populares conocen más los nombres de la gente, al igual que los jóvenes y los adultos. La madre necesita enseñar al niño a saludar y a decir hasta luego a la gente, utilizando sus nombres. Y no se pueden olvidar del uso apropiado del “discúlpame” y enfatizar el “por favor” y “gracias”, mientras usan estas cortesías, deben mantener el contacto ocular y respetar el espacio personal, todo esto va conjuntamente.

h) Enseñar resiliencia: cuando un adulto o un niño tiene la capacidad de enfrentar los factores estresantes de la vida y salir adelante resolviendo sus problemas, se dice que tiene la capacidad de resiliencia. La manera en que un niño se hace resiliente, es demostrándole el amor de manera física y verbal, que incluye respeto (a expresarse, dar su punto de vista, reconocer su opinión y valentía), confianza, afecto, cariño, etc. Es importante mencionar que un niño con depresión carece de esta capacidad, por ello cualquier situación problemática puede causarle un impacto significativo debido a que no sabe cómo comportarse ante él.

i) Relajación: Se quiere enfatizar la importancia de que las madres aprendan, en principio, las técnicas de respiración para, a continuación, monitorear los ejercicios que deben llevar a cabo sus hijos.

Hay varias maneras para alentar los ejercicios de relajación, desde el aprender a hacer ciertas cosas de las que disfrutan tanto las madres como sus hijos. También deben tener en mente la apropiada cantidad de descanso y ejercicio, así como una revisión de que el niño cumpla con sus comidas de diario tanto para mantener la energía como para ser capaz de relajarse. Se recomienda

que las madres graben los guiones de las técnicas de relajación y de visualización, o tengan a la mano material para relajarse de manera que sus hijos puedan usarlos en cualquier momento.

La respiración profunda es una manera sencilla de aprender a relajarse cuando la persona (adulto o niño) se encuentra en una situación estresante. Los niños con depresión o con baja autoestima con frecuencia se sienten estresados cuando tienen que salir al frente de su clase, cuando tienen que ir al colegio o simplemente cuando están rodeados de otra gente. Siempre que un niño se sienta estresado, es un buen momento para que las madres le ayuden a relajarse. Además puede manifestarle que muchos de sus héroes o personas admirables utilizan estas técnicas antes de realizar sus actividades. La respiración profunda es un componente requerido de todos los ejercicios de relajación, y el niño puede hacerlo sin importar donde se encuentre.

j) Alimentación y ejercicio: Una nutrición adecuada es importante para todos, una dieta bien balanceada que incluya carbohidratos (como frutas, vegetales, cereales, alimentos integrales, galletas integrales, arroz y papas), proteínas (carne, queso, leche y huevos) y algunas grasas, es necesaria para un cuerpo saludable. Los niños que son demasiado pesados o demasiado delgados no sólo son el objeto de las mofas de otros niños, sino también son más vulnerables a los principales problemas de salud.

El ejercicio como ya se mencionó es también importante para que el niño permanezca emocional y físicamente saludable. Para un niño con depresión siempre es importante hacer ejercicio diariamente porque es esencial para la relajación y para mejorar el ánimo y, lo que es bueno para el niño con depresión también es bueno para su madre. Si ella no hace algún ejercicio, le proporciona a su hijo una buena excusa para no hacerlo; un mínimo de media hora cada día es recomendable para cualquiera. Puede estar bien si un niño tiene la experiencia de educación física en sus años de estudios, pero esto no sucede necesariamente. Por lo tanto, el niño necesitará algún aliento por parte de la madre, siempre se le debe sugerir a la madre que el simple hecho de caminar alienta el habla, el ejercicio y mejora la comunicación.

5.2.3 Abordaje en el aula.

La participación de los profesores como fuentes de información sobre la gravedad de los síntomas y la repercusión del trastorno en el funcionamiento escolar de los niños es fundamental; también pueden funcionar como auxiliares en el proceso terapéutico, incluida la psicoeducación. Es importante hacer recomendaciones a los profesores para que faciliten la recuperación de aquellos que se encuentren en tratamiento: al identificar sus habilidades académicas y sociales, reforzar sus conductas positivas, corregirlos en privado sin avergonzarlos y cumplir en forma adecuada con las sanciones establecidas para conductas inapropiadas o de riesgo.

Es muy común que los profesores creen que tendrán que dedicar más tiempo para los niños que requieren este tratamiento, y posiblemente se negarán. Algunos aceptarán pero no lo llevarán a cabo. Por esta razón las recomendaciones aquí hechas no solo conllevan tiempo extra dedicado exclusivamente al niño, sino que algunas técnicas puede utilizarse grupalmente, esto ayudará al menor pero también al grupo en general. Así será más fácil que los profesores acepten.

Una estrategia que los profesores (as) pueden tomar en cuenta para realizar dentro del salón de clases, es la relajación, pero primeramente ellos deberán estar relajados (Anexo 11). Es muy habitual entrar en una clase y ver a todo el mundo nervioso. El primer paso es que cada profesor encuentre su propio camino para llegar a estar tranquilos, cada uno tiene que buscar una técnica que les ayude dependiendo de su personalidad. Posteriormente, es necesario crear un entorno relajante. Los más pequeños son muy sensibles a todo aquello que pueden captar a su alrededor. El tono de la voz y la manera de hablar son factores poderosos para conseguir atención que se convierte en la base de la relajación. Los valores como la tranquilidad nunca pueden estar separados de la experiencia y sobretodo de la ejemplaridad.

Es necesario procurar dar tranquilidad en clase. Es recomendable hacer ocasionalmente y cuando se crea conveniente, ejercicios distintos de relajación: una pequeña danza, una canción, un cuento musical, una audición, ejercicios cortos, etc. No se trata de dar una clase con niños dormidos pero sí ayudar a todos los niños y niñas a cultivar la atención para aprender a escuchar. Potenciando el afecto, el respeto y el silencio del entorno. Cuidando la atención se puede llegar a la relajación.

Otras recomendaciones:

- Uno de los síntomas más comunes en los niños que presentan depresión es el rendimiento escolar, por ello es importante que los profesores tengan conocimiento de esto y así poder reducir el nivel de exigencia. El niño puede recibir como premio, elogios en cada buena acción realizada. Se puede ayudar al alumno no dejando que el bajo rendimiento afecte en el aumento de los síntomas depresivos.
- Es necesario ayudar al niño a superar la depresión, y la figura del profesor, con apoyo y cariño, puede ser un factor determinante en la solución del problema, siempre trabajando de manera conjunta madre-hijo-profesor.
- El profesor necesita reforzar la estima del niño, y dejar que exprese sus sentimientos.
- Se recomienda realizar pláticas o talleres de sensibilización y autoestima sobre la solución de conflictos (si el profesor está dispuesto a invertir un poco de tiempo en sus alumnos, puede informarse para realizar la plática, si no también hay la opción de buscar un psicólogo experto en el tema).
- Se puede sentar al niño cerca de los alumnos que le hagan la plática e interactúen con él.
- Y por último, y aunque es poco común, se propone que un psicólogo asista al salón de clases a observar la conducta de los alumnos y así, poder identificar a los niños que presentan diferentes problemáticas que, tal vez no hayan sido observadas o para mejorar el tipo de intervención que se debe hacer con ellos.

CONCLUSIONES

La intervención psicológica juega un papel fundamental en el tratamiento de cualquier enfermedad o trastorno que implique las emociones, pensamientos y conductas. Es el proceso que comprende un amplio conjunto de técnicas y procedimientos de evaluación y tratamiento empleados de manera selectiva y ajustada para cada paciente en particular. Por tanto, las estrategias terapéuticas que se consideren a utilizar varían según la clase de problemas específicos de los pacientes. Es importante que antes de establecer una estrategia de intervención se cuente con información importante y básica acerca del paciente, sobre la necesidad o diagnóstico que presenta y la meta que se busca alcanzar. Todo esto se obtendrá a través de una oportuna evaluación que permitirá tomar decisiones correctas sobre el tipo de terapia que se utilizará, el plan terapéutico y las estrategias a utilizar.

Muchos trastornos internalizados inician en la infancia o en la adolescencia. La depresión, en muchas ocasiones es de inicio temprano, ya que, de acuerdo con Hernández, Benjet, Andar, Bermúdez y Gil (2010), una cuarta parte de las personas que han sufrido depresión en México tuvieron su primer episodio como niño o adolescente. La tristeza es un tipo de emoción que, cuando se convierte en depresión es porque entre muchos factores (biológicos, físicos psicológicos, familiares y sociales), las emociones se encuentran fuera de control. Debido a que, la depresión se acompaña de éstas emociones, siempre será mejor prevenirla que enfrentarla.

La prevención de conductas de riesgo en niños y adolescentes es fundamental para retardar o evitar las complicaciones, con el conocimiento de la conceptualización, causas y consecuencias de la depresión en niños y adolescentes aquí referida se busca la prevención de la depresión.

Además, en esta investigación se realiza una propuesta bajo el enfoque cognitivo-conductual para hijos con depresión de madres solteras, con la cual se espera obtener resultados favorables y mejoría, tanto en los menores como en las madres de los pacientes y de quien utilice este recurso. El programa de intervención tiene como objetivo la disminución o desaparición de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes en general, pero principalmente en hijos de madres solteras. El enfoque que se tomó (Cognitivo- Conductual) para realizar la propuesta, fue

debido a que en diversas investigaciones y tratamientos con pacientes no sólo con depresión, sino con diversos problemas de salud mental ha demostrado alta efectividad y reducción de sintomatología. Este sostiene que la conducta normal o anormal son, principalmente, productos del aprendizaje y se modifican mediante los mismos principios, además uno de sus postulados considera que las personas se conducen según las ideas que tienen de sí mismas, de los otros y del mundo. Por lo tanto, el cambio psicológico implica, adoptar una construcción alternativa que aporte un nuevo sentido de sí mismo y del mundo.

La depresión se presenta como consecuencia de diversos factores: depresión en la mamá, pérdida de la figura paterna o desintegración familiar, se llega a buscar un culpable o a responsabilizar a alguien y en ocasiones puede ser al mismo hijo, provocando una baja estima, inseguridad, ansiedad y preocupación que a su vez puede convertirse en depresión.

Por esta razón se considera necesaria la intervención de manera integral, abarcando todas las áreas donde el niño se desenvuelve, trabajando: terapeuta, niño, madre y profesor (si es posible). No obstante, el menor es el actor principal y a quien se necesita dar las herramientas necesarias para ser independiente y salir adelante por sí mismo, para un presente y futuro mejor ya que en tiempos actuales los niños y adolescentes están creciendo bajo un ambiente muy distinto al de hace unos cuantos años, ahora muchas de las problemáticas suelen aumentar o propiciarse por el ambiente (amigos y compañeros).

