

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

LA FAMILIA COMO UN FACTOR DESENCADENANTE DE LA
DEPRESIÓN INFANTIL: PROPUESTA TALLER PARA PADRES
DENOMINADO “HERRAMIENTAS Y RECURSOS PARA EVITAR
LA DEPRESIÓN EN SUS HIJOS”

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:
ERIDHIER VELEZ MAGAÑA

DIRECTORA DE LA TESINA:
LIC. NOEMÍ BARRAGAN TORRES



® Facultad
de Psicología

Ciudad Universitaria, D.F.

Marzo, 2013.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNAM, 221
2013

M.

TPs,

CONTENIDO

	Pag.
INTRODUCCIÓN	01
CAPITULO 1: LA DEPRESION.	
1.1.- Reseña histórica de la depresión.....	03
1.2.- Definición de depresión.....	05
1.3.-Síntomas y clasificación.....	06
1.4.-Teorías acerca de la depresión.....	08
CAPITULO 2: DEPRESIÓN INFANTIL	
2.1.- Definición de depresión infantil.....	12
2.2.- Síntomas asociados a la depresión infantil.....	12
2.3.-Factores asociados a la depresión infantil.....	15
2.4.- Modelos de intervención.....	17
CAPITULO 3: FAMILIA Y DEPRESIÓN INFANTIL	
3.1.- Definición de familia.....	21
3.2.- Estilos de crianza.....	22
3.3.-Tipos de familia.....	23
3.4.- Autocontrol.....	26
3.5.- Autoconcepto.....	28
3.6.- Maltrato del niño.....	29
CAPITULO 4: Propuesta de Taller “Herramientas y Recursos para Evitar la Depresión en sus Hijos”	31
CONCLUSIONES	39
REFERENCIAS	40

INTRODUCCIÓN.

Diversas investigaciones confirman que la depresión es una enfermedad común y que persiste en la juventud De la Garza, F. (2007), el mismo autor refiere que las características de la depresión infantil y del adolescente dificultan el diagnóstico, y retrasan el tratamiento, lo que lleva a tener largos periodos de alteraciones en el estado de ánimo de los pacientes.

De acuerdo con el Programa Específico de Psicopatología Infantil y de la Adolescencia 2001-2006 PEPIA (2002), los padecimientos mentales y del comportamiento en la infancia son vastos, complejos y diversos; las principales manifestaciones de estos trastornos las observamos en la conducta, en el aprendizaje, en el desarrollo del niño y deben ser identificadas como señales de alarma por parte de los padres. Sin embargo, esto no se realiza y el problema continúa evolucionando en perjuicio tanto del menor como del medio ambiente en el que se desarrolla. De acuerdo a varios informes presentados en el PEIPA (2002), otro dato importante es la falta de conocimiento sobre los servicios de salud mental para esta población, obstaculizando la pronta atención; aún en los casos detectados, los padres no los canalizan al sitio adecuado y generalmente son diagnosticados de manera errónea y tratados inadecuadamente.

Del mismo modo, Solloa, L. (2006) opina que varios de los trastornos surgen si al niño le toco vivir en un ambiente desfavorable, ya que puede provocar alteraciones en su desarrollo.

Los datos epidemiológicos nacionales recientes reportados por la Secretaría de Salud (SSA) sobre trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes indican una alta prevalencia de problemas de depresión, intentos suicidas y acciones violentas. (PEPIA, 2002).

Rodríguez, J. y Ortiz, M. (s.f.) en una evaluación que se realizó en el Hospital del Niño DIF en el año 2005, encontraron que al 15% de la población total que asistió por primera vez al Departamento de Psicología se le diagnosticó depresión infantil, siendo la mayor incidencia en el género masculino y la edad entre los 6 a 10 años, donde el episodio depresivo leve fue el más común.

Por otra parte, aún no se ha logrado tener un enfoque integral en la atención a los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes, ya que la atención médica que se proporciona es limitada. (PEPIA, 2002).

En 1997 la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud dictaminaron como acción prioritaria que dentro de los programas de salud mental se incluyera la atención para la promoción y el desarrollo psicosocial de la niñez, considerando dos vertientes: el estímulo al desarrollo temprano y la reducción de las conductas violentas. (PEPIA 2002).

Existe la creencia de que los niños son carentes de preocupaciones, al no tener responsabilidades, pero la realidad es otra, el niño está lleno de preocupaciones, refiere Del Barrio, V. (2007) puesto que su desarrollo cognitivo no le permite encontrar explicaciones racionales a la mayor parte de las cosas que ocurren a su alrededor, lo que conlleva a tener sentimientos de inseguridad en donde pueden aparecer emociones negativas.

Este trabajo pretende proporcionar material actualizado para combatir la desinformación acerca de la depresión infantil y crear una nueva visión del desenvolvimiento en el núcleo familiar que, como sugieren los autores, es uno de los sistemas más importantes en la estabilidad mental de la persona.

El desarrollo de este trabajo consta de tres capítulos; en el primer capítulo se tratará acerca del origen, definición, síntomas y clasificación de la depresión; así como también se enunciarán algunos modelos teóricos que la explican. En el capítulo dos se abordará en si lo que es la depresión infantil, los síntomas, los factores asociados y los modelos de intervención. En el capítulo tres se desarrolla el tema principal de este trabajo que es la influencia de la familia para que el niño padezca depresión, tomando los temas de definición de familia, estilos de crianza, tipos de familia, autoconcepto y maltrato infantil. En la parte final se define la propuesta de Taller Para Padres denominado "Herramientas y Recursos Para Padres a Fin de Evitar la Depresión en sus Hijos", el cual pretende que los padres obtengan una nueva visión de convivencia familiar y la creación de un ambiente favorable para el niño y de la misma forma para cada uno de los integrantes del núcleo familiar.

CAPÍTULO 1: LA DEPRESIÓN.

1.1.- QUE ES LA DEPRESIÓN.- RESEÑA HISTÓRICA.

Desde hace muchos años y en diferentes culturas se han dado explicaciones sobre el fenómeno depresivo. A continuación una breve reseña histórica de la evolución de la depresión.

(Conti, 2007 en Korman G. y Sarudiansky M. 2011) argumenta que inicialmente fue denominada “melancolía”. El origen del término melancolía se encuentra en Hipócrates, él con la teoría de los cuatro humores, que se refería a un exceso de sangre que provocaba comportamientos hiperactivos (maníacos, en la terminología actual), y al exceso de bilis negra que provocaba un comportamiento abatido, apático y un manifiesto sentimiento de tristeza. El término bilis negra pasó a convertirse en el sinónimo de tristeza. Korman G. y Sarudiansky M. (2011) señalan que a lo largo de la Edad Media, san Agustín (siglo V) aseguró que todas las enfermedades de los cristianos debían ser asignadas a los demonios. En el siglo XVIII aparece por primera vez la palabra “depression” en la lengua inglesa. Esta palabra deriva del latín *de* y *premere* (apretar, oprimir) y *deprimere* (empujar hacia abajo). (Jackson, 1986). Citado en Korman G. y Sarudiansky M. (2011) hace mención de que Richard Blackmore, en 1725, habla de “*estar deprimido en profunda tristeza y melancolía*”. Asimismo cita a Robert Whytt, en 1764, en donde él relaciona “*depresión mental*” con “*espíritu bajo*”, hipocondría y melancolía.

En la década del 40 la depresión no era más que un síntoma detectable en la mayor parte de las enfermedades mentales; actualmente es considerado el trastorno mental más extendido en el mundo (Ehrenberg, 2000 en Korman G. y Sarudiansky M. 2011).

Las depresiones ocupaban un lugar importante en la psiquiatría clásica Kraepeliana. Estas formaban parte importante del espacio psicótico, siendo una de las tres grandes referencias diagnósticas, junto a las neurosis y a las psicopatías (Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock & Jack A. Grebb, 1997).

(Conti, 2007 en Korman G. y Sarudiansky M. 2011) hace referencia que Emil Kraepelin utiliza el término “locura depresiva” en una de sus clasificaciones nosológicas, sin desprenderse del término melancolía para signar la enfermedad, y deja la palabra

“depresión” para denominar un estado de ánimo, considerando que las melancolías eran formas de depresión mental, expresión que le pertenece. El mismo autor menciona que por su parte, Adolf Meyer propuso eliminar totalmente el término melancolía y reemplazarlo por el de depresión. Así, en esta puja semántica se llegó a la redundancia de nominar depresión con melancolía cuando los síntomas eran suficientemente graves como para nominarlos simplemente como depresión. La existencia del trastorno depresivo de tipo neurótico no ha sido reconocido claramente por la psiquiatría clásica afirman Linares J. y Campo C. (2000). Dichos autores citan a Bleuler (1916), quien incluyó las distímias en la psicosis maníaco-depresiva, denominándola como alteraciones permanentes de la afectividad. Asimismo distinguió la distímia melancólica, de la distímia irritable y la ciclotimia, que son formas leves de la psicosis afectiva mayor.

Dentro de la escuela francesa, una de las fuentes de la psiquiatría clásica y la inventora de los síndromes de astenia crónica, en los casos de “La neurastenia de Beard y la psicastenia de Janet en donde Ey (1965) localizó las depresiones crónicas independientes de la melancolía. Las formas agudas de las depresiones no melancólicas son denominadas por Ey “crisis de depresión neurótica o reactiva”, sugiriendo que los trastornos reactivos y neuróticos son lo mismo; no reconoce la existencia de una neurosis depresiva propiamente dicha. Linares J. y Campo C. (2000).

Linares J. y Campo C. (2000) dan merito La American Psychiatric Association (DSM-IV), que obtuvo una reorganización coherente de los trastornos depresivos consolida los trastornos del estado de ánimo como categoría diagnóstica independiente. Deslinda claramente los trastornos depresivos de los trastornos de personalidad y de las depresiones reactivas. El trastorno depresivo mayor, está incluido dentro de los trastornos del estado de ánimo, no coincide con la neurosis ni con la psicosis.

Actualmente varias disciplinas científicas estudian la depresión. La psicología, la psiquiatría, la genética, la biología, la fisiología, la endocrinología, la sociología, la farmacología, la neurología se ocupan del mencionado trastorno. Múltiples disciplinas permiten estudiar los trastornos depresivos desde una perspectiva integral, tomando en

cuenta los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y ambientales, su interrelación en el desarrollo y mantenimiento de este trastorno. Linares J. y Campo C. (2000).

