



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**Facultad de Estudios Superiores**

**Zaragoza**

**Carrera de Psicología**

**Elaboración de una guía de detección de síntomas  
depresivos en niños de edad preescolar**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

ANGELARES TORRES MIREYA

CÁRDENAS ROJAS GLORIA

Jurado:

Tutora: Laura Álvarez Sánchez  
Martha Velázquez Pérez  
Alma Lidia Martínez Olvera  
Sergio Ochoa Álvarez  
Rodolfo Hipólito Corona Miranda



MÉXICO

FEBRERO 2009



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.

## **AGRADECIMIENTOS:**

*A mi Papá por ser mi mayor impulso para estudiar y ser un ejemplo de trabajo y esfuerzo.*

*A mi Mamá por ser una mujer fuerte y brindarme todo su apoyo, esfuerzo, comprensión y amor para lograr mis sueños.*

*A mi hermana Rocío por creer en mí y ser mi amiga y compañera de toda la vida. Gracias a mi familia por que este logro también es suyo ya que sin ustedes no hubiera sido posible.*

*A Israel por su amor, apoyo y comprensión para completar este sueño.*

*A Gloria, Andrea y Ana por su apoyo, comprensión y enseñanzas y por hacer de la escuela algo maravilloso y en especial gracias a ti Gloria por compartir este proyecto conmigo pero sobre todo por ser mi mejor amiga.*

*A mis maestros que fueron una inspiración y ejemplo a seguir, en especial a la Maestra Laura Álvarez por su dedicación a este proyecto.*

*Mireya Angelares Torres*

# AGRADECIMIENTOS

## A mis padres

A mi madre:

Que es el ser más maravillo del mundo, gracias por tus noches de vela, por tu amor y comprensión, pero sobre todo por ayudarme en esos momentos de llanto y dolor, gracias por ese abrazo oportuno, gracias por tu presencia llena de luz que facilitó mi camino para llegar a este, uno de mis más anhelados sueños.

A mi padre

Por darme el ejemplo de triunfador, por su lucha incansable, por su amor y su compañía, gracias por tu esfuerzo para ayudarme a no desistir, te quiero y te admiro por compartir cada momento importante de mi vida.

## A Mis hermanos.

A Maura:

Por tu cariño y comprensión, por ser mi ejemplo de lucha, gracias por ser parte de este triunfo

A Delia:

Por su apoyo incondicional, por su ejemplo de tenacidad y fortaleza, gracias por compartir cada uno de mis sueños.

A Edgar:

Por cuidarme y protegerme, por su ejemplo de nobleza y lealtad, gracias por estar en este momento de mi vida.

A Adair y Lupita

Por ser los seres más maravillosos de este mundo, por contagiarme su alegría y su inocencia.

## A mi esposo.

Gracias Juan por el amor y la estabilidad que me has brindado para seguir luchando, gracias por tu apoyo y comprensión, pero sobre todo gracias por ser parte de mi vida.

## A mis amigos

A ti Mireya, por ser parte fundamental de este sueño, gracias por tu compañía y tu amistad gracias por no dejar que olvidara lo importante que era llegar a la meta.

## A mis maestros

Por sus conocimientos y orientación, en especial a la profesora Laura Álvarez por estar hombro con hombro en este trabajo.

A Andrea, Ana, Israel y Memo por su amistad y solidaridad, gracias por alentarme a seguir adelante, gracias por todos los días alegres que me brindaron, gracias por sus conocimientos y su talento.

**A TODOS USTEDES SOLO LES DIGO GRACIAS POR TODO LO RECIBIDO Y QUIERO QUE SEPAN QUE LOS RESPETO Y LOS ADMIRO PROFUNDAMENTE.**

Gloria Cárdenas Rojas

## INDICE

<b>RESUMEN</b> .....	1
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>I.- DESARROLLO DEL NIÑO PREESCOLAR</b> .....	4
1.1 Desarrollo cognitivo.....	5
1.2 Desarrollo afectivo y social.....	10
<b>II.- DEPRESIÓN INFANTIL</b> .....	17
2.1 Reseña histórica.....	17
2.2 Teorías psicológicas de la depresión.....	20
2.3 Conceptualización de la depresión infantil.....	25
2.3.1 Depresión y edad.....	26
2.3.2 Prevalencia de la depresión infantil.....	27
2.3.3 Comorbilidad.....	28
2.4 Factores de riesgo.....	29
2.4.1 Factores neuroendocrinos.....	29
2.4.2 Factores familiares.....	30
2.4.3 Factores escolares.....	32
2.4.4 Maltrato infantil.....	33
2.4.5 Acontecimientos vitales.....	34
2.5 Niveles de depresión .....	34
2.6 Sintomatología en edad preescolar.....	35
2.7 Diagnóstico.....	40
2.8 Instrumentos de evaluación .....	45.

<b>III.- BASES TEORICAS PARA LA ELABORACIÓN DE LA GUÍA.....</b>	<b>49</b>
3.1 Definición de guía .....	49
3.2 Representación simbólica.....	50
3.3 Proyección.....	52
3.4 Pruebas proyectivas.....	56
<b>IV.- MÉTODO.....</b>	<b>60</b>
4.1 Objetivo.....	60
4.2 Sujetos.....	60
4.3 Muestreo.....	60
4.4 Escenario.....	61
4.5 Diseño de investigación .....	61
4.6 Instrumentos.....	61
4.7 Procedimiento.....	62
4.8 Análisis e interpretación de los datos.....	64
4.9 Resultados .....	65
4.10 Discusión.....	67
4.11 Conclusiones.....	72
Bibliografía.....	74
Anexos.....	80

# **ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE DETECCIÓN DE SINTOMAS DEPRESIVOS EN NIÑOS DE EDAD PREESCOLAR**

## **Resumen**

El propósito de éste trabajo fue elaborar una guía de detección de síntomas depresivos en niños de entre los 4 años 6 meses hasta los 5 años 11 meses de edad, utilizando como base los criterios del DSM IV, así como referentes teóricos. La finalidad de esta guía es servir como una herramienta preventiva que permita al psicólogo hacer una temprana intervención, con la intención de evitar que los niños lleguen en primera instancia a instituciones psiquiátricas. Para darle fiabilidad a la guía, ésta fue aplicada a una muestra de 60 niños, de los cuáles 30 estaban diagnosticados con depresión y 30 no diagnosticados. El análisis utilizado fue la prueba kappa (1982) que permite encontrar el índice de concordancia entre el diagnóstico y los resultados de la guía, así mismo se realizó un análisis descriptivo de los resultados.

## **Introducción**

La depresión infantil es un concepto que en las últimas décadas ha ido ocupando un lugar dentro del ámbito de los trastornos infantiles. Hoy en día existen ya muchos estudios acerca de su diagnóstico, etiología, prevalencia, comorbilidad, y tratamiento (Cummings , Mark y Patrick , 1994; Stern, Lynch, Oates y Cooney, 1995; Martínez, 1997; Rosselló y Martínez, 1997; Ingram y Ritter, 2000); sin embargo la gran mayoría de estos estudios se han enfocado en niños mayores de ocho años, dejando de lado la realización de estudios en edades más tempranas,

es por eso que actualmente existen muy pocos estudios realizados en niños de edad preescolar, debido quizá, a que el trastorno depresivo a esta edad es muy poco frecuente [1% en población general (Del Barrio, 2000; De la Fuente, Heinze y Berlanga, 2000)] y pasa desapercibido ante los padres y maestros de los niños, a todo esto se añade la escasez en el número de instrumentos que permitan diagnosticar depresión en edad preescolar.

La etapa preescolar es un periodo de constantes cambios durante la que se establecen las bases que sustentarán la personalidad del adulto, sin embargo es probablemente una de las etapas menos conocidas y estudiadas con respecto a los trastornos que podría presentarse en ella. La presencia de un episodio depresivo en esta etapa, podría llegar a afectar de manera determinante la vida de del niño, ya que posiblemente predecirá de manera significativa la existencia de trastornos en la adolescencia o en la edad adulta, es por ello que se vuelve aun más importante el estudio de cualquier tipo de trastorno infantil en edades más tempranas.

La inquietud que motivo la realización de este trabajo fue la necesidad de crear un instrumento que logre determinar la presencia o ausencia de síntomas característicos de la depresión, pues a pesar de que la depresión en edad preescolar es un trastorno ya conocido dentro del ámbito de la psicología, para la mayoría de las personas que conviven cotidianamente con los niños, este es un trastorno que aun resulta difícil de concebir en edades tan tempranas por lo que los síntomas suelen pasar desapercibidos, otro punto importante que inspiro a este trabajo es que actualmente no se tiene referencia o conocimiento de algún instrumento que sea aplicado directamente a los sujetos, por lo que se

consideraría que esta investigación es un primer paso para crear nuevas herramientas que den cuenta de esta problemática, pues aun a pesar de que las estadísticas son muy bajas en cuanto a la presencia de depresión en niños preescolares, no significa que no exista.

El propósito de esta investigación fue la elaboración de una guía que nos permita detectar síntomas depresivos en niños preescolares con la característica de que ésta fue aplicada directamente a los niños, la intención es que sirva como una nueva herramienta que permita obtener información a través de los propios sujetos de estudio con esto no pretendemos descartar otros elementos importantes tales como la entrevista a los padres y maestros, sino que por el contrario se trata de contar con mas elementos que permitan ampliar los puntos de referencia que ayuden a una detección mas apropiada.

## **Planteamiento del problema.**

La inquietud que motivo la realización de este trabajo fue la necesidad de crear un instrumento que logre determinar la presencia o ausencia de síntomas característicos de la depresión, pues a pesar de que la depresión en edad preescolar es un trastorno ya conocido dentro del ámbito de la psicología, para la mayoría de las personas que conviven cotidianamente con los niños, este es un trastorno que aun resulta difícil de concebir en edades tan tempranas por lo que los síntomas suelen pasar desapercibidos, otro punto importante que inspiro a este trabajo es que actualmente no se tiene referencia o conocimiento de algún instrumento que sea aplicado directamente a los sujetos, por lo que se consideraría que esta investigación es un primer paso para crear nuevas herramientas que den cuenta de esta problemática, pues aun a pesar de que las estadísticas son muy bajas en cuanto a la presencia de depresión en niños preescolares, no significa que no exista.

El propósito de esta investigación fue la elaboración de una guía que nos permita detectar síntomas depresivos en niños preescolares con la característica de que ésta fue aplicada directamente a los niños, la intención es que sirva como una nueva herramientas que permita obtener información a través de los propios sujetos de estudio con esto no pretendemos descartar otros elementos importantes tales como la entrevista a los padres y maestros, sino que por el contrario se trata de contar con mas elementos que permitan ampliar los puntos de referencia que ayuden a una detección mas apropiada.

## **CAPITULO I**

### **DESARROLLO DEL NIÑO PREESCOLAR**

El desarrollo del ser humano es un proceso que esta presente a los largo de la vida del individuo y de acuerdo con Craig y Baucum (2001) el termino desarrollo se refiere a “los cambios que con el tiempo se producen en el cuerpo y el pensamiento y otras conductas, y los cuales se deben a la biología y la experiencia “(p. 5). En base a esta definición se expondrán los cambios que durante la etapa preescolar un individuo experimenta.

La etapa preescolar que abarca de los dos a los seis años de edad, es un periodo de grandes y acelerados cambios en el niño. Durante esta etapa se acelera el ritmo de su aprendizaje, su crecimiento físico y desarrollo motor lo que lo lleva a tener cambios drásticos de aspecto y competencia física así como mayores habilidades motrices. Su pensamiento hace la transición de la formación de conceptos simples al empleo de los rudimentos de la lógica, además de que adquieren el lenguaje necesario para comunicar sus necesidades, ideas y sentimientos. En cuanto a su mundo social, aprenden lo que constituye una conducta buena o mala; a controlar sus sentimientos, sus necesidades o deseos en formas socialmente aceptables; comienzan a asimilar normas, reglas y costumbres de su cultura, y al mismo tiempo aprenden un autoconcepto profundo y quizá duradero. Durante esta edad ocurren un gran numero de cambios, todos ellos interrelacionados y que hacen del pequeño un ser complejo, ya que las formas en como se comporta y piensa constituyen un gran sistema integrado (Craig y Baucum, 2001).

El desarrollo del niño en edad preescolar implica una serie de características particulares que es necesario conocer para poder comprender la conducta, el pensamiento e incluso los sentimientos de los pequeños. De acuerdo con la teoría existen patrones de evolución en cuanto a su nivel de pensamiento, adquisición de lenguaje y comportamiento, es por ello que la edad del niño es un factor que interviene y no sólo eso, sino también modula y configura el modo en como se manifiesta cualquier tipo de anormalidad presente en el infante, por lo que se debe poner especial atención a las diferentes etapas del desarrollo por las que atraviesa y los cambios que en cada una de éstas se presentan para no confundir conductas características de una etapa con un posible trastorno. A continuación se describen los aspectos importantes del desarrollo cognitivo y de personalidad del niño en etapa preescolar.

### **1.1 Desarrollo cognitivo**

En la etapa preescolar el niño adquiere rápidamente un vocabulario cada vez mayor, sin embargo sus formas de pensamiento y razonamiento difieren completamente a los del adulto. Durante esta etapa la percepción tiene un desarrollo gradual, de acuerdo con Piaget (1961) los niños no pueden formar imágenes mentales de los objetos hasta principios del tercer año y debido a la ausencia de imágenes mentales hasta antes de ésta edad los niños sólo viven en el presente perceptual, sin imágenes del pasado o concepciones del futuro. Sin embargo, cuando el niño adquiere imágenes mentales, empieza a separar el pasado, el presente y el futuro en etapas distintas y comienza así a tener una conducta más compleja. El sistema perceptual del pequeño mejora rápidamente durante los años preescolares, por ejemplo, a los cuatro años es capaz de formar

conjuntos perceptuales con objetos familiares utilizados para construir un conjunto, pero aun no es capaz de distinguir las partes del todo.

Piaget (Craig y Baucum, 2001) describe el desarrollo cognoscitivo a partir de etapas por las que avanzan los niños en la comprensión del mundo, durante la edad preescolar el niño se encuentra en una etapa preoperacional de su pensamiento, que a su vez se divide en dos subetapas: el periodo preconceptual (de los dos a los cuatro años) y el periodo intuitivo o de transición (de los cinco a los siete años). Por otra parte Piaget (1954, citado en Wolf, 1983) también menciona que la etapa preoperacional tiene como principales características un pensamiento egocéntrico, animista, precausal y un espíritu autoritario.

Durante el periodo preconceptual el niño aun tiene problemas con las principales categorías de la realidad ya que aun no distingue entre la realidad mental, física y social. Las explicaciones que el niño se da a sí mismo acerca de las cosas que suceden a su alrededor son animistas. Para él, todas las cosas sienten y piensan cree que todo lo que se mueve tiene vida, las explicaciones acerca de los acontecimientos suelen ser de tipo psicológico, en términos de motivación e intención. En esta etapa el pensamiento del niño es mágico y las palabras son igual de poderosas que los actos, el niño aun no tiene la capacidad de disociar el pensamiento del objeto; las cosas y personas de sus pensamientos son reales para él, pues como lo menciona Wolff (1983) "el mundo psicológico y físico sólo son uno. Los sueños suceden de verdad y los buenos o malos deseos pueden muy bien hacerse realidad" (p.20). La lógica del preescolar es precausal, es decir, el niño no razona a partir de lo que observa sino a partir del modelo interno que tiene acerca del mundo, no importándole las incongruencias que su pensamiento

pueda tener con la realidad. En parte estas modalidades del pensamiento proviene de otra característica del preescolar: el egocentrismo. El mundo egocéntrico del preescolar se centra en su perspectiva personal, el niño sólo habla de temas de su interés y que a él le preocupan, cree que estos temas también son importantes para los demás es por ello que le resulta difícil adoptar el punto de vista de otras personas, se concreta en sus percepciones y supone que todos las comparten. El niño se considera literalmente el centro del universo, cree que las cosas se deben hacer en función de lo que el quiere y para su satisfacción.

Un pequeño en edad preescolar también tiene un espíritu autoritario, para él las reglas son sagradas y no pueden cambiarse, dentro de este mismo concepto se encuentra la idea de “justicia inminente” en la que cualquier violación a las reglas engendrará su propio castigo. A estas características agregamos el pensamiento concreto que presenta el niño. Durante esta edad el pequeño no es capaz de procesar las abstracciones; le interesa el aquí y el ahora así como las cosas físicas que le son más fáciles de representar mentalmente.

Ya dentro del periodo intuitivo o de transición (de los cinco a los siete años), el niño comienza a diferenciar la realidad mental de la física así como a entender la causalidad de las cosas a partir de las normas sociales. Empieza a comprender y tomar en cuenta otros puntos de vista, sin embargo a pesar de que su pensamiento racional se perfecciona en este periodo, el niño puede volver a recurrir al pensamiento mágico para explicar las cosas.

El uso de la representación simbólica es otra de las características presentes durante la etapa preoperacional. Esta característica se percibe notoriamente con el desarrollo del lenguaje y por ende el aumento en el uso y la complejidad de los

símbolos así como del juego simbólico o de simulación. Antes de esta etapa el pensamiento del niño sólo se limitaba al presente inmediato, sin embargo con el desarrollo de la representación simbólica ahora puede pensar y hacer referencia a cosas que no están presentes en el momento. El niño comienza a hacer uso de palabras, imágenes, gestos u otro signo para representar su realidad. La representación simbólica les ayuda también a ser mas sensibles a los sentimientos y opiniones de otras personas, lo que les ayuda a hacer la transición a un pensamiento menos egocéntrico y mas sociocéntrico, sin embargo sigue predominando el primero de ellos (Craig y Baucum, 2001).

Gessell (1956), habla sobre el desarrollo del niño, en su libro “El niño de 1 a 5 años” describe el desarrollo del pequeño señalando el avance y la madurez que va adquiriendo a medida que aumenta la edad. A la edad de cuatro años el pequeño posee una capacidad de generalización y de abstracción que ejercita con mucha frecuencia, además de que comienza a formular una gran cantidad de preguntas que muchas veces ponen en apuros a los adultos. Estas preguntas reflejan no sólo la sed de información del pequeño sino también el impulso hacia la conceptualización del mundo natural y social. El niño de cuatro años comienza a sentirse así mismo, incluso, como uno sólo entre muchos.

Sus procesos intelectuales aun tienen muy poco alcance, su comprensión del pasado y del futuro es escasa y no muestra mucho interés por los argumentos. A pesar de que puede contar hasta cuatro o mas de memoria su concepto numérico es de uno, dos y muchos. Sus relaciones de juego son muy fragmentarias, puede estar jugando con un carrito y al momento siguiente ponerse a jugar con un compañero y olvidar su juego anterior.

En lo que se refiere al lenguaje el niño de cuatro años puede elaborar e improvisar preguntas casi interminablemente, cuando platica lo hace principalmente para ganarse la aceptación social y atraer la atención, le gustan los juegos de palabras y cuando comete algún error de pronunciación es capaz de repetirlo deliberadamente sólo por puro sentido del humor.

A esta edad el juego refleja una mezcla de independencia y sociabilidad, el juego de tipo solitario y paralelo ya no lo divierten tanto, ahora busca un mayor contacto social y pasa mas tiempo con su grupo de juego el cual por lo regular es de dos o tres chicos. Comparte sus cosas con los demás y sugiere turnos para jugar. El pequeño de cuatro suele ser muy hablador y sus frases están saturadas con el pronombre en primera persona. Demuestra cierta conciencia de las actitudes y opiniones de los demás, comienza a hacer autocríticas y auto observaciones lo que tiene implicaciones sociales. Sin embargo, a pesar de su razonamiento y capacidad crítica, es común observar en estos pequeños, temores irracionales, esto nos sirve para darnos cuenta de que un niño de cuatro años no es todavía tan maduro como su lenguaje lo parecería indicar. Dada su inmadurez, el pequeño es incapaz de realizar una distinción realista entre la verdad y la fábula.

Ya para la edad de cinco años el pequeño ha madurado aún más y posee una comprensión más aguda del mundo y de su propia identidad.

Debido a su relativa madurez motriz el pequeño de cinco años refleja una forma libre y adaptativa de resolver problemas simples que implican relaciones geométricas y espaciales, tales como acomodar sucesivamente una serie de cajas unas dentro de otras o reorientar dos mitades de una tarjeta cortada en diagonal para formar un rectángulo. Tiene una mejor capacidad de percepción del orden, la

forma y el detalle; es capaz de guardar sus juguetes en forma ordenada, cuando dibuja un hombre lo hace diferenciando las partes y en sus juegos le gusta terminar lo que empieza. Así mismo su sentido del tiempo y de la duración se hallan mas desarrollados, sigue la trama de un cuento, repite con precisión una larga sucesión de hechos y es capaz de llevar acabo un plan de actividades programada. Sus recuerdos son claros y cuando pinta o dibuja ya tiene en mente una idea de lo que va a dibujar antes de hacerlo, es decir existe una mayor relación entre idea y ejecución.

Un niño de cinco años hace preguntas de forma escasa pero con mayor sentido y las hace para informarse y no solamente para socializar o practicar palabras, cuando algo se le pregunta sus respuestas son concisas y ajustadas a lo que se pregunta, escucha con detalle y es capaz de aislar una palabra y preguntar su significado, así mismo hace definiciones de las cosas en función de su utilidad.

En esencia, el lenguaje del pequeño de cinco años ya está completo en estructura y forma. Su vocabulario se ha enriquecido en varios centenares de palabras y su uso es mucho más preciso y depurado. Su juego teatral descansa en diálogos y comentarios de acontecimientos de la vida diaria. Sin embargo a pesar de que el niño va en camino de aclarar el mundo mediante el uso discriminatorio y analítico de las palabras, su pensamiento se centra aun en su propio ser y aun le resulta difícil comprender el punto de vista de los demás.

## **1.2 Desarrollo afectivo y social**

La afectividad durante los primeros años de la vida del niño es de trascendental importancia a todos los niveles posteriores del desarrollo personal del individuo (Domínguez y Pérez, 1978), es por eso que resulta importante poner atención al

desarrollo afectivo y social en los pequeños, ya que de esto dependerá su carácter posterior, así como la evolución y el desarrollo de su inteligencia.

El bienestar emocional en el niño preescolar resulta ser un punto muy importante ya que será un factor determinante en el desarrollo normal de su personalidad, así como también facilitará la formación de cualidades positivas, que le permitirá mostrarse benevolente con otras personas. Durante la edad preescolar los sentimientos imperan en la vida del infante, sin embargo los menores aún no cuentan con la madurez necesaria como para dominar todos los sentimientos que los embargan en las diferentes circunstancias de su corta vida y por lo tanto fácilmente caen prisioneros de sus sentimientos.

