

76
2ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA

DESCRIPCION DE LOS TRATAMIENTOS CONDUCTUALES Y COGNOSCITIVOS
PARA LA DEPRESION INFANTIL

T E S I S
PARA OBTENER EL GRADO DE :
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :
ISABEL GUERRERO SOLARES
TERESITA MAYELA HIDALGO GONZALEZ

DIRECTOR DE TESIS:
LIC. LYDIA BARRAGAN TORRES

DIRECTOR DE LA FACULTAD:
MTRO. JAVIER URBINA SORIA

MEXICO, D.F.

1992

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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 está 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.

R E S U M E N

El objetivo del presente trabajo fué investigar documentalmente los tipos de tratamientos conductuales y cognoscitivos para el tratamiento de la depresión infantil que se han desarrollado.

Para la consecución de dicho trabajo se revisó inicialmente la perspectiva teórica del desarrollo de la depresión infantil, siendo ésta el sustento en el que se fundamentan las técnicas aportadas por los diferentes enfoques.

Asimismo, se consultaron diversas investigaciones que sobre el tema se han generado, con el fin de conocer qué técnicas son mayormente utilizadas en torno a este trastorno.

Se concluyó que el enfoque que más ha estudiado los tratamientos para la depresión infantiles el cognitivo-conductual utilizando frecuentemente técnicas como el entrenamiento de habilidades sociales, reforzamiento y entrenamiento de habilidades de auto-control. En segundo término, con respecto al número de investigaciones consultadas, se ubicó al enfoque conductual el cual reportó un mayor uso de técnicas tales como entrenamiento de habilidades sociales, reforzamiento y modelamiento. El enfoque cognoscitivo reportó el uso de la disputa cognitiva, aunque de éste último sólo se localizó una sola investigación.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	2
CAPITULO I. Antecedentes de la depresión	6
CAPITULO II. Depresión Infantil	13
- Concepto	
- Clasificación	
- Diagnóstico y evaluación	
CAPITULO III. La depresión infantil bajo el enfoque conductual	32
- Skinner	33
- Ferster	35
- Lewinsohn	40
- Wolpe	44
- Bandura	46
CAPITULO IV. La depresión infantil bajo el enfoque cognoscitivo	53
- Beck	54
- Ellis	64
- Seligman	68
- Rehm	70
CAPITULO V. Metodología	76
CAPITULO VI. Resultados y conclusiones	83
- Análisis de los resultados	83
- Conclusiones	94
- Sugerencias y limitaciones	97

	Pág.
- APENDICE	100
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	104

INTRODUCCION

Los problemas de salud mental de la población en general y de los niños en particular ha recibido mayor atención en años recientes. Ningún problema emocional en el niño ha sido más pronunciado que la depresión (Matson, 1989), ésta es frecuentemente referida como el "catarro común" de las enfermedades mentales por su incidencia. Sin embargo hasta hace diez o quince años ha recibido mayor atención entre la comunidad profesional. Este se ha convertido en un trastorno que preocupa a varios investigadores entre los que se puede mencionar a: Reynolds y Stark (1983); Kovacs (1981); Kazdin (1981); Matson (1989); Meichenbaum (1974); etcétera.

La depresión es una entidad patológica que ha tenido gran incidencia en los últimos años por la vivencia de situaciones constantes y muy diversas de tensión, ansiedad, separación o impotencia. Es muy importante que se mantenga un conocimiento actualizado de los trastornos que los niños pueden padecer puesto que éstos constituyen la base del futuro.

Se ha discutido la variación en las tasas de ocurrencia de los síntomas depresivos a través de la edad, como ejemplo se puede citar Rotter (1985), quien encontró tres casos de depresión en una muestra de dos mil niños menores de 12 años y en una muestra similar pero con niños de 14 a 15 años, se encontraron nueve casos de depresión pura y veinte con desordenes afectivos mixtos. En otro estudio realizado por Pearce (1978) donde se examinaron a 547 niños enfermos, aproximadamente nueve niños prepúberes (menores de 12 años) mostraron síntomas depresivos y uno de cuatro postpúberes (mayores de 12 años) mostraron depresión. De esto se puede concluir que deben tomarse en cuenta dos factores básicos para el desarrollo de este padecimiento: 1) la

forma del desorden puede variar a través de la edad y 2) que el número de personas deprimidas puede ser mucho mayor entre adolescentes que entre niños más pequeños.

En la revisión de literatura sobre el tema, se ha encontrado que la depresión infantil en algunos casos es similar a la manifestada en los adultos. Sin embargo, como se presenta posteriormente existen síntomas característicos en el caso de los niños, que la distinguen; éstos pueden presentarse en forma cubierta o enmascarada a través de problemas de conducta. A partir de las diferencias notadas, se han tratado de desarrollar diversos tipos de tratamiento, intentando realizar las modificaciones propias para los niños, tal es el caso de las técnicas propuestas por los enfoques conductuales y cognoscitivos las cuales serán expuestas por considerarse tratamientos efectivos y rápidos.

En la presente investigación documental se realizará una descripción de los enfoques conductual, cognoscitivo y cognitivo-conductual para el tratamiento de la depresión infantil debido a que estos modelos tienen una sólida metodología experimental.

Las características anteriores permiten el que los tratamientos se puedan analizar de manera más objetiva, a la vez que garantizan el que se replique la técnica con un alto grado de confiabilidad. Además, estos modelos permiten una mejoría sintomática en un menor tiempo ayudando al paciente a desarrollar habilidades que le serán útiles en otras situaciones a parte de la tratada.

Los tratamientos retomados son los propuestos por teóricos como Skinner (1953), Ferster (1973), Lewinsohn (1974), Wolpe (1979) y Bandura (1977) como representantes del enfoque conductual, Beck (1970 Bis) y Ellis (1962) como representantes del enfoque cognoscitivo y por último como representantes del enfoque cognoscitivo-conductual se retoman los teóricos Seligman (1974) y Rehm (1977) quienes retoman bases teóricas de ambos enfoques.

Por último se detallarán diversos estudios que utilizaron técnicas conductuales y cognoscitivas, con el fin de determinar su frecuencia de uso e investigaciones generadas al respecto de los tratamientos para la depresión infantil.

Para llegar a una buena comprensión del trastorno depresivo infantil se revisarán aspectos teóricos tales como: el proceso histórico de la depresión, concepto, clasificación, diagnóstico y evaluaciones frecuentemente usadas. Lo anterior con el fin de ofrecer mayor información de la teoría que sustenta y justifica los tratamientos para la depresión infantil bajo los enfoques retomados.

El objetivo general de la presente investigación documental es describir la instrumentación de los tratamientos que para la depresión infantil proponen los enfoques conductual y cognoscitivo. Asimismo, se ofrece una revisión actualizada que servirá de material de consulta para profesionales interesados en el área de depresión infantil y en especial para los que tengan una formación conductual y/o cognoscitiva.

Para alcanzar dicho objetivo se revisarán los siguientes contenidos: En el capítulo I se revisará el desarrollo del concepto de depresión a través de la historia y en particular de la depresión infantil para un mayor entendimiento del trastorno; en el capítulo II se detalla la metodología empleada en el desarrollo del presente trabajo; en el capítulo III se describirán las definiciones, clasificaciones, diagnósticos y evaluaciones más frecuentemente usadas en el trastorno de la depresión infantil como base para un tratamiento adecuado; el capítulo IV comprende una exposición de los modelos planteados por los teóricos conductuales para el tratamiento de la depresión infantil, el capítulo V describe los modelos planteados por los teóricos cognoscitivos y cognitivo-conductuales para el tratamiento de la depresión infantil; el capítulo VI detallará la instrumentación de los tratamientos conductuales, cognoscitivos y cognitivo-conductuales empleados en la depresión infantil en base a las investigaciones recopiladas.

Esta revisión es de importancia si se consideran los efectos que conlleva la depresión en términos tanto conductuales como cognoscitivos ya que los individuos que presentan este trastorno en forma crónica afectarán a la sociedad, pues se presentará apatía ante las actividades realizadas, bajo rendimiento escolar, riesgo suicida, alteraciones en el sueño, etcétera; por lo que se hace indispensable el que se incida oportuna y eficazmente para que el individuo incremente su conducta adaptativa y modifique sus cogniciones referentes a su entorno y a si mismo (Hernández y Ramirez, 1984).

CAPITULO I

ANTECEDENTES DE LA DEPRESION

El término "depresión" se ha venido conceptualizando de diferentes maneras; así como también, han habido cambios en cuanto a la relevancia que se le ha asignado. A continuación se retomarán de manera sucinta las vicisitudes que este término ha sufrido a través de la historia.

La expresión era considerada, en un principio, en términos de melancolía y se explicaba a través de su relación con lo fisiológico así como con la presencia de ciertas condiciones mentales. Es importante hacer mención que, en ese entonces, el sujeto que padecía de melancolía era considerado como un demente (Stanley, 1989).

Posteriormente, en los años 50's D.C., se destaca la relación médico-paciente como un aspecto importante a considerarse para su tratamiento ya que se sugería para la desaparición de la tristeza que se entreluviera al paciente con historias divertidas, con trabajos y persuadiéndolo a interesarse más en la alegría que en la ansiedad a través de actividades de grupo e introduciéndolo a la psicoterapia.

En el año 80 se avanza notoriamente en la descripción clínica de esta enfermedad. Sin embargo durante la Edad Media se contemplaban los orígenes de la depresión en espíritus y causas sobrenaturales.

Más adelante, en el siglo XVII se reconoce a las pérdidas como factores causales de la depresión y es entonces que se inicia el análisis de los vínculos afectivos de deprimidos con un objeto o persona.

En 1755 se describía ya el trastorno cíclico maniaco-depresivo pues se observó que los pacientes alternaban en su enfermedad un padecimiento con otro; una fase del trastorno se caracterizaba por la tristeza y el miedo; mientras que la otra, la manía, se caracterizaba por la audacia y la furia.

Posteriormente Krafft-Ebing en 1893 (Stanley, 1989), mencionó que el fenómeno fundamental de la melancolía consistía en una dolorosa depresión emocional, lo cual carecía de alguna causa aparente, y que las actividades mentales tenían un decremento significativo. Para este autor las fuentes de dolor se basaban en una percepción desagradable del mundo externo. Lo más doloroso para el paciente se debía a la remembranza de las cuestiones emocionales en cuanto a la pérdida de vínculos agradables y la presencia de ideas y sensopercepciones desagradables. El paciente consecuentemente tenía el deseo de huir de la gente y tomar una actitud hostil hacia su medio ambiente, o bien una postura de indiferencia hacia la vida en general. También mencionó que la melancolía se puede manifestar de dos formas: simple y con estupor. En la primera se presentaban síntomas de inhibición mental basados en barreras esencialmente psíquicas que se erguían debido a un doloroso significado mental de experiencias pasadas. Como resultado de esto, propiciaba una profunda disminución de la confianza en sí mismo. El individuo con melancolía simple era pasivo y puede llegar a alcanzar un grado tal en el que no tenga actividades psicomotoras.

Tiempo después, son Roubinovitch y Toulouse en 1897, quienes mencionaron que la melancolía es sobre todo una emoción patológica de tristeza sin causa alguna, con tendencia a la

desesperación y cuyo síntoma principal es la angustia. La angustia mental del melancólico es una emoción crónica dolorosa que muchas veces envuelve al campo de la conciencia; el paciente cree que no se podrá liberar de esa angustia mental. A veces la tristeza es reemplazada por el terror y puede llevar al paciente al estado de estupor.

Otro de los teóricos que realizó importantes contribuciones al desarrollo del término depresivo fue Karl Abraham, quien en 1912 (citado en Lebovici, 1971) trata de diferenciar a la depresión de la melancolía; llama depresión melancólica normal a la que surge ante la muerte de un ser querido; y depresión melancólica, a aquella en la cual el individuo presenta constantes sentimientos de culpa. Afirmaba que el odio es el sentimiento dominante en la etapa previa a la depresión, pero como este sentimiento resulta inaceptable para la persona es reprimido y por ende proyectado. La persona se siente odiada a causa de defectos innatos, por lo que se deprime.

Freud (1917), en su artículo "duelo y melancolía" acepta las ideas de Abraham tratando de esclarecer la relación entre el duelo y la melancolía; puntualizando que en el duelo el objeto es perdido debido a una muerte real; y en la melancolía existía una pérdida interna debido a la relación ambivalente que el sujeto tenía con el objeto perdido.

En lo que respecta a la depresión infantil K. Abraham, en 1912 (citado en Stanley, 1989) fijó su atención en la dinámica de la misma pero no se reconoce como una entidad clínica por considerarlo parte de las características del desarrollo en el niño. Es hasta el año de 1927 que Sandor Rado, hace una descripción de la psicodinámica de la melancolía y es el primero en hacer referencia a la infancia como una etapa en la cual se basan los conflictos depresivos.

Ya para la década de los 60's, se hace más evidente el interés respecto al desorden depresivo infantil, a través del auge que se le da a la psicopatología del niño (Cytryn, 1980).

Lebovici (citado por Kholer y Beruard, en Annell, 1971) menciona que hay evidencia de que el estado depresivo existe en el caso del infante ya que el estudio de numerosos casos así lo confirman, en donde niños nerviosos son asténicos (falta de fuerza muscular, debilidad general del organismo) y sin gusto al esfuerzo.

Stark, Reynolds y Kaslow (1987) indican que se ha dado un rápido crecimiento de las investigaciones. Estos estudios señalan que los niños pueden manifestar clínicamente niveles significativos de depresión (Cylryn, McKnew & Bunney, 1980) y de manera análoga a las presentadas por los adultos (Kovacs & Beck, 1977).

El síndrome de depresión en niños no es un fenómeno de desarrollo pasajero o transitorio, pero es un auténtico desorden afectivo que justifica la atención clínica (Kovacs, 1985). Los episodios de depresión en niños son remitidos al poco tiempo que se presentan tendiendo a ser de larga duración y a repetirse (Kovacs, Feinberg, Crouse-Novak, Paulaskas y Finkelstein, 1984). Además la depresión conduce a un serio trastorno en el desarrollo normal del niño (Puig-Antich et al., 1985) y puede resultar en conductas autodestructivas y de amenaza hacia la vida del paciente (Carlson y Cantwell, 1980). Claramente, existe una necesidad del desarrollo y evaluación empírica de programas de tratamiento para la depresión infantil, siendo el análisis documental de dichos programas el tema central de esta investigación.

Como anteriormente se mencionó, la depresión ha sido causa de severos sufrimientos humanos, muchos investigadores han descrito varios síntomas y sentimientos que la acompañan. Sin embargo, no fué sino hasta el comienzo del siglo XX que se desarrollaron las teorías psicológicas, y dentro de ellas los modelos teóricos y clasificaciones nosológicas que llevan a un mejor entendimiento del cuadro depresivo.

De esta manera, se presentarán a continuación los modelos conductual, cognoscitivo y cognitivo-conductual que hasta la fecha han estudiado el fenómeno de depresión infantil.

Modelos Conductuales.

La teoría del aprendizaje y las teorías conductuales dan un nuevo enfoque al estudio de la depresión, Seligman (1974, 1976), hipotetiza que la gente se deprime cuando siente una pérdida de control sobre sus experiencias que han sido reforzadas positivamente (incapacidad aprendida), piensa que algunos individuos expuestos a estímulos aversivos que no se pueden evitar responderán con pasividad e impotencia a situaciones en el futuro. La ausencia de estímulos reforzantes es la causa más importante para que se desarrolle la depresión.

Asimismo, los conductistas enfocan el aprendizaje y las consecuencias del medio ambiente, por lo que consideran a los síntomas de la depresión como resultados de problemas en la interacción del sujeto con el medio ambiente; tal es el caso de Lewinsohn (Kazdin, 1988), quien desarrolló la opinión de que la depresión resulta de la pérdida o reducción de reforzamiento del medio ambiente.

Lazarus (1968), por otra parte opina que la depresión es una función de reforzadores insuficientes o inadecuados. Él piensa que es una cadena que podría explicarse de la siguiente manera: en primer lugar, un reforzador importante es retirado, más adelante la persona entra a un estado en el que se le puede ayudar cuando reconoce y utiliza otros reforzadores, si le falta estabilidad, oportunidad o capacidad para reconocer y utilizar otros reforzadores, puede resultar un estado agudo y crónico de no reforzamiento en una condición en la que el sujeto se convierte refractario a cualquier estímulo y entra al estado de depresión.

Diversos estudios (Frame, Matson, Sonys, Fialkov & Kazdin, 1982; Matson, 1989) mencionan que el tratamiento de la depresión bajo un enfoque conductual puede reducir exitosamente

la frecuencia de las conductas depresivas, sin el uso de medicamentos. Sin embargo, se necesitan más investigaciones adicionales para el análisis de la efectividad de los componentes del tratamiento. Por esta razón, parte de la importancia de este estudio se avoca a la descripción de algunos de los trabajos desarrollados con el fin de reunir información relevante para los interesados en el tema.