Todo esto aunado a que la madre como proveedora del hogar tiene que pasar mucho tiempo fuera de casa, los menores se encuentran expuestos mayor tiempo a la influencia del ambiente. Por esta razón es necesario que determinen tiempos específicos y de calidad para realizar estas recomendaciones.

La inquietud de realizar una propuesta de intervención surge a partir del servicio social llevado a cabo en el Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro en donde se brinda tratamiento multidisciplinario (médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, etc.), y el área en donde se trabajó fue la psicológica, en el área de Psicoterapia Cognitivo Conductual a menores de edad con diferentes psicopatologías (Trastorno por Déficit de Atención con y sin

Hiperactividad (TDA/TDAH), Trastorno Opositorista Desafiante (TOD), Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), Trastorno de Ansiedad Generalizada o por Separación (TAG/TAS) Trastorno Depresivo en cualquiera de sus modalidades (Distimia, Episodio Depresivo Leve (EDL), Moderado (EDM) o Grave (EDG)), Tricotilomanía, Enuresis/Encopresis y Estrés Postraumático).

Durante un año de servicio se atendieron 40 pacientes: 20 fueron diagnosticados con algún trastorno depresivo, de cuales 17 vivían únicamente con la madre, ya sea porque hubo separación, divorcio, abandono o fallecimiento del padre; 3 pacientes vivían con ambos padres. Los otros 17 presentaron otro tipo de psicopatologías. Al observar la incidencia de casos de niños con depresión hijos de madres solteras y la poca información y/o herramientas de intervención proporcionada a los prestadores de servicio social, surge la necesidad de contar con una propuesta de intervención no sólo para los terapeutas sino para aquellos compañeros que inician su carrera en el ámbito clínico, donde además de informarse sobre todo lo relacionado a la depresión, aprenderán a emplear diversas estrategias sustentadas teóricamente.

A continuación se presenta una selección de pacientes con depresión, hijos de madres solteras, atendidos en el Hospital Psiquiátrico Infantil con la finalidad de conocer a grandes rasgos el tipo de vida que llevan y poder realizar una intervención bajo esta propuesta.

Paciente	Diagnóstico psiquiátrico y Tratamiento Farmacológico	Situación de la madre	Desarrollo del paciente	Situación del padre
Masculino 12 años	EDM Sertralina ½ -0-0	Edad: 39 años. Edad del embarazo: 29 años. Divorciada desde hace 2 años con 5 años de separación Ella refiere que su embarazo fue difícil pues “me daba coscorriones, patadas, manotazos y me hablaba con groserías” Trabaja de vigilante 24 x 24 en el mismo edificio donde vive. Su hija de 17 años y su nieto viven con ella aunque su hija en ocasiones se va a vivir con su papá. No tiene pareja actualmente.	La madre refiere que el niño sufrió violencia “coscorriones, patadas, groserías” por parte del padre. Menciona que ella lo defendía pero en ocasiones era inevitable y observaba cómo lo golpeaba. No ha habido reglas y límites claros y el menor en ocasiones es desobediente y voluntarioso. Actualmente está estudiando 5° primaria, presenta problemas para relacionarse con sus compañeros y lleva bajas calificaciones.	Alcohólico y drogodependiente (la madre refiere que sólo sabe que fuma marihuana); vive cerca del niño, en ocasiones lo ve pero su madre se lo tiene prohibido debido a que el menor refiere que “lo obliga a rendirle culto a la santa muerte y ha presenciado escenas de sexo en casa de su padre con su pareja actual”. Por lo que considera que no es adecuado que el niño esté con él.
Femenino 14 años	Distimia Fluoxetina 1-0-0	Edad 30 años. Edad del embarazo: 16 años Separación hace 9 años. Ella refiere que su embarazo “fue triste debido a que había muchos pleitos con el padre, que ella recibía golpes durante y después del embarazo, la menor presencié estas escenas”. No tiene más hijos y se salió de trabajar para que la menor cumpliera con sus tareas escolares ya que “es muy rebelde y peleonera” sic. Madre. Viven con sus padres, que sustentan los gastos de ambas. No tiene pareja actualmente.	La madre refiere que “trató mal a la menor debido a que no fue una hija planeada, es que tenía muchos problemas con su papá y yo me desquitaba, la agredía dándole cachetadas, jalones de cabello e insultos”. La menor vivió con muchas personas, primero un tío, después sus abuelos maternos, luego los paternos, con su papá, con la pareja de su papá y finalmente regresa con su mamá. Actualmente cursa 3° de secundaria pero presenta muchos problemas por agresividad de ella hacia sus compañeros.	El padre se va a vivir a Estados Unidos y deja a la menor con su pareja que tenía en Michoacán. Después, la menor regresa a casa de sus abuelos junto con su mamá. Actualmente no tienen comunicación con él.
Masculino 8 años	TDM Sertralina 1-0-0	Edad: 41 años Edad del embarazo: 33 años Separación hace 4 años La madre refiere que “ella sola se responsabilizó del menor desde el embarazo y por eso decide ponerle solamente sus apellidos, su papá sólo iba de vez en cuando a dejarme pañales o cosas así”. Trabaja en una estética donde el menor está con ella. No tiene más hijos.	El menor creció solo con su madre, por lo tanto “ella estableció límites y reglas pero de manera agresiva ya que era es tolerante y exigente”. Además menciona que “siempre se molestó que el padre quisiera ver al menor porque le regalaba puras cosas usadas” refiere que “a su hijo le daba explicaciones como tú y yo somos un cero a la	De vez en cuando va a visitar al menor, la madre se molesta porque no aporta económicamente y refiere que cada que lo va a ver, el niño regresa a ser el mismo, retrocede en el cambio que ya presentaba.

		No tiene pareja actualmente	izquierda para tu papá, él tiene otra pareja y él decidió irse”. Actualmente cursa 3° de primaria “lleva bajas calificaciones y es peleonero, no quiere hacer tareas y es voluntarioso”.	
Femenino 13 años	TDM Sertralina 0-0-1	Edad: 31 años Edad del embarazo: 18 años Separación desde los dos meses de la menor. La madre refiere que “el embarazo no fue planeado y hubo intento de aborto, no hubo control y el padre se marchó de la casa a los 2 meses de embarazo y que ella se sintió triste durante el embarazo”. La madre tiene otra hija de 17 años y un hijo de 4 años que es medio hermano de sus hijas. Madre trabaja temporalmente, los abuelos las solventan económicamente. Tiene pareja actualmente.	La madre de la menor refiere que sus abuelos “siempre se hicieron cargo de ella y establecieron buenos principios”, después se fueron a vivir ambas hijas con ella (10 años) pero las regresó con sus abuelos porque se juntó con el padre de su hijo menor. Posteriormente se separa de él y aun así las niñas se quedan viviendo con los abuelos, Actualmente ya viven con ella pero refiere que “no me obedecen a pesar de que trato de ser como una amiga para ellas, hasta voy a sus fiestas”. La menor se encuentra estudiando 1° de secundaria, ya que perdió un año por tantos cambios, lleva buenas calificaciones y no tiene problemas.	El padre se marcha a los dos meses de embarazo y lo último que saben los abuelos y la madre de la niña es que estuvo encarcelado pero ahora ya salió. No mantiene comunicación con la menor.
Masculino 11 años	Trastorno Depresivo Sertralina 1-0-0	Edad: 37 años Edad del embarazo: 26 años Divorcio hace 1 año, 8 meses. La madre refiere que el embarazo fue “difícil debido a que mantenía discusiones frecuentes con el padre del menor”. Comenta que presentó depresión post parto. La madre es maestra en la primaria a la que asiste el menor, tiene otro hijo de 3 años. No tiene pareja actualmente.	La madre refiere que “el padre siempre fue autoritario con el menor, se la pasaba castigando y pegándole y no tenían buena relación ni comunicación”. Ante la separación “el niño no dormía, bajó mucho de peso y no quería hacer sus cosas”, posterior a la separación “el niños está muy ansioso, se muerde las uñas de manos y pies”. El niño estudia 5° de primaria y sus calificaciones “no son altas ni bajas”.	El menor ve a su padre los fines de semana, la madre refiere que “se la pasan viendo la televisión y sigue sin haber comunicación”.
Femenino 15 años	TDM Sertralina 0-0-1	Edad: 41 años Edad del embarazo: 26 años Separación hace 12 años, 8 años de divorcio. La madre refiere que “durante y después del embarazo, el padre la agredía, le pegaba, daba cachetadas y le decía groserías”.	La menor fue criada mayormente por la madre, la menor menciona que su mamá es “agresiva y vengativa”. La madre refiere que la menor pasaba mucho tiempo sola debido a que ella trabajaba.	El padre siempre estuvo ausente, solo era proveedor, golpeaba a la madre. Actualmente ve en ocasiones a sus hijas y les da pensión, mantiene una mala relación con ellas y con la madre.

		Trabaja vendiendo tacos de guisado la mayor parte del día, todos los días de la semana. Tiene una hija mayor que vive con ellas de 19 años. No tiene pareja actualmente.	En la escuela sufrió bullying y la madre decide sacarla. Actualmente no estudia, su madre tiene planes de meterla a un curso de computación.	
Masculino 12 años	TDM Sertralina 1-0-0	Edad: 30 años Edad del embarazo: 18 años. Separación desde que el menor era pequeño. Mantiene otras relaciones y posteriormente se casa. Actualmente es viuda. “El embarazo no fue planeado, había amenaza de aborto y su estado de ánimo fue malo, triste y deprimida por los problemas con el padre del menor que la golpeaba: cachetadas, jalones de cabello e insultos”. No tiene más hijos No refiere si trabaja.	Madre ausente debido a que trabajaba y estudiaba, crianza llevada a cabo por los abuelos. Posteriormente la madre y su nueva pareja (esposo) se hacen cargo de él. La madre refiere que ésta pareja falleció en un accidente automovilístico y a partir de entonces el niño comienza con síntomas depresivos “andaba como ido”. Cursa 6° de primaria. Lleva bajas calificaciones, “no tiene amigos, se aísla o a veces es muy agresivo”.	No saben de él.
Femenino 13 años	TDM Distimia Fluoxetina ½-0-0	Edad: 36 años. Edad del embarazo: 23 años Separación hace 8 años. “Embarazo difícil trabajando y teniendo problemas con el padre por sus adicciones” Ella vive con la menor y otra hija de 17 años que tiene un bebé. Trabaja de cajera en una tienda comercial, trabajo de tiempo completo. No tiene pareja actualmente.	La madre refiere que estuvo ausente debido a que necesitaba trabajar, no estableció buena comunicación con la menor, ella se encontraba bajo la responsabilidad de su hermana mayor. La madre solamente aportaba económicamente y daba permisos (aunque muy pocos) porque tenía miedo de que su hija “cayera en malos pasos (drogas)”. La madre se describe como autoritaria cuando estaba en casa. La menor cursa 2° de secundaria, presenta buenas calificaciones pero debido a que la encontraron junto con sus amigas “cortándose las muñecas” es que fue referida al hospital. La menor refiere que su padre fumaba marihuana frente a ella y eso le afectaba mucho.	Padre adicto al alcohol y a la marihuana, la madre refiere que “no aporta económicamente”. Tiene un puesto de películas. Todos viven en la misma casa (de los abuelos paternos) y la madre menciona que se quisiera ir pero no le alcanza el dinero para una renta.