La exteriorización de los sentimientos en los niños preescolares se da de manera clara, sincera e involuntaria y aunque a esta edad los sentimientos brotan con gran fuerza, es cierto también que tienden a apagarse en poco tiempo, en muchas ocasiones los niños de manera inconsciente se ponen en el lugar de la persona que quieren y que sufre, experimentando con esto el padecimiento de la persona como si fuera propio, así mismo el niño puede trasladarse o identificarse con los personajes que en el preescolar o en casa les leen, es decir, éste experimenta sentimientos de coraje o desdicha cuando sus personajes sufren o pueden llegar a identificarse con los héroes de la historia.

Es importante mencionar que las relaciones con otras personas y el comportamiento de estas son una de las fuentes más importantes en el aprendizaje de los sentimientos de los menores, aunque no es la única, por ejemplo los niños pueden experimentar alegría, cariño, compasión, asombro, ira,

etc, hacia los animales, las plantas, los juguetes, los objetos y los fenómenos naturales (Mújina 1978).

El miedo es un sentimiento que ocupa un lugar muy especial en el desarrollo del niño, generalmente este sentimiento es producto de una educación incorrecta y comportamientos irracionales en los adultos, es decir los padres crean estos miedos a través de sus propios miedos, por ejemplo si el adulto teme a los ratones o a la oscuridad, seguramente el niño aprenderá a temer a las mismas cosas, o que tal cuando recurrimos a espantar al pequeño con la tan recurrida frase de “si no te comportas te va a llevar esa señora” . El miedo no siempre se da con la influencia de los adultos, ya que este sentimiento se presenta en los niños continuamente cada vez que se enfrentan a objetos o situaciones desconocidas, en este sentido resulta importante fomentar en el niño sentimientos que le permitan hacer frente al sentimiento del miedo como el sentimiento de la libertad y la valentía, ya que el miedo frecuentemente influye en el estado psíquico y anímico del menor (Mújina 1978).

Las reacciones emocionales son otra pieza importante en el desarrollo afectivo del individuo. El desarrollo emocional es el resultado de la compleja interacción entre la maduración y el aprendizaje; por una parte la maduración determinará en gran parte las reacciones físico-motoras asociados con los diversos estados emocionales y por otra el aprendizaje será el determinante para asimilar los ejemplos de estímulos que hacen posible la aparición de reacciones emocionales así como la forma de expresar éstas. La tesis de Bridges (citado en Domínguez y Pérez, 1978) señala que el desarrollo emocional aumenta en mayor o menor medida en función a los estímulos que reciba del medio ambiente. Así mismo

menciona que otro factor que contribuye al desarrollo emocional es la madurez ya que de esta depende que las reacciones emocionales se diferencien de acuerdo a la edad del niño.

A lo largo de la vida del preescolar, los sentimientos del niño aumentan en profundidad y estabilidad, como anteriormente se mencionó, el infante no tiene sentimiento duraderos por los otros, sin embargo el preescolar con mayor edad comienza a establecer relaciones de amistad con niños de su edad, esta amistad se rige más por la simpatía y se apoya en una actitud positiva por los conocimientos y habilidades de los otros.

Para el niño de tres años le es importante ya los elogios de los adultos y rechaza los reproches, debido a que se ha vuelto juicioso en los sentimientos relacionados con su propio comportamiento y aunque estos sentimientos se rigen más por el juicio que los demás hacen de él y no por su acción en si, los niños pueden llegar a experimentar sentimientos tales como orgullo o vergüenza. De cinco a seis años los niños pueden cambiar sustancialmente su forma de exteriorizar sus sentimientos, es decir el niño ya es capaz de dominarlos hasta cierto punto, es por eso que en ocasiones podemos observar a niños que tratan de evitar llorar o ocultar sus miedos, en este periodo el niño también empieza a asimilar el lenguaje de los sentimientos, a través de la imitación como las miradas, las sonrisas, los gestos, los movimientos, el tono de voz, etc, todo esto aprendido de la sociedad en la que vive (Mujina, 1978).

Con una gran relación a lo que se ha expuesto hasta el momento con respecto al desarrollo social y emocional del preescolar, a continuación se expondrán brevemente dos aproximaciones teóricas que dan cuenta de esto.

La primera de ellas es la teoría psicodinámica la cual pone de relieve los sentimientos del niño, así como sus pulsiones y los conflictos en su desarrollo. De acuerdo con esta teoría el pequeño debe de aprender a controlar una amplia gama de sentimientos y emociones, tales como la alegría, el orgullo, la ira, el temor, los celos, la frustración y el dolor entre otros, los cuales deberá atenuar o hacerlos mas expresivos de acuerdo a normas socialmente aceptable. Así mismo deberá aprender a resolver los conflictos del desarrollo; aceptará su dependencia de otros, encontrará la manera de relacionarse con sus figuras de autoridad y enfrentará su necesidad de autonomía que lo llevará a buscar hacer las cosas por si mismo, dominar el ambiente físico y social y sentirse competente y exitoso. Conforme el pequeño va creciendo y comienza a adquirir un sentido de identidad personal y cultural se enfrenta a una gran variedad de sentimientos. Uno de ellos es la ansiedad, que frecuentemente acompañará el proceso de socialización ya que el pequeño tratará de evitar el sufrimiento que le pueda causar la disciplina y el enojo de sus padres. Situaciones tales como retirar el afecto, atención y protección a manera de castigo, amenazas de castigos físicos por portarse mal o el nacimiento de un hermanito, harán que el niño experimente temor y ansiedad. A si mismo pueden surgir algunas fantasías derivadas de los conflictos del desarrollo como por ejemplo pueden surgir monstruos o fantasmas a raíz de su lucha con la dependencia y la autonomía. Aparte de estas situaciones pueden surgir otras como el dolor, enfermedades o ambientes negativos u hostiles que pueden causar ansiedad y estrés en los menores (Craig y Baucum, 2001).

La curiosidad sexual así como la sensualidad es otro sentimiento presente en niños preescolares, durante esta edad es común ver como les fascina jugar con

tierra y agua, ya que les causa un gran placer sentir la textura así como el sabor y olor de diferentes objetos, por otra parte la masturbación y el juego sexual son comunes en esta etapa sin embargo debido a la censura que estas acciones tienen en nuestra sociedad los niños aprenden pronto a no expresar estas conductas frente a los adultos.

Por su parte las teorías del aprendizaje social sostienen que el repertorio de la conducta social en el preescolar se ve influido profundamente por las interacciones con los padres, hermanos, compañeros y otras personas que de una u otra forma intervienen en su vida y la forma en que las conductas pueden aprenderse debido al reforzamiento, castigo e imitación de los modelos. Así mismo señalan que el juego es un elemento muy importante ya que mejora las habilidades sociales al permitir que el pequeño ejercite sus relaciones con los demás. Durante el juego y la interacción con los compañeros los niños pueden influirse entre sí de muchas maneras; dándose apoyo emocional, sirviendo de modelos o reforzando o castigando determinados comportamientos

De acuerdo con esta teoría durante la edad preescolar aparece la conducta prosocial que se define como las acciones cooperativas, o en las que se ayuda o comparte y que benefician a otros. La adquisición de esta conducta estará determinada fundamentalmente por los padres y los hermanos, sin embargo la capacidad para compartir y cooperar aun será limitada en el preescolar.

Como se ha observado la etapa preescolar presenta una serie de características peculiares que la distinguen del resto de las demás. A esta edad el niño puede interpretar de manera errónea muchos acontecimientos que suceden a su alrededor, estas interpretaciones pueden ocasionarle muchas de las veces una

profunda ansiedad que pueden pasar por inadvertida para los adultos que están cerca de él, y como consecuencia de esto, pasarán a integrar la base de los componentes irracionales de la personalidad adulta.

La comprensión de las características de esta etapa ayudará a explicar y entender mejor las reacciones del niño ante un suceso estresante o perturbador. Las cosas malas que le sucedan pueden ser vistas como un castigo y dado su pensamiento egocéntrico pensará que es un castigo por algo malo que ha hecho. Muchas de sus explicaciones de acontecimientos negativos o frustrantes, le producirán ansiedad y miedo lo que puede llevarlo a experimentar sentimientos de desamparado. Toda esta serie de sentimientos y emociones en conjunto con otros factores puede llevar, en algunos casos, a un niño a padecer trastornos afectivos o estar propenso a padecerlos. Uno de estos trastornos puede ser la depresión, que a pesar de no ser muy común, puede presentarse a esta edad y afectar la vida del pequeño. Respecto al tema de la depresión éste se expone a continuación.

## CAPITULO 2

### DEPRESIÓN INFANTIL

#### 2.1 Breve reseña histórica de la depresión infantil

Las referencias al contenido de lo que constituyen las depresiones infantiles son relativamente extensas. Es evidente que con el tiempo, se ha ido modificando en buena parte la terminología, los aspectos que estaban en un primer plano e, incluso, se ha ido delimitando su propio concepto.

Es importante señalar que aunque los datos disponibles sobre la depresión infantil son mucho menos abundantes que sobre la depresión en el adulto, se dispone de datos bibliográficos y clínicos que prueban la pertinencia de tal diagnóstico en el pasado; por ejemplo los trabajos de Spitz (1945) sobre la depresión anaclítica, Barton-Hall (1952), Campbel (1952), Fischer(1955), Hall (1952) y Klein (1935), sobre la enfermedad maniaco-depresivo en la infancia, o Bowlby (1962), Sethi (1964), Ymboden y cols (1963), sobre las consecuencias depresivas en la infancia y que tal los estudios de Baeyer (1969), Boulanguer (1966), Dugas (1966), Faux y cols., (1967), Nissen (1971), Sandelr (1965) y Toolan (1962), sobre el estado de la cuestión de las depresiones infantiles. (Citados en Villaseñor y Polaino 1986) Doménech y Polaino (1986) mencionan como grandes etapas en la evolución del estudio de las depresiones infantiles, cuatro períodos:

El primer período es considerado como el más extenso y es en este en el que aparece el concepto de melancolía, que aunque se refiere principalmente a los adultos, hace alguna alusión a la infancia. En este periodo el texto más representativo es el de Robert Burton (1621) titulado "Anatomía de la melancolía".

El texto *La anatomía de la melancolía*, ha sido probablemente uno de los escritos más importantes en el que se intentó agotar todo sobre este tema, aunque las referencias en la infancia son muy reducidas, sin embargo el autor aborda las experiencias durante la infancia y el tipo de educación recibida.

El segundo período se desarrolla ya en el siglo XIX, en donde lo más relevante es la aparición de textos de psiquiatría infantil, o bien de monografías sobre patología mental infantil los autores más destacados en esta época fueron Charles West, en Gran Bretaña; Emminghaus, en Alemania; Delasiauve. Filibiliu o Moreau de Tours, en Francia y de Vidal Perera en España (citados por Doménech y Polaino 1986), así mismo durante este siglo aparece referencias acerca de suicidio infantil relacionándolo con la depresión.

El tercer periodo comprende la primera mitad del siglo XX, aquí el concepto de depresión empieza a imponerse despertando un creciente interés de los psicólogos y pedagogos. En este período la influencia del psicoanálisis es predominante.

El último período se caracteriza por una abundante producción bibliográfica, en la que se hacen análisis muy detallados de algunos aspectos concretos de la enfermedad depresiva, especialmente los que se refieren a la epidemiología, a las técnicas de diagnóstico y a la intervención terapéutica.

George Baker, publica en 1755 *De affectibus animo et morbis inde oriundis* este texto se refiere a la envidia, como una de las causas de la melancolía. De acuerdo con este autor esto pueda darse en etapas más tempranas y considera que es posible ver enfermar a un niño más por influencia de las emociones que por causa física.

James Parkinson publica en 1807 *Observation on the excessive indulgence of children* en la que admite la existencia de una forma de melancolía posiblemente debido a pautas educativas inconscientes, para este autor las experiencias de felicidad o infelicidad dependen en gran parte del tratamiento recibido de los padres en la etapa infantil.

Otra de las publicaciones fue *Pathologie und therapie der psychischen krankheiten*, realizado por Wilhelm Griesinger en 1845, en ésta se afirma que una buena parte de las enfermedades que se describen en el adulto, como la manía y la melancolía se observan también en los niños.

En 1854 Charles West publica *Lectura on disorders of mind in childhood* en este libro Charles dedica un primer capítulo a las alteraciones de la mente en la infancia dividiéndolas en tres secciones: terrores nocturnos, alteraciones de la mente e idiocia y en un segundo capítulo integra los trastornos de conducta y los problemas emocionales.

Por otro lado Descuret (1857) realizó una de las aportaciones más importantes dentro de este tema. Describió los síntomas que un niño de dos años presentaba, resumiéndolos de la siguiente manera: insensible a las caricias de los padres, rehusándose a comer los alimentos que anteriormente le gustaban (anhedonia); pasar horas enteras tristemente inmóvil (tristeza e inhibición), incapaz de sufrir ninguna contrariedad (intolerancia a la frustración), huye de toda reunión y busca la soledad (aislamiento y déficit de habilidades sociales), poco a poco el tinte habitual de sus ideas se oscurecen (cogniciones depresivas), se vuelve inquieto y descuidado (ansiedad, aislamiento), casi nunca sale de la apatía en la que está sumergido (apatía), ha perdido la esperanza (desesperanza), a veces se escapa

alguna lágrima involuntaria (tristeza, labilidad afectiva), pierde el apetito y enflaquecimiento general ( pérdida de apetito y peso), siente fatiga, debilidad espontánea, dolores de cabeza palpitaciones, diarreas (síntomas vegetativos), delirio e insomnio (ideas delirantes e insomnio) y notable debilidad de los sentidos y facultades intelectuales (alteraciones cognitivas) (citado en Doménech y Polaino, 1986).

## **2.2 Teorías psicológicas de la depresión**

Ha habido un constante interés en la determinación de la o las causas del sufrimiento psicológico en los seres humanos, a través de diferentes teorías.

Dentro de las teorías cognitivas, podemos citar a Seligman (1979), quien a través de sus investigaciones en animales en relación a la indefensión o desesperanza aprendida, se interesa en la depresión, descubriendo similitudes entre los síntomas de ambos; a Beck (1988), quien logra establecer que la visión negativa de sí misma, del mundo y de su futuro que la persona depresiva tiene, son reflejos de su forma de pensar o de estructurar la realidad. Según Beck, los esquemas juegan un papel preponderante, guiando nuestros pensamientos, conducta y sentimientos de acuerdo a la interpretación que hacemos de los eventos ambientales a los que nos enfrentamos.

Seligman no trata de explicar todo el espectro de las depresiones, sino principalmente aquellas en las que el individuo es lento para iniciar respuestas, se considera a sí mismo sin esperanzas y ve negro su futuro. Se enfrenta además con una disminución en las respuestas agresivas, con pérdida de apetito y cambios fisiológicos, todo lo cual como una reacción a la pérdida del control sobre la gratificación y la posibilidad de aliviar el sufrimiento que enfrenta.

Estos resultados muestran empíricamente que tanto la depresión, tal y como se da en la vida real, como la desesperanza inducida por acontecimientos incontrolables, resultan de una disposición cognitiva negativa, consistente en la creencia de que el éxito y el fracaso son independientes de los propios esfuerzos. La persona cree que toda acción es inútil, que sus actos no tienen ningún sentido. Lo que nos protegería de la depresión, según Seligman, es la percepción de que son las acciones de uno mismo las que controlan la experiencia.

Seligman considera que el suponer a la depresión como un trastorno cognitivo o emocional será insostenible con el tiempo, pues es innegable la perfecta interdependencia de sentimientos y pensamientos. No nos sentimos deprimidos sin tener pensamientos depresivos, ni se tienen pensamientos depresivos sin sentirse deprimido.

Desde esta perspectiva, la meta central de una terapia con éxito debería ser lograr que el paciente llegue a creer que sus respuestas producen la gratificación que desea; que es, en pocas palabras, un ser humano eficaz.

Seligman, Bowlby y otros (1979) teóricos le dan una importancia central al desarrollo infantil, especialmente en referencia hacia el porqué algunas personas hacen trastornos depresivos y otras no, o porqué algunas pueden salir relativamente rápido de un evento estresor y otras no. Deducen que probablemente las personas que salen relativamente bien de una depresión son aquellas que a lo largo de su vida han tenido una amplia experiencia de control sobre las personas que los rodeaban y sobre los eventos de su vida en general. Estas situaciones los hacen ver el futuro con optimismo y con una capacidad de control sobre experiencias difíciles. Por el contrario, las personas con muy poco

dominio sobre su ambiente, con una vida llena de situaciones en las que se vieron impotentes para influir sobre sus fuentes de alivio y sufrimiento, tienden a tener una predisposición al pesimismo y a caer, por lo tanto, en estados depresivos.

Las investigaciones desarrolladas en relación a la depresión coinciden en general en que el trastorno del pensamiento que manifiestan los pacientes depresivos es una consecuencia de una alteración básica del estado de ánimo. Sin embargo, Beck ha sugerido que existe una alteración previa en el pensar que causa precisamente el desarrollo de la alteración del estado de ánimo. Mendels (1972) señala: "Las respuestas afectivas se determinan por la forma en que un individuo estructura sus experiencias. De manera que, si la conceptualización de una situación por un individuo posee un contenido desagradable, dicho individuo experimentará una respuesta afectiva desagradable consecuente con aquella" (p. 120). Según Beck, cada persona tiene un esquema, una norma o un marco del pensar, con el que enfoca y experimenta la vida. La naturaleza y las características específicas de este esquema determinan las respuestas propias del individuo. Para este autor, las personas que desarrollan una depresión tienen esquemas relacionados con la minusvalía de ellos mismos, y aquellos que despliegan estados de ansiedad parten de esquemas en los que, entre otros factores, entra como componente la anticipación del daño personal.

Entre las formas de pensar que Beck considera como características de los pacientes depresivos pueden enumerarse la subestimación de sí mismo, las ideas de pérdida, la autocrítica, la autoinculpación, los frecuentes autopreceptos y mandatos y los deseos de huida y suicidio. Subyacente a todas ellas se encuentra una distorsión de la realidad y un prejuicio sistemático de los pacientes contra sí

mismos.

Beck describió los principales procesos del pensamiento que influyen en el desarrollo del estado cognoscitivo de los depresivos, tales como la deducción arbitraria, la abstracción parcial, la generalización excesiva, la magnificación y la minimización, junto con la clasificación inexacta.

Dentro de las teorías psicodinámicas, el Psicoanálisis y varios de sus exponentes han teorizado sobre las causas de la depresión, algunos han seguido la línea de Freud, como Klein (1990); en cambio otros han derivado en otras teorías pero con base en la teoría psicoanalítica, como Bowlby (1983).

Freud (1915) pensaba que la depresión se debía a que los sentimientos inconscientes de hostilidad hacia la pérdida de una persona, ya fuera real o simbólica, se dirigían hacia sí mismo. Este pensamiento lo expone fundamentalmente en su trabajo *Duelo y Melancolía*. En él explica que la gran diferencia entre pesadumbre y depresión consiste en que en esta última hay una acentuada pérdida de autoestima. En el duelo esta pérdida es consciente, mientras que en la depresión la verdadera pérdida es inconsciente.

La ausencia de amor y de apoyo de una figura significativa (por lo general, uno de los padres) durante un estadio crucial del desarrollo predispone a un individuo a la depresión en épocas posteriores de la vida. Según Mendels (1972), es esta pérdida lo que origina la depresión, aunque pueda ser simbólica y no reconocida como tal. Consideraba que el reproche y la pérdida de estimación propia que se desarrollan en la depresión están dirigidas a la persona introyectada.

Por otro lado, Klein propone una base psicodinámica distinta para explicar el desarrollo de la depresión. Para ella, la base de la depresión se forma durante el

primer año de vida y piensa, igual que Freud, que las primeras figuras significativas son de una vital importancia para el ser humano. Afirma, además, que todos los niños atraviesan un estadio evolutivo, al que dio el nombre de actitud depresiva, que se caracteriza como fase de tristeza, temor y culpa. El niño al sentirse frustrado por la carencia de amor (es imposible, en esa época, satisfacer todas sus exigencias) se irrita contra la madre y desarrolla fantasías de tipo sádico y destructivo respecto a ella. El llega a temer que estas fantasías destruirán realmente a su madre y despliega entonces sentimientos de ansiedad y de culpa. Como todavía es incapaz de distinguir el mundo externo (su madre) del interno (él mismo y sus imágenes internas de la madre) el temor de llegar a destruirla se transforma, en parte, en temor de destruirse a sí mismo. Esta fase es la que Klein denominó “actitud depresiva”.

Por lo general, se daría que el niño comprueba que la madre a la cual odia (objeto malo) y a la que ama (objeto bueno) son de hecho una, un objeto total, y esto conduciría a una solución satisfactoria de la actitud depresiva. Sin embargo, si no se produce esta reunión de los dos sujetos en uno solo (una falla en la institución del objeto bueno interno) porque los sentimientos de agresión y de odio resultan más fuertes que los de amor, se ha sentado ya una base patológica para el desarrollo de las depresiones en la vida adulta.

Los estudios de Freud en relación a la vida emocional de los niños lo hizo generar la hipótesis de que en los primeros años de vida es una regla que seamos impulsados, tanto hacia nuestros padres como hacia nuestros hermanos, por sentimientos de ira y de odio, y también de apego y amor. Hoy sabemos que el miedo y el sentimiento de culpa procedentes de este tipo de conflictos son los que

subyacen en muchas enfermedades psíquicas. Consisten en la incapacidad para enfrentarse con dicho miedo y dicho sentimiento de culpa, situación que fundamenta muchos trastornos caracterológicos, incluyendo la delincuencia crónica.

Según Mendels, la regulación de la ambivalencia es de esencial importancia para el desarrollo de la personalidad. El poder enfrentarse a los propios impulsos contradictorios, poder dirigirlos y controlarlos correctamente es vital, ya que sabemos que el conflicto en sí no constituye algo patológico, por el contrario, es el estado normal en la vida de los seres humanos.

### **2.3 Conceptualización de la depresión infantil**

Desde el modelo psicoanalítico la depresión es considerada como el resultado de un conflicto intrapsíquico entre un súper ego primitivo y un ego desvalido. Desde esta perspectiva, se llegó a negar la existencia de la depresión en la infancia, por que se alegaba que los niños no tienen un super ego lo suficientemente desarrollado para que puedan dar origen a este desorden.

Ariete (1978), Anthony (1977 y 1983). Bemporad y Wilson (1978) (citados en Villamizar y Polaino, 1988) por su parte sostienen que la depresión es posible en la infancia; que puede surgir en cualquier edad, aunque hacen depender sus manifestaciones del desarrollo psicosexual y de determinadas habilidades cognitivas y preceptuales, específicas de esos periodos evolutivos.