Dentro de este enfoque podemos situar a Skinner (1953), quien se basa en el aprendizaje a través de métodos operantes; Ferster (1973), el cual se basa en un análisis funcional del medio ambiente con en interacción con el individuo; Lewinsohn (1974), quien basa su hipótesis sobre la relación del individuo con la pérdida de reforzamiento; Wolpe (1979), basado en la incapacidad condicionada; y Bandura (1977), quien se fundamenta en un aprendizaje social.

Modelos cognoscitivos.

El principal exponente de este modelo es Aaron Beck (1967) quien desarrolló un concepto de la depresión basado en la tríada cognoscitiva que consta de una percepción negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. Posteriormente, Kovacs (1977) modifica este modelo para niños, plantea que los disturbios emocionales incluyendo los depresivos, son causados por desequilibrios en el pensamiento en un nivel consciente.

La meta de esta terapia es corregir el pensamiento desequilibrado a través de la examinación lógica y directa de la perspectiva del paciente para que así gradualmente tome un punto de vista real de sí mismo, de su medio ambiente y de su destino.

Dentro de estos modelos cognoscitivos se tienen diversas propuestas de intervenciones terapéuticas, como la planteada por Ellis (1962) la cual se basa en una reestructuración cognoscitiva que recibe el nombre de terapia racional-emotiva. Otra propuesta es el desamparo aprendido de Seligman

(1974-1976). Asimismo, se presentan modelos que utilizan estos dos últimos enfoques para el tratamiento de los padecimientos infantiles entre los que ubicamos a la depresión y los cuales trabajan bajo una corriente cognitiva-conductual. En este rubro se incluyen: el Auto-Control de Rehm (1977), aunque existen otras aproximaciones que utilizan como base la combinación de los autores retomados bajo los enfoques conductual y cognoscitivo.

CAPITULO II

DEPRESION INFANTIL

Concepto, clasificación, diagnóstico y evaluación.

La definición del síndrome depresivo en los niños debe ser considerada ampliamente debido a que un año en el desarrollo del menor entre una edad y otra puede alterar radicalmente el significado de varias conductas evidenciadas por el niño (Matson, 1989) por ejemplo un niño de dos años que llora frecuentemente puede ostentar una conducta normal mientras que a los catorce años esta conducta puede evidenciar un sintoma de depresión. Hasta hace poco este problema no había sido reconocido ni totalmente explorado en la psicopatología de la depresión infantil (Rutter, Izard & Read, 1986), es por esta razón que se tiene la necesidad de clasificar e integrar los diversos síntomas de acuerdo a la edad infantil (Achenbach, 1978).

Los signos y síntomas característicos de la depresión en la adolescencia son más aceptados, por su similitud, al cuadro depresivo del adulto, que los síntomas que presenta el niño pequeño con dicho padecimiento (American Psychiatric Association, en Reynolds y Kevin, 1986). Además se tiene una mayor aceptación de la depresión como un trastorno afectivo prolongado y progresivo; puede ser conceptualizado como respuesta a un largo estado de existencia no gratificante, apoyada por estructuras cognoscitivas patológicas que no pueden desaparecer por

obstáculos interiores y exteriores y que lleva a sentimientos de impotencia, desesperanza y baja autoestima (Bemporad y Wilson, 1978).

Como arriba se menciona, la forma de expresión de la sintomatología de la depresión en el niño se relaciona con su nivel de desarrollo. Los niños normalmente experimentan cambios de ánimo con sentimientos de infelicidad y miseria, estos cambios son respuestas transitorias a decepciones o desilusiones que ocurren en la vida cotidiana del niño; sin embargo, este pronto se adapta. Algunos niños están más propensos que otros a responder a eventos estresantes con un estado de ánimo más largo de tristeza como resultado de experiencias tempranas y de acuerdo a su historia familiar. Cuando este estado de ánimo perdura por un tiempo determinado, se convierte en un trastorno. Sólo cuando el estado de ánimo cambia y su severidad es suficiente para interferir con el desarrollo del niño deteriorando sus relaciones interpersonales en el hogar y en la escuela y varía en su patrón de vida afectando su rendimiento escolar en general, entonces se puede hablar de un trastorno (Feinstein, Blouin, 1984).

El proceso cognoscitivo del niño, sus creencias acerca de él mismo que se derivan de experiencias previas, juegan un rol muy importante en el desarrollo (Cytryn, Mcknew, 1974). Es lógico mencionar que el niño puede experimentar diversas formas de depresión en diferentes edades, dependiendo de su nivel de desarrollo.

En la infancia temprana, desde que el niño nace hasta aproximadamente los dos años de edad, la depresión puede aparecer después de la pérdida del objeto amado y pérdida de funciones gratificantes. Por ejemplo: La pérdida de la figura materna; pérdida de actividades recreativas como los juegos; debido a una enfermedad que imposibilite al niño; la pérdida imaginaria de la relación que se lleva con la madre por la llegada de un hermanito; y una deficiente relación conyugal de los padres.

Spitz (1946) formula que existe la depresión anaclítica la cual es un síndrome que se presenta en los niños durante el primer año de vida si se les priva de atenciones maternas adecuadas. Al separarse de la madre el niño sufre cambios característicos; primero, se presenta una fase de protesta caracterizada por llanto y agitación; como segunda fase, si el estado de privación continúa, el infante cae en un estado de tristeza y desesperanza; la lucha disminuye, su llanto se hace monótono y menos intenso, deja de comer, se consume y cae en un estado llamado marasmo o de desnutrición severa. Como fase final, el niño entra en un estado de aislamiento, desligándose de toda relación humana e interesándose en objetos inanimados o en parte de su propio cuerpo; con frecuencia se masturba, se emborra con sus propias materias fecales, se golpea la cabeza y se mece continuamente en su cuna (Calderón, 1987).

En la edad preescolar, de tres a cinco o seis años, el niño goza de la actividad, la exploración del medio ambiente y la locomoción. En esta etapa el niño descubre un nuevo repertorio de experiencias que le causan gratificación, empieza a independizarse de la figura materna y solo la utiliza como punto de abastecimiento emocional. La ansiedad, el temor y las inhibiciones en esta etapa parecen estar ausentes, conforme el niño encuentra su dominio sobre el mundo exterior. Por lo que a pesar de que el niño, en esta etapa, parece estar inmune al efecto depresivo, potencialmente es el tiempo preciso para padecer posteriormente patología afectiva (Kashani y Ray, 1984).

La exhuberancia del niño, durante esta edad, al querer explorar, observar y hacer todo lo que se le ocurra, puede ir en contra de las necesidades de la madre, entonces puede crear un conflicto entre las necesidades de seguridad y las necesidades de satisfacción. Los padres pueden castigar en varias ocasiones al niño y hay restricciones que se acompañan a través del uso de la amenaza de abandono o aislamiento. El niño empieza a sentirse culpable por su inclinación a la actividad y comienza a dudar de su propia voluntad.

Para mantener el cuidado, atención y amor de su madre, el niño, se reprime un poco de su exploración del medio ambiente. Aparece un sentido de auto-inhibición que puede convertirse en dependencia pasiva hacia otros y temor a la auto-realización, como se observa en la depresión adulta.

En la etapa de la infancia media (de 6 a 11 años), cuando el niño es mayor, se le pueden observar periodos de tristeza abierta, y no es todavía capaz de verbalizar por completo sus sentimientos adecuadamente. La vida del niño es rica en fantasía. El niño puede asociar las frustraciones pasadas a otras situaciones y tiende a rendirse cuando surge alguna decepción.

En esta etapa la depresión puede ocurrir por la privación y la falta de gratificación ambiental (Kovacs, 1985). Estos niños tienden a olvidar situaciones desagradables, siempre y cuando éstas no sean reiterativas en su campo de percepción. La infancia media es el tiempo en que es posible que se dé la infelicidad prolongada en respuesta a diferentes tipos de estrés, éstas son: la privación ambiental y la dificultad para individualizarse. Son muy sensibles a sentimientos de culpa y a mostrar un autorespeto pobre, pero si existen preocupaciones inusuales por hacer felices a los padres para obtener atención y amor.

En la infancia tardía (de 12 a 18 años) el niño ya siente responsabilidad hacia otros y puede comprender valores y reglas las cuales tiene que obedecer; ya posee un sentido de él mismo y se percibe como una persona independiente. Es importante el juicio que otros expresan sobre él, reacciona ante circunstancias no gratificantes con decepción y tristeza.

La estructura de pensamiento del niño a esta edad está ya desarrollada y puede caer en el trastorno depresivo; puede formar una opinión estable de su propio valor que en el caso de inmadurez puede caer en auto-desaprobación. El menor basa sus sentimientos en conclusiones

lógicos acerca de la realidad, en un sistema estable de ideas, más que en reacciones a situaciones inmediatas. Este sistema internalizado puede distorsionar la realidad y permite la continuidad de un afecto que puede llevar al niño al trastorno depresivo y a la baja auto-estima.

La interacción familiar de los niños deprimidos frecuentemente incluye una historia de desaprobación y rechazo por parte de los padres que emocionalmente no están cerca del niño. Otros factores pueden precipitar la depresión porque el niño ahora determina sus cogniciones a través del uso de interpretaciones activas mentales más que cogniciones pasivas que son respuestas fundamentales a cambios ambientales inmediatos (Malmquist, 1971).

Para llegar al diagnóstico de depresión infantil, el clínico debe tener experiencia previa; conocimiento del criterio diagnóstico y del origen de este trastorno, que puede ser multifactorial (historia de trastornos depresivos en los padres, incidencia de eventos recientes y factores orgánicos). Una vez establecido el diagnóstico, se necesita precisarlo para saber qué tipo de depresión padece. Dependiendo de la selección final de la nomenclatura, se necesitarán obtener datos para el proceso de clasificación lo cual posibilitará el brindar un buen tratamiento.

La clasificación de un trastorno infantil debe hacerse de acuerdo al pensamiento y a la comprensión de la conducta humana y debe englobar los puntos de vista fenomenológicos y operacionales. El diagnóstico debe provenir de la nosología con absoluta comparabilidad, validez, confiabilidad y predictibilidad.

Stengel (1960) menciona que la clasificación de un trastorno debe basarse en definiciones operacionales y enfatizar la diferencia entre la nomenclatura y una clasificación sistemática susceptible al manejo estadístico. Una buena clasificación necesita proveer características que describan al trastorno en términos de su inicio y curso (por ejemplo, agudo o crónico), su

profundidad (leve, moderado o severo), y su proceso patológico, el tipo inicial de los síntomas y su cambio conforme pasa el tiempo en respuesta al tratamiento.

Se han hecho varios estudios con la finalidad de operacionalizar el criterio diagnóstico para la depresión infantil basándose en los síntomas observables de la conducta del niño; tal es el caso de los enfoques conductual, cognoscitivo y cognitivo-conductual, quienes utilizan criterios diagnósticos estandarizados como es el caso del DSM-III y el criterio de Weinberg, complementando este diagnóstico con diversos instrumentos y que son retomados posteriormente.

Existen otros sistemas de clasificación y diagnóstico para el trastorno depresivo infantil, pero para efectos del presente trabajo sólo se retoman aquellos que son reportados en las investigaciones descritas en el capítulo VI.

El DSM-III ha establecido un criterio diagnóstico para este trastorno con mínimas modificaciones para cada edad de desarrollo; por ejemplo, otros trastornos afectivos específicos están caracterizados por un síndrome afectivo parcial con duración de dos años, para los niños se han reducido a un año en caso de trastorno distímico (con síntomas característicos del síndrome depresivo pero con la severidad y duración requeridos para una depresión mayor). Para los niños menores de seis años en el diagnóstico de ésta, es que el estado depresivo se puede inferir por expresión facial triste y persistente, sin manifestaciones abiertas de estado de ánimo disfórico (Noshpitz, 1979).

Síntomas que se incluyen en el episodio mayor depresivo:

- A) Estado de ánimo disfórico, caracterizado por: depresión, irritabilidad, desesperanza y tristeza que son prominentes o consistentes. (En niños menores de 6 años se debe evaluar la expresión facial para determinar el estado de ánimo disfórico).
- B) En niños menores de 6 años de edad, tres de los primeros cuatro síntomas siguientes deben estar presentes con duración de al menos dos semanas, de lo contrario, cuatro de los siguientes síntomas deben presentarse por dos semanas.

- 1) Pérdida del apetito o pérdida significativa de peso (sin olvidar evaluar el peso esperado).
- 2) Trastorno del sueño.
- 3) Actividad motora agitada o retardada en comparación a la actividad cotidiana del niño antes del trastorno depresivo.
- 4) Falta de interés en o placer en actividades, aislamiento social.
- 5) Fatiga, falta de energía.
- 6) Falta de auto-estima, sentimiento de minusvalía o auto-reproche.
- 7) Indecisión, falta de concentración.
- 8) Ideas o intentos suicidas. Pensamientos morbosos.
- C) No existe evidencia de alucinaciones, conducta bizarra e ilusiones incongruentes.
- D) No llega al criterio de esquizofrenia, trastorno esquizofrenico o paranoico. No es atribuible a un trastorno orgánico mental.

Otro trastorno afectivo es el distímico (depresión neurótica).

- a) Síntomas característicos del síndrome depresivo durante un año anterior pero con la severidad y duración requeridas para un episodio depresivo mayor (para niños y adolescentes).
- b) Síntomas relativamente persistentes o separados por episodios de estado de ánimo normal.
- c) Periodos depresivos marcados por estado de ánimo bajo, pérdida de interés o placer en actividades usuales.
- d) Ausencia de rasgos psicóticos (incapacidad o negación para hablar).
- e) El estado de ánimo depresivo claramente se distingue del estado de ánimo usual del individuo.

Matson (1989) expone que Weinberg y Feighner elaboran una versión condensada de los criterios de diagnóstico en la que se incluyen: El Sistema 1 en la Taxonomía Diagnóstica (Feighner); los Criterios de Investigación Diagnóstica [(RDC), Spitzer, Endicot y Robins, 1978], como sistema número 2; y DSM-III-R (1987), sistema 3. Esto lo hacen en base a la consideración de que los factores mencionados presentan indicadores similares:

Síntomas mayores y componentes conductuales.

I. Humor disfórico (melancolía).

- a) Manifestación o apariencia de tristeza, soledad, infelicidad, desesperanza y/o pesimismo.
- b) Humor variable.
- c) Irritable, fastidio fácil.
- d) Hipersensible, llanto fácil.
- e) Negativo, difícil de complacer.

II. Ideas de auto—menosprecio.

- a) Sentimientos de ser flojo, inútil, vacío, estúpido, feo, culpa (auto—concepto negativo).
- b) Ideas de persecución.
- c) Deseo de muerte.
- d) Deseo de correr lejos o dejar el hogar.
- e) Pensamientos suicidas.
- f) Intentos suicidas.

III. Conducta agresiva (agitación).

- a) Dificultad para congeniar.
- b) Pendenciero.
- c) Irrespetuoso con la autoridad.
- d) Belicoso, hostil, agitado.
- e) Excesivas peleas o ira repentina.

IV. Alteración del sueño.

- a) Insomnio inicial.
- b) Sueño intranquilo.

- c) Insomnio terminal.
- d) Dificultad para despertar en las mañanas.

V. Cambios en el desempeño escolar.

- a) Frecuentes quejas de los maestros: dormilón, pobre concentración, pobre memoria.
- b) Pérdida del esfuerzo visual en cosas de la escuela.
- c) Pérdida de interés usual en actividades escolares no académicas.

VI. Socialización disminuida.

- a) disminución en la participación de grupo.
- b) Menos amigable y menos comunicativo.
- c) Socialmente aislado.
- d) Pérdida del interés social usual.

VII. Cambios en actitud hacia la escuela.

- a) No disfruta actividades escolares.
- b) Rechazo y se niega a asistir a la escuela.

VIII. Quejas somáticas.

- a) Cefalea no migrañosa.
- b) Dolor abdominal.
- c) Dolor muscular.
- d) Otras quejas somáticas.

IX. Pérdida de energía usual.

- a) Pérdida de interés personal usual sobre cosas distintas a las de la escuela, ausencia de pasatiempos.

b) Energía disminuida: fatiga física y/o mental.

X. Cambio inusual en apetito y/o peso.

a) Anorexia o Polifagia.

b) Raros cambios de peso en los últimos cuatro meses.

Para la evaluación de cada niño según este criterio se consideran como básicos los dos primeros síntomas y algunos de los restantes de acuerdo con su duración e intensidad. Según este estudio, los síntomas del I al IV, VI, VIII y IX son los mismos síntomas que presenta un adulto deprimido. Los síntomas tienen que presentar un cambio en cuanto a la conducta usual del niño y deben estar presentes por un período mayor de un mes.