1.2.- DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN.

Dorsch, F. (1985), define a la depresión como un estado de ánimo triste, deprimido, de mal humor, con inhibición del curso del pensamiento, débil voluntad e incapacidad de decisión. Dice que es una manifestación normal cuando existen causas exteriores que la justifiquen. Por su parte, (Shuchter, Down, Zisook 1996, en Linares, J. y campo, C. 2000), se refieren a ella como una enfermedad autónoma, que influye y es influida por diversos sistemas cerebrales y por sus interacciones con estructuras intracerebrales y extracerebrales.

Psicopatológicamente la depresión deriva de “depressio”, palabra latina que significa abatimiento, descenso, concavidad y que se traduce por un abatimiento de la vitalidad psíquica y física. El eje principal de la depresión es la tristeza profunda que envuelve al sujeto hasta afectar todas sus esferas de relación consigo mismo y con los demás (Cabrera, 1995). Al respecto Albrecht A., Herrick C. (2007) mencionan que es un trastorno que afecta a los pensamientos y sentimientos de la persona, además de su cuerpo.

Solloa (2006), considera que es necesario conocer las diferentes concepciones que puede tener la depresión en el ámbito de la Psicología Clínica, ya que en esta, la depresión puede ser considerada como un síntoma, un síndrome o como un trastorno del ánimo. A continuación una breve explicación de cada uno de estos conceptos:

Síntoma depresivo: (D.Cantwell y G. Carlson 1987 en Solloa 2006), explican que la palabra depresión cuando se utiliza como un síntoma individual, tiene un significado muy amplio, puede ser desde un estado de ánimo triste o de infelicidad, hasta sentirse desdichado o melancólico.

Síndrome depresivo: existe un conjunto de signos y síntomas que ocurren juntos regularmente y no están asociados por casualidad. La depresión como un síndrome consiste en nueve 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. (Asociación Psiquiátrica Americana, 2003 y D. Cantwell y G. Carlson, op.cit, en Solloa, 2006). Estos síntomas no se refieren exclusivamente a cambios afectivos, sino que también incluyen estados vegetativos y psicomotores, cognitivos y motivacionales. Estos síndromes pueden concurrir como un problema relacionado con una amplia variedad de otros trastornos médicos o psicológicos tales como ansiedad, esquizofrenia, alcoholismo, y trastornos de conducta o tener lugar como consecuencia de ciertos tipos de estrés vital. (Solloa, 2006).

Trastorno depresivo: Este término implica que no solo existe un síndrome depresivo que es hasta cierto punto incapacitante en importantes áreas de la vida, sino que también existe un cuadro clínico característico con un tiempo de duración, una historia característica, una respuesta particular al tratamiento y determinados sucesos familiares, ambientales, biológicos cognitivos o una combinación de ellos.

1.3.- SINTOMAS Y CLASIFICACIÓN.

En el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, 4ª Edición (DSM-IV) se incluyen los trastornos del estado de ánimo en niños bajo los criterios diagnósticos para adultos. La diferencia radica en que estos últimos manifiestan más comúnmente quejas somáticas, rechazo social, pérdida de interés y de la capacidad de experimentar placer, cambios en los patrones de alimentación, sueño y peso corporal, actividad, concentración, nivel de energía, autoestima, motivación y menos frecuentemente, enlentecimiento psicomotor e hipersomnia, en comparación con adolescentes y adultos.

En la Clasificación Internacional de las Enfermedades (**CIE-10**) se menciona el Episodio Depresivo en 3 formas: leve, moderado y grave. Se refiere que el enfermo que la padece, 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 de su nivel de actividad y un cansancio exagerado. También son manifestaciones de Episodio Depresivo:

1. La disminución de la atención y concentración.
2. La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
3. Las ideas de culpa y de ser inútil.

4. Una perspectiva sombría del futuro.
5. Los pensamientos y actos suicidas o de auto agresiones.
6. Los trastornos del sueño.
7. La pérdida de apetito.

Episodio Depresivo Leve.

Debe durar al menos dos semanas y ninguno de los síntomas debe estar en grado intenso. Tiene facultad para llevar a cabo su actividad laboral o social, aunque es probable que no las deje por completo. Presenta los siguientes síntomas:

1. Ánimo depresivo.
2. Pérdida del interés y la capacidad de disfrutar.
3. Aumento de fatiga.

Episodio Depresivo Moderado.

Deben estar presentes al menos dos de los siguientes síntomas: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar o aumento de la fatigabilidad. Así como al menos tres de estos síntomas: 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 auto agresiones, trastornos del sueño o pérdida de apetito. Deben durar al menos dos semanas. El sujeto suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral y doméstica.

Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicóticos.

El enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación. El riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. El paciente debe presentar los tres síntomas del Episodio Depresivo Leve y Moderado, y por lo menos cuatro de los demás síntomas; todos ellos en intensidad grave. No es probable que el sujeto sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

En relación al tema Albrecht A., Herrick C. (2007), enuncian los siguientes signos y síntomas:

- Tristeza o irritabilidad.
- Dejar de disfrutar de actividades que antes resultaban agradables.
- Pérdida de energía.
- Dificultad para concentrarse.
- Insomnio o exceso de sueño.
- Fatiga.
- Molestias físicas sin explicación.
- Pérdida del impulso sexual.
- Cambio (aumento o reducción) del apetito.
- Sentimientos de desesperación, impotencia o falta de valor.
- Ideas o intento de suicidio.

Así mismo Preston, J. (2002) menciona como síntomas la escasa autoestima, apatía y problemas interpersonales además de los enunciados con anterioridad.

1.4.- TEORÍAS ACERCA DE LA DEPRESIÓN.

Explicaciones Psicodinámicas.

Solloa, L. (2006), menciona que Freud en su artículo "Duelo y melancolía" enfatizó la importancia de las relaciones objetales mas que de la represión en la psicopatología y bosquejó una estancia psíquica que había de convertirse en el superyó. Freud identificó tres factores condicionantes un alto grado de ambivalencia y una regresión libidinal en el yo, en este artículo Freud comparó la melancolía con el fenómeno del duelo, señalando que en ambos hay una dolorosa sensación de abatimiento por una pérdida, falta de interés en el mundo externo, pérdida de la capacidad de amar e inhibición de la actividad.

Bleichmar H. (2008), refiere que bajo la denominación de depresión esta el cuadro clínico que cuenta la presencia de diversos elementos tales como: Tristeza, inhibición psicomotriz, autorreproches, visión pesimista de la vida, como al estado afectivo de la tristeza, sin embargo aclara que puede estar presente la tristeza y no haber inhibición

predominando la excitación psicomotriz o puede existir autorreproche sin presentar ni tristeza ni inhibición. Este mismo autor enuncia que una co-presencia en un síndrome no implica causalidad como lo entendió la psiquiatra clásica y en otro caso al hacer surgir al autorreproche de la efectividad en una corriente del psicoanálisis actual que otorgó al autorreproche el papel determinante de la tristeza y por ende de la depresión.

Freud señaló en "Lo inconsciente" que los afectos en tanto procesos de descarga, son conscientes, asimismo señaló la diferencia entre las ideas que se reprimen y los afectos que se suprimen, es decir que cuando no están presentes en la conciencia tampoco se hallan en el inconsciente produciendo efectos. Bleichmar H. (2008). Esta contradicción se debe a dos razones: 1) La naturaleza de la tristeza y 2) La tristeza como la inhibición como manifestaciones de alguna otra entidad de las condiciones y que constituye la base del fenómeno depresivo.

Solloa, L. (2006), escribe que Freud explicó que la infancia melancólica estableció una relación objetal que resultó deteriorada por el desengaño causado por la persona amada. Asimismo Bleichmar H. (2008) menciona que el primer objeto capaz de provocar una activación placentera del lactante es el pecho. Hace referencia que en el capítulo VII de "La interpretación de los sueños" Freud desarrolla el concepto de experiencia de satisfacción el cual es constituido por la tensión de necesidad, la experiencia de satisfacción y nuevamente la tensión de necesidad repetidamente para lo que Freud denominaría deseo, que va del polo del displacer al del placer o en su caso el objeto de la experiencia de satisfacción será el objeto del deseo.

Solloa, L. (2006) menciona en las contribuciones de Abraham la ansiedad surge cuando la depresión impide el logro de la gratificación deseada, mientras que la depresión aparece cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales. (Arieti y Bemporad en Solloa, L. 2006) refieren que Abraham postuló que los desordenes afectivos se desarrollan como consecuencia de la sensación de ser incapaz de enfrentar las responsabilidades de un rol adulto en la sociedad.

Solloa, L. (2006) especifica que Abraham en sus últimos trabajos consideró cinco factores predisponentes para la depresión:

- 1) Factor constitucional relacionado con una excesiva marcación del erotismo oral.
- 2) Fijación en el nivel oral.
- 3) Daño severo al narcisismo infantil.
- 4) Aparición del primer desencanto amoroso antes que los deseos edípicos hayan sido superados.
- 5) Repetición del desencanto original en épocas posteriores de la vida.

Explicaciones Psicosociales.

Existe la teoría interpersonal en la cual se insta un conjunto de situaciones que causan la depresión. La primera situación es el fracaso de adquisición de habilidades para desarrollar relaciones personales satisfactorias durante la infancia; esto origina una sensación de desesperación, aislamiento y depresión. Una vez establecida la depresión se mantiene debido a las habilidades sociales pobres y al deterioro de la comunicación, lo que trae consigo más rechazo social. De tal manera que esta teoría afirma que la falta de habilidades sociales y de interacción social son los verdaderos causantes de una depresión. (Halgin y Krauss, 2005).

(Cohen y cols. 1949 y 1954 en Solloa, L. 2006) dieron especial importancia a la atmosfera familiar en la que crece el depresivo, el efecto del paciente sobre otras personas y las características generales de la personalidad depresiva. Asimismo comentó que una característica especial de los depresivos es su incapacidad para apreciar a las otras personas solo si es en función de sus propias necesidades de dependencia.

Explicaciones Conductuales.

Este enfoque se basa en el condicionamiento operante, la depresión es el resultado de un bajo reforzamiento positivo (Bennet, 2003).