Los sentimientos de tristeza e infelicidad así como cambios afectivos en la niñez son estados habituales y transitorios que se presentan como una respuesta a situaciones frustrantes o a eventos estresantes de la vida diaria. El niño normal se adapta con rapidez a estas situaciones y revierte el estado emocional de

infelicidad regresando a lo que le era característico. En algunos casos, como consecuencia de diferentes factores los niños presentan reacciones depresivas más prolongadas ante estas situaciones; y si además estos estados emocionales son lo suficientemente intensos como para interferir en sus relaciones en la casa y la escuela así, como en su funcionamiento global habitual, entonces deberá considerarse la presencia de un trastorno depresivo infantil (De la Fuente, Heinze y Berlanga, 2000).

### 2.3.1 Depresión y edad

Al hablar de depresión infantil debemos de tener en cuenta un factor muy importante que interviene indudablemente en la sintomatología, desencadenantes y curso del trastorno depresivo y que por lo tanto se debe tener en cuenta a la hora de evaluar y diagnosticar este trastorno. Nos referimos a las diferentes etapas de desarrollo por las que el niño atraviesa y los cambios que en cada una de estas se presentan.

En cuanto los síntomas depresivos, en edades tempranas, los que se muestran principalmente son de carácter motor (expresión facial parada, movimientos corporales de retraimiento, movimientos de cabeza, movimientos expresivos de rechazo con las manos). Aproximadamente a la edad de tres años se añaden a estos síntomas la enuresis y las quejas psicósomáticas. A partir de los seis y hasta los doce años de edad, comienzan a aparecer pensamientos negativos y se empiezan a asociar los síntomas depresivos con los problemas de conducta. Como lo menciona De la Fuente, Heinze y Berlanga (2000) “conforme aumenta la edad se adquiere mayores habilidades cognoscitivas, afectivas, verbales y

motoras, por lo que la observación y el interrogatorio hacia los niños proporciona una mejor capacidad para determinar un mayor número de síntomas” (p. 10).

En lo que respecta a los desencadenantes de la depresión en las diferentes edades, Del Barrio (2000) menciona que hasta los seis años la explicación de la depresión infantil debe buscarse en el ámbito de lo familiar; el apego, las relaciones y el clima familiar, así como en la salud mental de los padres son los principales desencadenantes a esta edad. A partir de los siete y hasta la adolescencia las experiencias negativas, la adaptación escolar y la relación con los compañeros se convierten en los nuevos estresores.

### 2.3.2 Prevalencia de la depresión infantil

El establecimiento de la prevalencia de la depresión infantil se ve afectada por distintos factores como el tipo y el tamaño de la muestra, la edad de los sujetos o el tipo de instrumento utilizado para medir la depresión, lo que provoca una variación en las cifras estimadas de acuerdo a distintos autores. Por ejemplo de acuerdo a Kashani (1986, citado en Del Barrio 2000), en edad preescolar uno de cada cien niños, de población general, presenta depresión mayor o trastorno distímico; y conforme la edad va aumentando las cifras de prevalencia también, así por ejemplo Anderson (1987) refiere que el porcentaje para niños de edad escolar aumenta al 2% con depresión mayor y un 8% con trastorno distímico (citado en Del Barrio, 2000). Otros autores como De la Fuente, Heinze y Berlanga (2000) estiman porcentajes similares; en la etapa preescolar afecta a menos del 1% de la población y para la etapa escolar, la frecuencia se incrementa del 2 al 3%. Cabe mencionar que de acuerdo a estos últimos autores, recientemente se ha detectado

que el trastorno tiende a presentarse en edades cada vez más tempranas y con una mayor frecuencia.

La epidemiología de la depresión infantil, se ve afectada también por otros aspectos psicosociales, tales como el sexo y el estrato social. Del Barrio (2000) menciona que antes de los doce años de edad la mayor parte de los autores no encuentran diferencias en la prevalencia de la depresión infantil entre ambos sexos. Sin embargo, De la Fuente, Heinze y Berlanga (2000) señalan que la distribución del padecimiento en la relación niño /niña es de tres a cuatro niños por cada niña; señalando que esta relación se va invirtiendo conforme aumenta la edad. Con respecto al estrato social, se ha asociado a la pobreza y el bajo estatus socioeconómico con un incremento del riesgo para sufrir algún problema de salud mental entre los que se incluye la depresión, sin embargo, hasta hoy no se conocen estudios que correlacionen estas variables.

### 2.3.3 Comorbilidad

La comorbilidad significa la existencia de un desorden o enfermedad distinta que se presenta en el curso de una enfermedad o desorden primario, que es el foco de atención.

En el DSM-IV se menciona que los episodios depresivos en niños se presentan generalmente en forma simultánea con trastornos del comportamiento perturbador, trastorno por déficit de atención y trastornos de ansiedad. De la Fuente, Heinze y Berlanga (2000) ofrecen los siguientes porcentajes de los principales padecimientos con los que se encuentra una alta comorbilidad con la depresión infantil: trastornos de la conducta (17- 79%), trastornos por déficit de atención (15-57%), trastorno oposicionista (10-50%). También existe una gran

taza de comorbilidad con los trastornos de ansiedad, que abarcan una gran gama de manifestaciones, desde la ansiedad de separación hasta las fobias y el trastorno obsesivo-compulsivo. Por otra parte Kashani en (1978, citado en Del Barrio, 2000), señala que el 75% de los trastornos depresivos infantiles cursan con ansiedad, el 50% con trastornos de oposición, el 33% con trastornos de conducta, el 25% con abuso de alcohol y el 25% con abuso de drogas.

## **2.4 Factores de riesgo**

Al igual que la depresión en adultos, la depresión infantil no presenta una única causa clara y definida. Sin embargo se han logrado identificar una gran variedad de factores que dentro de una compleja interacción se presentan ligados a la aparición de un trastorno depresivo.

2.4.1 Factores neuroendocrinos. Se refiere a las disfunciones del sistema neuroendocrino que puede ser el origen de la depresión y que además pueden tener un carácter hereditario o adquirido. La tesis hereditaria se funda en que la depresión en niños y adultos es más frecuente en aquellos casos donde existe una historia familiar en donde han existido otros miembros con este trastorno.

Las disfunciones orgánicas relacionadas con la depresión, tiene que ver con la secreción de sustancias como norepinefrina, ácido vanilmandélico, cortisol, hormona del crecimiento y tiroxina, que se encuentran implicadas en las regulación de las emociones, así como en el control de los ritmos cardíacos y efectos sedativos, lo que podría explicar algunas alteraciones propias de la depresión (Del Barrio, 2000 y Shaffer y Waslick, 2003)

2.4.2 Factores familiares. En este caso hablamos del entorno ambiental más importante del niño, y que por lo tanto tiene una gran repercusión sobre su estado emocional. Desde el punto de vista psicológico, la familia tiene como una de sus funciones brindar protección, cariño y control en el niño, por lo que cualquier situación que prive al niño de ello puede tener repercusiones negativas en varios niveles. A este respecto situaciones tales como problemas conyugales, relaciones de apego, ambiente familiar, y ruptura de la familia son los factores más estudiados en relación a la depresión infantil.

a) Problemas de los padres. Se refiere a aquellos problemas ya sean físicos o mentales que puedan representar una dificultad para llevar a cabo las funciones de crianza. Por ejemplo, la inestabilidad emocional de los padres es un factor de riesgo para la aparición de depresión en niños, ya que el ambiente que se encuentra alrededor de este tipo de problemática crea un entorno de bajos niveles de actividad social, intelectual, deportiva y recreativa, por lo que ofrece a los niños pocas experiencias positivas y satisfactorias (Del Barrio, 2000).

Otro de los factores de riesgo de la depresión infantil y que además es considerado de los más importantes, es la existencia de trastornos depresivos en los padres. Se considera que un 42% de los padres de los niños con depresión sufre este mismo padecimiento, subrayando que la depresión materna representa un mayor riesgo para el niño. Estudios realizados por Weissman y cols en 1999 (citados en Shaffer y Waslick, 2003) hallaron de manera consistente que los hijos de padres con trastornos del estado de ánimo presentaban tasas más altas de inicio de los mismos en la infancia y adolescencia, en comparación con sujetos control. Estos y otros estudios sugieren la existencia de un componente genético

en los casos de depresión infantil, sin embargo aun no existen pruebas concluyentes.

Además de estos posibles componentes genéticos, Shaffer y Waslick, (2003) sugieren que los padres deprimidos son modelos de patrones de pensamiento negativo lleno de errores cognitivos y distorsiones los que pueden transmitir a sus hijos y crear en ello estilos cognitivos depresógenos.

b) Problemas conyugales. Los problemas entre la pareja, altera también la forma en como estos se relacionan con sus hijos, ya que puede obstaculizar el establecimiento de las reglas de crianza por la ausencia de acuerdo entre los padres, lo cual podría desembocar en la inestabilidad emocional del niño que observa constantemente las peleas y discusiones entre sus padres.

c) Relaciones de apego. El apego es una relación afectiva de especial intensidad y de carácter interactivo que se produce entre la madre y el hijo, y que por alguna situación puede sufrir una ruptura o disfunción provocando inseguridad, retraimiento e inestabilidad emocional en el niño. Así, cuando las relaciones de apego no existen o son disfuncionales las necesidades del niño no se satisfacen y la desorientación y la inseguridad fomentan la aparición de la depresión por una deficiencia de la comunicación y del apoyo que un niño necesita de su madre (Del Barrio, 2000).

d) Ambiente familiar. Este se genera en el tipo de estructura que la propia familia crea en función de la comunicación y el control. Estructuras familiares con normas rígidas y autoritarias así como con un distanciamiento afectivo crean ambientes negativos u hostiles, que son un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión. De acuerdo con Del Barrio (2000) los padres autoritarios y rígidos no

permiten a sus hijos la toma de decisiones ni la autonomía, situándoles en frecuentes situaciones de indefensión que terminarán por provocar en los niños vulnerabilidad ante acontecimientos que puedan desencadenar una depresión; así mismo la frialdad o indiferencia de los padres, además de crear relaciones disfuncionales de apego, provoca en los niños sentimientos negativos hacia sí mismos.

e) Divorcio. Puede considerarse también como un estresor que afecta el estado emocional del niño y puede favorecer la aparición de la depresión, sin embargo se considera que son algunas circunstancias de la ruptura y no la ruptura misma las que se convierten en factores de riesgo.

2.4.3 Factores escolares. Después de la familia, la escuela representa el entorno más inmediato en el que los niños se desenvuelven y en el que en ocasiones pasan más tiempo. Dentro de este entorno, el fracaso escolar es el factor que se encuentra más relacionado con la depresión; si bien es cierto que la disminución en el rendimiento escolar es una de las primeras señales de la aparición de un cuadro depresivo en la infancia, se debe de considerar que lo que tomamos como causa, también puede ser una consecuencia. Es por ello que existe la polémica acerca de si es el fracaso escolar el que provoca la depresión o viceversa.

La disminución en el rendimiento escolar generará por lo regular una serie de consecuencias de muy variada naturaleza, que indudablemente repercutirán en la vida cotidiana del niño. El niño que repite años, o fracasa en la escuela se sentirá culpable por las discusiones que estos problemas susciten en casa, se percibirá a sí mismo como culpable de todo lo negativo que pase en su ambiente familiar, descenderá su autoestima, formará un autoconcepto negativo, disminuirá su nivel

de aspiraciones y se sentirá inhibido para relacionarse con otros niños que tengan mejores calificaciones. Todos estos factores pueden traer como consecuencia una falta de motivación para el trabajo y la superación, por lo que un fracaso escolar que pudo haber sido transitorio se convertirá poco a poco en un hábito comportamental que moldee y configure la aparición de un estilo cognitivo depresógeno.

De esta manera, como lo señala Polaino (1988) “es fácil que surja, entonces, la inhibición, la irritabilidad y la desconfianza en si mismo y en su valía personal, sentimientos que suelen aparecer entrelazados con los de vergüenza, inutilidad y culpabilidad” (p. 43).

El fracaso escolar, puede suscitar la aparición de una depresión infantil, ya que como lo han señalado algunos autores (Agras, Buell y Nissen, citados en Polaino, 1988), cuando un niño manifiesta fobia a la escuela, ansiedad durante su estancia en ésta, o frecuentemente hace “novillos” debe pensarse en la posibilidad de que sufra un síndrome depresivo.

2.4.4 Maltrato infantil. Dentro de este título se incluye el maltrato físico y/ o psicológico así como el abuso sexual ejercidos sobre el niño. Estos factores han sido relacionados con un incremento en el riesgo de padecer depresión en la niñez. Esta asociación ha sido respaldada por diversos estudios como los realizados por Oates (1994, citado en Pedreschi, 2002), quienes encontraron que de 84 niños abusados sexualmente y seguidos por un espacio de 18 meses, un 35 % se mantenían deprimidos y un 56 % tenían una autoestima muy baja. Este autor postula en base a los hallazgos que un número significativo de estos niños siguen en un curso crónico de los trastornos afectivos. Hallazgos similares

encontraron (Anne, Deborah & R.kim, 1995, citados en Pedreschi, 2002) en un estudio realizado con 84 niños que habían sufrido abuso sexual y físico y que fueron comparados con un grupo control. Encontraron que los niños que sufrieron abuso tenían mayor depresión, baja autoestima y problemas de conducta.

Por otra parte, el abuso emocional y físico continuo en niños se ha postulado como una fuente de estilos de atribuciones negativas que se desarrollan en individuos con riesgo de sufrir depresión (Shaffer y Waslick, 2003).

2.4.5 Acontecimientos vitales. Hace referencia a todos aquellos eventos estresantes que ocurren alrededor del niño y que van desde la acumulación de pequeñas contrariedades hasta acontecimientos aislados y graves, como puede ser la muerte de un ser querido. En el caso del niño es importante tener en cuenta el carácter evolutivo de la vida infantil, ya que la vulnerabilidad ante los acontecimientos varia en las diferentes etapas de la vida. Por ejemplo para un niño menor de seis años serán los eventos que ocurran en el seno familiar los que le afecten en mayor medida, mientras que los niños en edad media serán más sensibles a acontecimientos relacionados con el rendimiento escolar, la interacción con sus compañeros, la competencia en el juego y la pertenencia a un grupo (Del Barrio, 2000 y Shaffer y Waslick, 2003).

## **2.5 Niveles de depresión**

De acuerdo con Cobo (1992) la depresión se ha considerado como:

- 1.- Síntoma (exclusivamente tristeza, apatía o desánimo), que es la forma más frecuente de aparición en la infancia y en la adolescencia, es decir, con fenómenos aislados, sin organizar.

2.- Síndrome o cuadro general (además de los síntomas anteriores, hay problemas de apetito y de sueño, dificultades de rendimiento escolar e intelectual y problemas relacionales), que es una forma ya menos común que la anterior en la infancia. El síndrome depresivo se puede encontrar en cuadros muy distintos, por ejemplo, en niños con enfermedades orgánicas cerebrales, con trastornos endocrinológicos, etc.

3.- Enfermedad mental organizada, es decir, como un cuadro muy específico, con frecuentes antecedentes hereditarios, una evolución determinada, complejidad de trastornos, un cierto perfil de personalidad y con una determinada respuesta a la medicación, cuya presentación es más rara en la niñez.

## **2.6 Sintomatología depresiva en edad preescolar**

Los síntomas depresivos que presentan los niños varían en función de la etapa de desarrollo en la que se encuentran, ya que a pesar de que la referencia sintomatológica para estas edades está determinada por la sintomatología observada en los adultos, existen síntomas diferenciales y característicos que presentan los niños sobre todo a edades tempranas. Existen varios autores que han hablado respecto a esta tema, algunos sólo han tomado como referencia los criterios diagnósticos del DSM-IV, sin embargo otros han incluido síntomas que a pesar de no estar señalados dentro de los criterios se presentan en la depresión infantil. Haciendo una revisión de autores como López-Ibor (1982, citado en Villamizar y Polaino, 1988); Doménech (1999, citado en Pla, 2003); del Barrio (2000) y Méndez (2002) quienes hablan sobre sintomatología depresiva infantil, se ha hecho un recuento de todos los síntomas que estos autores mencionan y se han agrupado en diferentes categorías la cuales a continuación se describen.

1) La primera de estas categorías se refiere a los síntomas emocionales, dentro de ellos el más característico es el humor disfórico, éste es expresado en el niño por medio de una cara triste, indiferente e inexpresiva además de presentar cambios bruscos de humor, desesperanza y llantos excesivos, también puede mostrar irritabilidad, labilidad afectiva y agresividad en sustitución del humor triste. Los niños con depresión suelen estar enfadados, responden con explosiones de genio o trivialidades, insultan, pelean y se derrumban ante cosas insignificantes. Es importante mencionar que no hay que confundir la irritabilidad normal que experimentamos tanto adultos como niños, con un estado de ánimo depresivo ya que este último se distingue por ser mucho más frecuente, intenso y duradero; además ha de ser prácticamente constante durante catorce días como mínimo. (Méndez, 2002). Dentro de esta misma categoría se encuentra también el aburrimiento el cual puede observarse cuando el menor realiza alguna tarea o juego sin disfrutarlo y no tiene iniciativa ni interés de jugar o realizar alguna actividad que anteriormente le resultaba agradable y motivadora.

2) La siguiente categoría es la que hace alusión a los síntomas motores en estos se incluyen la hipoactividad, letargo, actividad motora lenta, mutismo, atonía (flojera), estupor, inmovilidad, torpeza o como su contraparte una gran agitación de actividad motora. En el caso de la disminución de actividad, parece que el niño piensa, habla y se mueve en cámara lenta la conversación se convierte en una tarea ardua para él, si se le formula un pregunta tarda en contestarla y es posible que haya que repetírsela, su tono de voz es monótono y aburrido, los temas de conversación son poco variados, los periodos de silencio son prolongados y en ocasiones puede permanecer inmóvil por mucho tiempo. Por el contrario en la

agitación motora se observa como el pequeño se levanta de su asiento a cada rato, se pasea de un lado a otro, se retuerce las manos, mueve persistentemente los dedos, se pellizca o se estira la ropa. En este caso no hay que confundir la agitación con la hiperactividad, ya que este último es un trastorno distinto, pues a pesar de que puede presentarse simultáneamente con la depresión se debe de tener cuidado a la hora de diferenciar uno del otro.

3) La tercera categoría es la cognitiva, dentro de ésta se agrupan deficiencias cognitivas como falta de concentración y la pérdida de memoria, el niño da la impresión de estar siempre distraído o ausente, por lo regular tiene dificultades escolares, descenso del rendimiento académico y puede presentar fobia escolar. La baja autoestima es otro de los síntomas comunes, comúnmente aparecen sentimientos de inferioridad con respecto a los otros y una preocupación constante por el miedo a ser castigado o a fracasar en todo lo que hace. Además de esto también puede presentar pesimismo, indecisión, sentimientos de culpa y en algunos casos ideas de suicidio. Con respecto a este último punto hasta hace poco se creía que un preescolar con depresión no mostraba comportamientos suicidas, sin embargo Shafii y Shafii (1995, citados en Méndez 2002) informaron sobre casos de menores de seis años que han intentado ahorcarse, que se han tirado a propósito al paso de un vehículo en marcha o que se han arrojado desde una ventana. Es poco común encontrar este tipo de casos en niños de edades tan cortas por lo que es más probable observar conductas de autoagresión como cabezazos, arañazos, tragarse objetos, etc. en sustitución de los intentos de suicidio.

Otra área donde también se observa sintomatología depresiva es la social, en ella se puede percibir que el niño habla y juega poco con sus compañeros de la escuela o incluso con los miembros de la familia (retraimiento social), evita el contacto y le cuesta trabajo relacionarse con otros niños y adultos (incompetencia social), se observa que se aísla del grupo y busca estar solo. Una quinta categoría en donde se agrupan los síntomas depresivos es la conductual las alteraciones en esta área se manifiestan por medio de constantes protestas, riñas, rabietas, desobediencia, indisciplina escolar, agitación e inquietud. Son comunes las llamadas a los padres por parte de la escuela con quejas de que el niño se pelea constantemente, le contesta a la maestra, hace berrinches a mitad de la clase o se le observa muy inquieto.

La última categoría se refiere a los síntomas psicósomáticos, dentro de los que podemos encontrar las alteraciones en la alimentación en estos casos el pequeño generalmente tiene pocas ganas de comer, puede presentar pérdida en el peso o éste no aumenta de acuerdo con su desarrollo, aunque también es posible encontrar algunos casos en los que se presenta un aumento en la ingesta de alimentos. Además de su apetito también presenta alteraciones en el sueño, se puede observar que el niño no duerme bien, le cuesta trabajo conciliar o mantener el sueño, se la pasa dando vueltas en la cama, las sábanas le molestan, puede tener pesadillas o terrores nocturnos, se despierta a mitad de la noche y pueden pasar intervalos prolongados para que vuelva a dormir de nuevo; si bien lo más común son los déficit en el sueño, en algunos casos el niño puede dormir más de lo habitual (hipersomnia). Para estos dos aspectos que acabamos de mencionar con respecto a la depresión infantil, es necesario señalar que el hecho de que un

niño presente deficiencias en su ingesta de alimentos y sus horas de sueño, no es necesariamente un indicio de depresión pues como Méndez (2002) lo menciona “para sospechar de un posible trastorno depresivo hay que constatar una disminución llamativa de las cantidades de alimento y de las horas de sueño que el niño acostumbraba ingerir y dormir asociadas a otros cambios negativos” (p.38). Otro de los síntomas psicossomáticos es una inexplicable pérdida de energía en el menor, por lo regular manifiesta sentirse cansado y se le observa frecuentemente acostado en un sillón o en la cama, cuando hace alguna actividad se cansa rápidamente, hace un gran esfuerzo para llevar a cabo acciones cotidianas como vestirse o comer, el agotamiento que presenta no se ve explicado por la actividad que realiza a lo largo del día y por lo regular el cansancio es mayor por las mañanas que por las tardes. Las somatizaciones es otro de los síntomas que comúnmente presenta un niño con depresión, se queja de dolores físicos o mareos y puede presentar enuresis, encopresis, dermatitis, alergias, tics y baja defensa inmunológica.

Algunos autores destacan ciertos síntomas como los más comunes o representativos durante la etapa preescolar, ya que como se ha venido mencionando la depresión infantil presenta variaciones en su sintomatología en función de las etapas del desarrollo del niño. Méndez (2002) menciona que en términos generales durante la infancia la sintomatología predominante en la depresión son las reacciones psicofisiológicas, y motoras como irritabilidad, rabietas, llanto o problemas de control de esfínteres, mientras que en la adolescencia adquieren mas importancia los aspectos cognitivos como el disgusto por la imagen corporal, la visión pesimista del futuro y las ideas catastrofistas. Por

su parte Doménech (1999, citado en Pla 2003) destaca como los síntomas con mayor relevancia en la edad preescolar la cara triste, el retraimiento e incompetencia social, la inhibición conductual (disminución de la actividad) y la somatización.