Kovacs (1984) menciona que si se brinda un seguimiento, después de haber llevado a cabo un tratamiento, por año y medio, el 92% de los niños deprimidos se recupera del episodio. El episodio de depresión mayor tiene una duración promedio de siete y medio meses; dentro de los primeros seis meses sólo un 44% de los pequeños entran en remisión. Entre más tempranamente se manifiesta el trastorno en el pequeño, su duración será mayor y su pronóstico menos favorable. El diagnóstico de depresión se asocia con alto riesgo de recurrencia, después del primer episodio existe un 72% de probabilidad para caer en un segundo episodio.

Para conocer más de cerca el tan polémico padecimiento de "depresión" se han elaborado diversos instrumentos de medición que ayudan a diferenciar a niños deprimidos de los no deprimidos, así como también, para conocer el grado de severidad de la sintomatología, algunos de estos son adaptaciones de escalas utilizadas para adultos, otros han sido creados a partir del conocimiento que sobre el tema se tiene.

Primeramente se describirán algunos puntos importantes que sobre la evaluación de la depresión infantil se deben tomar en cuenta:

1) Las pruebas psicológicas son mejores para diagnosticar al niño; por la gran asociación entre el funcionamiento intelectual y en otras áreas de la conducta. Su aplicación brinda ayuda adicional para medir la conducta y proporcionar un mejor diagnóstico.

2) El uso de escalas de medición para el proceso de diagnóstico también es importante. Es necesario que el clínico se familiarice con las escalas comunes de medición de severidad y cambio del trastorno. Las escalas proveen un medio de comunicación y ofrecen un camino eficiente y económico del seguimiento de patrones de tratamiento y pronóstico. El seleccionar una escala determinada depende del tipo de práctica, el tiempo disponible y los informantes a utilizar.

Poznanski (1985) recomienda incluir una escala de medición de la expresión o verbal, para niños pequeños.

3) Las entrevistas semi-estructuradas para niños ofrecen ser un instrumento útil para la evaluación diagnóstica por su minuciosidad y para la identificación de poblaciones homogéneas en la investigación. Las entrevistas de juego son utilizadas para determinar preocupaciones, conflictos, estado de ánimo, etcétera.

Para los niños preescolares ésta puede ser la manera de obtener información confiable.

La entrevista con el menor es particularmente importante en el diagnóstico de este trastorno. Aunque el niño sea pequeño es el mejor informante, sin embargo, se debe tener información de padres, miembros cercanos de la familia y maestros.

4) El conocimiento de la etapa de desarrollo en que se encuentra el niño es esencial ya que las manifestaciones del trastorno varían de acuerdo con las etapas y el grado de inhabilidad que presente el niño.

Por otro lado, "... existe una medida de evaluación que se ha vuelto impráctica «la observación directa», ya que a menudo se recurre a otro tipo de observaciones (por ejemplo, autoreportes, calificaciones de observadores participantes de respuestas a cuestionarios, inventarios, listas de chequeo y entrevistas). En estos casos se ha recomendado el empleo de una variedad de estas formas de observación y no sólo el empleo del uso exclusivo de una de estas..... Por lo anterior es recomendable utilizar la observación directa del niño y después apoyarnos en otro tipo de observación para lograr una mejor evaluación del paciente..." (Ayala, 1991).

En general, los métodos para evaluar el nivel de depresión incluyen: Medidas de Auto-reporte, Escalas de Entrevistas y Observaciones conductuales. Y serán brevemente descritas únicamente las que fueron empleadas en las investigaciones revisadas, por lo que para su mayor conocimiento se sugiere se consulten las fuentes originales.

1. Medidas de Autoreporte:

a) BDI (Beck Depression Inventory)

Es una medida de autoreporte fácilmente administrable que puede completarse entre tres y siete minutos, se aplica a personas mayores de 15 años. Aproximadamente; está compuesta de 21 ítems que abarcan dimensiones cognoscitivas, afectivas, y comportamentales de la depresión (Coleman y Miller, 1975 citado en Gómez y Avalos, 1982). Cada ítem consisten en cuatro o cinco frases colocadas en orden de severidad de expresión del síntoma y el sujeto tiene que escoger la alternativa que refleje más su estado actual; a cada alternativa se le asigna un puntaje que va de

0 a 3. Es considerado como el instrumento más útil como criterio de selección o como medida de pre y post-evaluación (Pehm, 1976).

b) CDI (Chilre's Depression Inventory, Kovacs y Beck, 1977).

Es un inventario auto-descriptivo que consta de 27 reactivos calificados en una escala de 0 a 2 puntos. Se aplica a niños de 7 a 17 años de edad. Una calificación de 19 de un total de 54 es el percentil 90 para los niños normales. Se especifica una duración de los síntomas de dos semanas. La confiabilidad se ha demostrado a través de consistencia interna, correlaciones entre elementos y entre estos y el total, y con test-retest. Este inventario es un derivado del de adultos (Beck Depression Inventory, BDI) de los mismos autores. La validez de contenido, a través de una evaluación cuidadosa de la fenomenología de la depresión en la infancia para la selección de los elementos, y la validez de análisis factorial, uno a dos factores, han sido reportados por los autores del instrumento.

Existe una versión abreviada (Short Children's Depression Inventory, Carlson y Cantwell, 1979 citados por Kazdín y Petti, 1982) de 13 reactivos puntuados en una escala de 0 a 4 y referidos a los síntomas de la semana anterior a la aplicación que abarca de un rango de edad de 7 a 17 años también, y cuya no se ha reportado. La validez de criterio se demostro con el DSM-III, trastornos afectivos, haciendo hincapié en el estado de ánimo, disforia y la anhedonia (Kazdín y Petti, 1982).

c) DACL (Depression Adjetive Affective Check List).

Lubin, 1967 (citado por Lubin y Levitt, 1979), desarrolló este instrumento que se ha utilizado en estudios experimentales, clínicos epidemiológicos y transculturales. Es auto-administrable y de rápida aplicación. Consiste en siete listas paralelas de adjetivos, diseñadas para proveer una medición de "humor" del individuo en un momento particular. La ventaja principal del DACL, es que puede usarse para medir fluctuaciones día a día en el nivel de "humor" (Lewinshon, 1975).

d) M-Zung (Modified Zung, Lefkowitz y Tessiny, 1980).

Este inventario auto-descriptivo consta de 16 reactivos que se clasifican según la ausencia o presencia de síntomas, pero que no cubre todos los criterios sino sólo humor, disforia y anhedonia. No hay reportes sobre confiabilidad y validez. Se aplica a niños entre 10 y 11 años y se derivó de la de adultos (SDS), y la cual consta de 20 reactivos que se clasifican en una escala de 4 puntos que reflejan la ocurrencia desde "nunca o pocas veces" hasta "la mayor parte o todo el tiempo". Aunque la escala medio rápido y conveniente para evaluar la depresión, su uso en la práctica e investigación conductual es cuestionable dependiendo de un apoyo psicométrico mayor (Pehm, 1976).

e) CDS (Children's Depression Scale, Lang y Tisher, 1978).

Este inventario auto-descriptivo tiene un formato que permite presentarlo a niños de 8 a 16 años de edad así como a los adultos que son significativos para el niño. Consta de 16 reactivos puntuados en una escala de 1 a 5 subescalas. Su confiabilidad se demostró en test-retest y tiene consistencia interna, demostrando su validez de contenido a través del análisis de elementos, la evaluación de la fenomenología de la depresión en la infancia reportada en la literatura y el acuerdo de psiquiatras y pacientes en tratamiento (Gómez y Avalos, 1982).

f) MCDI (The Modified Children's Depression Inventory. Lefkowitz & Burton, 1978).

Posee una validez y consistencia interna aceptable (Carlson & Cantwell, 1980), a cada niño se le da una copia de este inventario, el cual consiste de 12 pares de descripciones personales. Consta de oraciones numeradas y "1" describe normalidad (por ejemplo "yo no me siento triste") y oraciones numeradas como "2" que describen depresión (por ejemplo "yo estoy tan triste que no puedo permanecer así"). El niño tiene que encerrar en un círculo el número de la oración que se aplique más a él. Asegurándose que cada niño entienda la oración. La calificación de los niños será el total de números encerrados que pueda dar un rango de 12 a 24 para niños depresivos.

g) RADS (Reynolds Adolescent Depression Scale, Reynolds, 1986).

Es una medida de auto-reporte desarrollado para evaluar la sintomatología depresiva en adolescentes, consiste de 30 reactivos que reflejan el diagnóstico y el Manual Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM-III, 1980). En base a la sintomatología de depresión mayor y menor. Reynolds demostró su validez y confiabilidad con medidas de depresión en adolescentes a través de un estudio con 800 sujetos en escalas de entrevistas y auto-reporte.

En general, estas medidas de auto-reporte son un método rápido y directo para evaluar la depresión pero esto hace también que aumente la probabilidad de que se esté midiendo un grado alto de depresión subjetiva. Para propósitos clínicos y de investigación, tales escalas serían insuficientes si se utilizaran solas, por lo tanto es preferible utilizar otras medidas, si es posible, para poder llegar a una evaluación objetiva del problema.

2. Escalas de Entrevista:

a) BID (Bellevue Index of Depression, Petti, 1978).

Se trata de una entrevista de 40 reactivos puntuados en una escala de severidad de 4 puntos y otra de duración de 3 puntos. La depresión se define con un puntaje de 20 referida a la edad del paciente. La duración de los síntomas se puntúa separadamente para cada uno y se reporta la puntuación más elevada de severidad (Kazdín y Petti, 1982). Esta entrevista estructurada ofrece alternativas de respuestas también estructuradas. Su confiabilidad se demostró por el acuerdo entre observadores. Su validez de contenido se obtuvo con los criterios de Feinberg y el DSM-III. Permite diferenciar entre sujetos deprimidos y no deprimidos. Es aplicado a los padres y a otras personas significativas para el niño. Se aplica a infantes de 6 a 12 años.

b) K-SADS (Kiddie-SADS, Chambers y Col., 1978).

Los reactivos se seleccionaron sobre la base de los criterios RDC (Research Diagnostic Criteria) cuyo tipología determinó las subescalas de la entrevista. Permite el diagnóstico en niños de 6 a 16 años de edad. Los síntomas se puntúan según su severidad y duración e incluye síntomas no afectivos. Su aplicación y puntuación dependen del juicio clínico. Su confiabilidad se demostró por acuerdo entre jueces y consistencia interna. Tiene validez de contenido. Esta entrevista es un derivado de la de los adultos (SADS).

c) CDRS (Children's Affective Rating Scale, McKnew y Cols., 1979).

Después de aplicada la entrevista, los elementos se puntúan en una escala de 10 puntos. Estos reactivos forman las tres subescalas de la entrevista: humor, conducta verbal y fantasía. Está diseñada para niños de 5 a 15 años y más de una autodescripción de los problemas de los niños. Se basa en la evaluación clínica global del paciente. Su confiabilidad se demostró por acuerdo entre jueces, test-retest, moderada y positiva para varones y moderada y negativa para mujeres. Tiene validez de criterio.

d) CDRS-R (Children's Depression Rating Scale-Revised, Poznanski et al., 1984).

Es una entrevista semiestructurada apropiada para niños de 6 a 12 años de edad. El CDRS-R consiste de 17 ítems relacionados a la depresión, 14 de los cuales son puntuados en la base del auto-reporte y tres de los cuales son puntuados en la base de observación. El puntaje total puede abarcar de 17 a 111 puntos, con calificación arriba de 40 se indican clínicamente niveles referentes a la depresión. Poznanski y Cols. (1984). Han reportado validez interna y confiabilidad test-retest sobre un periodo de un mes. (Stark, Reynolds y Kaslow, 1987).

e) CBCL (Achenbach & Edelbrock, 1983).

Es una medida estandarizada que enlista 118 problemas de conducta los cuales miden las percepciones de los padres respecto a los problemas conductuales de los niños. El CBCL refleja un relativo estatus del niño hacia otro del mismo sexo y edad similar en internalizaciones (por ejemplo

aburrimiento, aislamiento social, etc.), externalizaciones (por ejemplo agresión, discusiones), y problemas totales (Weiss, Weiss, Wasserman & Rintoul, 1987). Se reportó adecuado nivel de validez y confiabilidad en test-retest con las 9 escalas de acuerdo a Kazdín et al. en 1983 (citado en Stark, Reynolds y Kazdín, 1987).

f) HRSD (Escala de Hamilton para la Depresión, Hamilton 1960).

Esta provee una medida clínica de la severidad de la depresión. Este instrumento consiste en 17 ítems, cada uno de los cuales es calificado en un escala de 3 a 5 puntos por un juez, sobre las bases de una entrevista; el tiempo requerido para su aplicación es de 5 a 20 minutos. El contenido incluye síntomas cognoscitivos comportamentales y fisiológicos asociados con la depresión; la escala está diseñada para ser utilizada con pacientes a los que ya se les ha diagnosticado con algún desorden depresivo.

Aunque ha ganado popularidad, debe desarrollarse y refinarse más para ser recomendada como instrumento clínico (Shaw, 1985).

Estos instrumentos ofrecen una manera de verificar la confiabilidad de los auto-reportes y representan un medio de cuantificar la opinión de otro juez además de la persona deprimida. Pehm (1976) señala que estos instrumentos son útiles cuando:

- 1) Los pacientes deprimidos son incapaces de llenar los cuestionarios.
- 2) Se cuestiona la confiabilidad de las auto-observaciones del paciente, y
- 3) Si se cuestiona la validez del auto-reporte del paciente (si lo que el paciente llama depresión, es catalogado de igual manera por el terapeuta).

3. Observaciones Comportamentales.

a) DPICS (Dyadic Parent-Child Interaction Coding System, Robinson & Eyberg, 1981).

Este consiste de 29 categorías conductuales separadas cubriendo conductas de los padres y el niño, los cuales son codificados como presentes o ausentes (Webster-Stratton, 1985).

Pehm (1976) anotas que la evaluación comportamental de la depresión necesita una mayor innovación y desarrollo. En general la metodología debe operacionalizarse de tal manera que permitiera a los investigadores y terapeutas describir las conductas mostradas por un paciente deprimido y poder hacer comparaciones pre y post-tratamiento (Lewinsohn, 1975).

Como se ha podido observar a lo largo del desarrollo de este capítulo, existen diversas clasificaciones que para efectos de diagnóstico, han presentado diferentes investigadores en este campo. Sin embargo, hoy que tomar en cuenta que existe un consenso en la literatura de la patología del niño de que la depresión que presenta es paralela a la manifestada por adultos, con algunos síntomas propios como: problemas de conducta y delincuencia; reacciones psiconeuróticas tales como las fobias escolares, dificultades en el aprendizaje, berrinches de mal humor, tendencia a los accidentes, holgazanería, auto-destrucción, alteraciones digestivas y en el sueño, dolores de cabeza de tipo migraña; y deficiencias de retrasos motores (Manual de Depresión para Niños CDS, 1986).

Asimismo, se hace énfasis en que el síndrome depresivo en el niño es multifactorial y deben analizarse todos los aspectos que puedan incidir en él. Se menciona la importancia del diagnóstico de acuerdo al nivel de desarrollo del menor, antecedentes familiares, situación familiar actual, medio ambiente y en rendimiento escolar.

Estas clasificaciones fueron retomadas debido a que son utilizados frecuentemente en el estudio de la depresión, ya que indicarán la profundidad o severidad del trastorno, y poder así fijar metas terapéuticas más específicas para la ayuda al paciente.

Un aspecto de vital importancia para la clasificación y diagnóstico de la depresión infantil es el tiempo de persistencia de los síntomas y la forma en que son manifestados. Puede ser un gran apoyo para la detección de este padecimiento el uso de los inventarios, cuestionarios y entrevistas; pero deben tenerse precauciones con el manejo, ya que falta bastante investigación al respecto, sobre todo en poblaciones mexicanas por no haber suficientes estudios que avalen su uso.

El hecho de comparar la depresión infantil a la adulta y llegar a la conclusión de que son similares en su manifestación, ha provocado el interés de clínicos en la posibilidad de aplicar los diagnósticos de depresión para niños y para el tratamiento de estos desordenes. La razón es que las innovaciones recientes del tratamiento de la depresión en adultos pueden tener aplicabilidad paralela para niños. Un mayor interés ha estado en la posibilidad de usar nuevos medicamentos antidepresivos con niños. Un argumento similar puede formularse para la terapia conductual y cognoscitiva. Si el concepto de síndrome depresivo ha producido un útil esfuerzo en el tratamiento dirigido para los adultos en los objetivos señalados y estos mismos tratamientos han demostrado ser efectivos: ¿Pueden estos métodos de tratamiento o, en su caso, adaptaciones de los mismos proveer un uso eficaz con las conductas depresivas en los niños? para responder a esta pregunta se hace necesario revisar las teorías conductuales y cognoscitivas que han guiado al desarrollo de programas de tratamiento efectivo para adultos e investigaciones aplicadas en el caso de los menores, mismas que se exponen en los capítulos posteriores.