Como se puede observar los pacientes muestran diversas problemáticas, todos sufrieron violencia física y psicológica, descuidos, soledad, abuso y presentan problemas en la escuela, ya sea para relacionarse o en el ámbito académico.

El tipo de tratamiento llevado con ellos fue farmacológico y terapéutico (Terapia Cognitivo-Conductual). Es importante mencionar que en algunos de ellos aparece la depresión a partir del abandono, separación, divorcio y/o muerte del padre, otros la han desarrollado a lo largo del tiempo por las circunstancias de su vida cotidiana, sin embargo, durante las sesiones terapéuticas todos reportaron afectaciones a causa de la ausencia de su padre y continuamente se trabajó al respecto. Además se observó la relación estrecha entre la depresión y la ausencia de la figura paterna ya que los menores tocaron temas como los siguientes:

“¿Por qué me tocó un papá así?, ¿por qué no está mi papá conmigo?, extraño a mi papá, mis amigos si tienen papá, ¿por qué nos abandonó?, ya no quiero que mi papá sea así (esto en el caso de los padres con adicciones), me siento triste porque papá se fue, quiero conocer a mi padre, etc. A partir de ello surge la necesidad de proponer un plan de intervención para trabajar con este tipo de casos, que manifiestan la depresión de manera diferente que un niño que cuenta con ambos padres.

Se sugiere tener muy claro que cuando la situación de riesgo para el menor es ALTA, será necesario el uso farmacológico de antidepresivos, ya que muchos pueden presentar ideas suicidas que podrían llevarse a cabo si no se atienden correctamente. En estos casos será necesario hacer un control riguroso de los posibles efectos secundarios, especialmente durante las primeras semanas de tratamiento, con el fin de detectar y prevenir consecuencias graves.

El tema de los fármacos es un apartado muy delicado del tratamiento. De acuerdo a la experiencia adquirida en el Hospital Psiquiátrico, se puede argumentar que en ocasiones los niños y adolescentes no necesitaban un tratamiento farmacológico; sin embargo el primer lugar a donde era dirigidos padres e hijos, era con el paidopsiquiatra, el cual administraba fármacos antes de tener una revisión psicológica a profundidad.

La propuesta de intervención es a nivel psicoterapéutico pero cuando se considere necesario será conveniente un tratamiento mixto con apego farmacológico y psicoeducativo para potenciar y complementar la eficacia de cada uno. Es, precisamente, esta intervención psicoterapéutica la que debe evaluar en cada momento las posibles conductas del paciente, y obrar en consecuencia.

Se ha abordado la importancia de una intervención cognitivo-conductual en el trastorno depresivo, basada en la conexión de sentimientos, pensamiento y conductas. Cuando estas intervenciones son utilizadas conjuntamente con técnicas adecuadas, la madre cultiva una fuerte defensa para su hijo mientras lucha por su autoestima y con su ánimo triste. El proceso de recuperación no tiene límite de tiempo, depende de la historia familiar de cada madre y de cuánto se comprometa a practicar las actividades sugeridas por el terapeuta. Sin embargo, se sabe que la terapia cognitivo-conductual es efectiva y de corta duración. Aún cuando se ha hablado específicamente de hijos con depresión de madres solteras, algunas técnicas también son de mucha utilidad para niños en distintas condiciones. Estas técnicas no sólo son estrategias importantes para los niños, también son enormemente poderosas para los adultos.

Algunas recomendaciones a futuro primeramente sería que hubiera una mejor evaluación por parte de los profesionales de la salud hacia los pacientes, para poder decidir qué tipo de tratamiento es adecuado para cada uno, ya que, por ejemplo en el Hospital Psiquiátrico Infantil se llegó a la conclusión de que el niño hubiera podido recuperarse únicamente con la psicoterapia. Además, diversos estudios afirman que la TCC puede ser tan efectiva como los fármacos antidepresivos en la reducción de los síntomas al final del tratamiento, ya que el efecto se mantiene durante más tiempo tras finalizar la TCC, mientras que no siempre ocurre lo mismo con los antidepresivos.

Además se sugiere la realización de programas de prevención efectiva, no sólo de intervención sino el poder hacer algo antes de que las cosas ocurran y el sufrimiento sea más grave. Enseñar a las niñas y niños la gran responsabilidad que es tener y criar un hijo y no sólo lo vean como juego o como una “experiencia nueva”. La educación sexual también es

importante, ya que se los niños y adolescentes desde corta edad deben saber cómo mantener una vida sexual responsable y las consecuencias que puede tener el no hacerlo. No sólo consecuencias físicas como Enfermedades de Transmisión Sexual o Embarazos no deseados, si no ir más allá de eso; y hacerles conocer las implicaciones que tienen en la vida de los hijos procreados sin planeación, no deseados o fuera del matrimonio, es decir, siendo madre soltera; qué malestares, trastornos, enfermedades y consecuencias en general pueden desarrollar los niños. Este es un tema que muy pocos han abordado, nadie piensa en quién pagará las consecuencias de los actos irresponsables. Y estos, son los hijos.

También se recomienda la realización de investigaciones cuantitativas que corroboren la correlación entre la ausencia del padre y la depresión infantil. Además, será necesaria la implementación de información sobre antidepresivos y cómo tener un uso adecuado de los mismos.

Y por último, sería interesante investigar sobre la modalidad grupal de terapia cognitivo-conductual basada en la toma de conciencia plena ya que parece ser efectiva en el mantenimiento de la respuesta en personas que se han recuperado de la depresión, especialmente en aquellas que han tenido más de dos episodios previos.

BIBLIOGRAFÍAS

- Abela, J. & Taylor, G. (2003). Specific vulnerability to depressive mood reactions in schoolchildren: The moderating role of self-esteem. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 32, 408-419. Recuperado el 25 de mayo de 2013 de Wiley Online Library.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. y Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-59.
- Aguilar, R. y Fragoso, A. (1998). *Aspectos psicológicos implicados en la problemática de las madres solteras*. (Tesis de Licenciatura), Universidad Nacional Autónoma de México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, México D. F.
- Aguirre, A. (2008). Antropología de la depresión. *Revista Malestar y subjetividades Fortaleza*, 8 (3), 563-601.
- Ajuriaguerra, J. (1996). *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona, España: Masson.
- Alcocer, A. (2001). *Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes*. España: Médica Panamericana.
- Aldaz-Carrolli, E. & Moran, R. (2001). Escaping the poverty trap in Latin America: the role of family factors. *Cuadernos de Economía*, 38 (114). Recuperado el 13 de Abril de 2013 de Base de datos Scielo.
- Álvaro, J. L., Garrido, A. y Schweiger, I. (2010). Causas sociales de la depresión. Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 68, (2), 333-348. Recuperado el 12 de Octubre de 2012 de http://www.fac.org.ar/revista/06v35n2/arte_cul/arteyc.pdf.
- American Psychiatric Publishing. Recuperado el 27 de Julio de 2013 de <http://www.psych.org/>.
- Anderson, D.L., Tsuya, N.O., Bean, L.L. & Mineau, G. P. (1987). Intergenerational transmission of relative fertility and life course patterns. *Demography*, 24, 467-80. Recuperado el 09 de Abril de 2013 de <http://link.springer.com/article/10.2307%2F2061386?LI=true#page-1>.
- Antonhy, J. y Benedek, T. (1981). *Depresión y existencia humana*. Barcelona, España: Salvat.
- Aragón, L. y Silva, A. (2002). *Evaluación psicológica en el área educativa*. México: Editorial Pax.
- Arbiza, M. I. (1978). La madre soltera frente a la sociedad. *Papers: Revista de Sociología*, 9. Recuperado el 23 de Mayo de 2013 de <http://www.raco.cat/index.php/papers/article/viewFile/24703/57462>.
- Aseltine, R., Gore, M. y Colten, M. (1994). Depression and the social developmental context of adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 252-263.
- Bandura, A. (1999). Autoeficacia: *Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. España: Desclée D Brouwer.

- Bandura, A. y Walters, R. (1983). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. (7ª ed.). Madrid, España: Alianza.
- Barcelata, B. E y Álvarez, I. (2005). Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato. *Revista Acta Colombiana de Psicología*, 8 (1). Recuperado el 29 de junio de 2013 de base de datos Scielo.
- Beck, A. (1976). *Diagnóstico y tratamiento de la depresión*. México: Merck Sharp & Dohme International.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International University Press.
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory. Manual*. San Antonio, Texas: The Psychological Corporation. Recuperado el 12 de Abril de 2013 de Base de datos IberLibro.
- Beck, A., John, A., Shaw, B. y Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. (5ª. ed.). España: Descleé de Brouwer.
- Beck, A.T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46, 368-375.
- Bertalanffy, L. (1968). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Black, M., Papas, M., Hussey, H., Dubowitz, H., Kotch, J. & Starr, Jr., R. (2002): Behavior problems among preschool children born to adolescent mothers: Effects of maternal depression and perceptions of partner relationships. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31 (1), 16-27. Recuperado el 16 de Agosto de 2013 de <http://www.tandfonline.com/>.
- Bowen, M. (1998). *De la familia al individuo. La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar* (1ª ed.). España. Paidós.
- Bowlby, J. (1958). The Nature of the Child's Tie to His Mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39: 350-371. Recuperado el 20 de Julio de 2013 de <http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/online/nature%20of%20the%20childs%20tie%20bowlby.pdf>.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss. Loss, Sadness and Depression*. Londres: The Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1993). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Barcelona: Paidós
- Bowlby, J. (1993). *Orientación hacia una figura en el vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.
- Brennan, P., Hammen, C. y Katz, A. (2002). Maternal depression, paternal psychopathology, and adolescent diagnostic outcomes. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 70, 1075 – 1085.
- Bunge, E., Gomar, M. y Mandil, J. (2007). Implementación de metáforas en la terapia cognitiva con niños. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16 (3), 239- 249. Recuperado el 28 de Junio de 2013 de Base de datos Redalyc.
- Buvinic, M., Valenzuela, J. P., Molina, T. y González, E. (1998). La suerte de las madres adolescentes y sus hijos: la transmisión de la pobreza en Santiago de Chile. *Familias y relaciones de género en transformación. EDAMEX*, 4, 451-92.