García, J. (2010) establece que la depresión se debe a una falta de refuerzos que hace que el que la padece no actúe. Debido a la inactividad el deprimido no encuentra refuerzos en la sociedad y en consecuencia la depresión se perpetúa, refiere que en

esta teoría el tratamiento consiste en una programación de actividades que comienzan a dar al sujeto los refuerzos que necesita.

Explicaciones Genéticas.

Es considerado que las causas genéticas son de mayor importancia en las depresiones psicóticas (Calderón, 1999). Estudios realizados con familias han mostrado que los padres, hermanos e hijos de pacientes deprimidos tienen entre el 10 y el 15% de posibilidades de padecerla (Gelder y cols., 1993).

Explicaciones Biológicas.

Se dice que en la depresión existen factores biológicos, que incluyen disfunción de los circuitos de noradrenalina, serotonina y dopamina del Sistema Nervioso Central, junto con cambios intensos en el funcionamiento del Tallo Cerebral, el Hipotálamo y las estructuras del Sistema Límbico (Jusset y cols., 2002).

La mayoría de las personas que han experimentado una depresión han reconocido que ésta ha sido originada por causas de naturaleza bioquímica (O'connor, 1999). En la actualidad se han desarrollado varias teorías que explican que la causa de la depresión surge de un desequilibrio de neurotransmisores.

CAPÍTULO 2: DEPRESIÓN INFANTIL

2.1.- DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN INFANTIL.

En 1971, en el IV Congreso de la Unión Europea de Paidopsiquiatría, es cuando se declara la existencia de la depresión en la infancia; más tarde, durante 1977 se establece como el momento de partida –con la publicación de las Actas del Congreso del National Institute of Mental Health (NIMH) – y 1980 –con la publicación del DSM-III– como la época de expansión del estudio de la depresión infantil (Del Barrio, 1999; 2000).

Actualmente se acepta que la depresión infantil es paralela a la del adulto; se considera que es un desorden similar, pues la primera presenta características propias, como alteraciones significativas del comportamiento, que hace aún más difícil su diagnóstico. Existen posturas que atribuyen las características de la depresión a las etapas del desarrollo.

Del Barrio (2000), considera la depresión, tanto adulta como infantil, como un trastorno emocional caracterizado por ciertas vivencias subjetivas y ciertas conductas observables. A nivel subjetivo se aprecian los sentimientos de tristeza y desgano, discriminantes básicos de los sujetos que padecen depresión; a nivel de comportamiento se observan conductas de apatía, trastornos somáticos y cansancio que les impiden a los sujetos desempeñar tareas habituales y disfrutar de la vida.

Desde entonces las investigaciones se han centrado en el diagnóstico y diseño de instrumentos de medición, así como en la búsqueda de teorías que expliquen la etiología, los factores de riesgo y la comorbilidad con otros trastornos de la infancia (Herrera, 2007).

2.2.- SINTOMAS ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN INFANTIL.

En la práctica actual según el DSM-IV, se considera que para que un niño sea diagnosticado con un Trastorno Depresivo Mayor, debe tener al menos 5 de los siguientes 9 síntomas, con una duración de 2 semanas: (Ver tabla 1).

Tabla Número 1: Los Síntomas de la Depresión.

SINTOMAS
Estado de ánimo deprimido.
Pérdida de interés o capacidad para el placer.
Perdida o aumento significativo de peso.
Insomnio o hipersomnia casi diario.
Agitación o entrecimiento psicomotor.
Fatiga o pérdida de energía.
Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa.
Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
Ideas recurrentes de muerte.

Es importante mencionar que no se incluyen síntomas debido a enfermedad médica, ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo, incoherencia, o notable pérdida de asociaciones.

Los síntomas depresivos afectan cinco áreas de la personalidad: la afectiva, la motivacional, la física y motora, la cognitiva y la social (Solloa, 2006). Pero de la misma forma aun los criterios propuestos por Weinberg en 1973 siguen siendo muy utilizados por los clínicos ya que él presenta los síntomas de una forma clara y descriptiva que permite trabajar el síndrome. Los criterios a los que nos referimos son los siguientes: estado de ánimo disfórico (melancolía), ideación autodespreciativa, conducta agresiva, alteraciones del sueño, cambios en el rendimiento escolar, socialización disminuida, cambio de actitud hacia la escuela, quejas somáticas y cambio en el apetito y/o peso habituales. En la tabla 2 se describe cada uno de estos criterios:

Tabla Número 2: Criterios de Weinberg y sus Características.

CRITERIOS DE WEINBERG	CARACTERÍSTICAS
1. Estado de ánimo disfórico.	<ul style="list-style-type: none"> a) Expresiones o muestras de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo. b) Cambios en el estado de ánimo, mal humor. c) Irritable, se enfada con facilidad. d) Hipersensible, llora fácilmente. e) Negativista, difícil de complacer.
2. Ideación auto despreciativa.	<ul style="list-style-type: none"> a) Sentimientos de inutilidad, incapacidad, fealdad, culpabilidad (autoconcepto negativo). b) Ideas de persecución. c) Deseo de muerte. d) Deseos de marchar, escaparse de casa. e) Tentativas de suicidio.
3. Conducta agresiva (agitación) Dos o más de los siguientes síntomas.	<ul style="list-style-type: none"> a) Dificultades en las relaciones interpersonales. b) Peleonero, pendeñero. c) Poco respeto por la autoridad. d) Beligerante, hostil, agitado e) Discusión, peleas excesivas o ira súbita.

4. Alteraciones del sueño.	a) Insomnio de conciliación b) Sueño inquieto. c) Insomnio terminal. d) Dificultad para despertar por la mañana.
5. Cambios en el rendimiento escolar.	a) Quejas frecuentes de los maestros: ensimismado, poca concentración, escasa memoria. b) Disminución del esfuerzo habitual en tareas escolares. c) Pérdida del interés habitual en tareas escolares. d) Pérdida del interés habitual por actividades escolares no académicas.
6. Socialización disminuida.	a) Menor participación en grupo. b) Menos simpático, agradable, sociable. c) Retraimiento social. d) Pérdida de intereses sociales habituales.
7. Cambio de actitud hacia la escuela.	a) No disfruta con actividades escolares. b) No quiere o se niega a acudir a la escuela.
8. Quejas somáticas.	a) Cefalalgias no migrañosas. b) Dolores abdominales. c) Dolores musculares. d) Otras preocupaciones o quejas somáticas.
9. Pérdida de la energía habitual.	a) Pérdida de interés por actividades y entrenamientos extraescolares. b) Disminución de la energía. Fatiga física y/o mental.
10. Cambio en el apetito y/o peso habituales.	

Garza, (2007) enuncia como síntomas más frecuentes de la Depresión Infantil los siguientes:

- a. Irritabilidad y coraje.
- b. Continuos sentimientos de tristeza y desesperanza.
- c. Aislamiento social.
- d. Sensibilidad al rechazo.
- e. Cambios en el apetito. (suben o bajan de peso).
- f. Cambios en el sueño. (insomnio o excesivo sueño).
- g. Llantos y agresión verbal.
- h. Problemas para concentrarse.
- i. Fatiga y falta de energía.
- j. Quejas físicas que no responden al tratamiento, tales como dolor de estomago, cefalea y estreñimiento.
- k. Sentimientos de inutilidad o de culpa.
- l. Problemas para pensar

m. Pensamientos de muerte o suicidio.

Asimismo, explica que existen síntomas no verbales, ya que con frecuencia los niños no comunican sus sentimientos espontáneamente.

2.3.- FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN INFANTIL.

Son diversos los factores de riesgo, por ejemplo la interacción familiar y los estilos de vida inadecuados en dicho contexto, que pueden generar la aparición de la depresión infantil. En este sentido, Del Barrio (2001) señala que los niveles de depresión aumentan en el niño cuando las relaciones con sus padres no son buenas o cuando existen dificultades entre ellos. Así mismo, tales factores pueden interrelacionarse, potenciando la aparición de la depresión en la infancia.

Rodríguez, J. y Ortiz, M. (s.f.) hacen mención que desde el momento del nacimiento, o quizás antes, todo niño está expuesto a estímulos, experiencias, situaciones traumáticas, eventos positivos y negativos, que forman parte del entorno social. De los cuales algunos de ellos pueden llevar depresión en el desarrollo del infante.

En la tabla 3 Esquivel (2010), menciona los factores de riesgo psicopatológicos.

Tabla Número 3: Factores de Riesgo Psicopatológicos

Factores de riesgo destacables en el niño.	Factores de riesgo destacables en el entorno familiar.	Principales relaciones familiares disfuncionales.
<p>a. Niños temperamentalmente frágiles.</p> <p>b. Niños muy retraídos y tímidos.</p> <p>c. Niños que han de adaptarse a múltiples cambios: separación de los padres, nuevas parejas, hermanastros, cambios de escuela, de amigos, de población.</p> <p>d. Niños con afecciones como discapacidades físicas importantes o enfermedades crónicas.</p> <p>e. Niños sometidos a demandas excesivas o inapropiadas para su edad.</p> <p>f. Niños con déficit sensoriales graves.</p> <p>g. Niños con retraso mental.</p>	<p>a. Depresión materna posparto, especialmente si no hay figuras de apego sustitutas estables y seguras.</p> <p>b. Familias con padre o madre con padecimientos como enfermedad mental grave, en especial depresión mayor, esquizofrenia o trastornos graves de la personalidad.</p> <p>c. Familias en situación de pobreza económica y cultural.</p> <p>d. Familias monoparentales sin soporte de la familia extensa.</p> <p>e. Padres muy jóvenes sin soporte de la familia extensa.</p> <p>f. Familias con problemas de drogodependencia como el alcohol u otras drogas.</p> <p>g. Rupturas familiares en las que se mantiene una hostilidad crónica entre la pareja de padres.</p> <p>h. Familias inmigrantes sin grupos sociales de apoyo en su entorno.</p> <p>i. Familias en las que algún hijo es utilizado como chivo expiatorio de los conflictos familiares.</p> <p>j. Familias con disputas intrafamiliares persistentes y severas entre los adultos, con marcada tensión y conflicto intrafamiliar.</p> <p>k. Familias con patrones disfuncionales de relación entre sus miembros</p>	<p>a. Los patrones rígidos, inflexibles incapaces de adaptarse a los cambios.</p> <p>b. Las familias que niegan y evitan sistemáticamente el conflicto (todo va bien siempre).</p> <p>c. Las relaciones familiares muy involucradas, en ellas no hay límites claros entre sus miembros, no queda espacio para la intimidad y la individualización de cada uno.</p> <p>d. Las relaciones sobreprotectoras: los padres no se adaptan a las progresivas demandas de independencias de los hijos. Se les priva de comportamientos autónomos y se les mantiene infantilizados.</p> <p>e. Las relaciones frías, indiferentes con ausencia de cariño de los padres, sin intereses por los avances de los niños. Los padres no refuerzan sus conductas positivas, no se interesan por sus estudios, por sus compañeros.</p> <p>f. Los padres que debido a sus compromisos personales o profesionales no se organizan para dedicar un tiempo mínimo a sus hijos.</p>

Garza, 2006 refiere la importancia de la familia por ser el entorno más cercano del niño; el apego entre madre e hijo, es el vínculo de una adecuada integración social y personal del niño. Más tarde, las buenas relaciones con los padres se vuelven indispensables para el desarrollo normal del niño. La posición que se ocupa entre los hermanos tiene una fuerte influencia sobre la depresión. Los padres deben prestar especial atención a la construcción de una adecuada autoestima y auto eficacia en el niño, así como incentivar en ellos la capacidad de afrontamiento y el manejo de adecuado de la frustración.