CAPÍTULO III

LA DEPRESIÓN INFANTIL BAJO EL ENFOQUE CONDUCTUAL

Bajo el punto de vista conductual se ha intentado analizar el fenómeno de la depresión de varias maneras, encontrando que la mayoría de los autores como Skinner (1953), Ferster (1965), Lewinsohn (1974), Wolpe (1979) y Bandura (1976) le asignan un papel determinante al reforzamiento; aunque de diferentes maneras.

Por reforzamiento entendemos el proceso a través del cual conductas de baja probabilidad cambian a una alta probabilidad de aparición cuando las contingencias se presentan adecuadamente, (Skinner, B. F., 1953). El principio de reforzamiento indica cómo la conducta es moldeada y aprendida a través del uso de reforzadores. Un reforzador es un estímulo o evento que cambia la conducta subsiguiente cuando sigue temporalmente a una instancia de tal conducta (Glaser, 1971).

Se pueden encontrar diferentes situaciones en relación al reforzamiento: Es importante considerar que un a persona "deprimida" está en un ensayo de extinción (Lozarus, 1968), en tal caso el dato principal a analizar es la frecuencia de la conducta (Ferster, 1973) y por tanto un análisis funcional de la depresión implica un buen análisis de la situación estímulo físico y social en que una persona actúa. La formulación conductual se centra en el análisis de la conducta en el que se registra la baja tasa de respuestas contingente a un reforzamiento positivo como una de las principales causas del padecimiento de depresión. Aunque se sabe que esto es sólo una parte del análisis que se debe realizar acerca de la depresión, es suficientemente importante, para que se le dedique mayor atención.

Se puede hablar de que la depresión es un episodio conductual en el cual un sujeto deja de tener acceso a una fuente de reforzamiento, éste pierde su efectividad, o deja de ser contingente a la respuesta; está acompañado de la pérdida de control sobre la situación, obteniendo como resultado una ausencia de conducta orientada a metas.

Esta definición hace alusión a los factores que intervienen en la depresión; entre las posibles contingencias encontramos que el reforzamiento sea inadecuado, por tanto, puede suceder que haya una reducción de reforzamiento (Lazarus, 1968). Esta reducción en la frecuencia de reforzamiento sólo se puede observar en unidades de tiempo, aunque también podría referirse a que se presente una calidad pobre del reforzamiento. El que el reforzamiento se inadecuado también se puede referir a una frecuencia reducida de reforzamiento social (Lewinsohn y Graf, 1973). Si este es el caso, una buena parte de la terapia consistirá en un entrenamiento de habilidades sociales (López, 1973). Si este es el caso, una buena parte de la terapia consistirá en un entrenamiento de habilidades sociales (Kelly, 1987) lo que implica la participación familiar en la terapia.

Uno de los aspectos que las diversas técnicas conductuales enfatizan es que hay que entender el patrón de interacción del depresivo con su medio ambiente para el desarrollo y mantenimiento de este trastorno; es importante mencionar cuáles son las posturas que manejan los modelos conductuales propuestos por Skinner, Ferster, Lewinsohn, Wolpe y Bandura, mismos que se explican en este capítulo.

Modelo Conductual I. B. F. Skinner.

El tratamiento basado en las teorías del aprendizaje no es mejor ejemplificada que por los métodos operantes envueltos en la investigación básica de Skinner. Muchas conductas de niños han sido

tratadas efectivamente usando esta metodología. Entre estos han estado las habilidades sociales (Matson & Fee, 1989), agresividad (White, Nielsen & Johnson, 1972) y otros problemas emocionales, y muchas habilidades de auto-ayuda (Hersen & Van Hasselt, 1987). Los enfoques operantes son definidos en un marco de reforzamiento positivo (cuando la consecuencia a un evento o conducta supone la aplicación de un estímulo gratificante para el individuo), reforzamiento negativo (cuando la consecuencia a un evento o conducta supone la eliminación de un estímulo no placentero para el individuo) y castigo (toma dos formas, una de las cuales es la eliminación de un estímulo que era gratificante para el individuo y la otra forma es la aplicación de un estímulo displacentero). Los procedimientos prometen ser útiles para el tratamiento de la depresión en niños, incluyendo reforzadores tangibles y sociales, tiempo fuera, modelamiento, cadenas de conducta, y procedimientos de extinción. De la utilidad de es-los métodos para un gran número de conductas problema, debería ser fácil adoptar alguna de estas estrategias para los niños deprimidos (Matson, 1989).

En resumen se puede observar que el modelo de Skinner se basa principalmente en la teoría del aprendizaje; así como en la pérdida de reforzadores (positivos, tangibles y sociables), él propone al igual que Lewinsohn (autor que será retomado posteriormente) que la terapia más apropiada para el manejo de este padecimiento es el entrenamiento de habilidades sociales. Se utilizan ciertas técnicas dentro de ésta postura como el tiempo fuera, modelamiento y procedimientos de extinción.

Un ejemplo de la aplicación de esta aproximación operante se tiene en el siguiente caso:

Jackson y Wallace (1974) trataron a una niña de 15 años con extremo aislamiento social. Ella no podía iniciar interacciones sociales y cuando le formulaban una pregunta contestaba típicamente encogiendo los hombros o con un asentir de su cabeza. El tratamiento se enfocó en un incremento del volumen de habla través de proporcionar puntos al paciente por cada vez que emitía palabras que le eran presentadas mediante tarjetas, más tarde estos puntos podían ser cambiados

por libros u otros eventos placenteros; logró leer hasta 10 minutos para el experimentador. El programa resultó altamente efectivo en este caso.

A continuación se expondrá otro modelo que contribuye ampliamente en el estudio de la depresión.

Modelo Conductual II. Charles B. Ferster (1973).

Este modelo está basado en un análisis funcional en el fenómeno de la depresión. En sus diversos escritos (1965, 1974) el autor considera a la depresión en función directa con el medio ambiente, cuya interacción aumenta o disminuye la probabilidad de actividad reforzada positivamente. Asimismo, el modelo está basado sobre la afirmación de Skinner (Heiby, 1979) de que la depresión es el resultado de la extinción de varias clases de conductas; sin embargo, Ferster supone que éste síndrome compromete no sólo una reducción en las frecuencias de algunas conductas, sino también un incremento de las frecuencias de otras conductas. Propone que la mayoría de las conductas están controladas por fuentes múltiples y que la depresión puede resultar de un cambio en una o más de estas fuentes.

De acuerdo a Ferster (Matson, 1989) la depresión se define en base a sus características topográficas y funcionales. Topográficamente el depresivo: 1) aumenta la frecuencia de conductas bizarras, no productivas como las conductas de evitación y escape de los estímulos aversivos (escape es poner fin a un estímulo aversivo después de que éste se ha presentado, y evitación es posponer o evitar mediante una respuesta el comienzo de un estímulo aversivo) usualmente en la forma de quejas, peticiones de ayuda, aislamiento social y como última alternativa el suicidio; y 2) disminuye las conductas reforzantes activas que ejercen un control directo sobre el medio ambiente.

En cuanto al análisis funcional de la depresión que desarrolla Ferster, existen tres factores que sólo o en combinación provocan una disminución de reforzadores y por tanto contribuyen al desarrollo de la reacción depresiva. Primero, programas de reforzamiento exagerado, es decir cuando se requieren muchas respuestas para obtener un reforzamiento. Segundo, la presencia de ansiedad que puede reducir la frecuencia de repertorio operante del sujeto. Tercero, cambios súbitos en el medio ambiente, que también pueden provocar una disminución en la frecuencia conductual, especialmente si el estímulo discriminativo de conductas presentes es removido, por ejemplo, a través de la pérdida de un ser querido.

Además de estos tres procesos conductuales existen otros que conducen a una pérdida de conducta y consecuentemente a un estado depresivo al incrementar o decrementar ciertas conductas que el sujeto emitirá. Entre estos se encuentran el mantenimiento de la conducta por reforzadores negativos y el castigo.

Así es que, la proporción de la conducta individual mantenida por reforzamiento negativo en lugar de positivo, influenciará su probabilidad de ruptura al haber un cambio en el ambiente (por ejemplo, el hombre que trabaja para evitar morir de hambre, que hace ciertos deberes hogareños para evitar los regaños de su esposa, el niño que hace su tarea para evitar el regaño de sus padres o maestro, puede perder gran parte de su repertorio al ser cambiado de escenario, pues su repertorio en relación al reforzamiento positivo es muy pobre, es decir, no sabe encontrar actividades por gusto, sino por temor).

El castigo es otra forma de debilitar la conducta seriamente, enojo o retiro de privilegios o favores; el hecho común de todas las prácticas anteriores es que hay ocasiones en que grandes segmentos del repertorio individual del sujeto quedan sin reforzamiento, y por lo tanto, es nivel general de conducta del individuo puede quedar bastante reducido si un fenómeno de extinción ocurre en suficientes partes del repertorio total.

La dinámica funcional de la conducta depresiva se da como sigue: al provocarse una disminución de los reforzadores, disminuye la función perceptiva del individuo, el cual desarrollará una captación deficiente de la realidad. Esto provoca consecuentemente que el repertorio conductual del depresivo se delimite, generándose así una pobre adaptación al medio ambiente. Al existir esta deficiencia en la adaptación al medio ambiente se establece un círculo vicioso ya que éste presentará de nuevo condiciones inadecuadas de reforzamiento (es poco reforzante relacionarse con un depresivo). Si la espiral continúa la conducta depresiva se agravará ya que la persona evitará todos aquellos estímulos o situaciones que le anticipen una nueva pérdida de reforzamientos.

Sumados a los procesos conductuales ya descritos (basados en los conceptos clásicos del análisis experimental de la conducta, tales como reforzamiento positivo y negativo, evitación, escape, castigo, extinción, etcétera) el citado teórico propone además otros procesos basados en el análisis del repertorio, del medio ambiente y de los programas de reforzamiento, y analiza brevemente el enojo como factor en la depresión, desde un punto de vista funcional (Zermeño Torres, 1982).

Existen tres aspectos del repertorio del paciente (desde un punto de vista clínico) que son importantes para un análisis de la conducta:

1. El paciente posee una limitada visión del mundo, esto es, ignora muchos de los eventos sobresalientes que lo rodean (por ejemplo, puede estar malhumorado, quejarse o llorar, en lugar de interactuar con su medio para lograr reforzamiento).
2. El paciente tiene una visión del mundo "asquerosa". Lo anterior describe las consecuencias de no evitar las situaciones aversivas, tal vez por no ser capaz de ver el medio ambiente con claridad suficiente; estas condiciones pueden ser: la inhabilidad de conducirse apropiadamente en un

ambiente determinado, y la falta de un repertorio adecuado para recibir reforzamiento positivo. Ambas cuentan como consecuencias aversivas.

3. El paciente tiene una visión del mundo inmutable. Este punto se refiere a los procesos que previenen la exploración normal del medio y la consecuente clarificación y expansión del repertorio, que podría provenir de tal exploración.

Cabría preguntarse ¿qué factores o elementos contribuyen al desarrollo de esta triada?, en otras palabras ¿cómo "aprende" el individuo, desde su temprana infancia estos patrones de conducta? Fester (1965) afirma que puede ser debido a que el individuo no ha adquirido el repertorio adecuado para interactuar con el medio ambiente, debido a ciertas interrupciones o retardos en el desarrollo del repertorio perceptual del niño, esto puede suceder si hay una seria interferencia, o interrupción, con los reforzadores que mantienen las actividades del menor.

Las características del desarrollo, desde un punto de vista funcional, que influyen para que un individuo carezca de un adecuado repertorio, son: a) Una falla en el desarrollo perceptual del niño, causada por una mala interacción madre-hijo; b) una generalización de la mala interacción madre-hijo impide la adecuada percepción de otra gente.

Con respecto al enojo, como elemento relacionado con la depresión, Ferster menciona que se puede definir al enojo como una ejecución operante que tiene un gran impacto en la otra persona, y que, entendido el enojo como castigo en la otra persona es necesario entender el proceso mediante el cual el castigo reduce la frecuencia del acto castigado.

El enojo o los actos agresivos, pueden ser definidos como una clase de ejecuciones, identificadas no solo por su topografía sino por la manera en que influyen a otra persona. Desde que los actos aversivos son agresivos a los demás por su autonomía su castigo es la regla más bien que

la excepción; estos actos castigados son suprimidos pero no eliminados del repertorio personal, sucediendo que el sujeto desarrolla conductas que previenen el acto castigado. Lo que pasa es que las conductas agresivas permanecen intactas en el repertorio, pero con una reducida frecuencia debido a que cualquier tendencia incipiente crea una situación aversiva cuya eliminación refuerza e incrementa la frecuencia de las ejecuciones incompatibles.

Debido a que las conductas que actualmente suprimen los actos castigados, son una actividad prominente y frecuente que no tiene ninguna función útil con el comercio de la persona con el medio externo substraen a ésta del gran monto de actividad de que es capaz. Por lo tanto, la represión de la conducta castigada parece ser un contribuyente potencialmente serio a la depresión, debido a que compromete una porción considerable del repertorio de la persona en actividades que no producen reforzamiento positivo.

Asimismo, debido a que el enojo o los actos agresivos son injuriosos para la persona que los recibe, una importante consecuencia la pérdida de reforzadores, ya que evidentemente hay una incompatibilidad entre ofender a alguien y esperar de él que proporcione eventos positivos en una interacción social. Es así que la reacción usual y el impacto emocional del enojo (y por lo tanto, su contribución a la depresión en la conducta, puede funcionar como un estímulo preaversivo-precendente a la pérdida de reforzamiento positivo.

En resumen podemos abstraer que Ferster (1965) pone especial énfasis en: la reducción significativa en la frecuencia de emisión de conductas positivamente reforzantes; y a la elevada tasa de conductas no productivas como son las conductas de evitación y escape de consecuencias aversivas. De esta manera la depresión está asociada con el fracaso para tratar con: evitar o escapar de consecuencias sociales aversivas.

Un ejemplo de la aplicación de este enfoque lo reporta Fester (1973) en el caso de un individuo de 62 años de edad con una conducta depresiva de dos años y medio de prevalencia y después de un análisis conductual previo al tratamiento, descubrió la compleja interrelación de las variables involucradas en el mantenimiento y la provocación de la conducta depresiva. Para el tratamiento determinó primeramente qué reforzadores estaban manteniendo la conducta depresiva del paciente y, después se le enseñó a relajarse y se le indicó que esta relajación fuera practicada con la ayuda de una cinta por lo menos cuatro veces al día. También se le pidió que registrara su estado de ánimo cada 15 minutos, clasificándolas como satisfactorias o insatisfactorias. Después de esto se procedió a acambiar el ambiente del paciente instruyendo a la familia para que procediera de la misma manera. Simultáneamente se llevó a cabo una desensibilización sistemática. Después de haber salido el paciente del hospital se le programaron sesiones semanaarias mezcladas con llamadas telefónicas durante las cuales el paciente fué reforzado por la ejecución de su programa de actividades. Se lograron avances significativos después de una serie de instrucciones a él y su familia para ir eliminando obstáculos para su rehabilitación.

De esta forma se observa claramente cómo son aplicados los supuestos que proporciona esta teoría. A continuación se revisará otro autor que, al igual que Ferster, da gran importancia a los eventos reforzantes dentro del medio para el desarrollo de la depresión.

Modelo Conductual III: Lewinsohn (1974).

Este autor desarrolló su teoría con base en la construcción de hipótesis sobre la relación pérdida de reforzamiento y depresión. Su tesis central es como sigue: la baja tasa de reforzamiento positivo contingente a las respuestas del depresivo son las responsables de las manifestaciones depresivas con baja tasa de conductas, manifestaciones cognitivas y somáticas.

Los supuestos generales de la teoría de Lewinsohn (1974) son los siguientes:

1. Una baja tasa de reforzamiento positivo actúa como un estímulo provocador para algunas conductas depresivas tales como afirmaciones verbales de diáforia, fatiga, y otros síntomas somáticos;

2. Una baja tasa de reforzamiento positivo constituye una explicación suficiente para otras partes del síndrome depresivo, tales como una baja tasa de actividad y de conducta verbal; y

3. La cantidad total de recompensas recibidas por un individuo en un momento dado, está en función de dos variables:

a) un número de distintos eventos ambientales (por ejemplo, una pérdida a través de muerte, separación, rechazo, pobreza, infortunio); y

b) estados organismicos y rasgos (por ejemplo, falta de habilidad social, ignorancia), presumiblemente están causalmente relacionados con un estado de bajo reforzamiento positivo. Las habilidades sociales, definidas como la emisión de conductas que son positivamente reforzadas por otros, son consideradas como un área deficiente especialmente importante en el desarrollo de las conductas depresivas.