A pesar de que muchos de estos síntomas no están incluidos explícitamente en los criterios que establece el DSM-IV para el diagnóstico de depresión, están incluidos en los diferentes criterios, sin embargo podría ser importante adaptar algunos criterios específicos para esta edad. El diagnóstico de depresión en niños preescolares está en función de la duración de los síntomas y de la relación de estos puedan tener con las dificultades que el niño pueda tener para desarrollarse en diferentes áreas de su vida (escolar, social y familiar).

## **2.7 Diagnóstico**

Existen una gran pluralidad en cuanto a los criterios de diagnóstico de la depresión infantil, Weinberg (1973, citado en Cantewell, Denis, Carlon y Gabrielle, 1987) fue uno de los primeros autores que estableció criterios operativos para el diagnóstico de la depresión infantil y son los que probablemente han producido mayor impacto. En un principio los criterios de Weinberg fueron elaborados modificando los criterios de Feighner, quien en colaboración con otros investigadores, elaboró un conjunto de criterios diagnósticos operativos para la depresión, que a su vez fueron el punto de partida para la elaboración de los criterios diagnósticos del DSM-III; por lo que no es de extrañar que exista un parecido entre los criterios del DSM-III y los de Weinberg.

Weinberg observó que la fenomenología de la depresión en niños era similar a la de los adultos. Sin embargo durante sus primeros trabajos no sólo enumeró los

criterios para el diagnóstico de la depresión, sino también una serie de síntomas específicos que formaban parte de los criterios, sin embargo, dentro del ámbito clínico, las principales referencias para el diagnóstico de depresión ya sea infantil o adulta son los criterios establecidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) y por la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10) que a continuación se exponen.

### 2.7.1 Criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)

El DSM IV (1995) postula los mismos criterios diagnósticos de la depresión tanto para adultos, adolescentes y niños. Plantea que las manifestaciones de los síntomas de dicho trastorno pueden cambiar con la edad, por lo que hacen modificaciones en algunos de los síntomas diagnósticos, estas modificaciones son: estado de ánimo irritable en lugar de deprimido y fracasos en los aumentos de peso esperado, en lugar de pérdida o aumento de peso significativo.

Los criterios diagnósticos que establece el DSM IV para el episodio depresivo mayor son:

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

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable

- (2) Disminución importante del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día
- (3) Pérdida importante del peso sin hacer régimen, aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito. Nota: en niños se valora el fracaso para lograr los aumentos de peso esperados.
- (4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días
- (5) Agitación o enlentecimiento psicomotores observables casi todos los días
- (6) Fatiga o pérdida de energía diaria
- (7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados
- (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones
- (9) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente con o sin un plan específico o una tentativa de suicidio

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

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

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.

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

## 2.7.2 Criterios de la Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10)

El CIE-10 (2000) postula también los mismos criterios para todos los grupos etáricos. El episodio depresivo se clasifica dentro del apartado Trastornos del humor, y en función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave. Los criterios para su diagnóstico son los siguientes:

G1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas

G2. No ha habido síntomas de hipomaníacos o maníacos suficientes para cumplir los criterios de episodio hipomaníaco o maníaco en ningún periodo de la vida del individuo.

G3. El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas o a ningún trastorno mental orgánico.

Puede presentarse un síndrome somático que se establece a partir de la presencia de al menos cuatro de los siguientes síntomas:

1. Pérdida de interés o capacidad para disfrutar actividades que normalmente eran placenteras.
2. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente producen una respuesta emocional.
3. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.
4. Empeoramiento matutino del humor depresivo.
5. Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observada o referida por terceras personas).
6. Pérdida marcada de apetito.

7. Pérdida de peso (5% o más del peso corporal del último mes).
8. Notable disminución de la libido.

#### Episodio depresivo leve

- A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo.
- B. Presencia de, por lo menos, dos de los tres síntomas siguientes:
  1. Humor depresivo hasta un grado claramente anormal y que se presenta la mayor parte del día y casi todos los días.
  2. Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.
  3. Disminución de la energía o aumento de la fatiga.
- C. Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para sumar en total al menos cuatro síntomas:
  1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.
  2. Sentimientos no razonables de autoreproche o de culpa excesiva e inapropiada.
  3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
  4. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación.
  5. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento.
  6. Cualquier tipo de alteración del sueño.
  7. Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.

### Episodio depresivo moderado

- A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo.
- B. Presencia de, al menos dos de los tres síntomas descritos en el criterio B del episodio depresivo leve.
- C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C del episodio depresivo leve, para sumar un total de al menos seis síntomas.

### Episodio depresivo grave

- A. Deben cumplir los criterios generales de episodio depresivo.
- B. Presencia de los tres síntomas del criterio B del episodio depresivo leve.
- C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C del episodio depresivo leve, hasta sumar un total de al menos ocho síntomas.

Además de los criterios establecidos para diagnosticar depresión existen diferentes instrumentos y escalas que son una valiosa herramienta para la evaluación y el diagnóstico de la depresión infantil; es por ello que a continuación se expondrá una revisión de estos instrumentos.

## **2.8 Instrumentos de evaluación**

Con respecto a la evaluación de síntomas depresivos en niños de edad preescolar se han elaborado pocos instrumentos que permitan realizar esta tarea, estos instrumentos permiten detectar niños con riesgo de presentar depresión. Cabe mencionar que estos instrumentos no son diagnósticos sino que sólo sirven como detectores de la sintomatología, además de que todos éstos, están dirigidos hacia los padres y maestros de los menores.

**Depresión Checklist.** Consta de 19 ítems y está realizado a partir de las categorías diagnósticas de depresión mayor y trastorno distímico del DSM-III, fue

construido por Kashani, Ray y Carlson (1984) encontrando que de una muestra de 100 niños solo el 4% recibieron un diagnóstico de depresión señalando que estas cifras son mucho bajas en comparación con reportes de niños mayores. Los hallazgos sugieren que es raro encontrar trastorno depresivo en niños preescolares y que los criterios de evaluación del DSM III no son apropiados para diagnosticar depresión en los preescolares. Este es el primer instrumento que se realizó para evaluar la depresión en niños preescolares y debe ser contestado por algún adulto que este en contacto con el niño.

**General Rating of Affective Symptoms for Preschoolers (GRASP).** Esta escala fue construida por Kashani, Holcomb y Orvaschel en 1986, basándose en estudios realizados con anterioridad. El GRASP esta dirigida hacia los padres o maestro del menor y consta de 24 items redactados en tercera persona, con una escala de evaluación de seis posibles respuestas (0= ninguna información, 1= raramente, 2= algunas veces, 3= a menudo, 4= muy a menudo y 5= siempre), estas miden la frecuencia con que se presenta el síntoma depresivo, estos 24 items se dividen en 4 subescalas, la primera de ellas evalúa la cualidad de la interacción social denominada como huida/contacto social, la segunda es de disforia/anhedonia y evalúa la tristeza y desilusión y por último las subescalas de hiperactividad e irritabilidad que evalúan el nivel de actividad de los niños. Como resultado de esta investigación se encontraron evidencias de desorden depresivo mayor en niños preescolares, asociando síntomas depresivos con eventos estresantes en la vida de los niños, así mismo las características psicométricas informadas por los autores señalan una consistencia interna alta. Por otra parte en una adaptación y

validación española realizada por Araneda, Moreno, Jané y Domench-Llaveria (citados en Jané et al.) se encontró una consistencia interna de 0.75.

Debido a que el GRASP es un instrumento de evaluación indirecta presenta algunas limitaciones, pues como demuestra un estudio realizado por Jané et al. (2000) en donde se analiza la concordancia entre las evaluaciones de padres y educadores acerca de la sintomatología depresiva de niños de edad preescolar, se encontró que esta concordancia era muy baja.

**Escala de depresión preescolar para maestros (ESDM 3-6).** Es una escala de 19 items creado para detectar síntomas depresivos en niños preescolares a partir de la información proporcionada por los maestros, recoge información sobre el estado anímico del niño, la relación con sus compañeros, como realiza las tareas escolares y las quejas somáticas que presenta. En un estudio realizado para su validación se analizó la fiabilidad de la escala así como la validez concurrente con el General Rating of Affective Symptoms for Preschoolers para maestros, los primeros resultados fueron bastante satisfactorios (alfa de Cronbach = 0.81 y correlación de Pearson = 0.84,  $p < 0.0005$ ) como para considerar a este instrumento como una herramienta complementaria útil para la evaluación de la sintomatología depresiva en edad preescolar (Doménech-Llaveria, Araneda, Xifro y Riba, 2003).

**Escala de síntomas depresivos para padres de 3-5 años (ESDP).** La escala está dirigida exclusivamente hacia los padres del niño, consta de 19 items que recogen información de síntomas depresivos como estado de ánimo triste, cansancio, relación con los otros, interés por las tareas y características somáticas; sin embargo aun no se encuentra publicada (Pla, 2003).

A pesar de la existencia de estos instrumentos, la mayoría de ellos son de muy difícil acceso además de que ninguno está dirigido hacia los niños.

## CAPITULO 3

### BASES TEÓRICAS PARA LA ELABORACIÓN DE LA GUÍA

Para la elaboración de una guía es necesario contar con fundamentos teóricos que la respalden. Es por ello que dentro de este apartado se desarrollarán los conceptos teóricos que sustentan su elaboración.

#### 3.1 Definición de Guía

El primer término a definir es la palabra guía ya que la comprensión de este concepto permitirá entender uno de los objetivos del presente trabajo. La Gran Espasa Universal Enciclopedia (2005) define el término guía de la siguiente manera: “f. Lo que dirige o encamina. Lista de datos o información referentes a determinada materia” (p.989). Por otra parte la enciclopedia Universal Ilustrada (1995) define guía como: “f. Lo que en sentido figurado dirige o encamina. Título de ciertos libros en que se dan preceptos o meras noticias para encaminar o dirigir cosas, ya sea espirituales o abstractas, ya puramente mecánicas o materiales” (p.963). Tomando como referencia las definiciones anteriores se puede decir que lo que se pretende realizar es una serie de gráficos que nos dirijan o encaminen a detectar síntomas depresivos en niños de edad preescolar sin pretender con esto dar un diagnóstico de episodio o trastorno depresivo. A diferencia de los instrumentos psicométricos como las escalas o los inventarios, que cuentan con validez y confiabilidad así como con una serie de requerimientos para ser un instrumento de medición, la guía que se pretende elaborar es un primer intento de contar con una serie de pautas que pudieran dirigirnos a detectar síntomas depresivos en preescolares.

Debido a que la guía pretende ser aplicada a los propios sujetos y está compuesta por dibujos que son mostrados a los pequeños, es fundamental explicar el concepto de representación simbólica y proyección debido a que son la base para su elaboración.

### **3.2 Representación simbólica**

Como ya se menciona anteriormente la representación simbólica es una de las características presentes durante la etapa preoperacional (entre los 18 meses y los 5 o 6 años). Durante esta etapa los niños desarrollan muchas capacidades para representar de manera simbólica acciones, objetos y relaciones conceptuales. Los aspectos más interesantes del desarrollo mental en esta etapa es la elaboración de múltiples sistemas de representación, esta característica se observa claramente con el desarrollo del lenguaje así como de otras formas de representación tales como imágenes mentales, imitación, juego simbólico y dibujo simbólico las cuales aumentan cada vez más en uso y complejidad. A todo esto es importante mencionar que cada uno de estos modos de representación se ve influenciado por los esquemas que el niño ya maneja y por el medio ambiente inmediato que le rodea. De esta forma, los distintos sistemas de representación le dan la posibilidad de comunicar a los demás estados de ánimo internos, ya que sin estos modos de comunicación, mucho de lo que el niño teme, desea o duda, no podría expresarlo.

Antes del periodo preoperacional el pensamiento del niño sólo se limitaba a su ambiente físico inmediato, ahora los símbolos le permiten pensar en cosas que no están presentes en el momento, su pensamiento es más flexible y las palabras adquieren la fuerza de comunicar aunque estén ausentes las cosas a las que se

refieren. El niño es capaz de hacer uso de palabras, imágenes, gestos u otro signo para representar hechos, experiencias y conceptos pasados y presentes. Por ejemplo, un preescolar es capaz de usar gestos para expresar una secuencia de acontecimientos como viajar en un automóvil o cepillarse los dientes así como hacer expresiones que representen un estado de ánimo (Craig y Baucum, 2001).

Hablando particularmente del juego y el dibujo simbólico, si éstos son comparados con el lenguaje como sistemas de representación, se descubre que los dos primeros son mas bien procesos de asimilación, es decir, la nueva información sólo se integra a los esquemas ya existentes, mientras que el segundo es más bien un proceso de acomodación en donde la nueva información modifica los esquemas del pensamiento. En el juego y dibujo simbólico, cualquier acción, objeto, situación o sonido puede representar la realidad externa del niño. Sin embargo para hablar el niño tiene que aceptar los sonidos, las palabras y el orden que se ha establecido dentro del idioma que habla la familia con quien vive.

En base al concepto de representación simbólica es que se ha decidido utilizar dibujos como la mejor opción para representar los síntomas, ya que el niño es capaz de comprender lo que en ellos se esquematiza y asimilar la información que está recibiendo a los esquemas que ya tiene, por lo que los dibujos bien pueden estar representando la realidad externa del niño. Además de esto, al momento de presentar cada uno de los dibujos, se dirá un enunciado que dará contexto a cada uno de ellos con la finalidad de facilitar la comprensión de los gráficos.

Además de la representación simbólica, la proyección es otro concepto básico en esta investigación y que se describirá a continuación.

### **3.3 Proyección**

Dentro del psicoanálisis el término proyección se refiere a uno de los mecanismos de defensa por el que el sujeto atribuye a otras personas los propios motivos, deseos o emociones. La proyección es una forma de ocultación involuntaria e inconsciente de la vida psíquica consecuencia de la presión del superyó que sanciona como incorrecto el contenido psíquico o de los temores y frustraciones del sujeto. El término de proyección tiene una variedad de significados, sin embargo hasta ahora no ha aparecido una definición clara de este concepto, aunque existe un reconocimiento general de lo implicado en el uso de este término.

El primero que utilizó el término en sentido psicológico fue Freud (citado en Bell, 1948), quien formuló una de sus definiciones así:

“La proyección de las percepciones interiores al exterior es un mecanismo primitivo. Este mecanismo influye asimismo sobre nuestras percepciones sensoriales, de tal modo que normalmente desempeña el principal papel en la configuración de nuestro mundo exterior. En condiciones que no han sido aún suficientemente establecidas, constantemente las percepciones interiores de los procesos ideacionales y emocionales son proyectadas al exterior como percepciones sensoriales, y son usadas para determinar el mundo exterior, aunque ellas pertenecen al mundo interior” (p. 69).

Healy, Bronner y Bower, (citado en Bell, 1948) por su parte han dado una definición semejante a la anterior, la cual menciona que la Proyección es “un proceso de defensa bajo el dominio del principio del placer, por el que el yo

empuja afuera, sobre el mundo exterior, deseos e ideas inconscientes, que resultarían penosas para el yo si les permitiera penetrar en la conciencia” (85).

Warren Y Noyes (citado en Bell, 1948) por su parte dan una definición del término de Proyección con base en el psicoanálisis, el primero describe a la proyección “como la tendencia a adscribir al mundo exterior procesos psíquicos reprimidos a los que no se reconocen como de origen personal, como resultado de lo cual el contenido de estos procesos es experimentado como una percepción exterior”, siguiendo esta misma línea Noyes define a la proyección como un mecanismo de defensa, denominándola “estabilizador automático”, a través del que las características que resultan penosas para el yo, por ejemplo, los aspectos indeseables para la personalidad, no son reconocidos como pertenecientes a nosotros mismo; por tanto, son desconocidos y atribuidos a otras persona, permitiendo así al individuo eludir el estado de tensión.

En general estas definiciones comparten elementos comunes como por ejemplo: que el proceso de proyección es inconsciente, que sirve como una defensa contra las tendencias inconscientes, que resulta de atribuir a otros los impulsos, sentimientos, ideas y actitudes inconscientes, y finalmente que reduce la tensión personal.

Además del concepto de proyección desarrollado dentro de la corriente psicodinámica, Piaget en su libro *La formación del símbolo en el niño* (1959) habla sobre el concepto de símbolo secundario, que se refiere al símbolo llamado “inconsciente”, el cual se encuentra presente en el simbolismo lúdico de los niños. Dentro de su discusión sobre el símbolo secundario toma como referencia la concepción que el término símbolo tiene dentro de la corriente psicoanalítica y

específicamente la que Freud le otorga. A diferencia de un signo, el símbolo es un significante motivado, por ejemplo, una metáfora es un símbolo porque entre la imagen empleada y el objeto al que se refiere existe una conexión, no impuesta por convención social sino directamente por el pensamiento individual. De esta forma el símbolo servirá como expresión a los sentimientos y experiencias vividos y concretos. Además del símbolo consiente, es decir aquel cuya significación es transparente para el sujeto mismo, Freud añade el símbolo inconsciente es decir la significación escondida para el mismo sujeto.

Bajo la denominación de “pensamiento simbólico”, Freud, Jung (citado en Piaget, 1959) y muchos otros han descrito una forma de pensamiento independiente de los signos verbales y opuesto a la estructura y funcionamiento del pensamiento racional. Se trata de un pensamiento de naturaleza individual e íntima, que de acuerdo con Freud tiene raíces esencialmente “inconscientes”.

El juego de imaginación o de imitación así como de otros simbolismos lúdicos, es una muestra clara del “pensamiento simbólico”, de acuerdo a como lo concibe Freud, ya que, como es fácil observar existe dentro del juego infantil manifestaciones de simbolismos recónditos que revela en el sujeto preocupaciones que ignora a veces él mismo. Cuando el niño asimila en su juego un objeto cualquiera a otro, por ejemplo cuando hace de la escoba de mamá un gran corcel en el que cabalga, esta asimilación es consiente, en este caso se habla de símbolo consiente o primario, sin embargo se observa con frecuencia en el simbolismo lúdico, como el juego o el dibujo, la existencia de símbolos cuya asimilación no es comprendida por el mismo sujeto. Un ejemplo claro es un niño celoso por el nacimiento de su hermanito que, al jugar por casualidad con dos

muñecos de tamaño desigual, hará que el más pequeño se valla lejos, mientras que el grande se quedará con su madre. Si el niño no es capaz de comprender que se trata de su hermano menor y de él, se tratará entonces de un símbolo inconsciente o secundario.

En el caso particular de la guía los dibujos serán símbolos con los que el niño establecerá una conexión de semejanza entre la imagen observada y la significación dada directamente por el pensamiento individual. De esta forma el dibujo servirá como expresión a los sentimientos y experiencias vividas y concretas. El concepto de “pensamiento simbólico” servirá de base para sustentar el hecho de que, dado que el dibujo es simbolismo lúdico, la respuesta que se obtenga a través de los dibujos de la guía será una manifestación de simbolismo secundario o inconsciente que revela experiencias del propio sujeto. Además de esto, debido a la etapa de desarrollo cognitivo del niño, sus esquemas de pensamiento se concretan básicamente a sus propias experiencias ya que su pensamiento aun es egocéntrico y la referencia que tiene para percibir el mundo es él mismo.

Así mismo debido a que la guía será aplicada al propio niño y la finalidad es saber a través de él si presenta o no los síntomas, se considero que si se le preguntaba de forma directa y personal, el pequeño se podría sentir agredido o contestar lo que el consideraría como la respuesta correcta o lo que el adulto espera que conteste, por lo que la tendencia del niño seria señalar los dibujos que esquematizan la ausencia del síntoma. Es por ello que se decidió despersonalizar al personaje de los dibujos y ponerle un nombre cualquiera, para que al momento de aplicar la guía se le mencione al niño que estamos hablando de otra persona,

quitándole de esta manera la tensión, miedo o pena que le podría provocar hablar de si mismo.

Ya que al comienzo de la aplicación de la guía se le dirá al niño que hablaremos de otra persona, la proyección se presentará cuando el sujeto atribuya a un personaje externo los procesos psíquicos o características que no quieren ser reconocidos como propios.

### **3.4 Pruebas proyectivas**

Los instrumentos proyectivos son procedimientos encubiertos de evaluación que se caracterizan por aproximarse de manera global a la valoración de la personalidad, sin concentrar la atención en la medición de rasgos separados sino en una imagen compuesta de la personalidad. Los test proyectivos son instrumentos considerados capaces de revelar aspectos inconscientes de la conducta ya que evocan respuestas y datos del sujeto que permiten obtener una amplia variedad de respuestas subjetivas (Lindzey, 1961, citado en Pont, 2002). De acuerdo con Quiles, Sibel, Barris, Grau y Gussinye (año) los tests proyectivos gráficos tienen una función importante “añadir información psicológica sobre niveles de personalidad menos cercanos a la consciencia con el fin de comprender mejor la génesis de los procesos inconscientes, del síntoma y de los mecanismos de defensa, dándonos la posibilidad de rastrear información mas profunda sobre hechos traumáticos. Dicha información ha de ser utilizada tras la anamnesis y los tests baremados de las baterías estandarizadas, complementándola y corroborándola.”

El fundamento teórico de dichas técnicas esta basado principalmente en teorías psicodinámicas, las cuales ofrecen una visión de la personalidad en la que se

acepta un sustrato inconsciente dentro del que residen impulsos, tendencias, conflictos, necesidades, etc. todas ellas manifestadas e inferidas a través del comportamiento del individuo. Las pruebas proyectivas pueden ofrecer estímulos ambiguos o bien formas definidas sin embargo cada proyección evocada por estos estímulos es una creación que expresa el modo personal de establecer contacto con la realidad interna y externa, el examinado proyecta sus necesidades y tensiones, su mundo emocional, sus concepciones privadas del mundo físico y social, y sus esfuerzos por organizar su pensamiento.

De acuerdo con Pont (2002) existen principios de orientación teórica en la que se basan las técnicas proyectivas gráficas:

1.- En el hombre existe una tendencia a ver el mundo de manera antropomórfica (a través de su propia imagen) y eso facilita los aspectos proyectivos implicados en los dibujos de una casa, árbol, animal y otros.

2.- La esencia de la visión antropomórfica del medio es el mecanismo de proyección (por el cual uno atribuye las propias cualidades, sentimientos, actitudes y esfuerzos a objetos del entorno: personas, cosas u organismos).

3.- Las distorsiones forman parte del proceso de proyección siempre que:

- a) la proyección tenga una función defensiva
- b) se invistan a los datos tangenciales, parciales o superficiales de los objetos con significados de la propia vida del sujeto, que no correspondan a la imagen real o total del objeto o al objeto cuya presencia el sujeto niega en sí mismo.