- Calderón, N. (1990). *Depresión*. México: Trillas.
- Cantú, V. M. (2011). La realidad de las madres solteras en la ciudad de México. (Radioreportaje de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México: Facultad de Estudios Superiores Aragón, San Juan de Aragón, Estado de México.
- Carlson, N. (1996). *Fundamentos de psicología fisiológica*. México: Pearson educación.
- Caro, I. (1997). *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. (3ª ed.). Barcelona, España: Paidós.
- Carrasco, M. A., Rodríguez-Testal, J. F. y Del Barrio, V. (2001): Delincuencia y psicopatología entre adolescentes maltratados. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 54, 605-617.
- Cautela, J. y Groden, J. (1985). *Técnicas de relajación: manual práctico para adultos, niños y educación especial*. España: Martínez Roca.
- Chen, X., Rubin, K. H. & Li, B. (1995): Depressed mood in Chinese children: Relation with school performance and family. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (6), 938-947. Recuperado el 18 de mayo de 2013 de <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/63/6/938/>.
- Clark, D.M. (1989). *Anxiety states: Panic and generalized anxiety. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press. REcuperaso el 07 de Julio de 2013 de <http://psycnet.apa.org/>.
- Corona, C. R. (2012). El intento de suicidio y la depresión en el adulto. (Tesina de Licenciatura). Universidad Americana de Acapulco. Incorporada la UNAM. México, D. F.
- Cortés, J. C. (2008). *Las depresiones, un abordaje sistémico*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Cortés, J.L. (2002) *Trabajo de postgrado que para obtener el título de especialista en psiquiatría*. (Trabajo de Posgrado no publicado). Facultad de Medicina Universidad Nacional Autónoma de México, México D. F.
- Davis, B., Sheeber, L., Hops, H. y Tildesley, E. (2000). Adolescent responses to depressive parental behaviors in problem-solving interactions: Implications for depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 451-463.
- Davison, G. y Neal, J. (1983). *Psicología de la conducta anormal*. México: Limusa
- De la Peña, F., Lara, M.C., Cortés J., Nicolini, H., Páez, F. y Almeida, L. (1996). Traducción al español y validez de la Escala de Birleson (DSRS) para el Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia. *Salud Mental*, 19, 17-23. Recuperado el 12 de Abril de 2013 de <http://inprf.bi-digital.com:8080/bitstream/123456789/1709/1/sm19s317.pdf>.
- De Shazer, S. (1985). *Claves para la solución en terapia breve*. Buenos Aires: Paidós, 1986.
- Del Barrio, V. (1997). *Depresión infantil, causas, evaluación y tratamiento*. España: Ariel Practicum.
- Del Barrio, V. (2007). *El niño deprimido. Causa, evaluación y tratamiento*. España: Ariel.

- Dujovne, V. F., Barnard, M. U. y Rapoff, M. A. (1995). Pharmacological and cognitive-behavioral approaches in the treatment of childhood depression: A review and critique. *Clinical Psychology Review*, 15, 589-611.
- Ellis, A. (1999). Una terapia breve más profunda y duradera. España: Paidós.
- Engle, P. L. y Smith, R. K. (1998). La maternidad adolescente y su influencia en las mujeres y los niños en áreas rurales en Guatemala. *Familias y relaciones de género en transformación. EDAMEX*, 4,377-418.
- Erikson, E. H. (1959) *Identity and the Life Cycle*. New York: International Universities Press.
- Espino, K., Flores, M. y García, M. (2012). *Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de los trastorno afectivos (depresión y distimia) en la infancia y adolescencia*. . México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales). Recuperado el 28 de Junio de 2013 de Base de Datos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Estrada, L. (1996). *El Ciclo Vital de la Familia*. México: Posada.
- Femat, L. (2007). *Familias de madres solteras: una perspectiva transgeneracional*. Anuario de investigación, UAM Xochimilco: México.
- Fernández, A., Rodríguez, B., Diéguez, M., González, N. y Morales, N. (1997). La terapia interpersonal de la depresión y las psicoterapias en el fin del milenio. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 17, (64), 627-648. Recuperado el 16 de Enero de 2014 de <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/viewFile/15561/15420>.
- Flores, Y. (2008). Estrategias y dinámicas para contar cuentos a niños en edad preescolar. (Informe académico de Licenciatura por elaboración comentada de material didáctico para apoyar la docencia). Recuperado el 05 de Diciembre de 2013 de <http://www.filos.unam.mx/LICENCIATURA/bibliotecologia/textos-apoyo-docencia/flores-andrade-yolanda.pdf>.
- Franco, R. (2010). *Situación de las madres solteras, visto desde la teoría de Erving Goffman*. (Tesis de Licenciatura. Recuperado el 13 de Febrero de 2013 de <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/handle/231104/248>.
- Freeman, A. y Oster, C. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos Vol. 1. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*. Madrid: Siglo XXI.
- Freeman, J., Epston, D. y Lobovits, D. (2001). *Terapia Narrativa para Niños*. Barcelona: Paidós.
- Freud, S. (1976). *Duelo y melancolía, Obras completas*. (2ª ed) Buenos Aires: Amorrortou.
- Friedberg, R. y Mc Clure, J. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. España: Paidós.
- Friedberg, R. y McClure, J. (2002). *Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents, the nuts and bolts*. New York: The Guilford Press. Recuperado el 12 de Abril de 2013 de Base de datos IberLibro.

- Friedman, E.S. y Thase, M.E. (1995). Trastornos del estado de ánimo. En V. Caballo, G. Buela y J.A. Carrobbles (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol. 1 (pp. 619-681). Madrid: Siglo XXI.
- García, M. (2013). *Taller de habilidades sociales para madres solteras con hijos menores (3 a 6 años) con conductas disruptivas*. (Tesina de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México: Facultad de Psicología, México D. F.
- Garrido, M y García, J. (1994). *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones* (comp.). Recuperado el 29 de Junio de 2013 de <http://pslibrorum.files.wordpress.com/2012/05/sistemic.pdf>.
- Gelder, M., Gath, D. y Mayou, R. (1993). *Psiquiatría*. México: Interamericana.
- Goldstein, A. P., Sprafkin, R. P., Gershaw, N. J., y Klein, P. (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Gómez-Escalonilla, A., Plans, B., Sánchez-Guerra, M. y Sánchez, I. (2008). *Cuadernos de terapia cognitivo-conductual: una orientación pedagógica e integradora*. Madrid, España: EOS.
- Gómez-Jarabo, G. (2012). *Biología y Salud. Tratado multidisciplinar sobre la actividad cerebral, los procesos mentales superiores y nuestro comportamiento*. Recuperado el 17 de Noviembre de 2013 de <http://www.biopsicologia.net/Nivel-4-Patologias/1.-Trastornos-psicopatologicos.html>.
- González, V. E. (2006). *Depresión infantil en la etapa escolar "Una guía para padres"*. (Tesina de Licenciatura no publicada). Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.
- Goodale, E. (2007). El papel de la norepinefrina y de la dopamina en la depresión. *RET Revista de Toxicomanías*, 50.
- Goodyer, I., Wright, C. y Altham, P. (1988), Maternal adversity and recent stressful life events in anxious and depressed children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, 651-667.
- Goolishian y Anderson (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Graw, A. y Meneghello, J. (2000). *Textos de pediatría en diálogos. Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia*. España: Médica Panamericana.
- Greden, J. (2003). *Tratamiento de la Depresión Recidivante*. España: Ars Médica.
- Greenberg, E. y Chen, Ch. (1996). Perceived family relationships and depressed mood in early and late adolescence: a comparison of European and Asian Americans. *Developmental Psychology*, 32, 707-716.
- Guadarrama, L., Escobar, A. y Zhang, L. (2006). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista Facultad de Medicina. UNAM*, 49 (2). Recuperado el 16 de Marzo de 2013 de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/12916>.
- Hales, R. E., Stuart, C. y Yudofsky. M. D. (2004). *Tratado de Psiquiatría clínica*. (4ª ed.). Barcelona, España: Masson.
- Hammen, C. (1997). *Depression*. Hove. Reino Unido: Psychology Press

- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 293-319. Recuperado el 23 de Agosto de 2013 de <http://www.annualreviews.org/>.
- Hernández, L., Benjet, C., Andar, M. A., Bermúdez, G. y Gil, F. (2010). *Guía clínica para el tratamiento psicológico de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales). Recuperado el 28 de Junio de 2013 de Base de Datos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Hernández, M. (2009). *Depresión materna y psicopatología en niños y adolescentes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro*. (Trabajo de Especialidad). Recuperado el 20 de Mayo de 2013 de <https://sites.google.com/site/hpicomisioninvestigacion/psiquiatria-infantil-y-de-la-adolescencia>.
- Hogan, D. P. & Kitawa, E. M. (1985). The impact of social status, family structure and neighborhood on the fertility of black adolescents. *American Journal of Sociology*, 90 (5), 825-55. Recuperado el 10 de Abril de 2013 de <http://www.popline.org/>.
- INEGI (2010) Página del Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado el 22 de Junio de 2013 de www.inegi.org.mx.
- Jackson, S. (1986). *Historia de la melancolía y la depresión: desde los tiempos Hipocráticos a la época moderna*. España: Turner.
- James, M. (2008). *DSM-IV. Guía para el diagnóstico clínico*. México: Manual Moderno.
- Jaral, M. (2006). *Factores de riesgo familiares para la depresión infantil: una perspectiva bio-psico-social*. (Tesis de Licenciatura). Recuperado el 26 de Enero de 2014 de http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/22_pedreschi.pdf.
- Jiménez, M. (1995). *Depresión infantil aspectos clínicos en Psicopatología infantil*. España: Alijibe.
- Jones, E., y Aisen, E., (2004). *Terapia Sistémica de pareja y depresión*. España: Edit. Descleé de Brouwe.
- Jonson, L. y Rosenfeld, G. (1992). *El divorcio y los hijos*. Colombia: Norma.
- Kafantaris, V. (1995). Treatment of bipolar disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 732-741.
- Kahn, J. R. & Anderson, K. E. (1992). Intergenerational patterns of teenage fertility. *Demography*, 29 (1), 39-57. Recuperado el 09 de Abril de 2013 de <http://link.springer.com/article/10.2307/2061362#page-1>.
- Kandel, D. y Davies, M. (1986) Adult sequelae of adolescent's symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 43, 255-262.
- Kashani, J. y Nair, J. (1995). *Affective/mood disorders, in diagnosis and psychopharmacology of Childhood and adolescent disorders*. (2a ed.) Nueva York: Wiley.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100-110.