Esta aproximación enfatiza la importancia tanto del medio ambiente social como de la conducta interpersonal en el desarrollo de la depresión.

En síntesis la aproximación de Lewinsohn (1974) afirma que una baja tasa de reforzamiento positivo ambiental es una condición antecedente común a todas las manifestaciones de la depresión. Sin embargo una revisión hecha por Heiby en 1979 sobre este modelo, muestra

tres condiciones específicas antecedentes, dos variables ambientales y una variable definida a la respuesta:

1. Una omisión de reforzamiento contingente de la respuesta del medio ambiente, puede conducir a una conducta depresiva. Una reducción en la probabilidad de reforzamiento positivo puede ocurrir si el entorno ambiental cambia para decrementar el reforzamiento. Esto es particularmente cierto si han sido condicionados pocos reforzadores alternativos. Lewinsohn, 1974, sugiere que los reportes verbales de disforia, auto-culpa, fatiga, etcétera, son respuestas incondicionadas a una baja tasa de reforzamiento contingente a la respuesta.

2. El reforzamiento positivo de la conducta depresiva, puede incrementar la frecuencia de aquellas conductas a un nivel que constituye la depresión clínica. Lewinsohn (1974) sugiere que las contingencias favorables a la conducta depresiva son proporcionadas por el ambiente social en la forma de atención, simpatía y preocupación por el individuo (se enfatiza el papel de reforzamiento positivo, en lugar del negativo en el desarrollo de la depresión).

3. Una falta de habilidades sociales es otra condición citada por Lewinsohn como un importante antecedente de la conducta depresiva. El define habilidad social como las conductas involucradas en la interacción social y que producen reforzamiento entregado por otros. Si faltan las habilidades sociales, el monto del reforzamiento social contingente a la respuesta, puede ser relativamente bajo.

El modelo no aclara si la depresión es el resultado de alguna de las tres condiciones anteriores, o si alguna combinación de éstas es necesaria.

Lewinsohn (1974) enfatiza la importancia del medio ambiente, la habilidad social de la persona y las reacciones para suministrar reforzamiento social para el niño. Otros puntos que son de notar

para esta propuesta de tratamiento incluyen: 1) un niño o adolescente con un repertorio pobre de habilidades sociales, es definido como con actividad verbal baja, pasividad, problemas de atención e interpretación correcta de las conductas de otros, y la pérdida de habilidades adecuadas en administrar reforzamiento positivo a otros, resulta en fallas para obtener reforzamientos disponibles en el medio ambiente; eventos que son contingentes en la conducta de la persona pueden no ser reforzados; y 3) los eventos que han sido reforzados se vuelven indispensables. Los síntomas emergentes de depresión son entonces fortalecidos por atención social.

El centro del tratamiento es educacional primeramente. Entonces la tarea en caso es el foco central del tratamiento. Entre el adiestramiento de habilidades están el registro y el control de situaciones problema. Para esta aproximación es de considerable importancia, para promover la generalización, el asegurar que el tratamiento contemple el período anterior y posterior a las sesiones de terapia. Por ejemplo, las observaciones en casa son usadas por tratamientos personales para identificar fallas de comunicación interpersonal y el patrón de reforzamiento que contribuye a la depresión del paciente.

El objetivo del tratamiento es incrementar la conducta social positiva, la cual podría proporcionar utilidad en el incremento de auto-estima y el permitir interactuar más frecuentemente con otros.

Para resumir, este autor enfatiza la contingencia del reforzamiento ya que piensa que el dar estos a un sujeto depresivo incontingentemente no le va a sacar de su depresión; ya que es necesario que el individuo verbalice esta contingencia, es decir, que atribuya el reforzamiento a su conducta, esto es posible mediante una reestructuración cognitiva, ya que de no ser así, el sujeto no se daría cuenta de la contingencia y atribuiría el reforzamiento a otros factores que podrían no ser su propia conducta. El utiliza como técnica el entrenamiento de habilidades sociales, y propone que la

terapia debe ser principalmente educacional en las cuales utilizan estrategias como: tareas en casa, registro y control de situaciones problema.

Modelo conductual IV: Wolpe (1979)

Este modelo de la depresión es una derivación del concepto de neurosis, que es, conductualmente definida, un hábito desadaptativo persistente, adquirido por medio del aprendizaje en una situación generadora de angustia, o en una sucesión de tales situaciones (Wolpe, 1979); por lo tanto, la principal característica de la neurosis depresiva será la angustia (que es evocada por los estímulos que no presentan ningún daño real para el sujeto, por ejemplo, sentimientos de escrutinio social, o el ser ignorado por otros), es decir, el sujeto no está reaccionando a la estimulación presente, sino a peligros y temores imaginados o irreales. Las depresiones neuróticas tienen un carácter fluctuante que depende de la fuerza variable de la angustia evocada.

Wolpe (ob cit.) describe tres tipos de depresión: la depresión normal, la endógena y la reactiva (o neurótica). La depresión normal ocurre en circunstancias como fracaso, pérdida o privación, y suele ser una depresión justificada por la realidad y generalmente de corto plazo. La depresión endógena es provocada por agentes biológicos y desaparece como una función de la remisión de procesos biológicos relevantes. La depresión neurótica (reactiva) consiste básicamente en una reacción habitual persistente y desadaptada, adquirida por aprendizaje en situaciones generadoras de ansiedad. Es decir, la depresión neurótica es básicamente una reacción neurótica condicionada por ansiedad.

Como se mencionó, la ansiedad (o angustia) es el factor principal en la causalidad y mantenimiento de la depresión reactiva o (neurótica), sin embargo, para diagnosticarla adecuadamente lo que cuenta más no son los correlatos fisiológicos, ni el tomar en cuenta si

un evento precipitante inicial puede ser identificado como causal, sino la correlación de variaciones de la depresión con los eventos evocadores de angustia en una base de día a día.

Así pues, según Wolpe, la depresión reactiva ocurre bajo cuatro conjuntos separados de circunstancias, a los que se les llamarán "tipos". Estos conjuntos son siempre provocadores de angustia y están clasificados de acuerdo a la fuente principal de angustia. Muchas veces los tipos de dos o más fuentes de angustia, se combinan para lograr las fuentes de angustia de un caso determinado.

Tipos de depresión predominante, de acuerdo a Wolpe:

Tipo 1. En el que la depresión neurótica es vista como una consecuencia de una angustia severa, directamente condicionada.

Tipo 2. La depresión neurótica es vista como una consecuencia de ansiedad basada en cogniciones erróneas autodevaluativas, un primer requisito para la cura de angustia en estos casos es el descondicionamiento de ésta.

Tipo 3. La depresión neurótica es debida al fracaso en controlar situaciones interpersonales.

Tipo 4. La depresión neurótica es vista como una respuesta exagerada, excesivamente prolongada y severa ante una situación de pérdida.

Según Wolpe (1969) un individuo carece de asertividad porque responde con ansiedad a algunos estímulos; esta ansiedad será antagónica de la conducta asertiva e interferirá con su emisión. El tratamiento se orientará, por tanto, a desensibilizar a la persona con respuestas autoafirmativas que fungirán como respuestas antagónicas desensibilizadoras (Mc Fall, 1976,

citado por Ladoucer y Col.,1981). Por tanto, define la asertividad como un gran conjunto de conductas específicas y heterogéneas ligadas en gran parte a la situación específica.

Según este autor, las conductas asertivas adaptativas están ausentes del repertorio por que no han sido aprendidas y el tratamiento consistirá en que el paciente aprenda a emitir estas conductas en situaciones específicas.

Haciendo una síntesis de lo anterior, la autoafirmación significa la capacidad de un individuo de expresar sus propias exigencias, y tratar de realizarlas en relación a su medio ambiente. Esto implica la capacidad de confiar en si mismo, permitirse tener las propias exigencias, expresarlas, y poseer la capacidad de llevarlas a cabo (Goldstein, 1980). De acuerdo a esto y los anteriores conceptos se pueden diferenciar tres categorías de autoafirmación: a) actitudes hacia si mismo, b) ansiedad sosocial y represión, y c) habilidades sociales. El problema de asertividad variará de persona a persona y quizá dentro de una misma persona en diferentes situaciones. Es decir, en alguna persona la falta de autoafirmación será provocada por la inexistencia de habilidades sociales, lo cual puede ocasionar ansiedad; en otra persona las actitudes negativas hacia si mismo pueden desencadenar tanto ansiedad como inhibiciones sociales.

Wolpe, en resumen, considera que la principal causa de la depresión es la angustia prolongada. Esta se debe a una incapacidad condicionada, ya que cada vez que el sujeto trata de disminuir su angustia, su intento fracasa y debido a esto, es condicionado a que es incapaz. El recomienda como técnica para el tratamiento de la depresión el entrenamiento asertivo porque el sujeto carece de conductas asertivos.

Modelo conductual: Bandura.

Bandura (1976) propone la teoría del aprendizaje social la cual parte de la idea de que, con excepción de ciertos reflejos básicos, la gente no nace dotado de repertorios conductuales y que por lo tanto debe aprenderlos. Aunque reconoce que los nuevos comportamientos pueden adquirirse por experiencia directa, más bien trata de explicar la forma en que una gran diversidad de conductas pueden ser adquiridas y modificadas por medio del aprendizaje observacional.

Esta teoría es considerada por el propio Bandura como mediacional y de contigüidad entre estímulos. "De acuerdo a la teoría de la contigüidad, durante el periodo de exposición al modelo se producen configuraciones y secuencias de experiencias secuenciales en los sujetos que lo observan, las que en base a asociaciones pasadas, se integran y estructuran básicamente en respuestas perceptuales" (Bandura, Ross, 1976). Por otro lado, puesto que esta es considerada también como una teoría mediacional por el propio autor, también debe dar cuenta de la naturaleza del enlace entre la representación cognitiva y la reproducción conductual (Libier, Bustos, Bedolla, Bustos y López, 1982). Existe amplia evidencia de que las respuestas implícitas proveen señales que pueden seguir como estímulos discriminativos para dirigir y controlar las respuestas en la misma forma que los eventos del ambiente. Del mismo modo, se argumenta que las respuestas simbólicas apareadas poseen propiedades productoras de señales que son capaces de provocar, algún tiempo después de la observación del modelo, respuestas abiertas que corresponden a aquellas que fueron modeladas.

Bandura considera el aprendizaje por observación como aprendizaje vicario el cual es definido como aquel en que se adquiere nuevas respuestas (o bien de repertorios existentes que se modifican), como una función de la observación de la conducta de otros y sus consecuencias reforzantes, sin necesidad de que las respuestas modeladas sean ejecutadas por el observador, durante el período de exposición al modelo, y sin que se administre reforzador alguno (al observador) durante la etapa de adquisición.

Relacionando lo anterior a las conductas anormales, Bandura y Rotter consideran a estas conductas como reactivas esencialmente al reforzamiento. El individuo adquiere expectativas (estímulo-respuesta-consecuencia) a través de cada experiencia directamente reforzada o indirectamente a través del aprendizaje vicario o imitación. De acuerdo a la teoría de aprendizaje social la conducta anormal resulta de la adquisición individual del sujeto; 1) bajas expectativas de éxito; 2) altas expectativas de falla; 3) modelo de roles inapropiados; 4) un inconsistente e inmejorable reforzamiento ambiental; 5) fallo al discriminar estímulos los cuales señalan ciertos tipos de respuestas que guiarán a reforzamientos; 6) adquisición de fuertes reacciones emocionales para ciertos estímulos ambientales (Knopf, 1979).

La terapia se deriva de reeducar la perspectiva de aprendizaje social del individuo usando un método de modificación ambiental (desensibilización sistemática), los cuales son pensamientos responsables y necesarios para que ocurra el aprendizaje.

Asimismo, Bandura asume (Zermeño, 1982) que las personas deprimidas se proporcionan a sí mismas una baja tasa de reforzamientos y una alta tasa de castigos en forma introverbal, lo cual les hace caer en depresión. Esto se puede deber a varias razones: a) los niveles de ejecución esperados por el sujeto son muy elevados y por tanto serán muy difíciles de alcanzar conductualmente; b) no se considera objetivamente la dificultad de la tarea; c) no se evalúa objetivamente la tarea en relación a las capacidades personales; y d) el sujeto ya espera ser competente en la tarea (falsas expectativas).

Bandura se basa en la teoría del aprendizaje social, la cual, menciona que la gente no nace con repertorios conductuales por lo cual tiene que aprenderlos, él considera su teoría como mediacional y de contigüidad de los estímulos; asimismo, retoma la importancia del reforzamiento que el sujeto se proporciona a sí mismo. Utiliza como técnica de tratamiento la desensibilización sistemática.

De los autores revisados dentro de las teorías conductuales se derivan diversas técnicas que son usadas reiteradamente como la desensibilización sistemática, entrenamiento asertivo y el entrenamiento de habilidades sociales descritas brevemente a continuación:

Desensibilización sistemática. Esta técnica fué fundada por Wolpe en 1958 (Zermeño, 1987) y se basa en el principio de inhibición recíproca que dice lo siguiente: "Si se puede hacer que ocurra una respuesta inhibitoria de ansiedad en presencia del estímulo que provoca la ansiedad, esto puede causar el debilitamiento de la asociación del estímulo evocador de la ansiedad y la ansiedad. Es decir, si se provoca una respuesta antagónica a la ansiedad en el momento que se presenta el estímulo evocador de ansiedad, esto puede hacer que se produzca una supresión completa o parcial de la respuesta de ansiedad. Aunque Wolpe y muchos otros clínicos usan la relajación profunda como respuesta antagónica a la ansiedad, es importante señalar que el principio de la teoría de Wolpe permite el uso de otra respuesta, siendo la más efectiva aquella que logre antagonizar más con la respuesta de ansiedad del sujeto (Zermeño, 1984).

Otra técnica derivada es el ENTRENAMIENTO, auto-afirmativo o asertivo que es también muy útil en ayudar a la gente a reducir sus miedos, especialmente en situaciones sociales e interpersonales. Se entiende por entrenamiento asertivo el luchar y expresar los derechos personales, pensamientos, sentimientos y creencias, en forma directa, honesta y apropiada, de modo de no violar los derechos de otras personas (Lang y Jakuvoski, 1976).

Por tanto se dice que el entrenamiento asertivo se recomienda cuando: a) la persona no es capaz de luchar por, o hacer valer sus derechos, en el ámbito familiar, escolar y entre los amigos; b) cuando la persona tiene dificultades en expresar sus sentimientos, pensamientos o creencias en forma directa, honesta y apropiada. por ejemplo sentimientos de coraje, afecto y amor.

El entrenamiento asertivo es de hecho un método terapéutico que implica varios procedimientos: modelamiento, expresión adecuada de emociones, representación de papeles, reforzamiento diferencial de respuestas exitosas, entrenamiento de la comunicación no verbal, y entrenamiento en habilidades de relaciones interpersonales.

A continuación se describen los procedimientos más comúnmente usados dentro de las técnicas conductuales.

1. Instrucciones. Indicaciones de conducta a seguir que se le dan al sujeto.
2. Modelamiento. Entrenamiento sistemático de una respuesta compleja a través de reforzar diferencialmente aproximaciones sucesivas a la respuesta terminal.
3. Representación de papeles (Role Playing). Utilizados para familiarizar al niño con las contingencias de reforzamiento disponibles, e incrementar la probabilidad de conductas deseadas.
4. Entrenamiento en conductas de apoyo. Se entrenan repertorios de conductas cuyo déficit (habilidades verbales), limita la interacción apropiada de niño.
5. Práctica positiva. Se requiere que el niño repita una respuesta particular hasta que la emita correctamente o a un nivel aceptable, como para avanzar al paso siguiente en su programa de modelamiento.
6. Procedimientos de tiempo fuera. Se consideran procedimientos de extinción para desacelerar una respuesta indeseable. Consiste en remover al niño de las condiciones ambientales que refuerzan las conductas indeseables. Dependiendo del control que se ejerce sobre la conducta

del niño, este se lleva a un sitio alejado de donde se estaba desarrollando la actividad. Los intervalos varían de 1 a 5 minutos de duración.

7. Retroalimentación. Es un proceso mediante el cual se dá información al individuo para que evalúe y planee su conducta.

8. Asignación de tareas. Se le asigna al paciente un conjunto de actividades acordes al objetivo terapéutico que se deberán realizar en casa.

9. Monitoreo. Este procedimiento involucra observaciones propias de la conducta interna y externa, auto-reportes de respuestas usando, ya sea una forma estructurada o no estructuradas o un cuestionario, una lista de principales respuestas, el monitoreo ha sido usado efectivamente con niños y adolescentes (Reynolds & Coats, cit. en Matson, 1989).