Existen una gran variedad de pruebas proyectivas tales como las HTP, el Test de Rorschach, el hombre bajo la lluvia, el Test de la familia o el Test de apercepción

infantil (CAT) entre otros mas, sin embargo este ultimo es un buen ejemplo de pruebas proyectivas aplicados a niños en las cuales la aplicación se basa en mostrarle tarjetas a los menores. El Test de Apercepción Infantil C.A.T.(1990) es un método proyectivo de investigación de la personalidad a través del estudio del significado dinámico de las diferencias individuales en la percepción de un estímulo estandar. Esta prueba es un descendiente directo del T.A.T. sin embargo no es un sustituto de este. El C.A.T. fue diseñado para facilitar la comprensión de la relación de un niño con las figuras importantes y con sus impulsos.

A pesar de la información que se pueda obtener a través de los test proyectivos, la evaluación total de la personalidad o de algún desorden o trastorno solo podrá lograrse mediante la integración de toda la información recopilada de los pruebas proyectivas o de otro tipo, el cuadro de comportamiento del examinado y otras referencias que logren obtenerse para de esta manera lograr una evaluación mas completa e integral del sujeto.

## **Justificación**

Como se ha podido observar a lo largo de la revisión teórica, el tema de la depresión infantil es un tema extenso y complejo sin embargo, aun existen aspectos que no han sido muy estudiados, entre los que se encuentra la elaboración de instrumentos que permitan detectar y evaluar síntomas depresivos en niños preescolares. Como se menciona existen pocos instrumentos dirigidos a población preescolar, ninguno de ellos estandarizado o adaptado a población mexicana, además de que no están diseñados para ser aplicado directamente a los niños. En México no se cuenta con algún instrumento de este tipo, además de que existe una desinformación con respecto al tema que hace que tanto para padres y maestros la depresión sea una enfermedad inconcebible en niños pequeños, por lo que la presencia de síntomas depresivos en ellos, pasa desapercibida, es por ello que la importancia central de este trabajo es proporcionar una herramienta que permitan determinar de manera mas adecuada la ausencia o presencia de síntomas depresivos en edades tempranas, la guía pretende ser utilizada como un medio prevención dentro de la que los psicólogos juegan un papel importante en la detección e intervención de los síntomas, pues se pretende proporcionar a profesionales de otras áreas instrumentos que los oriente.

La guía esta dirigida para ser aplicada dentro de las escuelas de educación preescolar ya que es dentro de este medio en donde la mayoría de las veces se detecta algún tipo de trastorno o alteración en la vida del pequeño y es el personal que se encuentra en contacto directo con el niño el que muchas veces sin tener un conocimiento basto de estas problemáticas remiten a los menores a

instituciones Psiquiátricas, en las cuales uno de los primeros tratamientos es medicamento que fuera de ayudarlos a resolver su problemática, más bien solo ocultan los síntomas.

Cabe mencionar que lo que se pretende con esta guía es solamente detectar síntomas depresivos y no elaborar un instrumento que diagnostique un trastorno depresivo como tal.

#### **4.1 Objetivo**

Elaborar una guía de detección de síntomas depresivos en niños preescolares, que permita obtener información directamente de los niños, tomando como referencia los criterios del DSM IV y otros referentes teóricos.

Objetivos específicos.

- Que la guía sirva como apoyo a los profesionales de otras áreas, en específico a los maestros, para que les amplíe el panorama del estado emocional del niño, con la intención de evitar especulaciones erróneas de un posible problema.
- Se pretende que la guía únicamente detecte síntomas depresivos, para que de esta manera el psicólogo pueda intervenir como primer especialista evitando de esta forma que los menores sean referidos directamente a los centros Psiquiátricos en donde por lo regular los menores son medicados.

## **MÉTODO**

### **4.2 Sujetos**

30 niños de entre 4 ½ y 6 años 0 meses de edad que estén diagnosticados con depresión y que asistan al Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” para su atención.

30 niños de entre 4 ½ y 6 años 0 meses de edad que no estén diagnosticados con depresión pero que asistan por algún otro motivo al Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” para su atención.

### **4.3 Muestreo**

Se utilizará un muestreo por conveniencia, este procedimiento consiste en seleccionar las unidades muestrales más convenientes para el estudio, o en permitir que la participación de la muestra sea totalmente voluntaria (Coolican, 1997; Kerlinger y Lee, 2000).

### **4.4 Escenario**

Área de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”.

### **4.5 Diseño de investigación**

Debido al objetivo de la investigación se eligió un diseño no experimental de tipo exploratorio. Es diseño no experimental ya que no es posible manipular las variables ya que se observa el fenómeno desde su ambiente natural, en cuanto a los sujetos estos ya pertenecen a un grupo o nivel determinado. Es exploratoria debido a que permite el avance en el conocimiento de un fenómeno para alcanzar nuevos aspectos del mismo, con el propósito de formular un problema de investigación con mayor precisión (Clark-Carter, 2000; Selltiz, Wrightman y Cook, 1980)

#### **4.6 Instrumentos**

Se elaboró una guía de detección de síntomas depresivos para niños de edad preescolar con base a los criterios de diagnóstico del DSM-IV así como referentes teóricos. La guía está conformada por 16 pares de tarjetas que representan la ausencia o presencia de los síntomas de depresión, cada par de dibujos está acompañado con una frase que hace referencia a la situación que se representa el gráfico (ver anexo 2). Estas tarjetas constituyen los ocho primeros criterios del DSM IV, en donde cada criterio está representado por dos tarjetas. Cabe mencionar que se realizó una guía para cada sexo es decir una con dibujos de niño y otra con dibujos de niña. La guía está constituida de la siguiente forma (ver anexo 3).

Lamina 1 y 9 representan al criterio A 1.

Lamina 2 y 10 representan al criterio A 2.

Lamina 3 y 11 representan al criterio A 3.

Lamina 4 y 12 representan al criterio A 4.

Lamina 5 y 13 representan al criterio A 5.

Lamina 6 y 14 representan al criterio A 6.

Lamina 7 y 15 representan al criterio A 7.

Lamina 8 y 16 representan al criterio A 8.

Para la aplicación de esta guía se elaboraron las instrucciones que son sólo una propuesta para iniciar la aplicación, por último esta guía también cuenta con una hoja de registro (ver anexos),

#### **4.7 Procedimiento.**

El primer paso para la elaboración de la guía fue acordar la mejor forma en la que los niños podrían dar referencia de la presencia o ausencia de síntomas depresivos y después de una larga búsqueda bibliográfica y asesorías, se decidió elaborar una serie de dibujos que representaran cada uno de los criterios que el DSM IV, así como otros referentes teóricos, daban para diagnosticar depresión. En un primer momento se realizaron 16 pares de dibujos que representaban la ausencia y presencia de varios síntomas, principalmente conductuales, sin embargo no abarcaban todos los síntomas que la teoría refiere para detectar depresión, en especial los síntomas somáticos, por lo que se incluyeron los síntomas faltantes en 9 pequeñas historias las cuáles los niños tenían que completar y a partir de lo que ellos pudieran contestar se iba a determinar la ausencia o presencia del síntoma. Durante la elaboración de la guía se observó la necesidad de hacer dibujos para ambos sexos ya que permitiría que los niños se identificaran más con el personaje.

Una vez que se terminó de elaborar la guía se aplicó a una muestra de 40 niños de una escuela de educación preescolar que no estaban diagnosticados con ningún tipo de trastorno. Se observó que la mayoría de los dibujos si representaba adecuadamente el síntoma ya que los niños eran capaces de comprender correctamente lo que intentábamos representar con ellos, en cuanto a las historias se encontró que las respuestas de los niños eran muy concretas y poco variadas además de que en algunos casos no se obtenía ninguna respuesta. Posteriormente se acudió al Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” para pedir la autorización de realizar nuestro proyecto dentro de la institución. Para la

aplicación dentro del Hospital Psiquiátrico se decidió eliminar las historias de la guía ya que éstas eran difíciles de comprender para los niños, además de que dificultaban la evaluación de la guía; se realizó también una nueva revisión de los dibujos en la que se encontró que varios de ellos evaluaban al mismo criterio, por lo que se sustituyeron por nuevos dibujos con la finalidad de abarcar todos los criterios de diagnósticos que el DSM IV establece para detectar depresión así como otros síntomas que la teoría refiere como los más comunes en edad preescolar.

Finalmente la guía quedó conformada por 16 tarjetas que representan la ausencia o presencia de los síntomas de depresión.

Una vez terminada la guía se procedió a seleccionar la muestra para su aplicación, para esto se utilizó el criterio de investigador ciego, que consiste precisamente en no tener conocimiento del diagnóstico de los niños al menos no para las investigadoras, por lo que, los encargados de seleccionar la muestra fueron los mismos doctores de la institución su función fue seleccionar una muestra de 30 niños diagnosticados con depresión infantil y 30 más no diagnosticados con depresión. Para la selección de la muestra se utilizaron tres criterios más, el primero es que los niños estuvieran entre las edades de 4 años 6 meses como mínimo y 6 años o meses como máximo, el segundo criterio fue que no presentaran retraso mental, autismo o ataques epilépticos, por último solo se procedía a la aplicación si los padres accedían a que los niños participaran en la investigación.

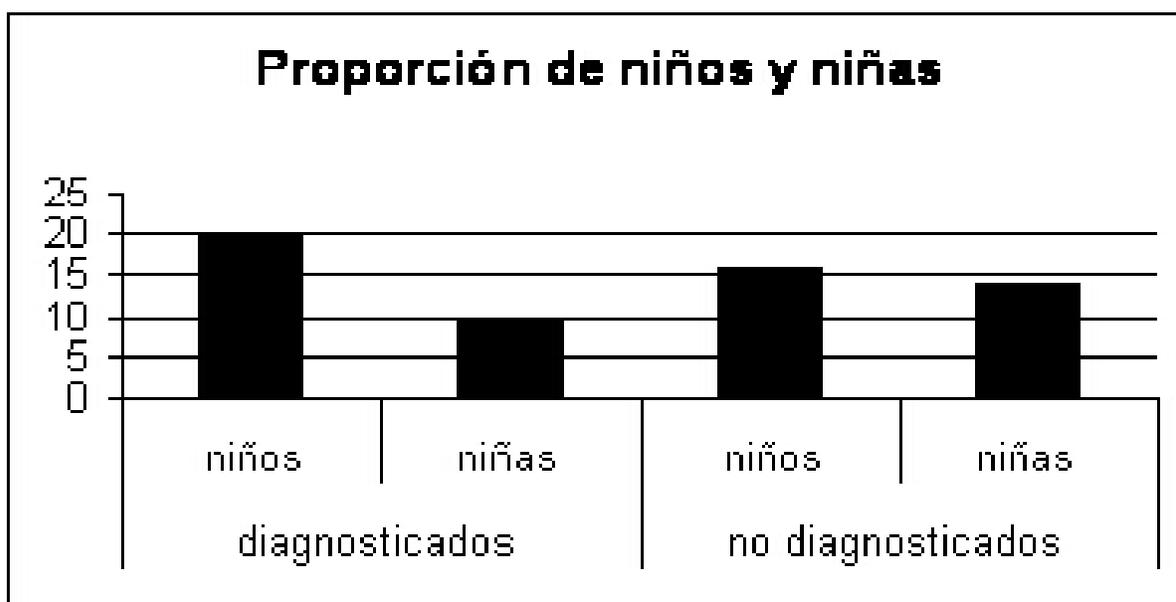
#### **4.8 Análisis e interpretación de los datos.**

Ya que el fin de la guía como se ha menciona anteriormente, solo es detectar síntomas depresivos, nuestro análisis se basa únicamente en señalar la ausencia o presencia de los síntomas que el menor reporte y aunque la guía utiliza uno de los principios de evaluación del DSM IV (la presencia de mas de cinco síntomas el diagnostico es trastorno depresivo), de ninguna manera se pretende proporcionar un diagnostico de trastorno depresivo como tal.

El análisis de los datos será a través de una tabla 2x2 de la cual se obtendrá un Porcentaje General de Acuerdo para saber el nivel de concordancia entre el diagnóstico médico y los resultados de la aplicación de la guía. Posteriormente se realizará la prueba Kappa que nos permite conocer que tanto los resultados se deben al azar.

#### 4.9 Resultados

Se estudio una muestra de 60 niños, de los que 30 estaban diagnosticados médicamente con depresión y 30 no diagnosticados, de los niños diagnosticados 20 pertenecen al sexo masculino y 10 al sexo femenino, mientras que para los niños no diagnosticados 16 son del sexo masculino y 14 al sexo femenino (ver grafico 1).



Grafica 1. Proporción de niños y niñas

A ambos grupos se les aplicó la guía de detección de síntomas depresivos y los resultados obtenidos fueron los siguientes: para 3 de los niños que no estaban diagnosticados con depresión, la guía detectó presencia de síntomas depresivos; para 5 de los niños que estaban diagnosticados con depresión, la guía no detectó presencia de síntomas depresivos, por lo tanto se obtuvo un total de 8 desacuerdos entre ambos métodos de detección. Por otra parte se encontró que para 25 niños diagnosticados con depresión, la guía también detectó síntomas

depresivos, mientras que para 27 niños no diagnosticados, la guía no reportó presencia de síntomas depresivos, por lo que se obtuvo un total de 52 acuerdos entre ambos métodos de detección. El porcentaje general de acuerdo fue de 86 %. (Ver tabla 1).

		Diagnóstico Médico		Total
		Detectado	No detectado	
Guía	Detectado	25	3	28
	No detectado	5	27	32
Total		30	30	60

$25 + 27 = 52$  acuerdos observados  
 $25 + 3 + 5 + 27 = 60$  máximo de acuerdos posibles  
 $(25 + 27) / (25 + 3 + 5 + 27) = .86666$  porcentaje general de acuerdo

Tabla 1. Tabla 2x2, de acuerdo y desacuerdos del diagnostico médico y la guía.

En base a los resultados obtenidos anteriormente se realizo la prueba Kappa para determinar el grado en que los resultados puedan deberse al azar. Esta prueba arrojó un porcentaje del 73 % lo que indica que los resultados son adecuados y que no se deben al azar. (Ver tabla 2)

$$((25 + 3) (25 + 5)) / (25 + 3 + 5 + 27) = 14 \% \text{ celda a porcentaje esperado por azar}$$

$$((5 + 27) (3 + 27)) / (25 + 3 + 5 + 27) = 16 \% \text{ celda d porcentaje esperado por azar}$$

$$14 + 16 = 30 \text{ porcentaje total esperado pos azar}$$

$$(52 - 30) / (60 - 30) = 0.733 \text{ Kappa}$$

Tabla 2. Análisis para la prueba Kappa

#### 4.10 Discusión

De acuerdo a los resultados obtenidos de la aplicación de la guía, se puede observa que son favorables para esta investigación, ya que se obtuvo un alto porcentaje de concordancia con el diagnóstico médico, estos resultados proporcionan elementos para decir que la guía si puede establecer la presencia o ausencia de síntomas depresivos.

La elaboración de la guía fue el objetivo principal de este trabajo, la inquietud fue encontrar una forma de identificar la presencia de síntomas depresivos en edad preescolar con la ayuda de una herramienta que pudiera ser aplicada directamente a los niños, esto nos llevo a encontrar que existen ciertas dificultades en la detección de estos síntomas, primero, nos encontramos con que los profesores sin un conocimiento previo emiten un diagnóstico en ocasiones erróneo, este tipo de acciones ocasiona que los niños sean remitidos directamente

a instituciones psiquiátricas, en donde desafortunadamente los niños son medicados a tan corta edad y en otros casos la depresión puede no ser identificada, pues síntomas como la disminución de la capacidad para el placer, o la fatiga, o el enlentecimiento motor no son muy fáciles de identificar como un problema en el niño, si no que por el contrario en ocasiones se toma como una característica favorable, ya que un niño que se la pasa platicando y fuera de su lugar causará más atención y quizás más problemas que uno que pasa mucho tiempo solo o que está quieto en su lugar porque no tiene ganas de hacer nada, en este caso la guía puede funcionar como una herramienta que permita descartar o corroborar la presencia de algún síntoma depresivo a partir del propio niño, además de esto cuenta con otras características favorables como la facilidad en la aplicación de la guía; ya que es de fácil manejo, no requiere personal especializado, el tiempo de aplicación es literalmente poco de entre 10 a 15 minutos, lo cual a su vez permite que el niño mantenga su atención centrada en las tarjetas, reduciendo así el riesgo de distracción, su aplicación no requiere la adaptación de espacios específicos, además de que es de fácil comprensión para los niños. Lo que se pretende es que la guía se aplique periódicamente dentro de las escuelas públicas, donde su función sería primeramente una temprana detección de síntomas depresivos y como consecuencia directa una atención apropiada, es decir que la guía funcionaría como un filtro de prevención, el hecho que la guía no sea un instrumento de diagnóstico tiene en un primer momento ventajas importantes, por ejemplo no es tan importante que exista un número de síntomas para poder recibir atención, pues la guía no detecta un trastorno, si no la presencia de síntomas, lo que implica que los síntomas pueden ser atendidos aun

cuando solo sea uno, además de que si solo se trabaja con la presencia o ausencia, esto permite bajar la ansiedad de los padres, pues no se habla de un trastorno ni de una enfermedad por lo que su preocupación es menor y es más fácil que accedan a recurrir a una asesoría psicológica que les permita tener una mejor evaluación del niño y de ser necesario tener un tratamiento adecuado, con esto se pretende que el psicólogo sea quien atienda en primer momento a los niños y de ser enviado a instituciones psiquiátricas, antes hallan sido evaluados por un especialista que proporcione un diagnóstico más adecuado y no las maestras que sin contar con los conocimientos necesarios son las que diagnostican y remiten a los niños. La idea es que podríamos funcionar más adecuadamente si se dejara la lucha entre las diferentes disciplinas, si dejáramos de pensar egoístamente y empezáramos a trabajar como un equipo con un problema en común.

Algo más que resaltar en este trabajo es que la guía podría ser un primer escalón para la realización de un instrumento de evaluación, aplicado directamente al sujeto, convirtiéndose de esta manera en una forma más de abordar la depresión infantil en edades más tempranas, pues si bien aunque la frecuencia de niños preescolares deprimidos es baja, esto no implica que no exista y es importante desde esta perspectiva buscar nuevas alternativas de estudio que permita seguir abriendo caminos para el estudio más amplio y profundo de este tema, ya que a pesar de la existencia de estudios de depresión en edad preescolar, éstos aun son pocos en comparación con la amplia gama de estudios realizados sobre depresión en adultos, en adolescentes y niños de edad escolar. Así mismo es importante mencionar que de acuerdo con De la Fuente, Heinze y Berlanga (200)

la depresión en edades tempranas es un padecimiento que debido a los factores prevalecientes en nuestra sociedad es cada vez más frecuente por lo que su estudio se vuelve aun más necesario e importante; en el caso particular de esta investigación se pretende dar un primer paso para que en un futuro se pueda contar con una herramienta que aun cuando no sea capaz de diagnosticar depresión en niños preescolares, sí permita detectar síntomas depresivos que sirvan como una especie de alerta o foco rojo tanto para padres y maestros.

Aunque los resultados obtenidos son satisfactorios, no podemos negar la existencia de ciertos factores y particularidades que pudieron haber influido en esta investigación y que por lo tanto es importante mencionar ya que éstos podrían servir de referencia para futuras investigaciones. En primer término podemos mencionar que aunque los dibujos tienen la intención de abarcar la mayoría de los síntomas de depresión no se puede pasar por alto el hecho de que resultado muy complicado poder incluir los síntomas somáticos característicos de los niños con depresión esto resulta una limitación de la guía pues como menciona Méndez (2002) y Doménech (1999, citado en Pla 2003) las somatizaciones son unos de los síntomas representativos de la depresión durante la etapa preescolar, lo cual está sustentado en investigaciones como la realizada por Doménech-Llaveria, Araneda, Xifro y Riba, (2003) en la que se encontró que el peso más fuerte de la psicopatología depresiva en el preescolar recae sobre síntomas disfóricos, relacionales y somáticos. Otro de los factores que se debe mencionar es el hecho de que las respuestas pudieron haber estado influenciadas por el entorno social y cultural de los niños, pues las respuestas pudieron estar en función de lo que cognitivamente consideran aceptable, respecto a esto Craig y

Baucum (2001) mencionan que los niños en edad preescolar, aprenden lo que constituye una conducta buena o mala; a controlar sus sentimientos, sus necesidades o deseos en formas socialmente aceptables; comienzan a asimilar normas, reglas y costumbres de su cultura, y al mismo tiempo aprenden un autoconcepto profundo. Por esta razón, es importante considerar la opción de que la aplicación de la guía se realice en primera persona, es decir refiriéndose directamente al niño, sin atribuir las situaciones que se muestran en los dibujos a un personaje, de esta forma, al no mencionar que se trata de otro niño, las situaciones y emociones serían atribuibles directamente al pequeño, con esto se esperaba que las respuestas del menor estuvieran basadas en su propia experiencia ya que se le estaría cuestionando de una forma más clara y directa.

Un tercer factor que se encontró, es que en el caso de los niños diagnosticados con depresión, existe una comorbilidad con otro de tipo de padecimientos, tales como ansiedad, problemas de conducta e hiperactividad, por lo que aunque estos otros trastornos no forman parte de esta investigación, resulta importante que sean tomados en cuenta, pues no sabemos en que medida puede afectar en los resultados de la guía, ya que ésta, está diseñada exclusivamente para detectar síntomas depresivos y no cuenta con los recursos teóricos para confirmar o negar la sintomatología de estos otros padecimientos, además de que dentro de esta investigación se encontró que el trastorno de depresión difícilmente se encuentra aislada de otro tipo de padecimientos como lo es, la hiperactividad, en general con problemas conductuales.

Finalmente pensando en futuras investigaciones se sugiere tomar en cuenta cada uno de los puntos anteriormente mencionados y se propone que la muestra de

estudio sea mucho más amplia y que sea aplicada de una forma distinta a la de este estudio, es decir que se hable en primera persona y no en tercera, además sería interesante adentrarse un poco más en las distintas comorbilidades entre la depresión y otros trastornos.

Si bien esta investigación al igual que muchas otras presenta algunas limitantes, los resultados que arroja son un buen punto de partida para seguir trabajando en la elaboración de una herramienta o instrumento que permita detectar y diagnosticar sintomatología o un trastorno depresivo en niños preescolares, pero lo más importante es que será a través de los propios sujetos, lo que permitirá contar con una fuente mas de información para la evaluación de la depresión.