Se ha detectado que los eventos vitales más significativamente asociados a la depresión infantil son la muerte de familiares cercanos como los padres, hermanos, abuelos, tíos y primos o mascotas, la separación o divorcio de los padres, padre ausente, maltrato físico y/o verbal por parte de algún familiar cercano, abuso sexual y familia disfuncional.

En la actualidad se admite una compleja interacción de distintos factores, tanto biogénéticos como psicosociales, que sirven de base para la aparición de las distintas conductas normales y patológicas. Es necesario que se presente una cierta vulnerabilidad personal, familiar y ambiental que combinadas dan lugar a la aparición de una conducta desajustada. (Revista Científica Electrónica de Psicología ICSA-UAEH Vol.6).

2.4.- MODELOS DE INTERVENCIÓN.

El tratamiento con niños depresivos ha incluido diferentes aproximaciones tales como las intervenciones Psicodinámicas, Técnicas Conductuales y Farmacoterapia. (Solloa, 2006).

Rodriguez, J. y Ortiz, M. (s.f.) refieren que la valoración inicia con una entrevista a los padres o tutores, prosigue más tarde con una intervención individual o grupal con el niño. En la entrevista los padres proporcionan los datos e historia clínica del niño, antecedentes familiares y sus síntomas actuales, completándola con la aplicación de las pruebas psicológicas que se estimen necesarias. Los resultados permiten establecer el tratamiento adecuado y brindar orientación a los padres proponiendo vías de actuación.

El tratamiento de la Depresión Infantil debe ser individualizado, adaptado a cada caso en particular y a la fase de desarrollo en que se encuentra el niño, tomando en cuenta su funcionamiento cognitivo, su maduración social y su capacidad de mantener la atención. Se debe de involucrar de una manera activa a los padres y realizar intervenciones hacia el entorno del niño (familiar, social y escolar). El tratamiento se puede llevar a cabo desde diferentes perspectivas. (Ver figura 1).

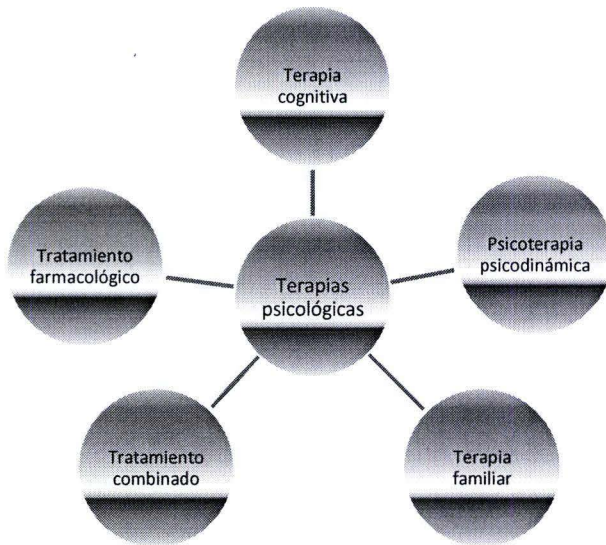


Figura Número 1: Terapias Psicológicas

- **Terapia Cognitiva:** Se han desarrollado programas dirigidos a modificar las distorsiones cognitivas en niños deprimidos. Este tipo de terapia en primer lugar, favorece las habilidades y autocontrol, y en segundo lugar pretende alcanzar varios objetivos, para lo cual se han elaborado diversas técnicas, en las que se pretende que el niño aprenda a procurarse mayores esfuerzos positivos, disminuyendo así los autos punitivos. Con la auto observación dirigida, se busca que se preste más atención a los acontecimientos favorables, rechazando la preferencia que generalmente siente por los depresiógenos; con las técnicas de auto evaluación, se pretende que el niño deprimido se muestre menos perfeccionista y exigente en sus logros, adecuándose a expectativas y rendimientos más realistas; y por último, en las técnicas de autocontrol se incluye el entendimiento para favorecer todo lo que aumente su asertividad.

- **Psicoterapia Psicodinámica:** enfocada al tratamiento de la depresión infantil, ya que ayuda al niño a entenderse a sí mismo, a identificar sentimientos inapropiados, a mejorar su autoestima, a cambiar patrones desadaptativos de conducta, a interactuar de manera eficaz con otros y superar conflictos pasados y futuros.
- **Terapia Familiar:** es una terapia de grupo, en la que los miembros de la familia reciben ayuda para mejorar sus relaciones entre ellos.
- **Tratamiento Farmacológico:** el uso de fármacos debe de estar prescrito y controlado por un médico Psiquiatra. Entre los antidepresivos más utilizados encontramos los Tricíclicos: imipramina, amitriptilina, e Inhibidores Selectivos de Recapturación de la Serotonina (ISRS).
- **Tratamiento Combinado:** este tipo de tratamiento consiste en la combinación de terapias farmacológicas, varios tipos de psicoterapia (individual, familiar, grupal), y diferentes programas conductuales y psicopedagógicos.

Del Barrio (2007), enuncia la necesidad de tener profesionales altamente cualificados que utilicen de preferencia técnicas cognitivo- conductuales. Sin embargo, (Elkins y Rapoport, 1987) reconocen que el comienzo de la terapia de la depresión infantil fue principalmente farmacológica y Anthony (1970) psicoanalítica.

En la figura 2, Del barrio (2007) menciona un procedimiento para llevar a cabo la terapia.

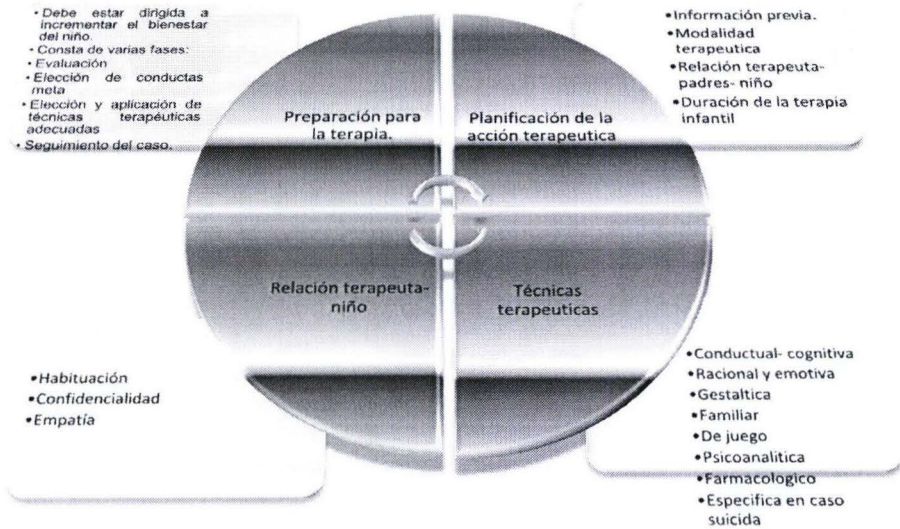


Figura Número 2: Procedimiento para la Terapia.

CAPITULO 3: FAMILIA Y DEPRESIÓN INFANTIL

3.1.- DEFINICIÓN DE FAMILIA.

En el capítulo anterior se ha hecho mención de la importancia que tiene la familia en el hecho de que se desarrolle la depresión infantil, tal es la razón por la cual se ha considerado conveniente dedicar este apartado a la familia y su repercusión en la DI.

Según (Hellpach, en Dorsch F. 1985), rigen en la familia relaciones de interdependencia en cuanto a la vida en sí misma y a sus ámbitos temporal y espacial. Para la biología es vida en común de dos individuos de sexo distinto para la reproducción y conservación de la especie, la preservación de los miembros de la familia y la crianza de los hijos en el ambiente familiar. M. Peters (1961) distingue entre familias de padres, familias de madre y familias de padre.

Psicología: La familia como institución social que es, constituye un área de desenvolvimiento social en la que intervienen la patria, el suelo natal, las condiciones de desarrollo, y la determinación de la dirección de despliegue.

Psicología etnológica: Dice R. Thurnwald que la familia consiste en la vida en común, duradera de una mujer con sus hijos, con distribución del trabajo y bajo la protección y ayuda de un hombre. Si hay varias mujeres en la familia, cada una tiene su hogar y sus hijos viven con ellas.

En la sociología la familia es una comunidad interhumana constituida al menos por tres miembros (Hellpach, Parson, Schelsky, Thurnwald, citados en Dorsch F., 1985).

(Minuchin y Fishman 1985 en Aronne E. 2007) describen a la familia como el grupo natural que elabora pautas de interacción en el tiempo y que tiende a la conservación y la evolución. Es el grupo celular de la sociedad, una institución que ha existido a lo largo de la historia, ha compartido siempre las mismas funciones, entre ellas la crianza de los hijos, la supervivencia y la común unión de los miembros de ésta. Refieren que no es una entidad estática sino que está en un cambio continuo igual que sus contextos sociales.

3.2.- ESTILOS DE CRIANZA.