Debido a la mención reiterada del uso de entrenamiento de habilidades sociales para el tratamiento de la depresión infantil en este capítulo se desarrolla más ampliamente un caso en el que se usa dicha técnica.

Se ha asumido que la persona deprimida no puede controlar el medio ambiente interpersonal por lo que responde con reacciones emocionales de enojo y disforia. Se asocian a la depresión síntomas en naturaleza sociales como el contacto visual, iniciar interacciones, emitir contenidos apropiados en el habla. Varios procedimientos estandar fueron involucrados en esta forma de tratamiento. Ellos incluyen instrucciones, modelamiento, representación de papeles, realización de retroalimentación, reforzamiento social y reforzamientos tangibles de conductas discretas típicamente, estos procedimientos se desarrollan con un terapeuta y un paciente en sesiones de tratamiento, sin embargo, en pequeños grupos de 4 a 6 años pueden ser tratados usando uno o dos terapeutas de niños si los niños son agrupados homogéneamente en términos del nivel de

habilidades y el tipo de problema. Generalmente se usan de 5 a 10 tarjetas con pasajes que describen episodios de la vida real del paciente. El propósito del tratamiento es para incrementar las habilidades por vía de la práctica y reforzamiento de conductas interpersonales apropiadas. Un ejemplo de esto puede consultarse en el apéndice, caso 1, donde son combinados los procedimientos comunes a las diferentes posturas revisadas en este capítulo.

Como podrá observarse en el capítulo VI, en donde se describen diversas investigaciones, existen posturas que utilizan métodos combinados de ambos enfoques, por lo que se derivan de las originales, surgiendo así una técnica cognitiva-conductual de cada una.

CAPITULO IV

LA DEPRESION BAJO EL ENFOQUE COGNOSCITIVO

La teoría cognoscitiva se ha desarrollado con la finalidad de modificar el proceso de pensamiento del paciente y las premisas, suposiciones y actitudes que subyacen sus cogniciones. Su enfoque se refiere al contenido de ideas involucrado en el sintoma, a saber, las inferencias irracionales y las premisas. Por lo tanto, el terapeuta cognoscitivo intenta familiarizarse con el contenido del pensamiento del paciente, su estilo de pensamiento, sentimientos y conductas para poder entender su interrelación.

Para el terapeuta cognoscitivo la enfermedad mental es fundamentalmente un desorden del pensamiento. El paciente, consistentemente, distorciona la realidad de una manera ideacional, de manera que adquiere conclusiones subjetivas acerca de su habilidad para enfrentarse a su medio. Los procesos distorcionados del pensamiento del paciente afectan la manera como percibe el mundo y lo llevan a emociones displacenteras y a dificultades en el comportamiento. El terapeuta cognoscitivo ayuda al paciente a identificar concepciones erróneas específicas, distorsiones y atribuciones desadaptativas y a probar su validez y racionalidad.

Entre los autores que ha propuesto el modelo cognoscitivo los más importantes, por la extensión de su obra al respecto, son: Ellis (1962) y Beck (1970). Sin embargo Aaron Beck es quien lo ha instrumentado especialmente para el tratamiento de pacientes depresivos. Asimismo existen modelos que bajo este enfoque trabajan, también, con técnicas conductuales, tal es el caso de

Rehm (1977) y Seligman (1975). Asimismo, se han desarrollado métodos que llevan una orientación y metodología, tanto conductual como cognoscitiva por lo que reciben el nombre de enfoque cognitivo-conductual. Estos modelos son derivados de las posturas que se han mencionado en el capítulo anterior y las posturas que se desarrollan en el presente, mismas que se ubican en la mayoría de las investigaciones analizadas en el capítulo número VI.

Modelo Cognositivo I. Beck (1970).

"La terapia cognositiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Sus cogniciones (eventos verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores" (Beck, 1979).

Beck nos da una definición de terapia cognositiva que puede abarcar diversos enfoques; sin embargo, Aaron Beck es considerado el más importante investigador de los procesos cognositivos dentro de la depresión. Presenta un paradigma que intenta demostrar las conexiones entre los aspectos cognositivos y los fenómenos afectivos, motivacionales y físicos de la depresión. La formulación que presenta se aplica a los varios tipos de depresión incluyendo los que pueden ser clasificados.

Las perturbaciones del individuo depresivo pueden ser consideradas como la activación de tres patrones cognoscitivos que forzan a la persona a considerarse a sí misma, a su mundo y a su futuro de acuerdo a su forma de pensar. El dominio progresivo de estos tres patrones cognoscitivos se va relacionando con otros fenómenos (descritos posteriormente) asociados al estado depresivo.

El primer componente de la triada es el patrón de construir las experiencias de una forma negativa. El paciente interpreta constantemente sus interacciones con el medio ambiente como derrotas o deprivaciones. Considera su vida una sucesión de cargas, obstáculos o situaciones traumáticas, los cuales lo empobrecen de manera importante. Las concepciones distorsionadas pueden variar desde pequeñas inexactitudes hasta malinterpretaciones generales. Las cogniciones típicas muestran una variedad de desviaciones del pensamiento lógico, incluyendo inferencias arbitrarias, generalizaciones y magnificaciones. El paciente hace automáticamente una interpretación negativa de una situación aún cuando existan aplicaciones más plausibles. Cambia el hecho para que se adecúe a sus conclusiones negativas preformadas.

El segundo componente de la triada es el patrón de verse a sí mismo de una manera negativa. Se considera deficiente, inadecuado o sin valor y tiende a atribuir sus experiencias displacenteras a defectos en él mismo, y tiende a generalizar una conducta determinada en un rasgo de carácter. Cualquier desviación de un estándar alto de excelencia es considerado como una gran falla. Si no logra igualar lo mejor, por ejemplo en un plano financiero, social o académico, generaliza sus fallas creyéndose inferior en todo lo demás. La supuesta deficiencia se magnifica a tal grado que ocupa la totalidad de su concepto sobre sí mismo. Esto provoca rechazo hacia sí y una gran culpa por los defectos que cree poseer. Puede llegar a culparse hasta por la misma depresión.

El tercer componente de la triada consiste en considerar el futuro de una manera negativa. Anticipa que sus sufrimientos y dificultades actuales van a continuar indefinidamente. Generalmente muestra gran preocupación utilizando expectativas negativas a manera de fantasías o rumiaciones obsesivas. Las anticipaciones del futuro son una extensión del presente. Parece incapaz de considerar su condición actual limitada en el tiempo o de esperar cualquier posibilidad de mejoría.

Una de las conclusiones más importantes que Beck nos presenta es que los desórdenes cognoscitivos preceden a los afectivos. La reacción del depresivo se basa en una interpretación equivocada de los datos que percibe más que de datos incorrectos. Algunas veces el hecho precipitante puede ser nocivo en realidad, pero una vez que el proceso depresivo entra en acción, hechos neutrales y aún favorables, son procesados de tal manera que producen una conclusión negativa. La presentación de nueva información para corregir esta conclusión errónea pasa por el mismo proceso de distorsión y frecuentemente falla al tratar de cambiar las conceptualizaciones del depresivo.

De acuerdo a Beck, la predisposición para la depresión tiene relación con la formación de conceptos permanentes. El individuo desarrolla tempranamente en su vida una gran variedad de conceptos y actitudes acerca de él mismo y del mundo. Algunos de estos conceptos están anclados en la realidad y provocan vulnerabilidad hacia posibles desórdenes psicológicos.

Los conceptos de un individuo, reales o irreales, nacen de sus experiencias, de las actitudes y opiniones comunicadas a él por otros y de sus identificaciones. Una vez que una actitud o concepto se ha formado puede influir en la manera como se juzga un nuevo hecho, de modo que el concepto original se refuerza y se establece un círculo. Por ejemplo, un niño que adquiere la noción de que es tórpe por haber tenido una falla o porque alguien le dijo que lo era, cuando se enfrenta con dificultades para realizar una labor manual, puede tener la tendencia a pensar que es torpe de primera instancia. Cualquier juicio subsecuente tiende a reforzar el concepto negativo.

Cada juicio negativo fortifica la imagen negativa de sí, lo que facilita la interpretación negativa de experiencias subsecuentes, lo que sigue consolidando el concepto negativo de sí mismo: El círculo se ha establecido.

Si esta imagen negativa no es extinguida se convierte en una formación permanente de la organización cognoscitiva. Una vez que el concepto se ha estructuralizado se queda permanentemente en el individuo aun cuando pueda permanecer latente; se convierte en una estructura cognitiva o como Beck lo denomina, en un "esquema".

Algunos ejemplos de Beck de autoconceptos positivos son: "yo soy capaz", "yo soy atractivo", "puedo conseguir lo que quiero", "puedo entender problemas y resolverlos". Ejemplos de autoconceptos negativos son: "soy débil", "soy inferior", "no soy capaz de lograr que me quieran", "no puedo hacer nada bien". Estos conceptos negativos aparecen con gran fuerza durante la depresión.

El núcleo de los conceptos negativos o positivos determinan la dirección de la autoestima de un individuo.

Estos autoconceptos tienen un juicio de valor o una connotación, así, un atributo específico puede no ser considerado bueno o malo inicialmente pero a través del aprendizaje social puede adquirir la connotación de bueno o malo, por ejemplo, cuando una persona se juzga torpe automáticamente puede acompañar al juicio de la connotación de "malo" porque así aprendió a juzgarlo, por lo que el primer juicio será acompañado necesariamente del otro.

La vulnerabilidad de la persona predispuesta a la depresión se basa en la constelación de actitudes acerca de sí misma, del mundo y de su futuro. Para que un autoconcepto negativo se vuelva patológico debe estar asociado a un juicio de valor negativo. De acuerdo a Beck, no todas las

carencias o defectos, ya sean físicos, mentales o sociales, son considerados como algo malo para las personas que los poseen ni conllevan necesariamente tendencias depresivas.

El concepto de la culpa sobre todo a si mismo es otro factor predisponente de la constelación depresiva. De acuerdo a un principio causal primitivo, el individuo se cree responsable por sus defectos y supuestas deficiencias. Otro grupo de actitudes de esta misma constelación son las referidas a expectativas negativas, por lo que, cuando son movilizadas, producen en el individuo la sensación de desamparo tan característica de la depresión.

Cuando los componentes de la depresión son activados Beck sugiere que se organizan de la siguiente manera : el individuo interpreta una experiencia dada a manera de derrota personal o como si se tratase de un impedimento, atribuye la derrota a algún defecto en él mismo, se considera sin valor por tener esta falla, y se culpa así mismo por haberla tenido, se disgusta consigo mismo y como considera el defecto parte intrínseca de su persona no contempla ninguna esperanza de cambio, por lo que el futuro se espera lleno de situaciones dolorosas.

Resumiendo, la teoría de Beck respecto de las causas de la depresión, se puede considerar que: el individuo predispuesto a esta condición adquirió durante su período de desarrollo ciertas actitudes negativas acerca de si mismo, el mundo externo y su futuro. Como resultado de estas actitudes, se vuelve especialmente sensible a circunstancias estressantes específicas como la de sentirse despojado, impedido o rechazado. Cuando es expuesto a estas circunstancias reacciona desproporcionadamente con ideas de deficiencia personal, culpa y pesimismo.

Las actitudes ideosincráticas del individuo representan patrones cognoscitivos persistentes designados por Beck como esquemas. Estos esquemas influyen en la manera como la persona se orienta ante una situación, reconoce y cataloga los hechos principales y conceptualiza la experiencia.

Los esquemas ideosincráticos en la depresión consisten en concepciones negativas del valor individual, de las características personales, de su desempeño o salud. Cuando estos esquemas se evocan, moldean el contenido del pensamiento y conducen a los típicos sentimientos depresivos de tristeza, culpa, soledad y pesimismo. Los esquemas pueden permanecer inactivos durante periodos asintomáticos y activarse al comienzo de la depresión. Al profundizarse la depresión, estos esquemas dominan cada vez más el proceso cognoscitivo y no solamente reemplazan esquemas más apropiados sino que rompen los procesos cognoscitivos involucrados en adquirir objetividad y sentido de la realidad. Se sugiere que al ser activados los esquemas estimulen las estructuras afectivas conectadas con ellos, que a su vez refuerzan los mismos esquemas produciéndose una espiral depresiva.

Así, Beck describe la sintomatología de la depresión, agrupándola bajo el concepto de manifestaciones: emotivas, cognoscitivas, motivacionales, vegetativas y físicas.

Manifestaciones Emotivas.

Este término se refiere a los cambios en los sentimientos o en la conducta observable del paciente. Se caracteriza por: estado de ánimo abatido, algunas veces se expresa predominantemente como alguna dolencia somática, "un sentimiento de vacío en el estómago", "algo pesado en el pecho", etc. Al contestar la pregunta "¿cómo se siente?" los adjetivos más usados por los pacientes depresivos son : triste, melancólico, desesperanzado, solitario, infeliz, desanimado, humillado, avergonzado, preocupado, inútil, culpable; sentimientos negativos, y de disgusto hacia sí mismo, y actitudes negativas como "no valgo nada"; decremento de la gratificación, existe un énfasis de los pacientes en la pérdida de satisfacción en algunas actividades, misma que se va extendiendo hasta abarcar prácticamente todo lo que el paciente hace, incluyendo actividades asociadas con necesidades biológicas o deseos como el comer o las experiencias sexuales, esto hace suponer que su vida está especialmente orientada a recibir gratificación, experimenta un aumento de sus

necesidades pasivas, las cuales se gratifican con actividades que involucran cada vez menor grado del sentido del deber; pérdida del apego emocional y se manifiesta por una disminución en el grado de interés por actividades o en el afecto o preocupación por otras personas; ataques de llanto que en ocasiones son el inicio de la depresión y es cuando la persona manifiesta un constante deseo de llorar; pérdida del sentido del humor, la dificultad aparece en que la respuesta no es la usual, no le divierte la situación, no tiene ganas de reír y no obtiene ninguna satisfacción de ello.

Manifestaciones cognoscitivas.

Las manifestaciones cognoscitivas de la depresión incluyen tres conjuntos de síntomas que son: 1) Este conjunto está compuesto por las actitudes distorsionadas del paciente respecto de sí mismo, sus experiencias y su futuro. También incluye devaluaciones de sí mismo, distorsiones de la imagen corporal (la cual es muy marcada en esta etapa) y de expectativas negativas. Existe una tendencia del paciente, de esperar lo peor y rechazar cualquier posibilidad de mejorar, es uno de los obstáculos más grandes del terapeuta para engancharlo en una relación terapéutica. Su visión negativista es una fuente de frustraciones continuas para los familiares, amigos y médico en su intento por tratar de prestarle su ayuda. Algunas veces el paciente puede hasta negarse a tomar los fármacos prescritos porque cree, a priori, que no pueden hacerle ningún bien. El paciente depresivo piensa que en el futuro las condiciones presentes desfavorables (financieras, sociales, físicas, etc.), continuarán y aún más empeorarán. Esta noción de irreversibilidad o permanencia del mismo estado parece ser la base de consideración del suicidio como una acción lógica.

2) Otro conjunto de síntomas incluye a la culpa a sí mismo y se utiliza como explicación causal de las experiencias vivenciadas por el paciente: está dispuesto a hacerse responsable por cualquier dificultad o problema que le ocurre. Esta área también está relacionada con una auto-crítica y culpa del paciente que aparentemente están relacionadas con la tendencia a explicar los sucesos negativos a través de una causa egocéntrica y su tendencia a criticarse a sí mismo por supuestos

deficiencias. En algunos casos el paciente se puede culpar por eventos que no tienen ninguna conexión con él y hasta castigarse severamente por ello.

3) El último conjunto de síntomas es el que involucra el área de decisiones: el paciente típicamente duda y es indeciso; hay una auto-devaluación, la baja autoestima es una característica de la depresión; en éste el individuo se categoriza de la siguiente manera: "soy inferior"; hay expectativas negativas en las que existe un sentimiento de desamparo acompañado normalmente de una apariencia sombría y pesimista. Asimismo el depresivo duda entre varias alternativas y se presenta en dos facetas que se refieren a la esfera cognoscitiva donde el paciente anticipa que tomará la decisión incorrecta y después se arrepentirá de ella y la segunda es de tipo motivacional y se relaciona con la poca fuerza de voluntad, tendencias escapistas (evasión de situaciones difíciles para el paciente) y un aumento en la dependencia en referencia a la que ya se presentaba antes del padecimiento.

Manifestaciones motivacionales.