#### **4.11 Conclusiones**

El objetivo principal de esta investigación fue la elaboración de la guía, sin embargo, durante el proceso para lograrlo, se encontró cosas relevantes, la primera es que esta guía puede ser el primer paso para construir un verdadero instrumento de diagnóstico, un instrumento que permita desde el área psicológica establecer nuestros propios principios de evaluación y sobre todo ampliar nuestras alternativas de intervención. La experiencia que nos dejó la elaboración de esta guía fue realmente interesante pues estar en contacto con especialistas de otras áreas, que si bien el fin es el mismo, no así la forma en como lo enfrentamos, nos da la oportunidad de dar cuenta de la problemática desde una forma más profunda, es decir que cuando como psicólogos nos enfrentemos a una situación en este caso la depresión infantil, tratemos pues de aliarnos con todas las áreas que indirecta o directamente están relacionadas con los niños y no por el contrario de anularnos como disciplinas distintas, es por eso que el uso de esta guía está dirigida a los profesores de preescolar, pues aunque teóricamente no están completamente preparados para diagnosticar ni intervenir dentro de esta problemática, si son los primeros receptores y con su experiencia y tiempo de convivencia y de trabajo con los niños nos dan elementos importantes a nosotros como psicólogos de la problemática, pues durante este proceso de elaboración se encontró que los maestros en la mayoría de los casos son los que envían directamente a los niños al psiquiátrico, es por esta razón que resulta importante darles elementos para que puedan de una manera más clara dar cuenta de la sintomatología que los niños presentan y antes de ser medicados tengan los niños

la oportunidad de ser atendidos psicológicamente por un especialista que pueda trabajar con los síntomas que los niños presenten.

# anexos

## ANEXO 1



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Estudios Superiores**

**Zaragoza**

Instrucciones:

El día de hoy te quisiera hablar sobre un niño que se llama Carlitos por lo que te pido que escuches con atención cada una de las frases que te voy a leer, estas frases representan ciertas situaciones que Carlitos pasa todos los días, cada frase tiene un dibujo por lo que te voy a pedir que los observes con atención. Tú los vas a ir viendo y te pido que me digas lo que te imaginas que le pasa a Carlitos.

## ANEXO 2

### FRASES PARA LA APLICACIÓN DE LA GUÍA

Lamina 1: Carlitos es un niño que usualmente se siente: FELIZ- TRIZTE.

Lamina 2: Cuando Carlitos esta en la escuela y sale al recreo él prefiere jugar: SOLO- ACOMPAÑADO.

Lamina 3: Cuando la mamá de Carlitos le sirve de comer el: COME-NO COME POR QUE NO TIENE HAMBRE.

Lamina 4: A la hora de dormir Carlitos: NO PUEDE DORMIR- DUERME.

Lamina 5: Cuando Carlitos esta haciendo su tarea él: HACE SU TAREA -SE PONE A JUGAR

Lamina 6: Cuando Carlitos regresa de la escuela a su casa él: SE SIENTE CANSADO Y SIN GANAS DE JUGAR – JUEGA.

Lamina 7: Cuando el papá de Carlitos se enoja él: VA CON SU PAPA PARA VER QUE TIENE -PIENSA QUE TIENE LA CULPA Y SE ESCONDE.

Lamina 8: Cuando la maestra de Carlitos esta dando la clase él: APROVECHA PARA PLATICAR CON SUS AMIGOS -PONE ATENCIÓN.

Lamina 9: Cuando la mamá de Carlitos le dice que levante sus juguetes cuando termine de jugar él: LOS LEVANTA – SE ENOJA PORQUE NO QUIERE HACERLO

Lamina 10: Cuando a Carlitos lo llevan al parque él: JUEGA SOLO - JUEGA CON LOS NIÑOS QUE ESTAN AHÍ

Lamina11: A Carlitos le gustan los dulces y la comida pero el come: POCO – MUCHO.

Lamina 12: Por las tardes Carlitos: SIENTE MUCHO SUEÑO Y SE DUERME-  
TIENE GANAS DE JUGAR.

Lamina 13: Usualmente cuando Carlitos corre él: CORRE GRANDES  
DISTANCIAS - SE CAE O SE TROPIEZA MUY SEGUIDO.

Lamina 14: Cuando Carlitos va a jugar él: SE SIENTE CANSADO Y PREFIERE  
QUEDARSE SENTADO – SE LA PASA JUGANDO TODO EL TIEMPO

Lamina 15: cuando a Carlitos le dejan una tarea en la escuela él PIENSA QUE LO  
PUEDE HACER BIEN Y SE EMOCIONA – PIENSA QUE NO PUEDE HACERLO  
Y YA NO LO HACE

Lamina 16: Cuando Carlitos esta estudiando él: SE PONE A PENSAR EN OTRAS  
COSAS MAS DIVERTIDAS - SE APURA PARA PODER JUGAR DESPUÉS.

NOTA: Las frases son las mismas para las láminas de las niñas, lo único que  
cambia es el nombre de Carlitos por Carlita

### ANEXO 3

#### UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

#### Guía para detectar síntomas depresivos en niños de edad preescolar

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre de la Padre o tutor: \_\_\_\_\_

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

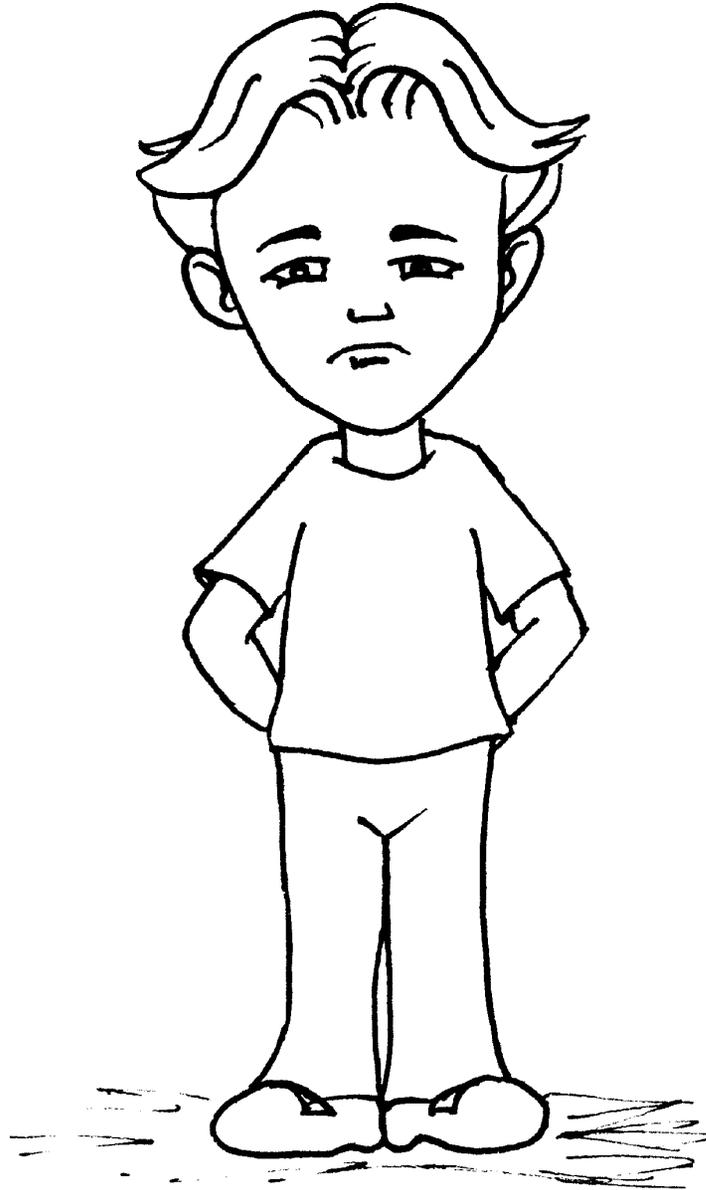
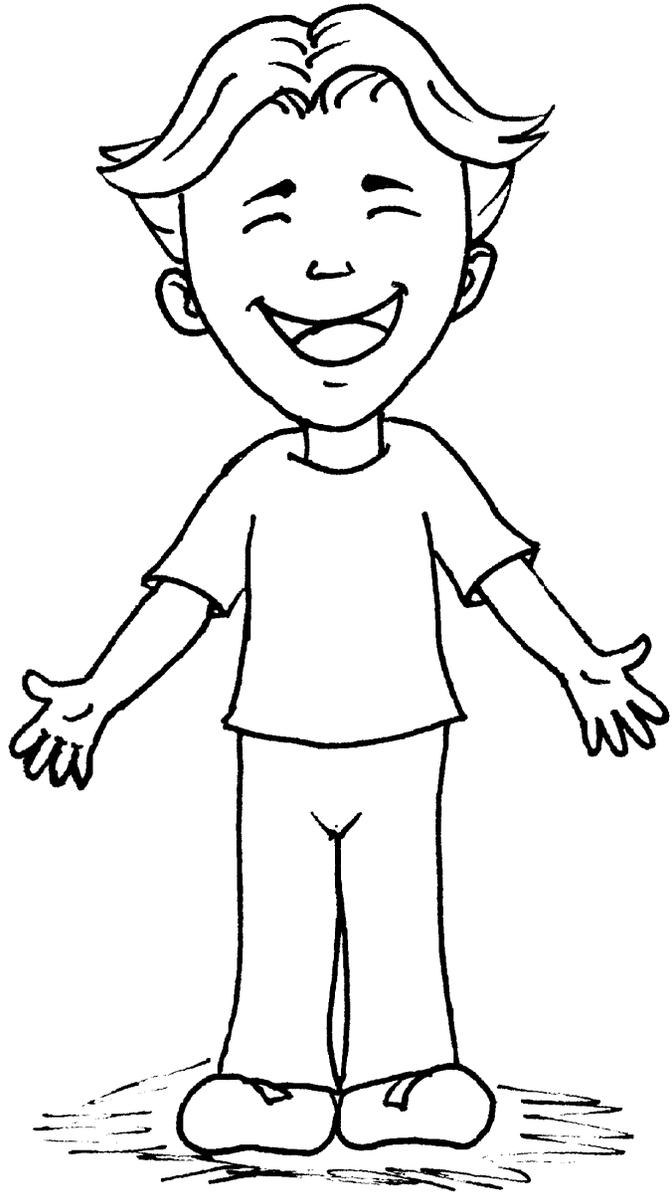
#### Hoja de Respuestas

1. (a) (b)
2. (a) (b)
3. (a) (b)
4. (a) (b)
5. (a) (b)
6. (a) (b)
7. (a) (b)
8. (a) (b)
9. (a) (b)
10. (a) (b)
11. (a) (b)
12. (a) (b)
13. (a) (b)
14. (a) (b)
15. (a) (b)
16. (a) (b)

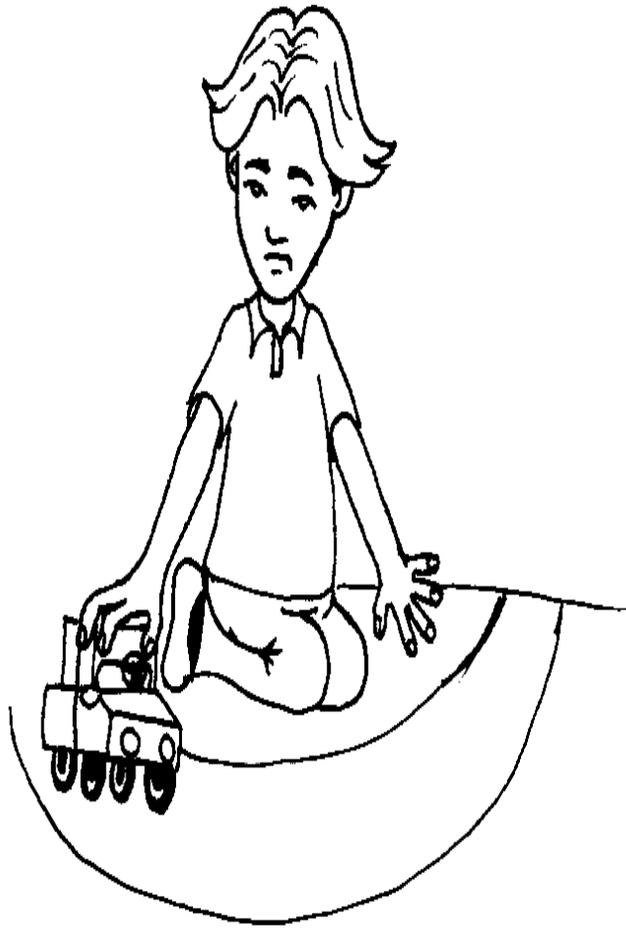
Observaciones: \_\_\_\_\_

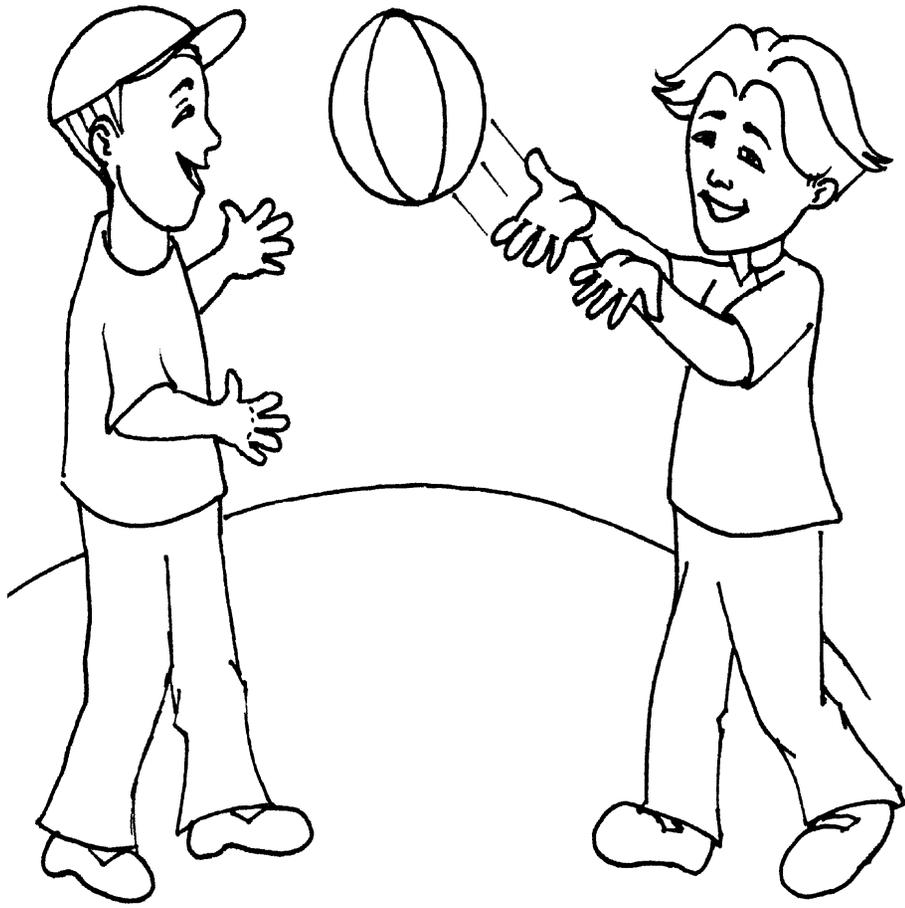
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