- Kendall, P. C.; Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A. y Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders. A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366-380.
- Klein, M. (1965). *Nuevas direcciones en Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J. y Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. Nueva York: BasicBooks
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory*. Canadá: Publisher by Multi-Health Systems, Inc.
- La Greca, A. y Harrison, M. (2005). Adolescent and peer relationship, friendship, and romantic relationship: do they predict social anxiety and depression?. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34, 49-61.
- Lang M. y Tisher M. (1983). *CDS. Cuestionario de Depresión para Niños*. (5ª ed.). España: TEA.
- Lasa-Zulueta, A. (1995). *La psicoterapia en la infancia*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Lazarus, A. (1968). Learning theory and treatment of depression. *Behavioral Research and Therapy*, 6, 33-89.
- Lega, L., Ellis, A. y Caballo, V. (2009). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. España: Siglo XXI.
- León Mejía L. (2005). *Validez concurrente del Inventario de Depresión para niños (CDI) y la Escala de Birlson (DSRS) en escolares de 8 a 12 años*. (Tesis de Especialización en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia). Universidad Nacional Autónoma de México: Facultad de Medicina, México D. F.
- Lewinsohn, P. M., Muñoz, R. F., Youngren, M. A. y Zeiss, A. M. (1978). *Control your depression*. Nueva York: Prentice-Hall
- López Rodríguez J., López Butrón M. A., Vargas, B. E. y Villamil, V. (2004). Estudio doble ciego con antidepressivo, psicoterapia breve y placebo en pacientes con depresión moderada. *Salud Mental*, 27 (5), 85-87.
- Lujambio, J. (1980). Límites y alcances de las madres solas. *Revista Amicus Curiae*.
- Lujambio, J. (2007). *Mamá sola: un nuevo significado para la maternidad sin pareja*. México: Planeta.
- Luzzi, A. M. y Bardi, D. C. (2010). *Conceptualización psicoanalítica acerca del juego de los niños. Punto de partida para una investigación empírica en psicoterapia*. (Anuario de Investigaciones). 63, 53-63. Recuperado el 14 de Diciembre de 2013 de Base de datos Scielo.
- Martínez, A. (2008). *Manual de tratamientos psicológicos y farmacológicos de la depresión*. (Tesis de Licenciatura). Recuperado el 16 de Marzo 2013 de http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/martinez_r_a/indice.html.
- Mendels, J. (1989). *La depresión*. Barcelona: Heder.
- Michael, R. T. & Brandon, T. (1985). Entry into marriage and parenthood by young men and women: the influence of family background. *Demography*, 22(4), 515-44. Recuperado el 10 de Abril de 2013 de <http://www.jstor.org/>.

- Michelson, L., Sugai, D. P., Wood, R. P. y Kazdin, A. E. (1987). *Las habilidades sociales en la infancia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Minici, A., Dahab, J. y Rivadeneira, C. (2006). *Aproximaciones teóricas al fenómeno de la ansiedad*. Centro de Terapia Cognitivo Conductual y Ciencias del comportamiento (C.E.T.E.C.I.C.). Recuperado el 12 Noviembre de 2013 desde <http://www.cognitivoconductual.org/content.php?a=56>.
- Minuchin, S. (1979) *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Moreno, R. y Ramos, S. (1999). *La depresión como factor determinante en el rendimiento escolar*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México: Facultad de Psicología, México D. F.
- Mumme, D. L., Fernald, A. & Herrera, C. (1996): Infants' responses to facial vocal emotional signals in a social referencing. *Child Development*, 67, 3219-3237. Recuperado el 25 de mayo de 2013 de Wiley Online Library.
- Nagle, D., Erdley, C., Newman J., Mason, C. y Carpenter, E. (2003). Popularity, friends-hip quantity, and friendship quality: interactive influences on children's loneliness and depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 32, 546-555.
- Navarro, R. (1994) Del condicionamiento clásico a la terapia conductual cognitiva: hacia un modelo de integración. *Aprendizaje y comportamiento*, 10, 65-84.
- Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Nezu, A.M. (1987). A problem-solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review*, 7, 121-144
- Nissen, G. (1971). *Depressive Syndrome im Kindesund Jugendalter*. Berlin: Springer.
- Oldehinkel, A., Veenstra, R., Ormet, J., De Winter, A. y Verhulst, F. (2006). Temperament, parenting and depressive symptoms in a population sample of preadolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 47, 648-695.
- Organización Panamericana de la Salud (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (10ª ed., Publicación científica 554). Washington, D.C: OPS. Recuperado el 27 de Junio de 2013 de <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume3.pdf>.
- Pérez, M. y García, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Revista Anual de Psicología*, 13 (3), 493-510. Recuperado el 22 de Septiembre de 2013 de Psicothema.
- Perris, C. (1989). Cognitive therapy with the adult depressed patient. En A. Freedman, K.M.
- Peterson, J. L. y Zill, Z. (1986): Marital disruption, parent-child relationships and behavior problems in children. *Journal of Marriage and Family*, 48, 295-307. Recuperado el 17 de mayo de 2013 de <http://www.jstor.org/>.

- Pinto, B. y Álvarez, E. (2010). Terapia Breve y Depresión infantil (Estudio de Caso). *Órgano de difusión científica del departamento de Psicología Ajayu*, 8 (1), 87-106. Recuperado el 02 de Agosto de 2013 de <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/publicaciones.html>.
- Polaino-Lorente, A. (1985). *La depresión*. España: Martínez Roca.
- Polaino-Lorente, A. (1988). *Las depresiones infantiles*. España: Ediciones Morata.
- Pons, G. y Del Barrio, V. (1993). Depresión infantil y divorcio. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 11, 95-106. Recuperado el 18 de diciembre de 2013 <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1994-85066-001>.
- Poznanski, E. & Zrull, J. P. (1970). Childhood depression. Clinical characteristics of overtly depressed children. *Arch. Gen. Psychiatre*, 23, 8-15. Recuperado el 23 de mayo de 2013 de JAMA Psychiatry. Formerly Archives of General Psychiatry.
- Poznanski, E. y Zrull, J. P. (1970). Childhood depression: Clinical characteristics of overtly depressed children, *Archives of General Psychiatry*, 23, 815-829.
- Prestón, J. (1995). *Cómo vencer la depresión*. México: Pax México.
- Puig Puig-Antich, J., Lukens, E. & Davies, M. (1985) Psycho-social functioning in prepuberal major depressive disorders, IN: Interpersonal relationships during the depressive episode. *Archives of General Psychiatry*, 42, 500-507. Recuperado el 13 de mayo de 2013 de JAMA Psychiatry. Formerly Archives of General Psychiatry.
- Puig-Antich, J., Raymon, G. & Hanlon, C. (1983). Sleep architecture and REM sleep measures in prepuberal major depressiveness: studies during recovery from depressive episode in a drug-free state. *Archives of general Psychiatry*, 40, 932-939. Recuperado el 26 de Junio de 2013 de <http://www.drromeu.net/>.
- Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804. Recuperado el 10 de Septiembre de 2013 de <http://www.sciencedirect.com/>.
- Reyes, V. y Rodríguez, G. (2005). *Estudio comparativo de la depresión*. (Tesis de Licenciatura), Universidad Nacional Autónoma de México: Facultad de Psicología, México D. F.
- Rie, H. E. (1966). Depression in childhood: a survey of some pertinent contributions. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 5, 653-685.
- Roca-Bennasar M. (1999). *Trastornos del humor*. España: Médica Panamericana.
- Rodríguez, J. y Ortiz M. (2012). Depresión infantil. *Revista científica electrónica de Psicología ICsa-UAEH*, (6), 77-88. Recuperado el 12 de Octubre de 2012 de http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/5_-_No._6.pdf.
- Rojtenberg, S. L. (2001). *Depresiones y antidepresivos: De la neurona y de la mente, de la molécula y de la palabra*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Rojtenberg, S. L. (2006). *Depresiones: bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas*. Buenos Aires: Polemos.

- Sacco, W. P. y Beck, A. T. (1995). *Cognitive theory and therapy*. Nueva York: Guilford.
- Salinas, E. P. (2007). *El abandono de uno de los padres como desencadenante de la depresión infantil*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, México D. F.
- Sánchez, G. (1984). *Familias rotas y educación en lo hijos*. Madrid: Narcea.
- Sánchez, P. (1998). *Madres solas, realidades y soluciones*. México: Trillas.
- Santamaría, S. y Rodríguez, R. (2005). *Cuadro comparativo de los Trastornos Generales del desarrollo: Ansiedad infantil-angustia de separación-depresión infantil*. Caracas: Universidad José María Vargas. Facultad de Educación.
- Santrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo. El ciclo vital*. (10ª ed.). España: Mc Graw Hill.
- Santrock, J. (2007). *Desarrollo infantil*. México: Mc Graw Hill.
- Schneider, M. y Robin, A. (1974). *Turtle Manual*. Whashington. D.C.: ERIC. . Recuperado el 12 de Abril de 2013 de <http://eric.ed.gov/?id=ED128680>.
- Schoderbek, P., Schoderbek, C. & Kefalas, A. (1985). *Management Systems: conceptual considerations* (4ª ed.). Recuperado el 12 de Enero de 2013 de <http://trove.nla.gov.au/work/9853513?selectedversion=NBD1744842>.
- Segal, H. (1992). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. México: Paidós.
- Segura, R. (2006). Reseña “De neuronas, emociones y motivaciones” De Herminia Pasantes. Universidad de Guanajuato. *Acta universitaria*, 16, 31-34.
- Seligman, M.E. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Sheline, Y., Sanghavi, M., Mintun, M. y Gado, M. (1999). Depression duration but not age predicts hippocampal volume loss in medically healthy women with recurrent major depression. *Journal Neurosciences*, 19, 5034-5043.
- Shiah, I. y Yatham, L. (1998). GABA function in mood disorders and update and critical review. *Life Sci*, 63, 1289-1303.
- Sigerist H.E. (1961). *Early Greek, Hindu, and Persian Medicine*. New York: Oxford University Press.
- Silberman, R. y Aguado, H. (2005). Procesos cognitivos y depresión infantil: algunos lineamientos para los padres. *Revista de Psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, 6 (1), 67-82. Recuperado el 06 de Julio de 2013 de <http://www.hhv.gob.pe/revista.html>.
- Soares, J. y Mann, J. (1997). The functional neuroanatomy of mood disorders. *Journal Psychiatric Res*, 31, 393-432.
- Solloa, L. (2001). *Los trastornos psicológicos en el niño: etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. México: Trillas.
- Spitz, R. A. (1965). *The first year of life*. Nueva York: International Universities Press, Inc.