Uno de los caracteres de las motivaciones del depresivo es su naturaleza regresiva, en el sentido en que el paciente tiende a escoger actividades que sean menos demandantes, ya sea en la responsabilidad que requieren o en la cantidad de energía que tienen que invertir. Se aleja de actividades específicas, de roles adultos y busca las que se caracterizan por roles infantiles; si se le confronta con una elección prefiere desempeñar una actividad que conlleve más con un rol pasivo que activo, y prefiere la dependencia a la independencia; evita responsabilidades y escapa de los problemas más que tratar de resolverlos; busca gratificaciones inmediatas, pero transitorias, en lugar de satisfacciones demoradas y prolongadas. La última manifestación escapista a la que se aferra, está expresada por su deseo de escapar de la vida a través del suicidio.

La ausencia de motivación positiva es una característica importante de la depresión que se manifiesta como parálisis de la fuerza de voluntad. El paciente puede tener problemas para moverse y llevar a cabo hasta las tareas más elementales como comer o tomar sus medicamentos. Aparentemente el paciente sabe qué es lo que tiene que hacer pero no tiene estímulos internos para llevarlo a cabo.

Hay un deseo de escape y evitación el cual es común entre los pacientes deprimidos, pues considera sus deberes como aburridos, sin sentido o como una pesada carga y busca escapar hacia otras actividades que le ofrezcan refugio o descanso.

Manifestaciones vegetativas y físicas.

Se encuentran asociadas con problemas gastrointestinales, taquicardias, tensión muscular, insomnio, problemas sexuales, lentitud corporal, motora y verbal.

En base al desarrollo de este modelo cognoscitivo de Beck, se implementa el tratamiento, el cual se orienta hacia síntomas específicos de la depresión como, por ejemplo, pasividad o el pesimismo y a las creencias en las cuales el paciente basa sus pensamientos y conductas. Las intervenciones son a corto plazo y con tiempo limitado (siendo un máximo de 20 sesiones en un periodo de 10-12 semanas); el terapeuta dirige y enfoca la discusión sobre las áreas problema presentadas por el paciente (Rush y Beck, 1979).

Beck (1970), citado por Seligman, Klein y Miller (1976) define a la depresión como un conjunto de operaciones enfocadas en las cogniciones del paciente y en las premisas, suposiciones y actitudes que subyacen a estas cogniciones. Así, la terapia constará de cuatro fases:

En la primera fase el terapeuta procederá a examinar los datos de la historia de vida del paciente para identificar patrones no adaptativos, tales como la tendencia a verse a sí mismo como un perdedor. Se le dice al paciente que el desorden resulta del desarrollo de actitudes no adaptativas de una sobre-reacción ante un estrés específico y de la ocurrencia desafortunada de eventos traumáticos.

A la segunda fase puede llamarse "educacional" ya que en ésta se le enseña al paciente a enfocar e identificar cogniciones que generen depresión a las que Beck llama "pensamientos automáticos".

En una tercera fase se incrementará la objetividad del paciente hacia estas cogniciones depresivas, puntualizando que estas distorsionan la realidad. Esto se lleva a cabo cuando el terapeuta y el paciente aplican las reglas de la lógica a las cogniciones o cuando el paciente checa las observaciones sobre las cuales se basaron las cogniciones.

En la cuarta fase comenzará cuando el paciente sea capaz de identificar sus cogniciones depresivas y reconozca que estas son inválidas. Entonces se procederá a neutralizar dichas cogniciones haciendo repeticiones verbales de por qué son cogniciones objetivas, lo cual originará que la intensidad y frecuencia de las cogniciones depresivas se reduzcan.

Esta terapia, ha sido probada en el tratamiento del adolescente y de algunos niños demostrando su viabilidad. el tratamiento se ha administrado generalmente por cortos períodos de tiempo y a los pacientes se les dan explicaciones didácticas en las que se resalta la relación que hay entre los conocimientos, el afecto y la conducta, y las maneras en las que los conceptos se relacionan con la fenomenología de la depresión. A través de su propia experiencia al paciente se le enseña a observar y anotar sus conocimientos mal adaptativos. El paciente aprende a contestar y evaluar respuestas de varios eventos externos y qué es lo apropiado o inapropiado ante diferentes

situaciones. Se les asignan tareas, en el curso de la vida diaria, que son usados para ayudar a los pacientes a probar la validez de sus opiniones y ser capaces de tratar más efectivamente con situaciones problema. El trabajo domiciliario, también es una técnica utilizada para que el paciente ponga una lista de actividades y pensamientos negativos. Este abordaje difiere de los métodos operacionales y de aprendizaje social en el hecho de que hay que modificar estados y/o eventos internos versus externos.

Modelo Cognoscitivo II. Albert Ellis (1962).

La terapia Racional-Emotiva (RET) asume que los desórdenes psicológicos surgen de pensamientos ilógicos e irracionales derivados de ciertas creencias morales de nuestra sociedad y de ciertos parámetros "esperados" respecto a las necesidades humanas.

Ellis le da mayor énfasis a modificar las creencias del paciente, más que explícitamente a comprobar su realidad. su esencia se puede explicar a través del paradigma A - B - C - D (Ellis, 1962 citado Bernard y Joyce, 1984), donde (A) se refiere a un evento o acontecimiento al cual se expone el individuo; (B), se refiere a la cadena de pensamientos que lo llevan a responder a (A); (C), simboliza las emociones y conductas que son consecuencia de (B); y (D) significa, los esfuerzos del terapeuta para modificar lo que ocurre en (B).

Esta teoría está basada sobre la noción de que la gente tiene creencias culpables acerca de sí mismo, tales como: "todos deben gustarme". La aceptación de esta noción conduce al paciente a una pobre percepción de sí mismo que conduce, a su vez, a una pobre auto-estima, al aislamiento social, y otras conductas que provocan la depresión. El tratamiento consiste en obtener una reevaluación o reestructuración del pensamiento del paciente, permitiéndose que se desarrollen actitudes y conductas positivas. El tratamiento no se centra en la emocionalidad o el nivel

emocional del paciente sino en los problemas de pensamiento y sobre la realización de decisiones racionales.

Hay varios premisas para la realización de este tratamiento, las cuales incluyen:

- 1) El hombre es únicamente racional e irracional y cuando es racional es efectivo, feliz y competente.
- 2) El estrés psicológico es resultado de un pensamiento irracional e ilógico.
- 3) El pensamiento irracional empieza en la familia y en la cultura.
- 4) El lenguaje simbólico es el usual y la mejor manera de resolver el problema.
- 5) El estado emocional está determinado no por las circunstancias internas, sino por las percepciones y actitudes junto con estos eventos.
- 6) Los pensamientos negativos y autodestructivos, así como las emociones deben ser reorganizadas en una manera más lógica.

El concepto de pensamiento irracional es el problema y foco central del modelo de tratamiento de Ellis (1962), en el que se enlistan once pensamientos irracionales centrales:

- 1) Es esencial que uno sea amado o aceptado virtualmente por todos.
- 2) Uno debe ser perfectamente competente, adecuado y realizado para considerarse así mismo como útil.
- 3) Algunas personas son malas, perversas y villanas, entonces deben ser censuradas y castigadas.
- 4) Es una catástrofe terrible cuando los pensamientos no son como uno los quiere.
- 5) La infelicidad está causada por circunstancias externas y el individuo no tiene control sobre ellas.
- 6) Los pensamientos peligrosos o terribles están causados en gran parte por su posibilidad de que puedan continuamente extenderse.

- 7) Es más fácil evitar dificultades y auto-responsabilidades que hacerles frente.
- 8) Uno debe ser dependiente de otros y debe tener a alguien mucho más fuerte en quién confiar.
- 9) Los eventos y experiencias pasados son los determinantes de la conducta presente, ellos influyen y el pasado no puede ser erradicado.
- 10) Uno debe estar por encima de los problemas de la gente y sus alteraciones.
- 11) Siempre hay una solución buena o perfecta a cada problema y ésta debe ser encontrada o los resultados serán catastróficos.

Estos problemas son revisados con el paciente y se le proporcionan ejemplos ilustrativos con atención a estos once puntos. Posteriormente se determina el proceder más adaptativo, acompañado en su análisis correspondiente tanto dentro de la terapia como dentro del trabajo domiciliario.

La terapia racional-emotiva es un gran proceso para enseñar una actitud de responsabilidad emocional, que es para cada persona la capacidad de cambiar lo que ella siente. Esto se logra a través de la enseñanza de destrezas de auto-análisis racional y de pensamiento crítico. La RET instruye a la gente en cómo empezar a resolver mejor sus propios problemas emocionales. El propósito principal en la resolución de problemas emocionales consiste en enseñar al niño y al adolescente el proceso a seguir para que aprenda la forma para cambiar sentimientos inapropiados por apropiados (Waters, 1982). Los sentimientos apropiados están generados por creencias racionales, son una respuesta adecuada a la situación, facilitan el alcanzar metas, y son usualmente respuestas moderadas en oposición a reacciones extremas; mientras que los sentimientos inapropiados son generados por creencias irracionales, y son una respuesta inadecuada a la situación, impiden alcanzar metas, y son usualmente reacciones extremistas. Los ejemplos de emociones inapropiadas y de infelicidad son cuando los niños se sienten muy enojados, hostiles, deprimidos, y ansiosos; mientras que los sentimientos más apropiados, ante situaciones adversas, serían de irritación, desaprobación, tristeza y aprehensividad.

Para niños pequeños los propósitos de RET podrían ser expresados de la siguiente manera (Waters, 1982):

1. Identificar correctamente las emociones.
2. Desarrollo de vocabulario emocional.
3. Distinguir entre ayuda y sentimientos inútiles.
4. Diferenciación entre sentimientos y pensamientos.
5. Auto-conversación.
6. Hacer la conexión entre la auto-conversación y los sentimientos.
7. Aprender racionalmente copiando lo ya establecido.

Para niños mayores y adolescentes un establecimiento de propósitos más complejo puede ser precedido, además de los ya enlistados, por los que a continuación se mencionan:

1. Enseñar el A - B - C.
2. Disputar los términos que el niño utiliza.
3. Disputar con imperativos personales "debes de".
4. Cambiar "yo no puedo permanecer así" (poca tolerancia a la frustración).
5. Enseñar la auto-aceptación.
6. Corrección de malas percepciones de la realidad.

De acuerdo con DiGiuseppe y Bernard (1983) uno de los primeros establecimientos en la terapia cognoscitiva con niños es proporcionarle un esquema que incorpore un continuo de respuestas, sentimientos y contenidos de vocabulario para esa reacción, para introducir la idea de que uno no siempre tiene sentimientos de la misma manera y que éstos pueden variar en intensidad (por ejemplo, débil, poquito, fuerte) se utiliza una extensión o estrechamiento de los brazos, juntos para

ubicar sentimientos de inicio o de poco y para expresar el lado opuesto, mover sus brazos tan amplio como le sea posible. Otra forma de enseñar a los niños que los mismos eventos ocasionan diferentes sentimientos en diferentes niños es preguntando al niño que si en un continuo de -5 (muy negativo) a +5 (muy positivo) cómo se sentiría en tal situación, que es a lo que ellos llaman termómetro de las emociones (ob. cit).

Para el RET existen dos aspectos de actividad cognoscitiva las cuales pueden conducir a alteraciones emocionales y conductuales y que pueden ser corregidas a través de ella. En la primera existe una interpretación distorsionada de la realidad que lleva a errores de inferencia lógica y razonamientos (inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificación y minimización, personalización y razonamiento absolutista y dicotómico) que pueden conducir a niveles moderadamente mal adaptados de apreciación emocional. Las malas interpretaciones pueden ser frecuentemente retenidas por la gente como supuestos no válidos acerca de sí mismos y de su mundo. Un segundo y mayor aspecto de actividad cognoscitiva son las evaluaciones y apreciaciones que el individuo hace de sus malas interpretaciones las cuales pueden ser racionales e irracionales que parecen ser la ruta principal de alteración emocional desde la apreciación racional de una percepción distorsionada de la realidad generalmente no conducirá a extremos y niveles improductivos de apreciación emocional.

Modelo Cognoscitivo III. Seligman y colaboradores (1974-1976).

El modelo de desamparo aprendido propuesto por Seligman y cols. es una explicación de las causas de la depresión en base a una estructura cognoscitiva llamada desamparo aprendido.

El concepto desamparo aprendido se originó de la experimentación con animales, independientemente de la depresión. Operacionalmente, un animal se comporta como desamparado cuando ha aprendido que no existe ninguna reacción para lograr un reforzador positivo o evitar un

estímulo aversivo. Esto suele suceder en situaciones donde el animal no puede ejercer ningún control.

Los experimentos que se realizaron al respecto serían de relativa importancia si sólo se hubiesen replicado con infrahumanos. Sin embargo, Hiroto y Seligman (1975) han logrado obtener los mismos resultados con humanos, en una de sus investigaciones (1975) citado en Zermeño, 1982) formaron tres grupos de estudiantes: a) un grupo ingenuo no tratado; b) un grupo que podía evitar un fuerte ruido mediante la presión de un botón; c) un grupo de desamparo que no podía evitar el ruido. En una segunda fase, los sujetos tenían que aprender a mover una palanca para evitar un ruido molesto avisado por una señal. Los resultados indican que los síntomas de desamparo, como opuestos a los síntomas producidos por el evento en sí mismo, ocurrieron solamente en el tercer grupo ya que no importando lo que intentaron ellos habían aprendido en la fase anterior, que el evento ocurriría. Un dato muy interesante fue que el impedimento en el aprendizaje, de accionar la palanca para evitar el ruido, fue mayor entre los sujetos a quienes se les dijo que el éxito en la tarea dependería del azar, más bien, que de la propia habilidad y para aquellos que percibían que sus vidas eran determinadas por fuerzas externas (externamente dirigidos), más bien que causadas por sus propias acciones (internamente dirigidos).

En este modelo, Seligman postula que la depresión se debe básicamente a lo que el sujeto ha aprendido y que lo lleva a la creencia de que no puede controlar aquellos elementos de su vida que le quitan el sufrimiento o que le traen gratificación. En resumen, el sujeto ha aprendido que es incapaz o impotente.

Seligman muestra ciertos elementos que demuestran la forma en que el desamparo o la incapacidad aprendida en los animales es similar a la depresión en los humanos, estos elementos son: causas, prevención y tratamiento.

Es importante mencionar que la base en el modelo de Seligman es el grado en el que factores cognoscitivos puedan interactuar con variables ambientales específicas en el desarrollo de conductas depresivas. La inhabilidad que el depresivo siente para tratar de controlar los eventos ambientales se puede deber a dos tipos de experiencia:

1. Una historia de fracaso al tratar de manejar situaciones estresantes puede generar una expectativa negativa al enfrentarse a nuevas situaciones.
2. El hecho de que una persona haya sido reforzada continuamente pero sobre una base no contingente, puede nunca haber aprendido ante qué capacidades suyas sería reforzado, por lo que piensa que está incapacitado para controlar la cantidad de reforzamiento que recibe y hasta un mínimo cambio en el ambiente lo lleva a la depresión.

El modelo de desamparo aprendido al hacer alusiones acerca de cogniciones maladaptativas, nos da un punto de apoyo para la psicoterapia por medio de la reestructuración cognoscitiva, ya que se eliminarían ciertos tipos de verbalización que impiden actuar de una manera adecuada al sujeto, para sustituirlas por unas más adecuadas.

Otro punto que habla de las cogniciones maladaptativas del sujeto, es su resistencia a aceptar el éxito como suyo, ya que verbalizaciones de tipo irracional van a impedir al sujeto que reconozca que el éxito de su vida es debido a él y no a algún otro evento.

De acuerdo a esta teoría, una terapia exitosa de la depresión debería llevar al paciente a descubrir y creer que sus respuestas producen la gratificación que desea, en resumen, que es un ser humano efectivo.

Modelo IV. Autocontrol de L. P. Rehm (1977).

Rehm (1977) es uno de los investigadores que han aportado más información sobre el auto-control de la depresión, además de elaborar varios programas con el mismo fin. Emplea el modelo de auto-control elaborado por Kanfer (1970) como un modelo para el análisis de la etiología, sintomatología y tratamiento de la depresión.