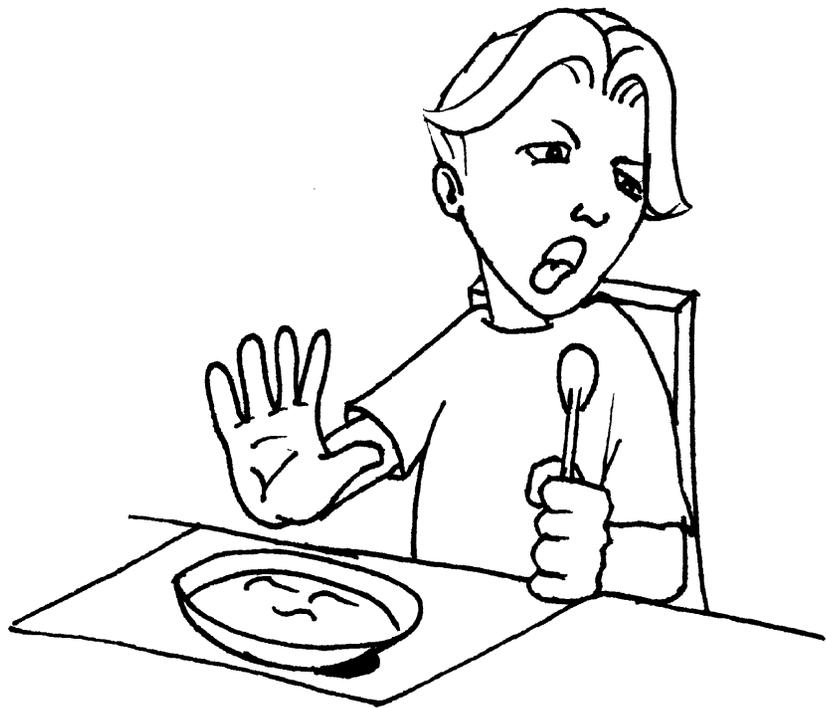




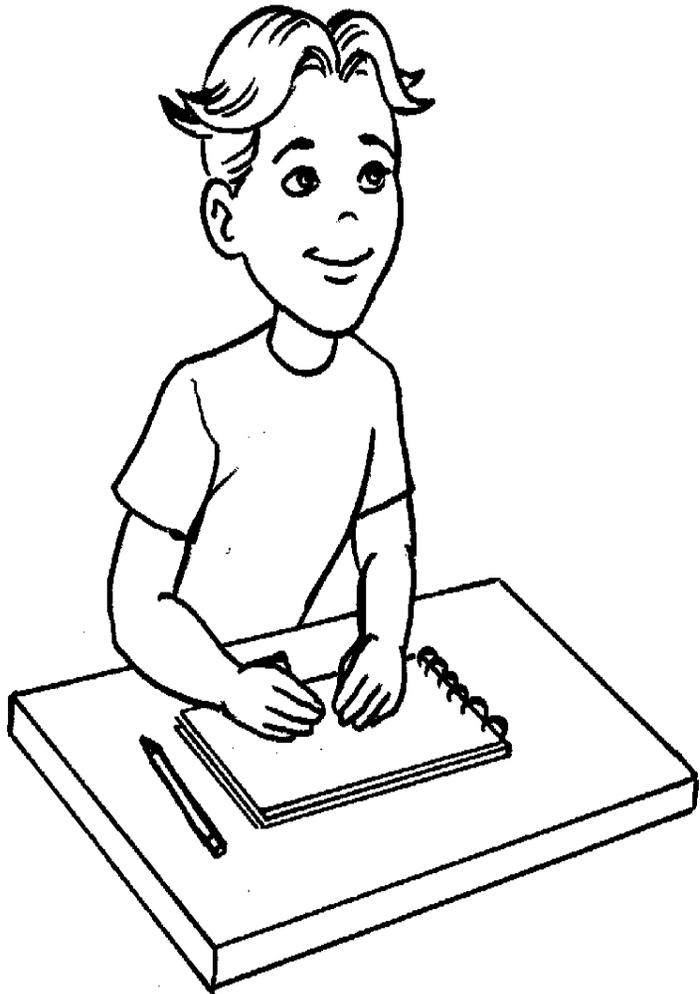




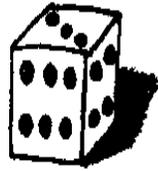




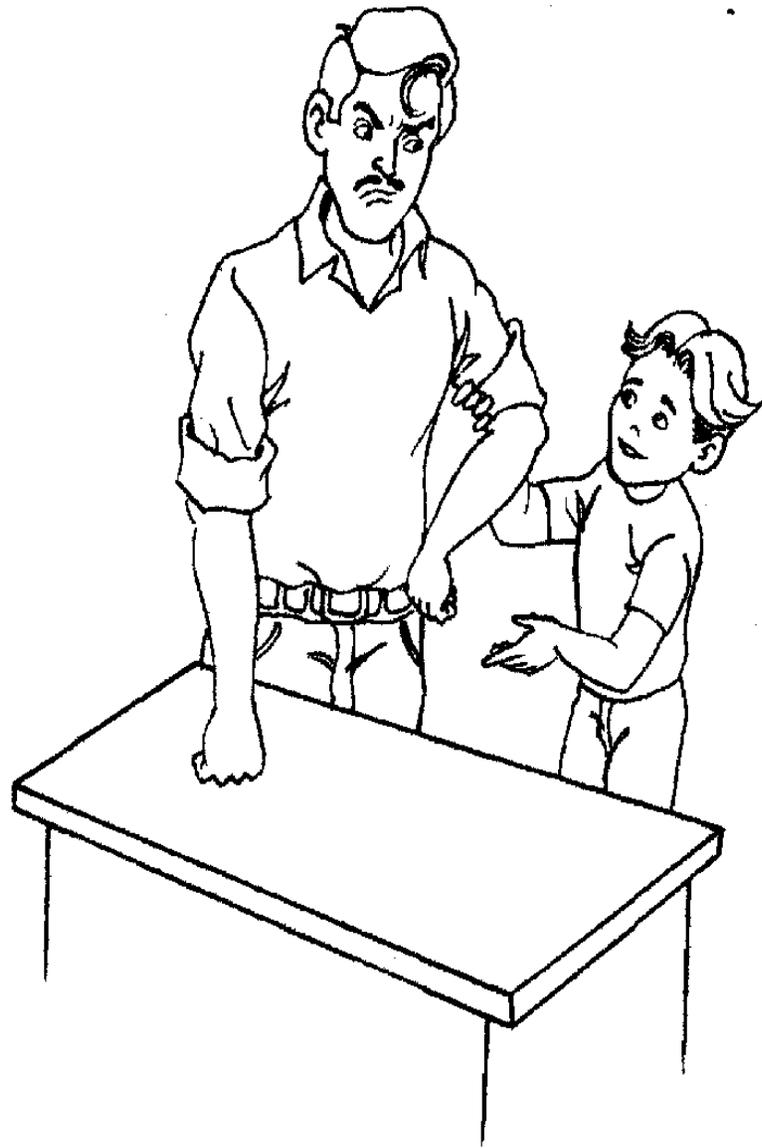


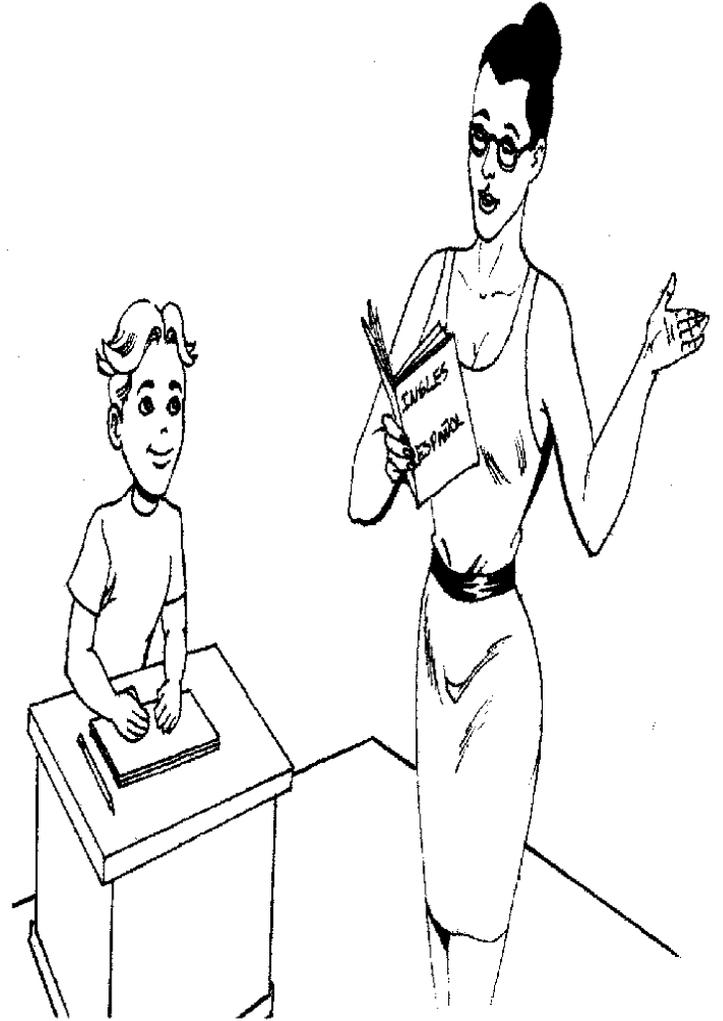
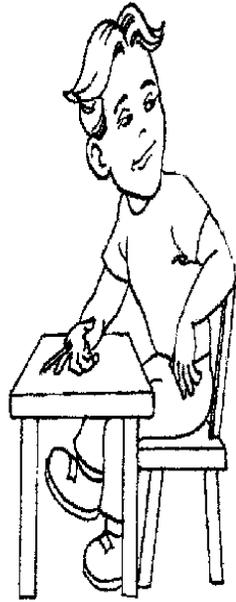
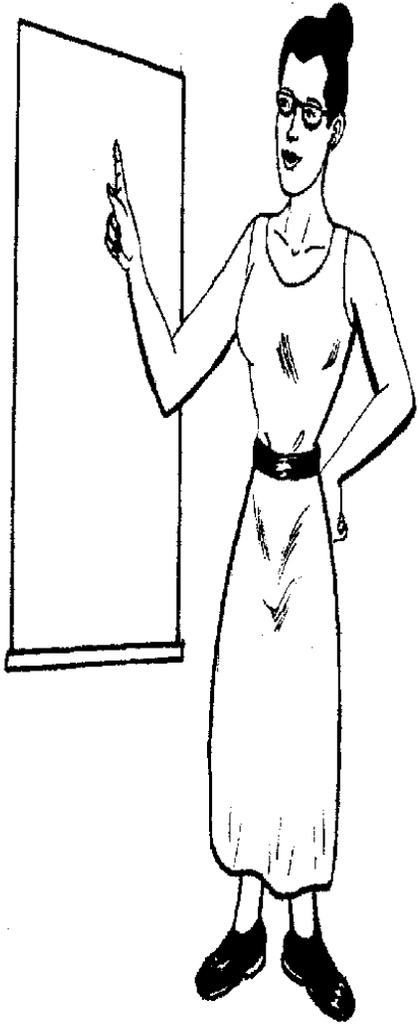






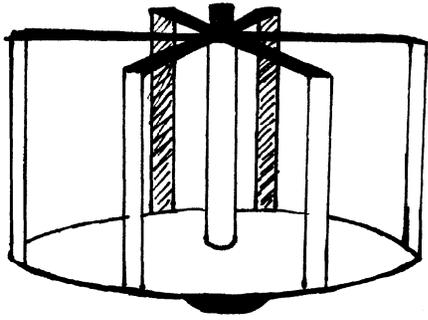


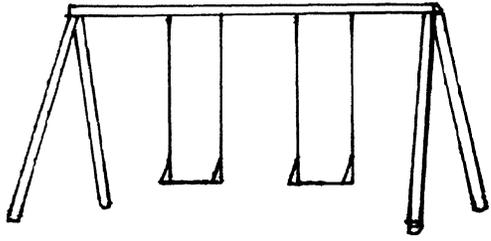


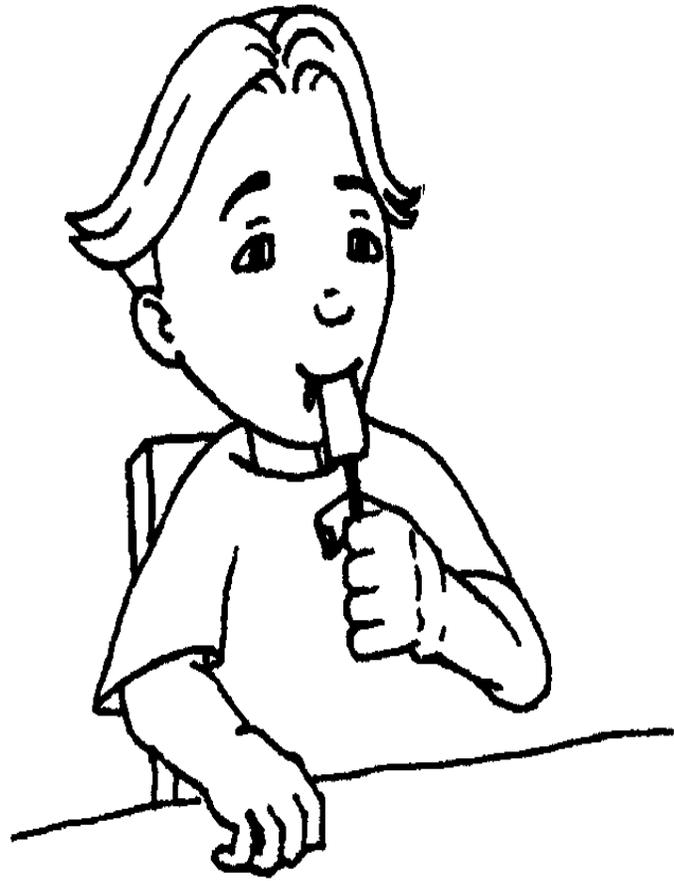


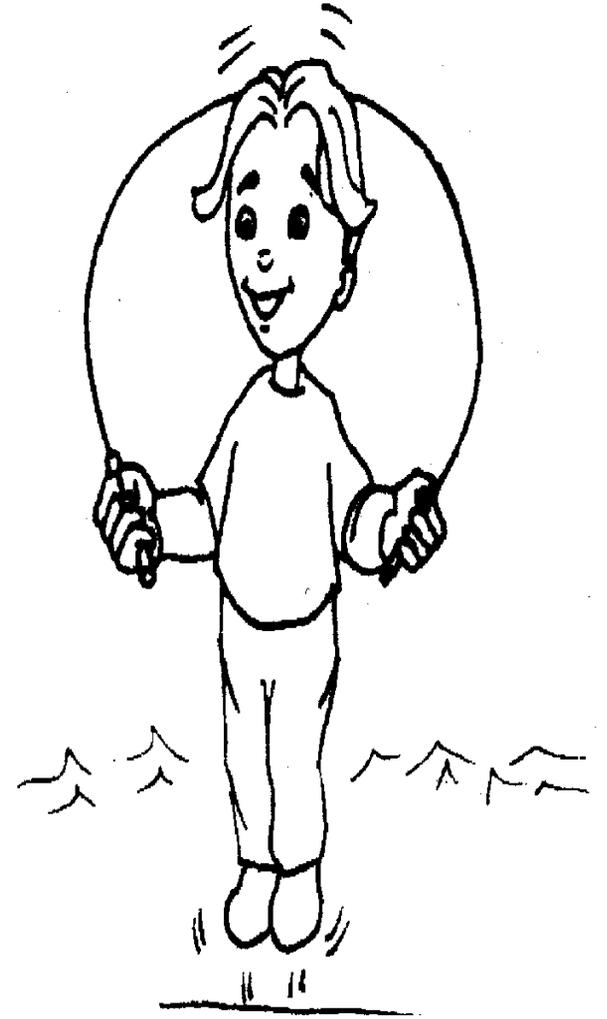
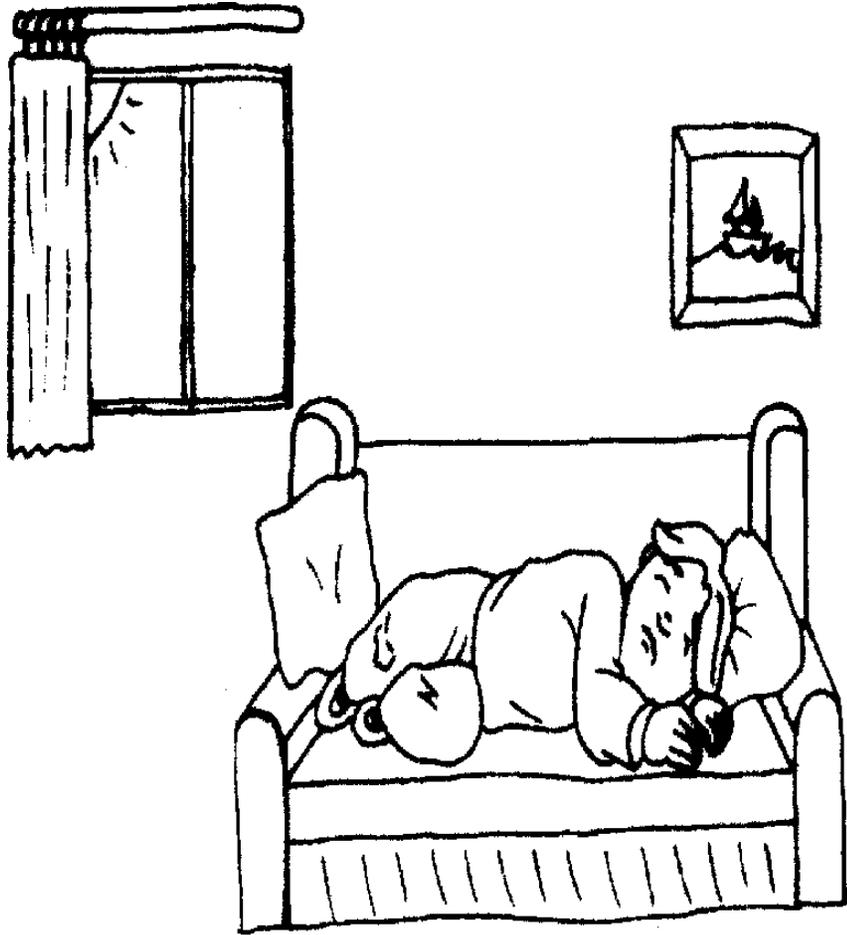


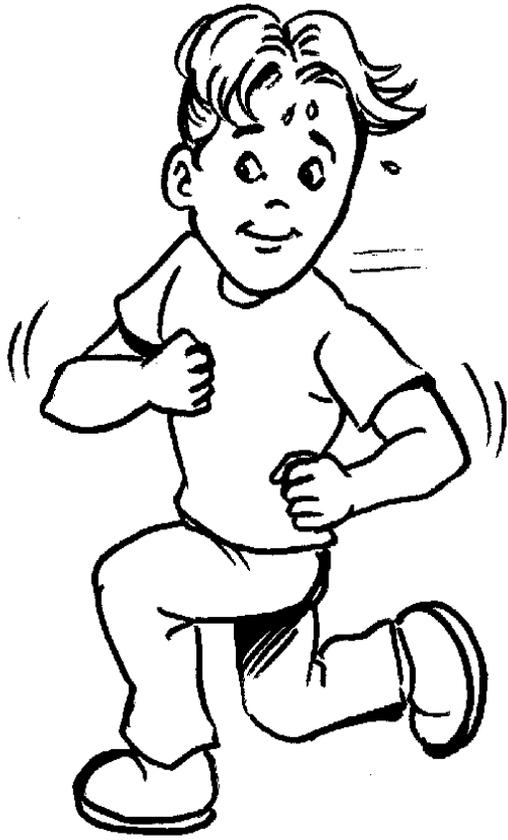


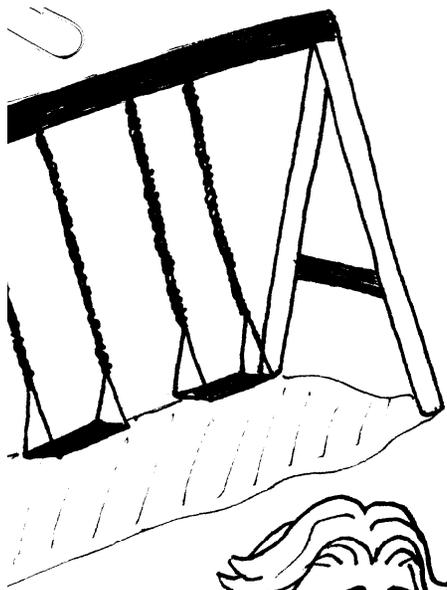




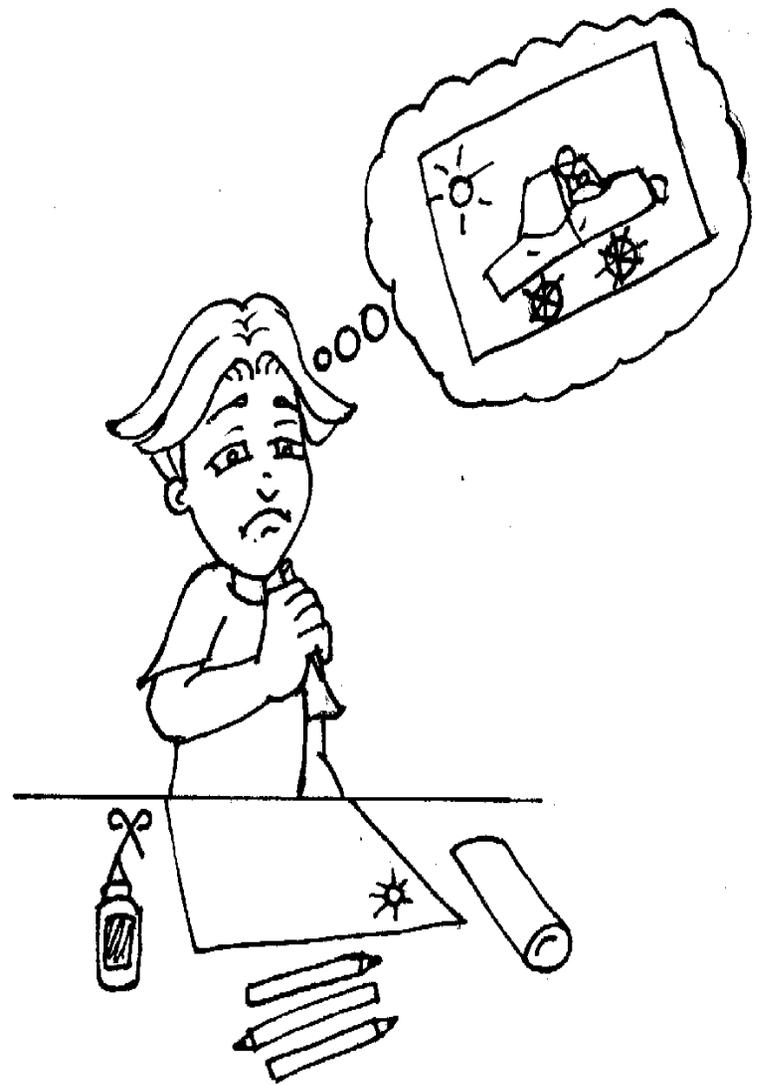






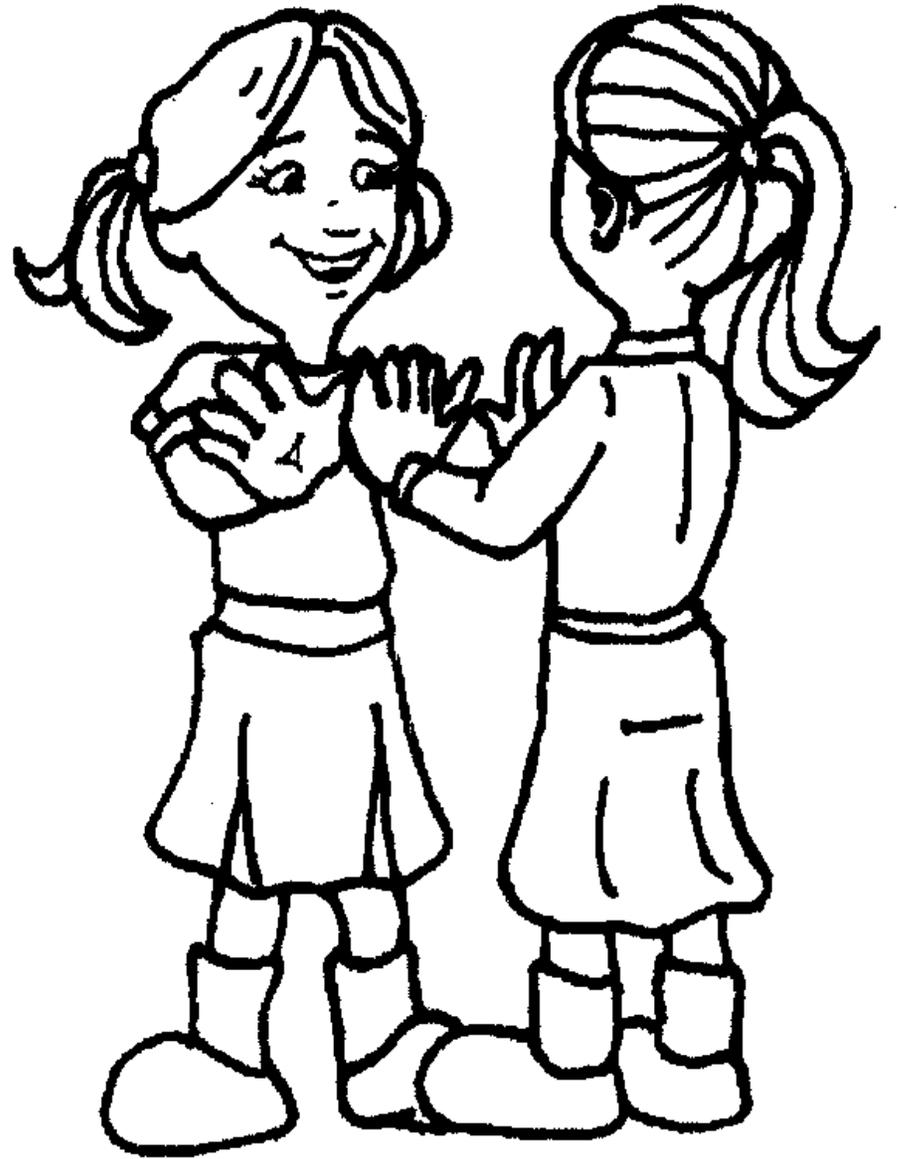


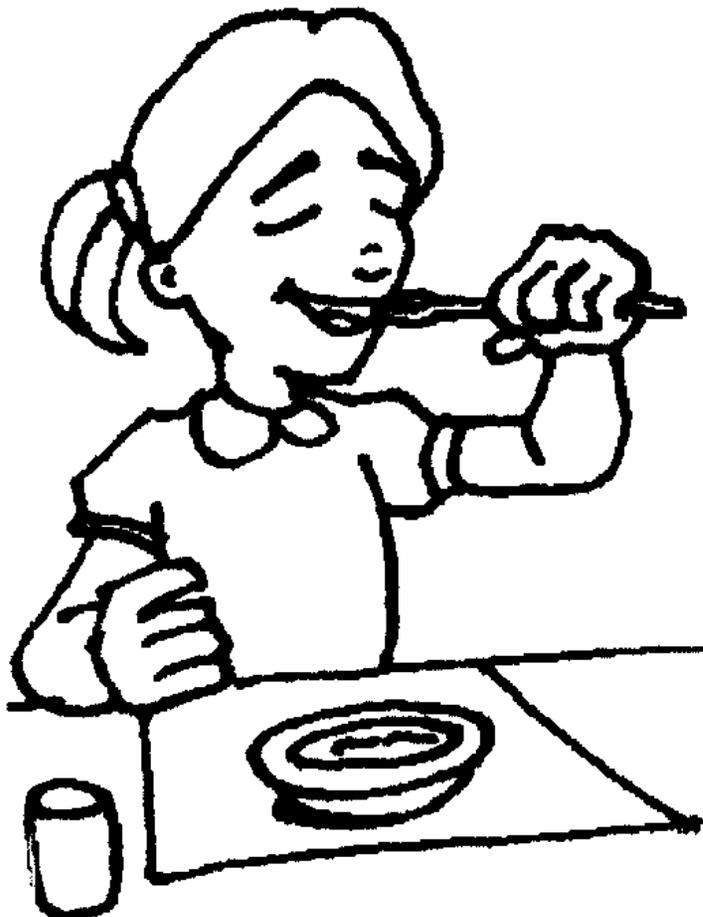


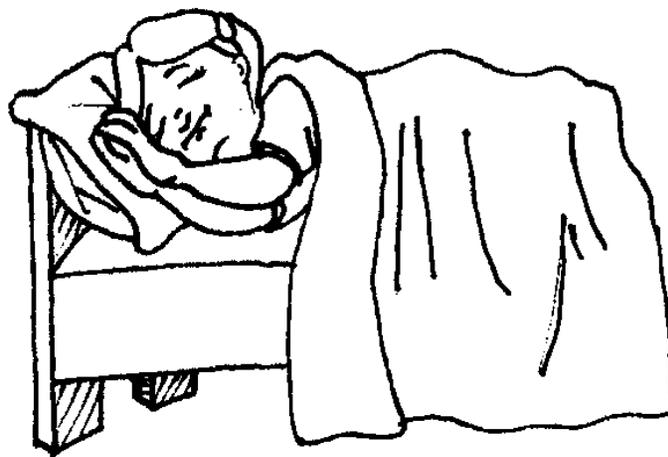
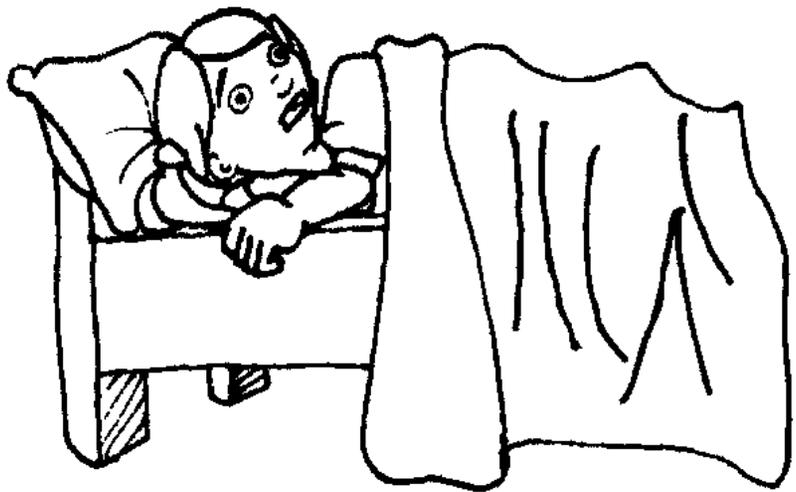
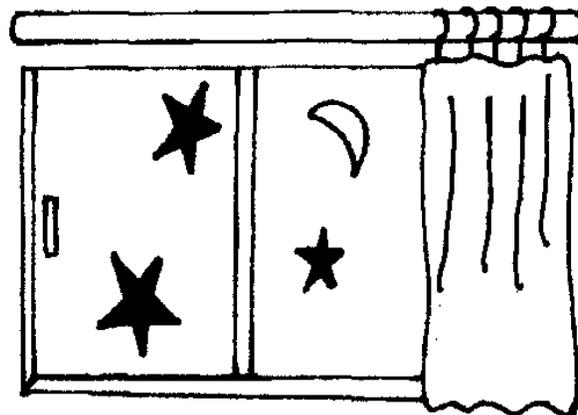
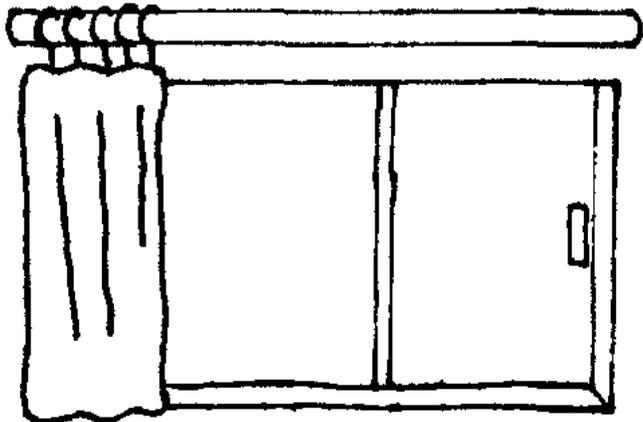