Craig, G y Baucum, D. (2009), mencionan que una familia es única como lo es el individuo. Los padres de familia tienen una versión personal de los métodos de crianza según la situación en que se encuentran, el niño, su conducta en ese momento y la cultura. Los padres imponen límites razonables a la autonomía del menor y le inculcan valores y autocontrol, tratando de no coartar su curiosidad, iniciativa ni su creciente sentido de competencia. El control y la calidez constituyen aspectos esenciales de la crianza.

El control de los padres muestra su nivel restrictivo. Los padres rigurosos limitan la libertad de los hijos; exigen la obediencia de ciertas reglas y vigilan que cumplan con sus responsabilidades. En cambio, los no restrictivos ejercen un control mínimo, imponen menos exigencias y restricciones a la conducta de sus hijos y a la expresión de las emociones. Cuando se refiere a la calidez de los padres significa el grado de afecto y aprobación que exteriorizan. Padres afectuosos y tiernos sonríen a sus hijos con mucha frecuencia, elogiándolos y alentándolos, no recurren mucho a críticas, castigo ni señales de desaprobación; en cambio los padres hostiles critican, castigan, ignoran a sus hijos y muestran su afecto o aprobación pocas veces. El control y la calidad de los padres influyen de manera directa en la agresividad y la conducta prosocial de los hijos, en su autoconcepto, en su interiorización de los valores sociales y en su adquisición de la competencia social (Becker, 1964; Maccoby, 1984; en Craig, G y Baucum, D. 2009). (Ver tabla 4).

Tabla Número 4: Estilos de Crianza. (Craig, 2009).

Diagrama de estudios. Estilos de crianza que combinan la calidez y el control		
Autoritativo (con autoridad)	Control moderado	Los progenitores aceptan y estimulan la creciente autonomía estricta de los hijos.
	Mucha calidez	Tienen comunicación abierta con los hijos; reglas flexibles; los hijos son los mejor adaptados (los más seguros de sí mismos) y los que muestran mayor autocontrol y competencia social, mejor rendimiento escolar y una mayor autoestima.
Autoritario	Gran control	Los padres ordenan y exigen que los obedezcan.
	Poca calidez	Tienen poca calidez con los hijos; reglas inflexibles; no permiten a los hijos independizarse de ellos; los hijos son retraídos, temerosos, mal humorados, poco asertivos e imitables; las hijas suelen permanecer pasivas y dependientes durante la adolescencia; y los varones pueden volverse rebeldes y agresivos.
Permisivo	Poco control	Los padres imponen pocas o nulas estrictiones a los hijos; los aman de manera incondicional.

	Mucha calidez	Existe comunicación entre progenitor e hijo; mucha libertad de los hijos; los padres no fijan límites; los hijos suelen ser agresivos y rebeldes, también socialmente ineptos; autocomplacientes e impulsivos; en algunos casos, pueden ser dinámicos, extrovertidos y creativos.
Indiferente	Poco control	Los padres no establecen límites a sus hijos; falta de afecto por los hijos.
	Poca calidez	Se concentran en el estrés de su vida personal, no les queda energía para atender a sus hijos; si los padres muestran, además hostilidad (como el caso de progenitores negligentes), los hijos suelen expresar impulsos destructivos y una conducta delictiva.

3.3.-TIPOS DE FAMILIA.

Aronne E. menciona que existen cuatro grupos familiares distintos, asimismo dice que una misma familia puede poseer características de más de un tipo (familias mixtas). A continuación una breve descripción de estos grupos familiares citados por la autora:

- a. **Familias aglutinadas:** Estas familias tienen dificultad de discriminación e individuación, debido a que suelen formarse en un conjunto de individuos poco diferenciados. El rol materno es exagerado y privilegian las normas maternas, mientras que el paterno está debilitado. Se privilegian los lazos afectivos, que ahogan a los miembros de la familia. Tienen una ideología de la vida tipo clan, viven lo nuevo como extraño porque para estas familias lo nuevo crea violencia. En este tipo de sistemas existe poca sensibilidad social.
- b. **Familias uniformadas:** Tienen una tendencia a la individuación y rige un absolutismo del rol paterno a través de un sometimiento a una identidad personal que suele uniformar al resto. La interacción que prevalece es rígida, estereotipada e insatisfactoria, porque es impuesta. Se observa cierta incomunicación con los hijos adolescentes. La ideología que prevalece es la de “exigirse para diferenciarse”.
- c. **Familias aisladas:** Predominan las individualidades tales como entes aislados, distantes y rígidos. Hay cierto estancamiento en la identidad individual y un consecuente deterioro de la identidad grupal. Cada uno hace su vida, las normas y los valores pierden importancia; los mensajes no tienen un contenido afectivo.
- d. **Familias integradas:** Son familias estables, con flexibilidad en los roles. Son capaces de contener y afrontar los problemas que surgen sin expulsarlos o reprimirlos (como lo hacen las familias uniformadas), sin negarlos (como lo hacen las familias aglutinadas), sin inhibirlos (familias aisladas). Los roles no son fijos, puede haber un cambio si es necesario. La capacidad reflexiva y la carga

emocional regulada por el grupo permiten un diálogo transformador. Da gran importancia al papel de cada miembro en el funcionamiento del grupo como un todo. Está dispuesta a transformar lo establecido.

Craig, G y Baucum, D. (2009), enuncian que las metas de la crianza es aumentar la conducta autorregulada, es decir, la capacidad del niño para controlar y dirigir su comportamiento y cumplir con las exigencias que le imponen los padres y otras personas. Asimismo, mencionan que tienen más éxito en el desarrollo de esta conducta si aumentan gradualmente la participación de sus hijos en las decisiones familiares. En este sentido (Maccoby E. 1992, en Craig, G y Baucum, D. 2009), en trabajos dedicados al dialogo y a la disciplina de los padres, concluye que los niños se adaptan en forma idónea cuando los padres fomentan lo que ella nombra correulación, esto es, la adquisición del sentido de responsabilidad compartida entre los progenitores e hijos.

Craig, G y Baucum, D. (2009) hacen referencia a los siguientes tipos de familia: Hijos con un solo progenitor, Hijos del divorcio y Familias reconstituidas o mezcladas, cada una con sus virtudes y consecuencias serán descritas brevemente a continuación.

Hijos con un solo progenitor: Algunas madres solteras cumplen su misión de una manera fascinante, muchas cuentan con el apoyo de su familia y de sus amigos. En otros casos la ausencia del padre disminuye el estatus social de la familia y su nivel económico, de esta manera la lucha por sobrevivir genera estrés a la mujer que encabeza la familia y puede sufrir de depresión o ansiedad, lo que disminuye su capacidad para atender y apoyar a sus hijos. Los niños que crecen en estos hogares pueden sufrir ciertas desventajas que afecten su bienestar psicológico y su desarrollo intelectual, es por ello que tiene menos probabilidades de mejorar su nivel socioeconómico cuando son adultos y existe la probabilidad de que se conviertan en progenitores solteros.

Hijos del divorcio: La separación definitiva de la familia afecta al niño en diferentes maneras, ya que los dos padres tienen una influencia decisiva en el desarrollo de sus hijos, el divorcio significa que los niños ya no tendrán el mismo acceso a ellos. Cuando el divorcio llega, sea originado por la causa que fuere, los niños temen que también el padre que se haya quedado con ellos también los abandone, se sienten tristes, confusos, enojados o llenos de ansiedad; se deprimen o adoptan una conducta

destruccion en la casa o en la escuela. Muchos niños, en especial los pequeños, piensan que son los culpables del divorcio, en algunos casos, los niños esperan una reconciliación y en ocasiones tratan de volver a unir a los padres, por ejemplo portándose muy bien (Hetherington, 1992; Hetherington y otros, 1989; Wallerstein y otros, 1988) citados en Craig, G y Baucum, D. (2009).

Entre los factores más importantes que determinan la reacción del niño ante el divorcio Craig, G y Baucum, D. (2009). (Ver tabla 5).

Tabla Número 5: Factores que Inciden en el Desarrollo de Depresión Infantil en Niños con Padres Divorciados.

Factores	Descripción
Grado de hostilidad que acompañe al divorcio	Al niño le resulta más difícil adaptarse si hay mucha hostilidad o amargura. El conflicto entre los padres disminuye el sentido de bienestar del niño. Siente temor y enojo.
El grado de cambio real en la vida del niño	Si el niño continúa en la misma casa, escuela y por decir, con la misma rutina, se verá menos afectado, pero al contrario, si existen estos cambios y además pérdidas de amigos, le será más difícil adaptarse.
La naturaleza de la relación con los padres	El compromiso y el apoyo emocional de ambos progenitores resultan de gran ayuda. (Rutter y Garnezy, (1983) citados en Craig, G y Baucum, D. (2009), señalan que la naturaleza de las interacciones entre progenitor e hijo es mucho más importante que el hecho de que ambos padres se encuentren en casa.

Familias reconstituidas o mezcladas: Algunos niños aceptan gustosos la llegada de un padrastro o una madrastra, para otros, plantea un difícil ajuste mencionan Craig, G y Baucum, D. (2009), tal vez se sientan desilusionados porque ya no puedan reconciliar a sus padres y es posible que rechacen los intentos del padrastro o de la madrastra de ganarse su afecto o de disciplinarlos. Pueden sentirse culpables, por creer que al sentir afecto por los nuevos integrantes abandonan al padre que no obtuvo la custodia legal. A veces también les duele el compartir a sus padres con el nuevo cónyuge y existe la preocupación de ser excluidos de la nueva familia. En casi todos los casos, las principales alteraciones debidas al divorcio y a las familias reconstituidas se superan al cabo de dos años.

3.4.- Autocontrol.

El autocontrol ha sido definido por primera vez en 1973 por la American Psychological Association como la habilidad para reprimir o la práctica de represión de reacciones impulsivas de un comportamiento, deseos o emociones. (Fernandes, F.; Marín, F., Urquijo, S., 2010). Sin embargo, pueden ser identificados tres abordajes intelectuales que décadas antes de esa definición habían investigado el autocontrol y que, según Harter (1983) citado en Fernandes, F.; Marín, F., Urquijo, S., (2010), serían la psicoanalítica, la teoría del aprendizaje y la neuropsicología soviética. (Fernandes, F.; Marín, F., Urquijo, S., 2010) (Ver tabla 6).