- Spitz, R. y Wolf, K. (1946). Analitic depression: An inquiry into the génesis of psychiatry conditions on early conditions II. *Psychoanalytic Study of Child*, 2, 313.
- Stilman, E. (2006). Anatomía de la melancolía. (Arte y cultura). *Revista de la Federación Argentina de Cardiología*, 35 (2). Recuperado el 29 de Agosto de 2013 de <http://www.fac.org.ar/1/revista/index.php>.
- Tamplin, A. Goodyer, I. y Herbert, J. (1998). Funcionamiento de la familia y la salud general de los padres en las familias de los adolescentes con trastorno depresivo mayor. *Revista de trastornos afectivos*, 48, 1 -13.
- Thomas, A., Chess, S. y Birch, H. (1968). *Temperament and behavior disorders in children*. Nueva York: Nueva York University Press.
- Tocon, C. y Mendiburu, A. (1991). *Madres solteras, madres abandonadas problemática y alternativas*. La casa de la mujer: Chimbote, Perú.
- Torres-Castillo M., Hernández-Malpica E. y Ortega-Soto, H. (1991). Validez y reproducibilidad del inventario para depresión de Beck en un hospital de Cardiología. *Salud Mental*, 14(2), 1-6.
- Vallejo, M. (1998). *Manual de terapia de conducta*. Madrid, España: Dykinson-Psicología.
- Varela, F. (1985). *Influencia de los familiares en la personalidad del niño*. Madrid: Narcea.
- Vélez, C., Johnson, J. y Cohen, P. (1989). A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 28, 861-864.
- Von Foerster, H. (1991). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.
- Watson, D. & Clark, L. A. (1995): Depression and melancholic temperament. *European Journal of Personality*, 9, 351-366. Recuperado el 25 de mayo de 2013 de Wiley Online Library.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., y Jackson, D.D. (1983). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1992). *Cambio*. Barcelona: Herder.
- White, M. y Epston, D. (1998). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós: España.
- Wicks-Nelson, R. y Allen, C. I. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente* (3ª ed.). España: Prentice Hill.
- Wiener, N. (1954). *The human use of human beings: Cybernetics and Society*. Nueva York: Avon.
- Wittezaele, J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Herder.
- Wolpe, J. & Lazarus, A. (1966). *Behavior therapy techniques*. Oxford: Pergamon Press.
- Zayfert, C. y Black, C. (2008). *Terapia Cognitivo Conductual para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático*. México: Editorial Manual Moderno.
- Zeanah, J. y Charles, H. (2000). *Handbook of infant mental health*. (2a ed) EUA: The Guilford Press.

ANEXOS

ANEXO 1

CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY (CDI) MARIA KOVACS.

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de oraciones sobre cómo te sientes. Lee cuidadosamente cada una de ellas, recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas, así que marca el círculo de la oración que exprese cómo te sientes.

1. <input type="radio"/> Estoy triste de vez en cuando	<input type="radio"/> Estoy triste muchas veces	<input type="radio"/> Estoy triste siempre
2. <input type="radio"/> Nunca me saldrá nada bien	<input type="radio"/> Nunca me saldrá nada bien	<input type="radio"/> Nunca me saldrá nada bien
3. <input type="radio"/> Hago bien la mayoría de las cosas	<input type="radio"/> Hago bien la mayoría de las cosas	<input type="radio"/> Hago bien la mayoría de las cosas
4. <input type="radio"/> Me divierten muchas cosas	<input type="radio"/> Me divierten muchas cosas	<input type="radio"/> Me divierten muchas cosas
5. <input type="radio"/> Soy malo siempre	<input type="radio"/> Soy malo siempre	<input type="radio"/> Soy malo siempre
6. <input type="radio"/> A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas	<input type="radio"/> A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas	<input type="radio"/> A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas
7. <input type="radio"/> Me odio	<input type="radio"/> Me odio	<input type="radio"/> Me odio
8. <input type="radio"/> Todas las cosas malas son culpa mía	<input type="radio"/> Todas las cosas malas son culpa mía	<input type="radio"/> Todas las cosas malas son culpa mía
9. <input type="radio"/> No pienso en matarme	<input type="radio"/> No pienso en matarme	<input type="radio"/> No pienso en matarme
10. <input type="radio"/> Tengo ganas de llorar todos los días	<input type="radio"/> Tengo ganas de llorar todos los días	<input type="radio"/> Tengo ganas de llorar todos los días
11. <input type="radio"/> Las cosas me preocupan siempre	<input type="radio"/> Las cosas me preocupan siempre	<input type="radio"/> Las cosas me preocupan siempre
12. <input type="radio"/> Me gusta estar con la gente	<input type="radio"/> Me gusta estar con la gente	<input type="radio"/> Me gusta estar con la gente
13. <input type="radio"/> No puedo decidirme	<input type="radio"/> No puedo decidirme	<input type="radio"/> No puedo decidirme
14. <input type="radio"/> Tengo buen aspecto	<input type="radio"/> Tengo buen aspecto	<input type="radio"/> Tengo buen aspecto
15. <input type="radio"/> Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes	<input type="radio"/> Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes	<input type="radio"/> Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
16. <input type="radio"/> Todas las noches me cuesta dormirme	<input type="radio"/> Todas las noches me cuesta dormirme	<input type="radio"/> Todas las noches me cuesta dormirme
17. <input type="radio"/> Estoy cansado de vez en cuando	<input type="radio"/> Estoy cansado de vez en cuando	<input type="radio"/> Estoy cansado de vez en cuando
18. <input type="radio"/> La mayoría de los días no tengo ganas de comer	<input type="radio"/> La mayoría de los días no tengo ganas de comer	<input type="radio"/> La mayoría de los días no tengo ganas de comer
19. <input type="radio"/> No me preocupa el dolor ni la enfermedad	<input type="radio"/> No me preocupa el dolor ni la enfermedad	<input type="radio"/> No me preocupa el dolor ni la enfermedad
20. <input type="radio"/> Nunca me siento solo	<input type="radio"/> Nunca me siento solo	<input type="radio"/> Nunca me siento solo
21. <input type="radio"/> Nunca me divierto en el colegio	<input type="radio"/> Nunca me divierto en el colegio	<input type="radio"/> Nunca me divierto en el colegio
22. <input type="radio"/> Tengo muchos amigos	<input type="radio"/> Tengo muchos amigos	<input type="radio"/> Tengo muchos amigos
23. <input type="radio"/> Mi trabajo en el colegio es bueno	<input type="radio"/> Mi trabajo en el colegio es bueno	<input type="radio"/> Mi trabajo en el colegio es bueno
24. <input type="radio"/> Nunca podré ser tan bueno como otros niños	<input type="radio"/> Nunca podré ser tan bueno como otros niños	<input type="radio"/> Nunca podré ser tan bueno como otros niños
25. <input type="radio"/> Nadie me quiere	<input type="radio"/> Nadie me quiere	<input type="radio"/> Nadie me quiere
26. <input type="radio"/> Generalmente hago lo que me dicen	<input type="radio"/> Generalmente hago lo que me dicen	<input type="radio"/> Generalmente hago lo que me dicen
27. <input type="radio"/> Me llevo bien con la gente	<input type="radio"/> Me llevo bien con la gente	<input type="radio"/> Me llevo bien con la gente

ANEXO 2

ESCALA DE BIRLESON-DSRS

Instrucciones: Por favor, responde honestamente cómo te has sentido las últimas dos semanas. No hay respuestas buenas o malas. Gracias.

	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. Me interesan las cosas tanto como antes.			
2. Duermo muy bien.			
3. Me dan ganas de llorar.			
4. Me gusta salir con mis amigos.			
5. Me gustaría escapar, salir corriendo.			
6. Me duele la panza.			
7. Tengo mucha energía.			
8. Disfruto la comida.			
9. Puedo defenderme por mí mismo.			
10. Creo que no vale la pena vivir.			
11. Soy bueno para las cosas que hago.			
12. Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes.			
13. Me gusta hablar con mi familia.			
14. Tengo sueños horribles.			
15. Me siento muy solo.			
16. Me animo fácilmente.			
17. Me siento tan triste que me cuesta soportarlo.			
18. Me siento muy aburrido.			

ANEXO 3

REYNOLDS CHILD DEPRESSION SCALE (RCDS)

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de oraciones sobre cómo te sientes. Lee cuidadosamente cada una de ellas, y por favor marca en el recuadro que corresponda a tu respuesta.

	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Todo el tiempo
1. Me siento feliz				
2. Me preocupa el colegio				
3. Me siento solo				
4. Siento que mis padres no me quieren				
5. Me siento importante				
6. Siento ganas de esconderme de la gente				
7. Me siento triste				
8. Me siento con ganas de llorar				
9. Siento que no le importo a nadie				
10. Tengo ganas de divertirme con los compañeros				
11. Me siento enfermo				
12. Me siento querido				
13. Tengo deseos de huir				
14. Tengo ganas de hacerme daño				
15. Siento que no les gusto a los				
16. compañeros me siento molesto				
17. Siento que la vida es injusta				
18. Me siento cansado				
19. Siento que soy malo				
20. Siento que no valgo nada				
21. Tengo pena de mí mismo				
22. Hay cosas que me molestan				
23. Tengo ganas de hablar con los compañeros				
24. Tengo problemas para dormir				
25. Tengo ganas de divertirme				
26. Me siento preocupado				
27. Me dan dolores de estómago				
28. Me siento aburrido				
29. Me gusta comer				
30. Siento que nada de lo hago me ayuda				

ANEXO 4

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

A continuación se encontrará usted una serie de frases que indican diferentes grados de depresión. Por favor encierre en un círculo el número de la frase que describa mejor la forma en que usted se siente actualmente:

A) Estado de ánimo

0 No me siento triste	1 Me siento triste	2 Me siento triste todo el tiempo	3 Soy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
-----------------------	--------------------	-----------------------------------	--

B) Pesimismo

0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro	1 Me siento desanimado con respecto al futuro	2 No espero que las cosas me resulten bien	3 Siento que mi futuro no tiene esperanza y que seguirá empeorando
--	---	--	--

C) Sentimiento de fracaso

0 No me siento fracasado	1 Siento que he fracasado más de lo que debería	2 Cuando veo mi vida hacia atrás, lo único que puedo ver son muchos fracasos	3 Siento que como persona soy un fracaso total
--------------------------	---	--	--

D) Falta de satisfacción

0 Las cosas me satisfacen como antes	1 No disfruto de las cosas como antes	2 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas	3 Estoy insatisfecho con todo
--------------------------------------	---------------------------------------	---	-------------------------------