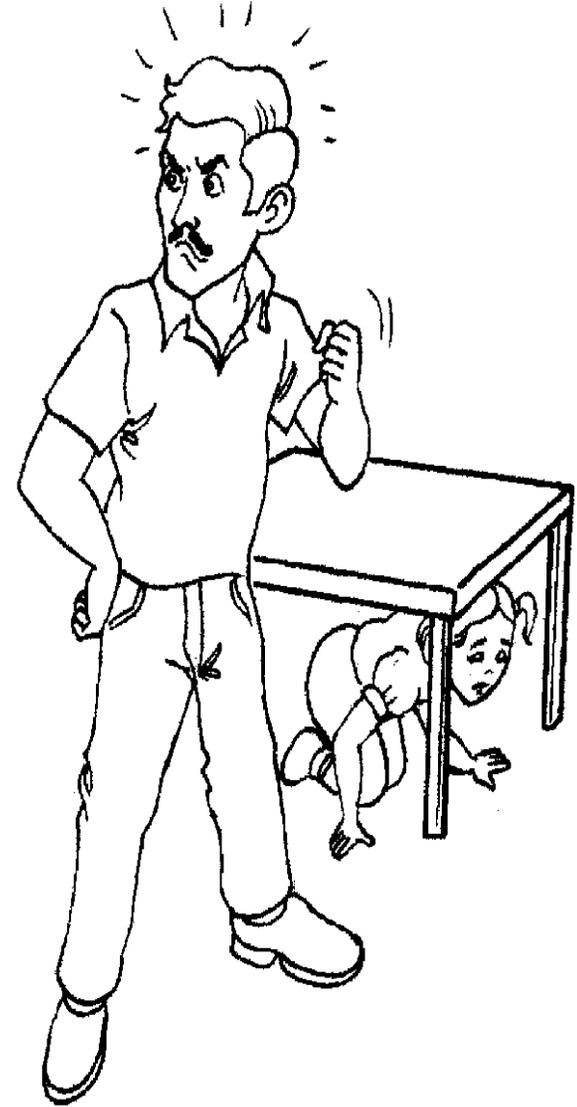
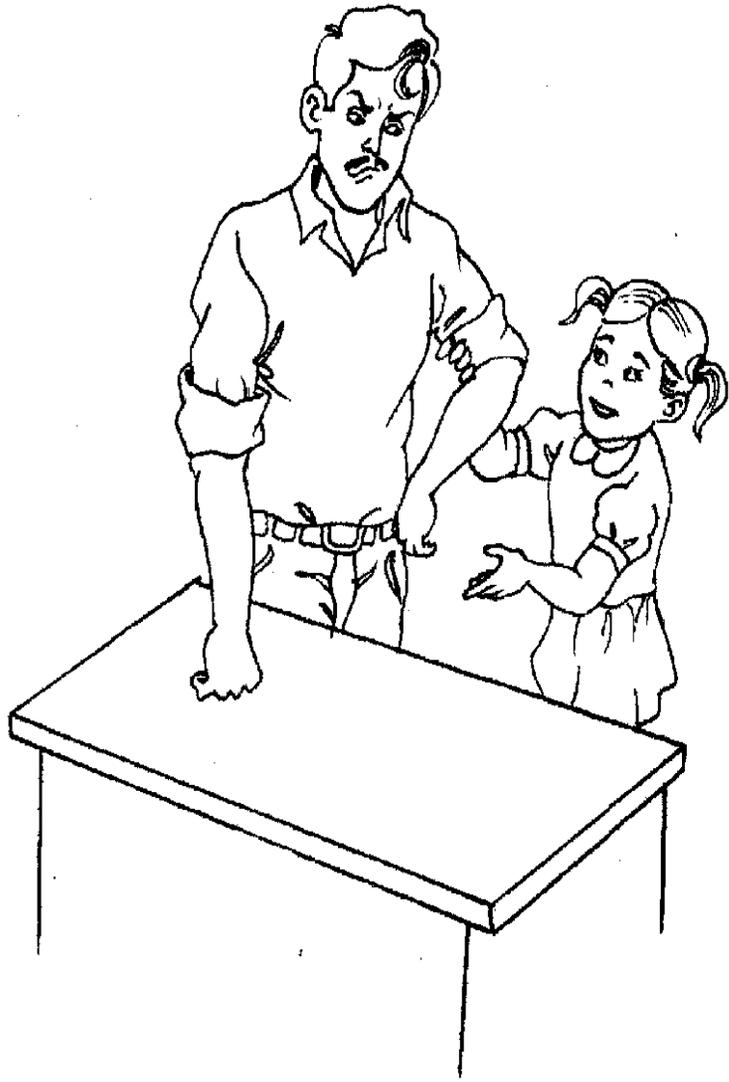


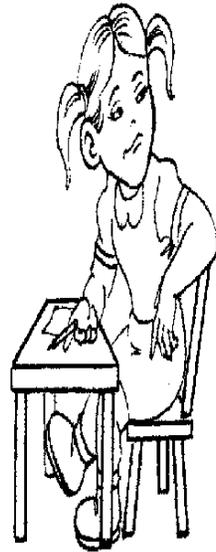
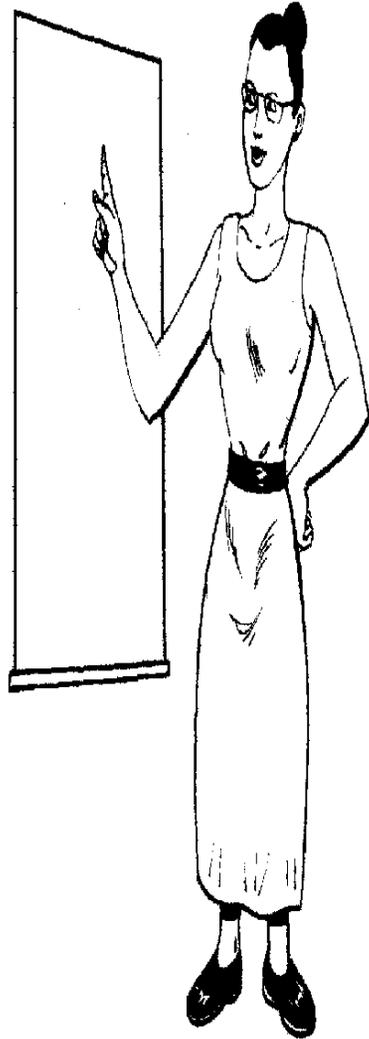


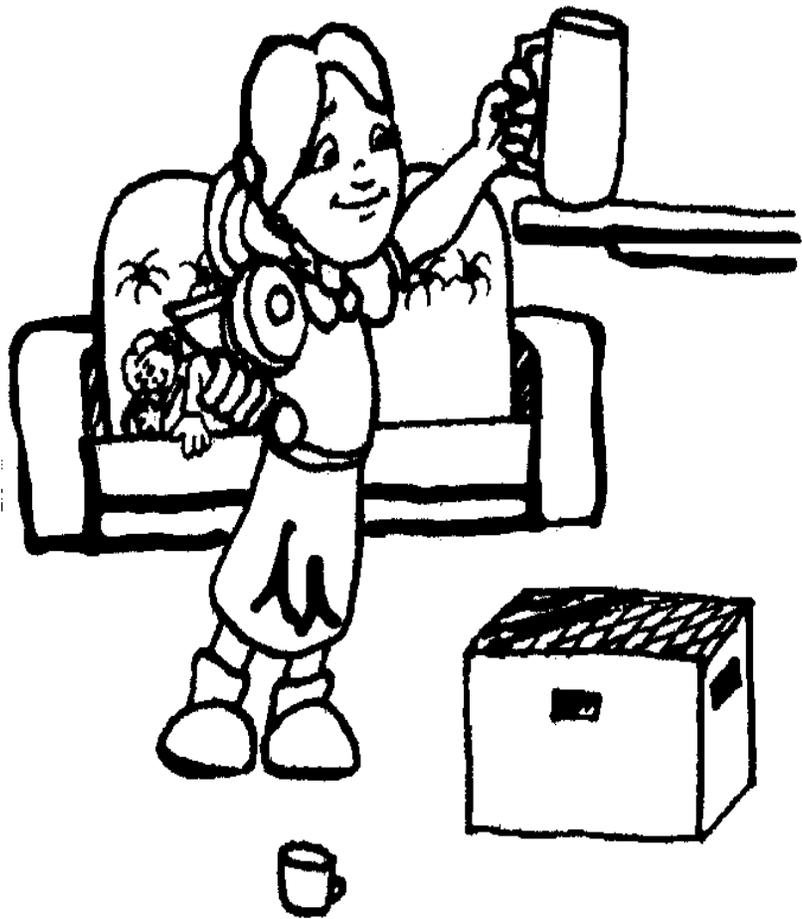






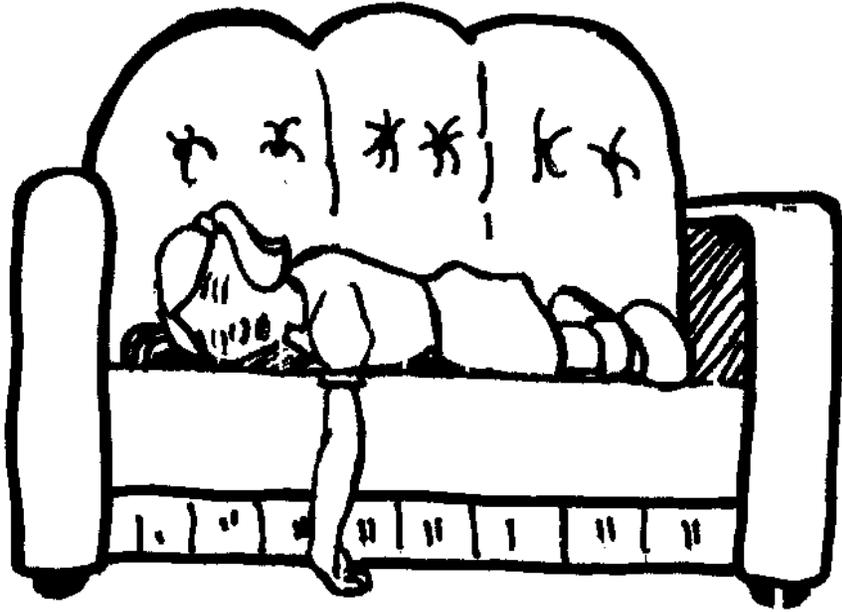
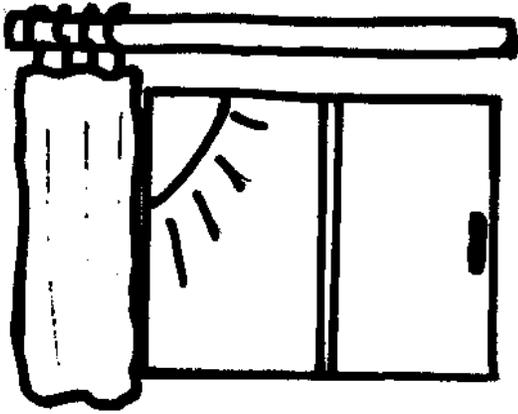








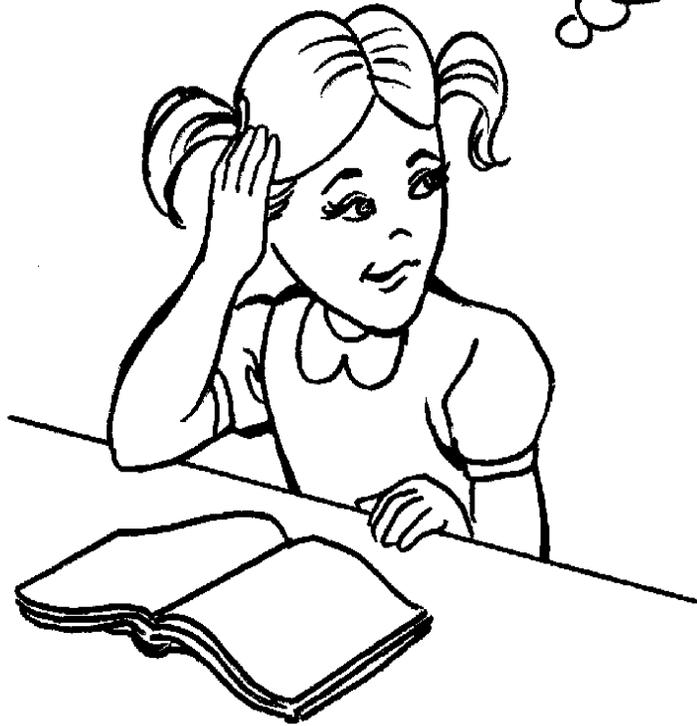












## **Bibliografía.**

- Beck, A. T (1988) Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects Harper and Row.
- Bell J. E. (1948) Técnicas proyectivas: Exploración de la dinámica de la personalidad, Paidós : Buenos Aires
- Bellak L. (1990) Test de apercepción infantil con figuras humanas, Paidós : México.
- Bowlby, J. L. (1983) La pérdida afectiva: tristeza y depresión, Paidós: Argentina
- Cantwell, Dennis P. y Carlson, Gabrielle A., (1987) Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia, Martínez Roca: Barcelona.
- Cicchetti, D. V., Y. Sharma, and E. Cotlier. (1982) Assessment of Observer variability in the classification of human cataracts. Yale Journal of biology and medicine. Vol. 55, 81-88.
- Clark-Carter, D., (2000) Investigación cuantitativa en psicología, Oxford University Press: México.
- Cobo, C., (1992) La depresión infantil. Del nacimiento a la adolescencia, Temas de hoy: España.
- Coolican, H., (1997) Métodos de investigación y estadística en psicología, El manual Moderno: México 2da Ed.
- Craig, G y Baucum, D., (2001) Desarrollo psicológico, (8va Ed.) Pearson educación: México,

- Cummings E., Mark D. y Patrick T., (1994) Maternal depression and child developmen, The Journal Of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, vol 35, Num 1, 73-112. Londres.
- De la Fuente, R., Heinze, G., Berlanga, C., (2000) La depresión en la infancia, Funsalud-SB: México.
- Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-X, (1992) Meditor
- Del Barrio, M., (2000) Trastornos depresivos, en González, R., (Cor), Psicopatología del niño y del adolescente, (pp. 229-257) Pirámide: Madrid.
- Doménech y Polaino, A., (1986) Breve recuerdo histórico, en Polaino-Lorente, A. (Ed), Las depresiones infantiles, (pp. 13-35) Ediciones Morata: Madrid.
- Doménech Llaberia, Araneda, Xifró y Riba (2003), Escala de depresión Preescolar para Maestros (ESDM 3-6): Primeros resultados de validación. Psicotema Vol. 15 Num. 4, 575-580.
- Domínguez J. R. y Pérez G. J. (1978) La vida afectiva del párvulo, en García M. E. (Ed.) Biología, psicología y sociología del niño en edad preescolar, (pp. 73-87) Ediciones Ceac: Barcelona.
- Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo-Americana (1995) Tomo 27, Espasa- Calpe S. A. : Madrid.
- Freud, S. (1915) Duelo y melancolía. Obras completas, Biblioteca nueva: Madrid.
- Garnica R; (1997) Depresión Infantil Diagnóstico y Tratamiento, Psiquiatría, Vol. 8, Num. 3.

- Gessell A. (1956) El niño de 1 a 5 años, Paidós: Barcelona.
- Gran Espasa Universal Enciclopedia (2005) Vol. 12 Espasa Calpe S. A.: Madrid.
- Ingram E., Ritter J., (2000) Vulnerability to Depression: Cognitive Reactivity and Parental Bonding in High-Risk Individuals, Journal of Abnormal Psychology, vol 109, Num 4, 588-596. Washington DC.
- Jane, Araneda, Valero y Domench-Llaveria (2000), Evaluación de síntomas depresivos en niños preescolares: Concordancia entre los informes de padres y maestros, Psicotema Vol. 17 Num. 3 567- 571
- Kashani J., Holcomb W. y Orvaschel H. (1986) Depression and depressive symptoms in preschool children from the general population. American Journal of Psychiatry, Vol 143 No 4. 1138-1142.
- Kashani J., Ray J. y Carlson G. (1984) Depression and depressive-like states in preschool-age children in a child development unit. American Journal of Psychiatry, Vol 141 No 11. 1397-1402.
- Kerlinger, f., Lee, H., Investigación del comportamiento, Métodos de investigación en Ciencias Sociales, (4ta Ed.)Mc Graw-Hill / Interamericana: México.
- Klein, M (1990) Amor, Culpa y Reparación, Paidós: Barcelona
- Luby, Mrakotsky, Heffelfinger, Brown, Hessler y Spitznagel (2003), Modification of DSM IV criteria for depressed Preschool children. American Journal of Psychiatry. Vol. 160 Num. 6, 1169-1172.
- Macias, G., (1985) La depresión infantil, Salud Mental, Vol.8 Num. 4, 3-7. México.

- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV, (1995) Masson: Barcelona.
- Martínez A., (1997) Abuso sexual en la niñez y sus repercusiones psicoemocionales, Revista Psicología Contemporánea, vol 4, Num 1, 56-63. México.
- Mendels, J. S (1972) La Depresión, Herder: Barcelona.
- Mendez F. X. (2002) El niño que no sonríe. Estratagias para superar la tristeza y la depresión infantil, Piramide: Madrid.
- Mujina (1978) Psicología de la edad preescolar. Un manual completo para comprender y enseñar al niño desde que nace hasta los 7 años, Pablo del Rio Editor: Madrid
- Piaget J. (1961) La formación del símbolo en el niño: Imitación, juego y sueño. Imagen y representación, Fondo de Cultura Económica: Mexico.
- Pla E., (2003) Estudi epidemiologic de la depressió major en infants de 3-6 anys. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona
- Polaino, A., (1988) Las depresiones en la infancia y en la adolescencia, en Polaino-Lorente, A. (Ed), Las depresiones infantiles, (pp. 37-52) Ediciones Morata: Madrid.
- Rosselló J., y Martínez A., (1997) Depresión en la Niñez y Adolescencia: Aportes de la Investigación, Revista Psicología Contemporánea, vol 4, Num 1, 64-75. México.
- Seligman, M (1979) Indefensión en la Depresión, el Desarrollo y la Muerte, Debate: Madrid.

- Selltiz, C., Wrightman, L., Cook, S., (1980) Métodos de investigación en las relaciones sociales, Ediciones Rialp: Madrid España.
- Shaffer, D., Waslick B., (2003) Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes, Ars. Médica: Barcelona.
- Stern E., Lynch L., Oates R. y Cooney G., (1995) Self esteem, depression, behaviour and family functioning in sexually abused children, The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, vol 36, Num 6, 1077-1089, Oxford.
- Val, M. (1988) Aspectos Psicológicos de los desordenes afectivos, en Programa de Cooperación Internacional En Salud Mental (Ed), Depresión Aspectos Clínicos y Tratamiento, (89-104) Editado por Moisés Gavira M.D y Ovidio A. De León: USA
- Villamisar y Polaino, A., (1988) Una revisión del concepto de depresión infantil desde la perspectiva clínica, en Polaino-Lorente, A. (Ed), Las depresiones infantiles, (pp. 54-66) Ediciones Morata: Madrid.
- Wolf, (1983) Trastornos psíquicos del niño: causas y tratamiento, (6ª Ed.) Siglo XXI: España.

#### Referencias electrónicas

- Adrianzen C. (2000) Depresión en niños y adolescentes, recuperado 04-abril-2006 de:  
  
<http://www.fihu-diagnóstico.org.pe/revista/numeros/1998-99-setoct98/280-293.htm>.
- Pedreschi J. (2002) Factores de riesgo familiares para la depresión en niños, recuperado 04-abril-2006 de:

[http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/22\\_pedreschi.pdf](http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/22_pedreschi.pdf)

- Pont A. T. (2002) Posibilidad de detección de Conflicto sexual a través de las Técnicas Proyectivas (Especial referencia al Test de Rorschach, T. R. O. de Philipson y Test Gráficos) recuperado el 13-octubre-2008 de:  
[http://www.grafologiauniversitaria.com/tecnicas\\_proyectivas.htm](http://www.grafologiauniversitaria.com/tecnicas_proyectivas.htm)