Tabla 6. Teorías del Autocontrol.

Teoría psicoanalítica (1922).	Teoría del aprendizaje (1953).	Neuropsicología soviética (1961-1962).
<p>Freud postuló la idea de que el autocontrol estaba asociado al desarrollo de la fuerza del ego. El superego sería el que controlaría la propia conducta y el comportamiento moral y, por lo tanto, sería una característica estable de la personalidad. El comportamiento moral, a su vez, sería influenciado por acontecimientos durante el desarrollo tendrían una fuerte influencia sobre el grado de autocontrol desarrollado por el sujeto.</p>	<p>Skinner manifiesta que el autocontrol no es un rasgo o disposición pero sí un proceso por el cual el individuo cambia su probabilidad de respuesta, alterando las variables en las cuales la respuesta es una función, teniendo una gran influencia del entorno social. Así, visto como resultante del aprendizaje social, el autocontrol ha sido estudiado por varios autores, como Bandura (1971, 1976, 1978), Kanfer (1971, 1977), Kanfer y Karoly (1972), Mahoney y Thoresen (1974), Mishel y Patherson (1978), entre otros.</p>	<p>Luria (1961) y Vygotsky (1962) resuelven que problemas con la inhabilidad del niño para el uso adecuado de auto instrucción verbal estaría relacionado con la falta de autocontrol de los impulsos. Específicamente Luria (1961) ha destacado que el comportamiento es controlado por el habla, siendo ella una reguladora del comportamiento infantil.</p>

Salazar, O (s.f.), define al autocontrol como la capacidad de autorregular los sentimientos, impulsos y acciones según las necesidades y situaciones que afrontamos cotidianamente. Menciona que es una competencia del ser, necesaria para las sanas relaciones interpersonales que se desarrolla desde los primeros años de vida y se mejora al paso de los años.

(Harter 1983, en Fernandes, F.; Marín, F., Urquijo, S., 2010) menciona que es importante destacar tres aspectos relevantes para el estudio del autocontrol, siendo ellos, los procesos cognitivos básicos, los procesos de internalización y los procesos afectivos y motivacionales.

Al respecto Salazar, O (s.f.), menciona cuatro etapas del autocontrol, como se muestra en la tabla 7.

Tabla 7. Etapas del autocontrol.

Etapa	Periodo	Descripción
1ra.	Desde el nacimiento hasta los dos o tres meses.	el niño se calma, se autorregula después de sobreestimulación con conductas reflexivas originales, como el chuparse los dedos
2da.	desde los tres meses hasta el año.	el niño se da cuenta de que con sus acciones puede influir en el mundo, a partir de que con ellas atraiga la atención de la madre, el padre u otro adulto significativo para él
3ra.	inicia alrededor del año de edad.	con logros motores como la marcha, el niño quiere ejercer el control de sus acciones, planea movimientos, se desarrolla la autoconciencia, pero no tiene el control total de sus impulsos y movimientos
4ta.	Después de los dieciocho meses.	el niño forma imágenes mentales simbólicas y recuerda mejor los eventos pasados; así tiene la habilidad de reflejar sus propias acciones, conecta mentalmente lo que hace con lo que se le ha dicho que haga. Esta habilidad cognitiva le permite al niño monitorizar su propia conducta

Así pues el mismo autor refiere que el autocontrol se logra a los tres años de edad, cuando el niño tiene una mayor flexibilidad, pensamiento consciente y capacidad para esperar. Esta destreza se desarrolla y perfecciona durante el resto de la vida. La autorregulación puede explicar por qué el niño de tres años se puede adaptar mejor a una institución, el preescolar, o a situaciones como la hospitalización, cambios de residencia y, en general, nuevas situaciones que durante los dos primeros años de vida pueden ser realmente traumáticas. (Salazar, O. s.f.).

Asimismo autores como Premack y Anglin (1973) sugieren que el niño se autocontrola porque es una forma de evitar la pérdida de afecto de los padres. A su vez, Shibusaki (1961) sólo cuando el niño percibe la perspectiva «del otro» es que el autocontrol se manifiesta, antes de ese marco el niño está motivado para mostrar control de acuerdo con las exigencias de personas. El autocontrol ha sido estudiado y relacionado a varios constructos de la psicología, como la agresividad e impulsividad (Heimer, 1996; Polakowski, 1994; Pulkkinen & Hamalainen, 1995), en relación al ambiente familiar (Block, 1981; Ogata, 1995), a las dificultades de aprendizaje y rendimiento escolar (Charney, 1993; Hascher & Oser, 1995; Risemberg & Zimmerman, 1992; Ronen, 1994, en Fernandes, F.; Marín, F., Urquijo, S., 2010).

3.5. Autoconcepto.

Craig, G y Baucum, D. (2009), manejan tres teorías del Autoconcepto en la niñez media, como se pueden observar en la tabla 8.

Tabla 8. Teorías del Autoconcepto en la niñez media.

Autor	Teoría	Descripción
S. Freud, Erikson	Teoría psicoanalítica.	La edad comprendida entre los 6 y 12 años de edad es un periodo en el que permanecen constantes celos y problemas familiares. Gran parte de la energía y tiempo del niño, se concentran en adquirir conocimientos y habilidades. Ahora el niño puede canalizar mejor su energía a la solución de problemas y al logro.
Piaget y Lawrence Kohlberg	Teoría del desarrollo cognoscitivo.	Plantean el desarrollo del Autoconcepto y la moralidad en el niño, ideas sobre la equidad y la justicia, lo correcto y lo incorrecto.
Albert Bandura	Teoría del aprendizaje social.	Habla de cómo es que se aprenden conductas en la familia y en el grupo de compañeros, de esta forma los compañeros cumplen el papel de modelos y refuerzan o castigan la conducta.

Con lo anteriormente expuesto ahora llegamos a una definición del autoconcepto, una de ellas es la utilizada por (Sisto y Martinelli 2004, en Fernandes, F.; Marín, F., Urquijo, S., 2010) en la cual se afirma que el autoconcepto es un producto de la interacción entre la persona y su entorno durante su proceso de construcción social y ciclo de vida, acompañada de una evaluación de sus capacidades, realizaciones, experiencias y representaciones. Valdéz Medina (1994), lo describe como una estructura mental de carácter psicosocial que implica una organización de aspectos conductuales, afectivos y físicos reales e ideales acerca del propio individuo; que funcionan como un código subjetivo de acción, hacia el medio ambiente interno y externo que rodea al sujeto. Citado en Maddio, S.; Morelato, G. (2009).

Ahora sí, después de conocer el significado de este término se llega a lo siguiente, el desarrollo o déficit de habilidades interpersonales impactará en el concepto que el niño posea de sí mismo, (Maddio, 2006 en Maddio, S.; Morelato, G. 2009). Mismos autores citan a Valdéz Medina (1994), en donde el menciona que el autoconcepto puede considerarse una estructura cognitiva que contiene información totalmente social o totalmente individual, o bien de carácter psicosocial que implicaría un manejo interno de la información social e individual que se debe a las interacciones que cada uno de los seres humanos viven a lo largo de su vida. El Autoconcepto realiza una función clave como organizador y motivador de la experiencia, mantiene una imagen consistente de quiénes somos y como reaccionamos en diferentes circunstancias. (Gorostegui, M. y Dörr, A. 2005).

3.6.- Maltrato del niño.

La Organización Mundial de la Salud define al *maltrato o abuso infantil* como:

“Cualquier forma de daño físico y/o emocional, abuso sexual, negligencia o cualquier forma de trato negligente, comercial u explotación, que resulta en daño actual o potencial a la salud, sobrevivencia o desarrollo de la dignidad, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.

Gaxiola, R, José C; Frías, M. (2005) citan a Cicchetti & Toth, 2000; Emery & Laumann-Billings, 1998), los que mencionan que el abuso o maltrato infantil no sólo afecta la salud física y la seguridad de los niños, sino que puede afectar también la visión que éstos tienen del mundo, las relaciones sociales y el ajuste psicológico de aquellos que lo experimentan. En este sentido, Wolfe y Yuan (2001) citados por mismos autores, señalan como consecuencias del maltrato infantil problemas en las relaciones interpersonales (apego a los cuidadores y a otros) y en la regulación de las emociones (que afectan el estado de ánimo y los problemas de conducta). Adicionalmente, se ha encontrado que los niños maltratados muestran menos adaptación académica y más deficiencias en habilidades sociales que los niños no maltratados (Shonk & Cicchetti, 2001). Asimismo, los niños maltratados pueden presentar comportamiento antisocial, retardo en el desarrollo y trastorno por estrés postraumático (World Health Organization, 2002). Wallon, H. (2000), refiere que las influencias afectivas, que rodean al niño son una acción determinante sobre su evolución mental.

El maltrato infantil es un problema de todos y la sociedad en su conjunto tiene un papel importante que cumplir en su prevención. Ampudia, A., Santaella, G. y Eguía, S. (2009).

Shields y otros. (1994) citados en Craig, G. (2009), mencionan que al niño maltratado le es difícil controlar sus emociones y conducta y tiene menos competencia social que el resto de sus compañeros.

En la actualidad existen diversas formas de maltrato infantil de las cuales enunciare las más importantes: maltrato físico, maltrato psicológico y abuso sexual.

Según Emery, (1989) citada en Graig, G. (2009), el maltrato físico ocurre por lo general a manos de sus progenitores. El maltrato físico siempre se acompaña del maltrato psicológico que puede resultar más nocivo que el físico; el maltrato psicológico se presenta en seis formas las cuales son: Rechazo, Negación de responsabilidad emocional, Degradación, Intimidación Aislamiento y explotación (hart y Colbs. 1987) citado en Craig, (2009).

El maltrato infantil constituye uno de los problemas sociales más graves en México. La epidemiología se han encontrado estadísticas que reflejan el impacto social de esta problemática. Según datos del Instituto nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2005), el porcentaje de casos comprobados de denuncias recibidas por maltrato infantil se incremento en 73.9%, mientras que en 2004 fue de 59.2%. casos presentados hasta el ministerio público asciende a 17.1%. Ampudia, A., Santaella, G. y Eguía, S. (2009).

Propuesta de Taller Para Padres denominado “Herramientas y Recursos Para Padres a Fin de Evitar la Depresión en sus Hijos”

Justificación.