E) Sentimiento de culpa

0 No me siento particularmente culpable	1 Me siento culpable con respecto a muchas cosas que he hecho o que debía hacer	2 Me siento bastante culpable casi todo el tiempo	3 Me siento culpable todo el tiempo
---	---	---	-------------------------------------

F) Sentimiento de castigo

0 No siento que esté siendo castigado	1 Siento que tal vez seré castigado	2 Espero ser castigado	3 Siento que estoy siendo castigado
---------------------------------------	-------------------------------------	------------------------	-------------------------------------

G) Odio a sí mismo

0 Me siento igual que siempre a cerca de mí mismo	1 He perdido confianza en mí mismo	2 Estoy desilusionado de mí mismo	3 No me agrado
---	------------------------------------	-----------------------------------	----------------

H) Autoacusaciones

0 No me critico ni me culpo más de lo usual	1 Soy más crítico de mí mismo de lo que solía ser	2 Me critico por todas mis fallas y errores	3 Me culpo por todo lo malo que sucede
---	---	---	--

I) Deseos autopunitivos

0 No tengo intención de dañarme	1 Tengo pensamiento acerca de matarme, pero no los llevaría a cabo	2 Me gustaría matarme	3 Me mataría tuviera la oportunidad
---------------------------------	--	-----------------------	-------------------------------------

J) Brotes de llanto

0 No lloro más que lo usual	1 Ahora lloro más de lo que acostumbraba	2 Ahora lloro todo el tiempo. No puedo detenerme	3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo hacerlo, aunque quiera
-----------------------------	--	--	---

K) Irritabilidad

0 No me irrito más ahora de lo que siempre lo he hecho	1 Ahora me molesto o me irrito más fácilmente que antes	2 Me siento irritado todo el tiempo	3 Las cosas que usualmente me irritan ya no consiguen hacerlo ahora
--	---	-------------------------------------	---

L) Aislamiento social

0 No he perdido interés en otras personas	1 Estoy interesado en otras personas de lo que era usual	2 He perdido mucho interés en la gente y me preocupa poco lo que suceda	3 He perdido todo mi interés en la gente y no me preocupa nada de lo que pase
---	--	---	---

M) Indecisión

0 Tomo decisiones tan bien como antes	1 Estoy menos seguro de mí mismo ahora y trato de evitar tomar decisiones	2 Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda	3 En ningún caso puedo tomar ningún tipo de decisión
---------------------------------------	---	--	--

N) Imagen corporal

0 No me siento que me vea peor ahora que antes	1 Me preocupa el que yo parezca viejo o poco atractivo	2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia y ellos me hacen parecer poco atractivo	3 Siento que soy feo o repulsivo a la vista
--	--	---	---

O) Inhibición del trabajo

0 Puedo trabajar tan bien como antes	1 No trabajo tan bien como lo acostumbraba	2 Me cuesta muchísimo trabajo hacer algo	3 De plano no puedo hacer nada
--------------------------------------	--	--	--------------------------------

P) Perturbaciones del sueño

0 Puedo dormir tan bien como antes	1 Ahora despierto más cansado que antes	2 Despierto una o dos veces más temprano que antes y es muy difícil que me vuelva a dormir	3 No puedo dormir más que cinco horas y me despierto muy temprano diariamente
------------------------------------	---	--	---

Q) Fatigabilidad

0 No me canso más que lo usual	1 Me canso más fácilmente que antes	2 Me cansa hacer algo	3 Estoy muy cansado para hacer algo
--------------------------------	-------------------------------------	-----------------------	-------------------------------------

R) Pérdida de apetito

0 Mi apetito no es peor que lo usual	1 Mi apetito no es tan bueno como antes	2 Mi apetito es mucho peor ahora	3 No tengo apetito de nada
--------------------------------------	---	----------------------------------	----------------------------

S) Pérdida de peso

0 No he perdido mucho peso o ninguno últimamente	1 He perdido más de tres kilos	2 He perdido más de cinco kilos	3 He perdido más de siete kilos
--	--------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

J) Preocupación somática

0 No estoy más preocupado (a) por mi salud que antes	1 Estoy preocupado (a) por problemas físicos como dolores y molestias	2 Estoy muy preocupado (a) por problemas físicos y es difícil pensar en otras cosas	3 Estoy tan preocupado (a) con mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más
--	---	---	--

K) Pérdida de la libido

0 No he notado cambios en mi interés por el sexo	1 Estoy menos interesado (a) en el sexo que antes	2 Estoy mucho menos interesado (a) en el sexo ahora	3 He perdido completamente el interés en el sexo
--	---	---	--

ANEXO 5

EL INVESTIGADOR DE LAS EMOCIONES

Esta técnica requiere que el niño y el terapeuta se vuelven investigadores de lo que están sintiendo, para llevarla a cabo es necesaria la realización de un “Cubo de las emociones” el cual lleva imágenes de las emociones (una por cara) se sugieren: Tristeza, Enojo, Felicidad, Sorpresa, Miedo y Preocupación.

Se tira el cubo al piso por turnos y de acuerdo a la emoción que le toca, ya sea al niño o el terapeuta, deberán describir alguna ocasión en donde hayan vivido esa emoción. Si el niño no recuerda algún episodio, se le puede ayudar con ejemplos para que comience a recordar.

De esta manera, el niño comenzará a identificar cuáles son las emociones que experimenta en momentos específicos, descubriendo su manera de reaccionar y por qué lo hace.



ANEXO 6

TERMÓMETRO DEL ÁNIMO

De acuerdo a la emoción evaluada se coloca en la parte de arriba para que el niño la ubique.

EMOCIÓN: _____



Asimismo se anexa un ejemplo de termómetro Tomado de Bunge, Gomar y Mandil (2007). Es un termómetro del “Eñojo”.



ANEXO 7

AUTORREGISTRO DE PENSAMIENTOS NEGATIVOS AUTOMÁTICOS

Ejemplo:

Acontecimiento	Emoción	Pensamiento oruga	¿Puede cambiarse el pensamiento oruga por un pensamiento mariposa?	Pensamiento mariposa
<p>Olvidé hacer mis deberes y papá y mamá se enfadaron conmigo.</p>	<p>Triste</p>	<p>Me odian porque creen que soy un vago mimado.</p>	<p>¡Sí!</p>	<p>Olvidé hacer mis deberes. Tengo que esforzarme más para acordarme de las cosas. Están decepcionados conmigo, pero siguen queriéndome.</p>

ANEXO 8

HOJA DEBATE DE PENSAMIENTOS O REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Nombre:	Fecha:
PENSAMIENTO	
¿Por qué es importante para mí? ¿Qué significa para mí?	
GRADO DE CREENCIA (0-100) ANTES del debate: GRADO DE CREENCIA (0-100) DESPUÉS del debate:	
PROCESO DE DEBATE	
DISTORSIONES COGNITIVAS:	
IDEAS IRRACIONALES:	
VALIDEZ DE ESTE PENSAMIENTO	
Hechos a FAVOR de este pensamiento	
Hechos en CONTRA de este pensamiento	
UTILIDAD DEL PENSAMIENTO: CONSECUENCIAS DE MANTENER ESTE PENSAMIENTO	
Ventajas de pensar así	
Inconvenientes de pensar así	
UTILIDAD DEL PENSAMIENTO: CONSECUENCIAS DE CAMBIAR ESTE PENSAMIENTO	
Ventajas	
Inconvenientes	
PENSAMIENTO ALTERNATIVO Y GRADO DE CREENCIA (0-100)	
¿CÓMO ME SIENTO AHORA?	
ENTONCES, ¿QUÉ PUEDO HACER?	

ANEXO 9

AUTOINSTRUCCIONES

El cofre del tesoro es una adaptación de una técnica autoinstruccional que establece una analogía entre las frases de afrontamiento olvidadas o perdidas y los tesoros de un cofre enterrado. Se dibuja o se construye un “cofre del tesoro” con el niño. Después se desarrollan frases positivas de afrontamiento y se ponen en el cofre. Estas frases, por ejemplo “cometer un error no tiene nada de malo, es algo normal”, pueden anotarse en un dibujo del cofre o en tarjetas para ponerlas dentro. Entonces se le da la instrucción de ir al cofre del tesoro y tomar un “botín” de frases positivas siempre que se sienta mal. Una tarea para casa puede ser rellenar un cofre del tesoro con las cosas que al niño le gusten de sí mismo.

El “cambio de monedas” es otra forma divertida y creativa de enseñar herramientas autoinstruccionales a los niños. Al igual que el cofre del tesoro, se basa en una analogía. Los pensamientos positivos de afrontamiento se comparan con monedas nuevas y brillantes o con billetes nuevos. A los niños se les da la instrucción de ir a la casa de la moneda y acuñar nuevas monedas emocionales. Se puede desarrollar aún más esta analogía animando al niño a destruir sus billetes viejos (pensamientos negativos previamente escritos) y cambiarlos por billetes nuevos (Friedberg y McClure, 2005).



ANEXO 10

LA TÉCNICA DE LA TORTUGA

(Programa de autocontrol)

Tortuga – relajación – solución de problemas:

Esta técnica utiliza la analogía de la tortuga, la cual como bien se sabe, se repliega dentro de su concha cuando se siente amenazada.

De la misma manera, se le enseña al niño a replegarse dentro de su caparazón imaginario cuando se sienta amenazado, al no poder controlar sus impulsos y emociones ante estímulos ambientales, etc... En la práctica, la primera fase consiste en:

- Enseñar al niño a responder ante la palabra clave “tortuga”, encogiéndose, cerrando su cuerpo, metiendo la cabeza entre sus brazos. Después de que el niño ha aprendido a responder a la tortuga, se le enseña a relajar sus músculos mientras hace la tortuga. La relajación es incompatible con la elevación de la tensión de los músculos necesaria para mostrar una conducta disruptiva/agresiva y por tanto, decrece la probabilidad de la ocurrencia de esa conducta.
- Enseñar al niño a utilizar las técnicas de solución de problemas para evaluar las distintas alternativas para manejar la situación que le ha llevado a hacer la tortuga.

La fase dos del programa de entrenamiento de la Tortuga incluye enseñar a los niños a relajarse, a soltar sus músculos cuando ellos están realizando la Tortuga. Durante la práctica, se introduce la relajación con una explicación a través de la siguiente historia:

LA TORTUGA

“Antiguamente había una hermosa y joven tortuga, tenía 4 años y acababa de empezar el colegio. Su nombre era Pequeña Tortuga. A ella no le gustaba mucho ir al cole, prefería estar en casa con su hermano menor y con su madre. No le gustaba aprender cosas en el colegio, ella quería correr, jugar,... era demasiado difícil y pesado hacer la tarea y copiar del pizarrón, o participar en algunas de las actividades. No le gustaba escuchar al profesor, era mucho más divertido hacer ruidos de motores de coches que algunas de las cosas que el/la profesor/a contaba, y nunca recordaba que no los tenía que hacer. A ella lo que le gustaba era ir enredando con los demás niños, meterse con ellos, gastar bromas. Así que el colegio para ella era un poco duro.