Frente a la situación actual que vivimos de aumento de depresión infantil, es de gran importancia promover el desarrollo de una nueva cultura de convivencia en familia. Que se encuentra vinculada con otro tipo de valores tales como solidaridad, respeto, tolerancia, etc. consecuentemente con un nuevo modo de relacionarse.

A través de este taller se pretende empezar a construirla, trata de esclarecer que la depresión está más allá del hecho físico, que tiene que ver con una forma personal y social de ver el mundo y en consecuencia un modo de relacionarse con los demás.

En la actualidad ambos padres de familia trabajan y los niños se desarrollen en un ambiente menos social ya que interactúan con más aparatos de entretenimiento que con los padres, creando menos lazos afectivos y reflejándose en pobres resultados académicos y mala interacción familiar; los padres, generalmente permanecen sin darse cuenta del problema psicológico en el que se va desarrollando el infante, este con apoyo de alguna institución o especialista puede llegar a un buen fin. Existe un momento oportuno para proporcionar información, orientación y guía a los padres que requieren apoyo para orientar a sus hijos en su vida diaria y maximizar con esto su calidad de vida.

Objetivo general.

El taller para padres está basado en los fundamentos teóricos y metodológicos de la Psicología como disciplina y como profesión, evidencia los principios de la formación integral teniendo en cuenta entre otros aspectos pertinentes las competencias que debe desarrollar la familia para su mejor funcionamiento. Se propone que los integrantes del taller mantengan un compromiso permanente con cada integrante de la familia, que genere motivación para el buen funcionamiento familiar.

Objetivos específicos.

Aplicar el conocimiento para comprender y explicar la conducta de los integrantes de la familia.

Responder de acuerdo con las necesidades de los integrantes de la familia ubicando las características de la problemática, las condiciones del contexto y de los ámbitos de intervención.

RECURSOS

A) Humanos:

- 1.- Un psicólogo del área clínica o educativa.
- 2.- Grupo de 10 a 15 padres de familia como máximo.

B) Físicos:

- * Instalaciones de un aula.

C) Equipo y mobiliario:

- * Proyector, PC.

D) Material:

- * Bolígrafos, hojas blancas y diapositivas.

LIMITES:

- Duración: 5 sesiones de 2 horas diarias durante una semana.
- Lugar: El que se indique.
- Horario: El que se indique.

METODOLOGIA:

- Exposición del tema.
- Presentación de diapositivas, videos.
- Dinámicas grupales.
- Retroalimentación.
- Comentarios.

Cronograma de Actividades del Taller

“Herramientas y Recursos para Padres a Fin de Evitar la Depresión en sus Hijos”

No. DE SESION	TEMA	DIAS				
		1	2	3	4	5
1RA.	<ul style="list-style-type: none"> • Encuadre del taller. • Tema 1. ¿Qué es la depresión infantil? • Tema 2. Imágenes de la familia. • Juego: Amigo secreto. 					
2DA.	<ul style="list-style-type: none"> • Juego: Amigo secreto. • Tema 3. ¿Qué es ser padre o madre? • Tema 4. ¿Qué atributos deben de tener los padres y madres en la relación con sus hijos? • Juego: El espejo. 					
3RA.	<ul style="list-style-type: none"> • Tema 5. ¿Cuáles son mis conductas más frecuentes en la relación con mis hijos? • Tema 6 ¿Cómo veo a mis hijos? • Tema 7 Desarrollo de habilidades de comunicación con los hijos. 					
4TA.	<ul style="list-style-type: none"> • Tema 8. Facilitadores de la comunicación. Juegos : Amigo secreto • Tema 9. Método de resolución de conflictos: Toma anticipada de decisiones. 					
5TA.	<ul style="list-style-type: none"> • Tema 10. El mejor momento. • Tema 11 ¿Cómo podría ser diferente su relación padre/ hijo? • Tema 12. Afrontando mis temores. • Repaso general de lo aprendido en el taller. 					

Carta Descriptiva

SESION UNO				
Dinámica	Objetivo	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Bienvenida y encuadre	<p>Presentación del facilitador.</p> <p>Establecer las reglas del taller.</p> <p>Evaluar el conocimiento previo de los participante</p>	<p>El facilitador se presentara con el grupo de participantes, mencionara los temas que se trabajaran durante el taller, establecerá las reglas que se llevaran a cabo dentro del salón como son el respeto, puntualidad, etc.</p> <p>Posteriormente el facilitador repartirá un cuestionario y tendrán 10 minutos para contestarlo.</p>	<p>Cuestionario impreso.</p> <p>Lápiz o bolígrafo</p>	20 minutos
Técnica de presentación	<p>Conocer a cada uno de los participantes de grupo.</p> <p>Integración del grupo.</p>	<p>"Nombre y cualidades". Cada persona se presentará al grupo diciendo su nombre y apellido y escribirá en una hoja dos cualidades suyas que empiecen por la primera letra de cada uno de ellos.</p>	<p>Hoja de papel, lápiz.</p>	15 minutos
Exposición del tema "La depresión infantil".	<p>Dar a conocer a los integrantes del grupo información necesaria acerca de la depresión infantil</p>	<p>El facilitador expondrá el tema apoyándose en una presentación en power point.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Definición -Causas -Síntomas - Modelos de Intervención - Relación de la familia con la DI 	<p>Proyector, PC, diapositivas</p>	40 minutos
Técnica: Imágenes de familia	<p>Identificar las diferencias entre los estilos de crianza que influyen en la relación padre/hijo.</p>	<p>El facilitador aplicará un ejercicio en el cual se identificará como se ha ido modificando la imagen de la familia a través del tiempo.</p>	<p>Cuestionario</p>	20 minutos
Retroalimentación	<p>Concientizar a los integrantes del grupo de que la familia es un modelo cambiante</p>	<p>Se formarán equipos y cada equipo dará a conocer las respuestas al ejercicio de imágenes de familia</p>	<p>Ninguno</p>	15 minutos
Cierre de sesión	<p>Hacer una breve retroalimentación de lo visto en la sesión</p>	<p>Se hará una breve semblanza de lo visto en la sesión, asimismo se pedirá la participación del grupo con sus comentarios sobre lo aprendido.</p>	<p>Ninguno</p>	10 minutos

Carta Descriptiva

SESIÓN DOS				
Dinámica	Objetivo	Procedimiento	Materiales	Tiempo
¿Qué es ser padre o madre?	Tratar de unificar el rol de un padre o madre dentro del núcleo familiar	Se realizará un debate con algunas creencias acerca de lo que debe ser un padre o madre	PC, Proyector	30 min.
Juego amigo secreto	Conocer las cualidades y valores de sus hijos. Aumentar la confianza en el otro.	Se hacen papelitos con los nombres de todos los participantes, cada uno tomará un papel y ese será su amigo secreto. No revela el nombre a nadie, ni siquiera al interesado. Durante la siguiente sesión, estaremos atentos a las cualidades y valores de este amigo secreto, anotando las situaciones que han ayudado a conocerlo. (Este amigo secreto representará a sus hijos).	Papel y lápiz	20 min.
¿Qué atributos deben de tener los padres y madres en la relación con sus hijos?	Identificar los atributos y actitudes del modelo que queremos construir.	Realizar lluvia de ideas, posteriormente realizar un pequeño debate referente a algunas actitudes que tendemos a adoptar como padres. Llenado de cuadro impreso de atributos con los puntos que se trataron anteriormente	Impresión de lista de actitudes a tratar. Impresión de formato de atributos	30 min.
*Juego: El espejo.	Cada miembro del grupo reconocerá sus propias cualidades.	Cada participante dirá una cualidad de un personaje, esta imagen está escondida en una caja. Será un personaje que todos conocen. La imagen guardada en la caja será un espejo, de manera que las cualidades que se tienen que describir son las propias.	Caja de papel y espejo.	30 min.
Cierre de sesión	Hacer una breve retroalimentación de lo visto en la sesión	Se hará una breve semblanza de lo visto en la sesión, asimismo se pedirá la participación del grupo con sus comentarios sobre lo aprendido.	Ninguno	10 minutos

Carta Descriptiva

SESIÓN TRES				
Dinámica	Objetivo	Procedimiento	Materiales	Tiempo
¿Cuáles son mis conductas más frecuentes en la relación con mis hijos?	Identificar el comportamiento que llevamos hacia nuestros hijos.	De manera individual se entregará un cuadro de diferentes conductas, en el cual se identificarán las que sean más usuales con sus hijos. Posteriormente asentarán en otro formato las conductas de acuerdo a la clasificación que se indica en el mismo.	Formato de conductas, lápiz	30 min.
¿Cómo veo a mis hijos?	Reconocer como ven a sus hijos y cómo es la relación con ellos.	Hacer una breve descripción, por escrito, de sus hijos y como definen su relación con ellos. Hacer una descripción de cómo fue cada quien como hijo. Posteriormente se realizará un intercambio y se harán comentarios al respecto.	Cuestionario impreso, lápiz	30 min.
Desarrollo de habilidades de comunicación con los hijos	Identificar que tanta comunicación existe con sus hijos.	Elaborar una pequeña representación con diez integrantes del grupo, los demás participarán como observadores. Se organizarán dos equipos y formaran dos familias cada una escenificará la misma escena. Se hará comentarios por parte de los observadores.	Ninguno	40 min.
Juego del amigo secreto	Conocer las cualidades y valores de sus hijos. Aumentar la confianza en el otro.	Cada integrante elaborará una carta a su amigo secreto en donde le explicará todo lo que creen de él, cada integrante tomará su carta de amigo secreto y se la llevará consigo.	Caja de papel	10 min.
Cierre de sesión	Hacer una breve retroalimentación de lo visto en la sesión	Se hará una breve semblanza de lo visto en la sesión, asimismo se pedirá la participación del grupo con sus comentarios sobre lo aprendido.	Ninguno	10 minutos

Carta Descriptiva

SESIÓN CUATRO				
Dinámica	Objetivo	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Facilitadores de la comunicación.	Identificar los medios que se tienen para entablar comunicación con sus hijos	Se realizará lluvia de ideas acerca de lo que se entiende por comunicación. Cada integrante del grupo redactará la forma en que se comunica con sus hijos. Al término intercambiarán sus escritos y se harán comentarios al respecto	Papel y lápiz	30 minutos
Juegos : Amigo secreto	Cada amigo secreto hará comentarios acerca de la carta que recibió. Una vez realizado este acto, se procederá a tratar de identificar a su amigo secreto.	Se pedirá a los integrantes del grupo expongan los sentimientos que les origino la carta que les dio su amigo secreto. Posteriormente cada quien tratará de identificar quien es quien era su amigo secreto	Ninguno	30 minutos
Método de resolución de conflictos: Toma anticipada de decisiones.	Proporcionar alternativas para la toma de decisiones y la probable solución de un conflicto.	Presentación acerca de resolución de conflictos y toma de decisiones. Comentarios del grupo	PC, Proyector	50 minutos
Cierre de sesión	Hacer una breve retroalimentación de lo visto en la sesión	Se hará una breve semblanza de lo visto en la sesión, asimismo se pedirá la participación del grupo con sus comentarios sobre lo aprendido.	Ninguno	10 minutos

Carta Descriptiva

SESIÓN CINCO				
Dinámica	Objetivo	Procedimiento	Materiales	Tiempo
El mejor momento	Reconocer los acontecimientos que les ha generado el formar una familia y tener hijos a su lado	Cada integrante traerá consigo fotografía en la que este plasmado el mejor momento de sus vidas en familia la cual será descrita y mencionará los sentimientos y emociones que le produce el revivir ese momento.	Fotografía familiar o de algún suceso importante en sus vidas	30 minutos
¿Cómo podría ser diferente su relación padre/hijo	Encontrar alternativas para tener una relación diferente con sus hijos	Traer revistas variadas y recortar imágenes representativas de lo que es y cómo puede ser su relación con sus hijos, se procederá a formar un collage. Al final se pedirán cinco voluntarios para exponer su material	Revistas, tijeras, cartulina, pegamento, plumines	50 minutos
Afrontando mis temores	Analizar y concientizar los miedos irracionales y situaciones temidas.	El facilitador pedirá al grupo se imaginen el peor acontecimiento que pueda ocurrirles en su vida y lo escriban en hojas en blanco, posteriormente se pide tres voluntarios leer lo que escribieron, el demás grupo puede hacer preguntas u observaciones	Papel y lápiz	30 minutos
Repaso general de lo aprendido en el taller	Demostrar al grupo que cuenta con herramientas para tener una mejor relación con sus hijos y así evitar una probable depresión en sus hijos	Formar equipos y cada uno elegirá a un vocero el cual expresará lo aprendido en el curso.	Ninguno	10 minutos

ALCANCES Y LIMITACIONES.

La depresión no aparece por sí sola, sino que se inserta en una red de relaciones que la hacen posible, aunque es difícil hablar de prevención de una enfermedad tan compleja, existen elementos que protegen frente a situaciones adversas. Una buena armonía familiar, un clima positivo de confianza y acogimiento, que estimule la comunicación, son elementos que facilitan la resolución exitosa de conflictos a todos los miembros de la familia. Lo más importante es que los padres se mantengan alertas ante la distintas señales que envíe el niño. Ellos son el factor más relevante en el tratamiento de la depresión infantil, y si busca ayuda van a poder desarrollar las herramientas que necesitan para sacar de este estado anímico a su hijo.

La depresión infantil es un problema social muy importante y alarmante ante el debemos concientizarnos y que desafortunadamente en las nuevas generaciones se está reflejando a través de actos suicidas.

La depresión, es un trastorno que se puede presentar en cualquier periodo de la vida, siendo el inicio de la enfermedad en edades tempranas, como en la niñez y la adolescencia. La prevalencia de la depresión infantil en México es del 34% de la población menor a 15 años. En una evaluación que se realizó en el Hospital del Niño DIF en el año 2005, el 15% de la población total que asistió por primera vez al departamento de psicología se diagnosticó con depresión infantil, de los cuales, la mayor incidencia se presenta en el género masculino y la edad entre los 6 a 10 años, predominando el episodio depresivo leve. En estudios realizados en otros países, como Estados Unidos, se calcula una prevalencia de depresión mayor entre niños de 9 a 17 años de edad de alrededor de 5%.

Lo que se vive hoy en día no favorece pues la situación económica del país en aspectos fundamentales como el desempleo, el estrés, la frustración, la insatisfacción, la inseguridad, y desmotivación laboral entre otras contribuyen con la conducta agresiva o depresiva, transmitiendo todo esto en los miembros más vulnerables que conforman a la familia por lo que hay que saber y manejar el estrés cotidiano para poder llevar una dinámica familiar más placentera.



Es de considerar que en la actualidad en la mayoría de las familias ambos padres son trabajadores, lo que es una desventaja para poder estar al tanto de las actividades de sus hijos y crea un alejamiento en la relación familiar, los medios de comunicación y las amistades son otro factor importante en la desinformación para el niño en situaciones adversas las que lo pueden orillar a una toma de decisiones equivocadas

Este trabajo pretende que los padres de familia conozcan acerca de lo que es la depresión y puedan identificar en sus hijos si no todos los síntomas algunos de ellos, considerando a la familia como la base principal en el desarrollo del niño, este trabajo ofrece herramientas y recursos para una mejor convivencia con el menor, para tener una mejor visión de las necesidades de sus hijos, asimismo, se trata de mejorar y fortalecer la relación familiar, el redescubrimiento de las virtudes y defectos de cada uno de los integrantes familiares y con esto evitar en el niño una situación en la que se pueda sentirse vulnerable e incomprendido orillándolo a una tristeza y posteriormente a la depresión.

El establecimiento de control y organización en los asuntos y relaciones familiares, así mismo con la autonomía de los miembros de la familia puede elevar el desarrollo del niño lo que se reflejará en su desenvolvimiento.

REFERENCIAS

1. Esquivel, F. (2010). *Psicoterapia Infantil con Juego. Casos Clínicos*. México: Manual Moderno.
2. Solloa, L. (2006). *Los trastornos psicológicos en el niño*. México. Trillas.
3. Garza, F. (2007). *Depresión en la infancia y adolescencia* México. Trillas.
4. Del Barrio, V. (1997). *La depresión infantil. Causas, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Ariel.
5. Del Barrio, V. (2007). *El niño deprimido. Causa, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Ariel.
6. Del Barrio, V. (2000). *La depresión infantil. Factores de riesgo y posibles soluciones*. Malaga: Aljibe.
7. Albrecht, A., Herrick C. (2007). *100 Preguntas y Respuestas sobre la Depresión*. Madrid. Edaf.
8. Cabrera, L. (1995). *La depresión Infantil en la Población Escolar*. [solo internet]
9. Preston, J. (2002). *Como vencer la depresión*. México. Pax México.
10. Korman G. y Sarudiansky M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión (Versión electrónica) *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, Vol. 15, N° 1 Pág. 119-145 ISSN electrónico: 1852-7310.
11. Kaplan, Harold I., Sadock, Benjamin J. & Grebb, Jack A., "Simopsis de *Psiquiatría Clínica*", 7ª Edición, Editorial Médica Panamericana, 1996, Buenos Aires.
12. Linares, J., Campos, C. (2000). *Tras la honorable fachada*. España. Paidós.
13. Bleichmar, H. (2008). *La depresión: Un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires. Nueva Visión.
14. Halgin, R., Krauss, S. (2003). *Psicología de la anormalidad*. México. Mc. Graw-Hill.
15. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed.). Washington, DC, EE. UU.: Autor.
16. American Psychological Association. (2010). *Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association* (2ª ed. adaptada para el español por la editorial El Manual Moderno). México: El Manual Moderno.
17. Wallon, H. (2000). *La evolución psicológica del niño*. Barcelona. Critica.
18. Ampudia, A., Santaella, G. y Eguía, S. (2009). *Guía clínica para evaluación y diagnóstico del maltrato infantil*. México. Manual moderno.

Tesinas

1. González, V. (2006). Depresión infantil en la etapa escolar, "Una guía para padres", Tesina Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
2. Medina, K. (2006). La Depresión en Niños Víctimas de Maltrato un Modelo de ayuda. Tesis de Licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
3. Velazquez M. (2012). Depresión en obesidad infantil y el apoyo de la Terapia Cognitivo-Conductual. Tesina de Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Páginas de Internet

1. Aronne E. 12 de noviembre de 2007. La familia: Concepto, tipos, crisis, terapia. Recuperado de <http://www.evangelinaaronne.com.ar/2007/11/la-familia-concepto-tipos-risis.html>
2. <http://www.llefiia.org/centrodelaescultura>
3. García A. Tratamiento psicológico de la depresión (2010). Recuperado el 10 de octubre de 2012 de <http://www.cop.es/colegiados/M-00451/DEPRE.htm>
4. Rodríguez, J. y Ortiz, M. (s.f.). Depresión infantil. Revista científica electrónica de psicología. ICSA-UAEH. No.6. Recuperado el 21 de noviembre de 2012 de http://www.dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/5_-_No._6.pdf
5. Programa Específico de Psicopatología Infantil y de la Adolescencia 2001-2006 (s.f.). Recuperado el 3 de noviembre de 2012 de <http://www.salud.gob.mx>
6. Salazar, O. (s.f.). Desarrollo del autocontrol en los niños. Recuperado el 21 de noviembre de 2012 de http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadMedicina/BibliotecaDiseno/Archivos/PublicacionesMedios/BoletinPrincipioActivo/63_desarrollo_del_autocontrol_en_los_ninos.pdf
7. Fernandes, F; Marín, F; Urquijo, S. Relación entre los constructos autocontrol y autoconcepto en niños y jóvenes. Liberabit. Revista de Psicología, vol. 16, núm. 2, 2010, pp. 217-226. Universidad de San Martín de Porres Lima, Perú.
8. Maddio, S.; Morelato, G. Autoconcepto y Habilidades Cognitivas de Solución de Problemas Interpersonales en Escolares Argentinos: Estudio Comparativo Interamericano Journal of Psychology, Vol. 43, Núm. 2, 2009, pp. 213-221. Sociedad Interamericana de Psicología Latinoamericanistas.
9. Gorostegui, M. y Dörr, A. 2005. Género y Autoconcepto: Un análisis comparativo de las diferencias por sexo en una muestra de niños de Educación General Básica. Pskhe. Mayo, año/Vol.14, Núm. 001. Pp. 151-163. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.