Cada día en el camino hacia el colegio se decía a sí misma que lo haría lo mejor posible para no meterse en líos. Pero a pesar de esto, era fácil que algo o alguien la descontrolara, y al final siempre acababa enfadada, o se peleaba o le castigaban. “Siempre metida en líos” pensaba “como esto siga así voy a odiar el colegio y a todos” y la Tortuga lo pasaba muy pero que muy mal. Un día de los que peor se sentía, encontró a la más grande y vieja tortuga que ella hubiera podido imaginar. Era una vieja tortuga que tenía más de trescientos años y era tan grande como una montaña. La Pequeña Tortuga le hablaba con una vocecita tímida porque estaba algo asustada de la enorme tortuga. Pero la vieja tortuga era tan amable como grande y estaba muy dispuesta a ayudarla “¡Oye! ¡Aquí!” dijo con su potente voz, “Te contaré un secreto ¿Tú no te das cuenta que la solución a todos tus problemas la llevas encima de ti?” La Pequeña Tortuga no sabía de lo que estaba hablando “¡tu caparazón” ¡tu caparazón!” le gritaba “¿para qué tienes tu concha? Tú te puedes esconder en tu concha siempre que tengas sentimientos de rabia, de ira, siempre que tengas ganas de romper cosas, de gritar, de pegar... Cuando estés en tu concha puedes descansar un momento, hasta que no te sientas tan enfadada. Así la próxima vez que te enfades, ¡métete en tu concha! A la Pequeña Tortuga le gustó la idea y estaba muy contenta de intentar este nuevo secreto en la escuela.

Al día siguiente lo puso en práctica. De repente un/a niño/a que estaba delante de ella accidentalmente le dio un golpe en la espalda. Empezó a sentirse enfadada y estuvo a punto de perder sus nervios y devolverle

el golpe, cuando de pronto recordó lo que la vieja tortuga le había dicho. Se sujetó los brazos, las piernas y cabeza, tan rápido como un rayo, y se mantuvo quieta hasta que se le pasó el enfado. Le gustó mucho lo bien que estaba en su concha donde nadie le podía molestar. Cuando salió, se sorprendió de encontrarse a su profesora sonriéndole, contenta y orgullosa de ella. Continuó usando su secreto el resto del año. Lo utilizaba siempre que algo o alguien le molestaba, y también cuando ella quería pegar o discutir con alguien. Cuando logró actuar de esta forma tan diferente, se sintió muy contenta en clase, todo el mundo la admiraba y quería saber cuál era su mágico secreto”

“La pequeña Tortuga iba a la escuela cada día más contenta, y se introducía dentro de su concha cada vez que otros/as niños/as le pegaban, le insultaban, le rayaban en su hoja, o cuando ella se encontraba rabiosa, enfadada sin saber muy bien el motivo... Su profesora estaba muy contenta y le animaba a que lo siguiera haciendo y a veces le premiaba. Pero la pequeña Tortuga en ocasiones tenía sensaciones de enfado o rabia, o se encontraba mal después de que se metieran en su concha y aunque se quedara allí, no desaparecían. Ella quería ser buena llevarse bien con sus compañeros, obtener el premio que a veces le daban, pero los sentimientos de enfado a veces eran muy fuertes y le tentaban diciéndole “Pequeña Tortuga, por qué no le devuelves el golpe cuando el/la profesor/a no te está mirando y te quedas tan tranquila...” La Tortuga no sabía qué hacer, estaba muy desconcentrada, ella quería meterse dentro de su concha pero estos sentimientos de enfado la tentaban para hacerlo mal.

Entonces recordó a la vieja y sabia Tortuga que la había ayudado hacía tiempo. Antes de ir a la escuela corrió a la casa de la enorme Tortuga, se lo contó todo y le preguntó que podía hacer. Le dijo: “Tengo sentimientos de enfado en mi estómago después de meterme en mi concha. Los sentimientos me dicen que pegue pero yo no me quiero meter en líos, ¿qué puedo hacer para detener mis sentimientos de enfado?”

La Tortuga más sabia de las sabias, Tortuga de la ciudad, tenía la respuesta, sacudió por un momento su cabeza, se quedó un rato callada, y entonces le dijo a la pequeña Tortuga:” Cuando estés dentro de tu concha, relájate. Suelta todos tus músculos, y ponte en situación como si te fueras a dormir, deja que tus manos cuelguen, relaja tus pies, no hagas nada de fuerza con tu tripa, respira lenta y profundamente, deja ir todo tu cuerpo y los sentimientos de enfado también se irán... piensa en cosas bonitas y agradables cuando te estés relajando. Si no te sale yo le diré a tu profesor que te enseñe.”

A la pequeña Tortuga le gustó la idea. Al día siguiente cuando fue a la escuela se lo contó a su profesor todo lo que la vieja Tortuga le había enseñado. Cuando un compañero le hizo rabiar se metió en su concha y se relajó, soltó todos sus músculos y se quedó un ratito fijándose cómo la tensión y los malos sentimientos desaparecían. La Tortuga se puso muy contenta, continuó consiguiendo más premios y alabanzas y al profesor le gustó tanto la idea que le enseñó a toda la clase.”

Con el fin de conseguir una relajación profunda, es preciso comenzar diferenciando entre estados de tensión y de relajación de cada músculo. Esta habilidad se puede enseñar en dos fases:

- Se practica tensar y relajar grupos de músculos variados en el cuerpo alternativamente y se van dando instrucciones para que se centren en las sensaciones que se tiene si un músculo está tenso o está relajado.
- Una vez que sepan relajarse siguiendo estas instrucciones, se les propondrá relajar los músculos sin tensar previamente.

- *FASE 1: Tensar y soltar*

Tras contar la historia introductoria, se instruye a los niños primero a tensar los músculos lo más fuerte que puedan fijándose en las sensaciones que notan con esos músculos tan tensos, y después que los suelten de repente, y que se fijen bien cómo va desapareciendo la tensión y lo bien que se van quedando esas partes del cuerpo que van relajando.

Los músculos se relajan siguiendo el siguiente orden:

- apretar bien *las manos*
- doblar *los brazos* en arco en dirección a los hombros para tensar los brazos

- estirar **las piernas** como si quisieras tocar lo que tienes en frente de ti
- apretar firmemente **los labios** uno contra otro
- cerrar **los ojos** fuertemente
- empujar **el estómago** hacia arriba
- **tomar aire** profundamente, llenar los pulmones y retenerlo.

Presentar las instrucciones de relajación, despacio, con voz monótona, y con pocos cambios en la inflexión de la voz. Podría ser algo como:

“Haz un puño con cada mano, muy bien, mantenlas apretadas tanto como te sea posible, cuenta hasta diez tensando cada vez más, y luego sueltas ¡Suelta! Y siente lo bien que está, nota como se fue relajando, estate unos segundos fijándote en lo que notas cuando estás relajado/a. Ahora otra vez, vuelve a cerrar los puños, mantenlos fuertemente cerrados, cuenta hasta diez, 1,2,3, fuerte, 4,5,6, más fuerte, 7,8, tan fuerte como puedas, 9, 10 ¡Suelta!, deja tus puños abrirse muy despacio, déjate ir, suelta y cuenta al revés hasta cero, 9,8,7, fijándote cómo va desapareciendo la tensión, 6,5,4, siente lo agradable que es esto, 3,2,1, relájate y 0. Fíjate en lo que notas cuando estas relajado/a”

Se repiten varias veces las sesiones de prácticas. Posteriormente se integrará la Tortuga y la relajación de tal forma que cuando estén en posición de Tortuga se les incita a tensar su cuerpo entero, contando el/la profesor/a de 1 a 10, después de lo cual los niños deberán relajar de repente todo su cuerpo. Este procedimiento se repite en 3 o 4 sesiones de prácticas.

○ **FASE 2: Relajando**

Se pasa a esta fase cuando se comprueba que han aprendido a relajarse tal y como se ha descrito anteriormente. En esta fase se les instruye para que relajen sus músculos sin la secuencia de tensar – relajar. De nuevo se empieza por los puños para seguir con la secuencia de manos, piernas, labios, ojos, estómago, y pecho.

Se podría decir algo así como:

“Relaja tus manos. Fíjate en lo a gusto que se está. Siente como se relajan tus manos, en el cosquilleo que notas, lo agradable que es”.

“Voy a contar al revés de 10 a 0, con cada número que diga vais a intentar estar cada vez más y más relajados como la pequeña y bonita tortuga”

Se pueden utilizar también escenas agradables en imaginación mientras van soltando los músculos, por ejemplo:

“Imagínate que te estás comiendo un helado muy rico” “que estás tumbado/a en un prado verde, con la hierba muy suave y muy fresquita, y hace un sol muy bueno....”

(Está demostrado que imaginar este tipo de escenas aumenta la relajación en los/as niños/as)

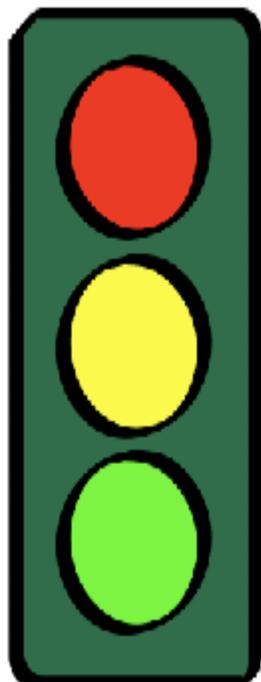
El entrenamiento en relajación dura de una a dos semanas completas. El criterio para pasar a la siguiente fase es del programa es el grado de relajación de los músculos. Al finalizar el tratamiento en relajación, los/as niños/as han de ser capaces de dar la respuesta de tortuga y asumir inmediatamente la posición de relajación.

Al final, es importante enseñar al niño a solucionar sus problemas por medio de los siguientes pasos:

- PASO 1: Definición muy clara de la situación problemática
- PASO 2: Pensar cosas (alternativas) para hacer frente a la situación problemática
- PASO 3: Evaluar las consecuencias de cada una de ellas y seleccionar la mejor
- PASO 4: Poner en práctica la solución elegida
- PASO 5: Verificar los resultados

ANEXO 11

SEMÁFORO DE LAS EMOCIONES



ROJO: Respira lenta y profundamente. Formula el problema y di cómo te sientes.

AMARILLO: ¿Qué es lo que puedo hacer?. ¿Funcionará?.

VERDE: Lleva a la práctica la mejor de las alternativas. ¿Ha funcionado?.