Así, Rehm afirma que los individuos depresivos presentan importantes distorsiones en los procesos de auto-monitoreo, auto-evaluación y auto-reforzamiento. Esto los predispone a desarrollar una depresión, esencialmente cuando se da una pérdida de fuentes de gratificación importantes, pues el individuo no posee habilidades para reorientarse hacia fuentes alternativas de reforzamiento para sostener su nivel de conducta. De ahí la necesidad de reentrenar al individuo en habilidades de auto-control con objeto de que pueda hacer frente a su depresión. Estos déficits son los siguientes:

a) El auto-monitoreo en pacientes depresivos reveló que éstos tienden a atender selectivamente a eventos negativos con la relativa exclusión de eventos positivos. Además, los sujetos depresivos muestran una marcada preferencia por recompensas inmediatas versus mediatas de su conducta, de manera que sacrifican formas más importantes de reforzamiento a largo plazo (Rehm, 1977). Estas dos distorsiones en el auto-monitoreo se ven reflejadas en diversos síntomas depresivos, como el pesimismo, la visión negativa de sí mismo, el mundo y su futuro, su inhabilidad para contemplar reforzamientos futuros, su falta de motivación y desesperación.

b) Por su parte, los estudios sobre los procesos de auto-evaluación en los sujetos depresivos pusieron al descubierto que éstos tienden a establecer rigurosos criterios de auto-evaluación que no son posibles de igualar, generándose en ellos sentimientos de auto-devaluación. Además, los depresivos hacen excesivas atribuciones externas de causalidad. Consideran que existe un alto grado de independencia entre su ejecución y sus consecuencias. Esto conduce a una falta de

auto-control, ya que el sujeto se considera inepto para proporcionarse recompensas y modificar sus conductas hacia esquemas de conducta más efectivos.

Igualmente, los individuos depresivos tienden a hacer precisas pero excesivas atribuciones internas de causalidad, percibiéndose a si mismos como carentes de habilidad para obtener consecuencias positivas. Estas formas distorsionadas de atribución de responsabilidad se manifiestan en la pasividad y falta de iniciativa del depresivo, su auto-devaluación, culpa excesiva y expectativas negativas de obtener fracasos en lugar de éxitos.

c) Finalmente, los sujetos depresivos presentan importantes alteraciones en el proceso de auto-reforzamiento, tendiendo a auto-administrarse escasos reforzamientos y muchos castigos. El proceso de auto-reforzamiento es de suma importancia, ya que gracias a éste, las personas no depresivas pueden mantener su conducta en ausencia de reforzamiento externo. Por ejemplo, el estudiante puede continuar sus estudios gracias al auto-reforzamiento, aún cuando su ambiente social no le proporcione reforzamientos externos inmediatos. Desafortunadamente esto no se da en los sujetos depresivos, ya que su conducta y estado de ánimo están fundamentalmente sostenidos por reforzadores externos. Por lo tanto, al perder estas fuentes externas de gratificación y no poseer la habilidad para administrarse recompensas, caen en estados depresivos.

Resumiendo, el modelo de Auto-control propone un tratamiento de la depresión a través de tres puntos:

1. Mejorar la habilidad para hacer monitoreos.
2. Entrenamientos para poder establecer metas reales y atribuciones de causalidad realistas.
3. Aprendizaje de patrones de auto-reforzamiento alternativo.

Rehm (1977) identifica cognosciones de remedio como atención selectiva hacia eventos negativos, excesiva restricción de autoevaluaciones, estilo de atribuciones negativas, baja tasa de reforzamiento negativo contingente, y altas tasas de auto-monitoreo. El terapeuta intenta enseñar al paciente cómo auto-reforzar sus propias conductas efectivamente. Los pacientes pueden ser tratados individualmente o en grupo siguiendo un esquema de tratamiento de una sesión a otra similar a la descrita por Rehm. Obviamente, con alguna de estas u otras aproximaciones psicológicas el esquema de tratamiento provisto puede ser usado como una guía, la cual el terapeuta cambia para ir más rápido o lento dependiendo de factores tales como la edad, motivación y experiencias previas del paciente.

Una variante del modelo de Rehm ha sido probada con nueve niños, cinco hombres y cuatro mejeeres con una edad promedio de once años (Stark, Reynolds y Kaslow, 1987). El programa de intervención fué designado para enseñar a los niños más habilidades adaptativas de auto-monitoreo, ejecución de auto-evaluación, y atribución de las causas buenos y malos, y auto-consecuencias. Estos conceptos fueron enseñados a través de presentaciones didácticas y en ejercicios de terapia. Estas habilidades fueron aplicadas en la asignación de tareas domiciliarias. Se creyó y utilizó una lámina con dibujos para hacer el concepto fácil de entender. El propósito fué proveer una secuencia de habilidades para el niño como un significado del logro de objetivos a largo plazo, tales como aumentar la auto-valoración y una actitud más positiva hacia eventos y otras personas.

Como se pudo observar en la descripción de los modelos, existen diversos componentes comunes de la conducta que pueden ser utilizados en mayor o menor forma por las distintas técnicas y éstos son:

a) Auto-monitoreo. Este procedimiento involucra observaciones propias de la conducta interna y externa, auto-reportes de respuestas usando, ya sea, una forma estructurada o no estructurada o un cuestionario, una lista de principales respuestas, el auto-monitoreo ha sido efectivamente usado con niños y adolescentes (Reynolds & Coats, citados en Matson, 1989). Debido a que los niños frecuentemente deforman sus pensamientos de los eventos placenteros, Reynolds & Stark, 1985) desarrollaron un cuestionario breve para auxiliar el registro de las actividades cotidianas y propias de la edad que son proporcionadas por el mismo individuo.

b) Lista de actividades. Este método involucra la planificación sistemática de la lista diaria de los pacientes más jóvenes junto con el terapeuta y el niño. El plan diario de propósitos o de metas ayuda a disminuir los pensamientos y actividades negativas, aumentando las positivas. Se ha puesto particular atención sobre actividades que aumentan el estado de ánimo, el afecto y la autoestima.

c) Reestructuración cognoscitiva. Lo básico de esta técnica puede ser tratado por Albert Ellis. Este término se refiere a la reacomodación de pensamientos para cambiar al niño o adolescente deprimido y su estilo maladaptativo al proceso de información proporcionado a través del tratamiento (Rimm & Masters, 1979). En la depresión, el agente se ve frecuentemente deprimido a sí mismo y percibe al mundo que le rodea como hostil.

d) Atribución de readiestramiento. Las atribuciones se refieren al estilo cognoscitivo en el cual la persona interpreta los eventos externos. El centro de este proceso, terapéuticamente hablando, especialmente con niños y adolescentes, se basa en enseñar a los niños acerca de las atribuciones y cómo pueden ser usadas adaptativamente. Posteriormente son usadas situaciones hipotéticas a partir de las cuales se le pide al niño que de sus interpretaciones. Basado en la retroalimentación del niño se pueden hacer determinaciones de éstas atribuciones apropiadas para promover un pensamiento saludable. Las estrategias de remedio apropiadas pueden entonces ser seguidas para aumentar o mejorar la conducta adaptativa.

e) Autoevaluación. El proceso cognoscitivo es comparado con las realizaciones de un estándar interno. Se ha hipotetizado (Matson, 1989) que la depresión es una distorsión del proceso de autoevaluación. Esta situación resulta en el establecimiento de estándares excesivamente estrictos o inalcanzables para su realización. Se ha establecido que los niños pueden ser precisos para evaluar esta conducta (Spates & Kanfer, 1977). Se hace un esfuerzo para asistir a los niños en sus discrepancias entre los estándares de realización y su evaluación.

f) Auto-reforzamiento. Un procedimiento final es la autorecompensa, relacionada o contingente a la conducta apropiada. Este aspecto de la terapia es referido como un autoreforzamiento. Esta técnica es frecuentemente usada con abordajes cognoscitivos y puede ser revisada como método de autocontrol. El terapeuta ayuda al paciente a definir tareas específicas en las cuales el paciente es capaz de terminarlos. Cuando se finalizan correctamente, la conducta puede seguir.

CAPITULO V

METODOLOGIA

Para la realización de la presente investigación documental sobre la descripción de los tratamientos de la depresión infantil bajo los enfoques conductual, cognoscitivo y cognitivo-conductual se procedió a la recopilación de información de una manera exhaustiva y actualizada siguiendo los pasos que a continuación se mencionan:

1. Se recabó información general y específica sobre el tema de depresión, para, posteriormente seleccionar aquella que estuvo más dirigida al tema de la depresión infantil y a las diferentes posturas que la han estudiado bajo los enfoques conductual, cognoscitivo y cognitivo-conductual.
2. Como paso siguiente, se hicieron consultas en libros, tesis, revistas, películas y entrevistas a expertos para una mayor orientación sobre los diversos tratamientos que se habían aplicado en depresión infantil. Lo anterior con el fin de determinar los indicadores más precisos para consultar la base de datos de la literatura mundial en el área de Psicología y disciplinas afines (PsycLit). En un principio se usaron indicadores como: Depresión, infancia, y tratamiento, de los cuales se arrojaban datos de 350 resúmenes de artículos, mismos que se leyeron para conocer la información que se manejaba. De esta lectura se descartaron 295 artículos ya que se referían a otro tipo de tratamientos (psicoanalíticos, farmacológico, terapia de juego, terapias musicales, etc.).

CAPÍTULO V

METODOLOGIA

Para la realización de la presente investigación documental sobre la descripción de los tratamientos de la depresión infantil bajo los enfoques conductual, cognoscitivo y cognitivo-conductual se procedió a la recopilación de información de una manera exhaustiva y actualizada siguiendo los pasos que a continuación se mencionan:

1. Se recabó información general y específica sobre el tema de depresión, para, posteriormente seleccionar aquella que estuvo más dirigida al tema de la depresión infantil y a las diferentes posturas que la han estudiado bajo los enfoques conductual, cognoscitivo y cognitivo-conductual.
2. Como paso siguiente, se hicieron consultas en libros, tesis, revistas, películas y entrevistas a expertos para una mayor orientación sobre los diversos tratamientos que se habían aplicado en depresión infantil. Lo anterior con el fin de determinar los indicadores más precisos para consultar la base de datos de la literatura mundial en el área de Psicología y disciplinas afines (PsyLit). En un principio se usaron indicadores como: Depresión, infancia, y tratamiento, de los cuales se arrojaban datos de 350 resúmenes de artículos, mismos que se leyeron para conocer la información que se manejaba. De esta lectura se descartaron 295 artículos ya que se referían a otro tipo de tratamientos (psicoanalíticos, farmacológico, terapia de juego, terapias musicales, etc.).

Después se procedió a localizar los artículos de interés, de los que sólo se encontraron 10 de los 55 originales.

De la lectura de los 10 artículos se realizó una selección de descriptores más específicos como: Terapia Racional Emotiva, Asertividad, Terapia Conductual, Terapia Cognoscitiva, Entrenamiento de Habilidades Sociales, Auto-control, Desesperanza Aprendida, Reforzamiento, y Desensibilización Sistemática. Utilizando además del PsycLit, (que arrojó un total de 62 resúmenes), la base de datos del Sistema de Investigación Psicológica de América Latina (Sipal) del cual resultó una relación de 11 artículos de los que fueron útiles únicamente 2 que sirvieron de apoyo para la teoría, mas no para enriquecer la descripción de las investigaciones en cuanto a la instrumentación de los tratamientos.

De esta última relación de artículos obtenidos, se observó que coincidían la mayor parte de ellos con la primera búsqueda. Así mismo se obtuvieron datos de algunos de los que no se tenía conocimiento; a las personas que estén interesadas sobre el tema se les recomienda que utilicen estos últimos descriptores.

Después de este procedimiento se seleccionaron 52 artículos que se apegaban mayormente al objetivo de este estudio. Desafortunadamente solo fueron localizados 26 artículos y de éstos 16 cubrieron las condiciones para ser descritos de acuerdo a los criterios establecidos mismos que se mencionan posteriormente.

Por último se desecharon 10 artículos de la relación de 26 porque hablaban de los tratamientos en forma teórica sin presentar casos experimentales o porque se avocaban básicamente al diagnóstico más que al tratamiento quedando justificado en base al primero.

Las revistas consultadas para la descripción de la instrumentación de los tratamientos conductual, cognoscitivo y cognitivo-conductual fueron las siguientes:

1. Journal of Consulting and Clinical Psychology.
2. Journal Behavior Therapy & Experimental Psychiatric.
3. Journal of Clinical Psychology.
4. Behavior Therapy.
5. Psychologic Medicales.
6. Behavior Change.
7. Journal American Academy Child Adolescents Psychiatric.
8. Journal of Abnormal Child Psychology.
9. American Journal of Psychotherapy.
10. Behavior Modification.
11. Journal of Community Psychology.
12. Behavioral Psychotherapy.

Los principales lugares en donde se buscaron las revistas y en general las fuentes bibliográficas se mencionan a continuación.

La Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (17 artículos en total). Siendo ésta la principal fuente de información en donde se encontraron más artículos.

El anexo de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (5 artículos localizados).

El Instituto Mexicano de Psiquiatría (3).

Universidad La Salle (1).

La biblioteca Central de la Universidad Nacional Autónoma de México (de este lugar no se obtuvo ningún artículo debido a que estaba fuera de servicio).

El Centro de Investigación de Ciencias Humanísticas (CICH) del cual no se obtuvo relación de artículos debido a que solo manejaban revistas latinoamericanas y en el tema de interés no se reportaron estudios.

En la Universidad Iberoamericana (los artículos que se encontraron eran anteriores a 1981).

Para la descripción de los tratamientos aplicados para la depresión infantil se retomaron reportes de estudios a partir de 1981 a 1990 por considerar que es lo más actualizado en este campo, no se incluyeron los últimos dos años más recientes, porque hasta el momento de la investigación no había ningún reporte de éstos.

Las revistas que fueron encontradas mayormente, además de las mencionadas anteriormente son:

1. Journal of Psychology.
2. Journal of School-Psychology.
3. Behavior Research and Therapy.

Cabe mencionar que estas revistas y las mencionadas anteriormente sólo fueron localizadas en los lugares señalados, aunque no se encontraban todos los números y años en que han sido editados, limitando considerablemente la cantidad de información.

3. Para la integración de los primeros capítulos referentes a las generalidades de la depresión, y en específico sobre la depresión infantil se procedió a analizar los datos contenidos en las investigaciones para así dar un panorama que apoye y justifique el tratamiento de este trastorno. Asimismo en el apéndice se anexó información complementaria a éstos capítulos, para aquellas personas que deseen ampliar el tema.

4. Como paso siguiente se elaboraron los capítulos referentes a los enfoques conductual y cognoscitivo debido a que son la base de las técnicas desarrolladas para el tratamiento en la depresión infantil, por lo que abarca los aspectos más relevantes e ilustrativos de cada una de las posturas. Es oportuno hacer mención de que en el capítulo referente al enfoque cognoscitivo (capítulo V) fueron tratadas las aproximaciones cognitivo-conductuales, esto por considerar el auge que se ha dado en los últimos años en el desarrollo de estrategias para el tratamiento de la depresión infantil en las que se combinan técnicas de ambos enfoques, resultando avances dentro de este campo en cuanto a la efectividad del tratamiento. Además, el número de investigaciones incluidos en el presente se encuentran dentro de este orden.

5. Por último se procedió a la revisión y clasificación de los tratamientos conductuales, cognoscitivos y cognitivo-conductuales reportados en las 16 investigaciones seleccionadas para detectar las técnicas mayormente utilizadas y la instrumentación de dichas investigaciones.

La clasificación de la información contenida en las diferentes investigaciones se realizó en base a las siguientes variables:

I. No. de investigación. Número asignado para la identificación del artículo al que se refiere en cada una de las categorías manejadas. Esta va en orden progresivo a la fecha de publicación del artículo.

II. Enfoque de la terapia. Asignada a las bases teóricas que maneja (conductual, cognoscitiva y cognitivo-conductual).

III. Diagnóstico. Tipo de depresión manifestada en los sujetos.

- IV. Técnicas aplicadas. Tratamiento que se les dió a los sujetos en cuanto a las técnicas empleadas.
- V. Resultados. Efecto de los tratamientos utilizados.
- VI. Seguimiento y Mantenimiento. Prevalencia de los efectos del tratamiento tiempo posterior a su conclusión.
- VII. No. total de sesiones. Número total de sesiones en las que se aplicó el tratamiento.
- VIII. Tiempo de duración por sesión. Tiempo requerido para la aplicación de la técnica.
- IX. Sujetos. Número de niños incluidos en la investigación.
- X. Edad. Edad cronológica de los niños.
- XI. Evaluación inicial y final. Tipos de instrumentos o técnicas aplicadas para la detección diagnóstico y evolución del tratamiento. Estas evaluaciones fueron fusionadas en una sola categoría debido a que eran las mismas que se aplicaban en cada fase.
- XII. Diseño experimental. Referido a la formación de grupos de niños para la aplicación de los tratamientos correspondientes. También se especifica el número de sujetos incluidos en cada grupo.
- XIII. Personal involucrado. Personal profesional involucrado en la ejecución del programa.

XIV. Colaboración de otras personas. Inclusión de personas ajenas a la investigación (como padres, maestros o compañeros de clases).

XV. Año. Fecha correspondiente a la publicación del artículo.

XVI. Autores. Nombre de los investigadores que realizaron el estudio.

XVII. Nombre del artículo. Se reporta el título original del artículo.

En relación a la descripción de las variables anteriores, se elaboró un cuadro general que contiene esta información dividida de acuerdo a los enfoques expuestos. Asimismo en el apéndice fueron incluidos diversas tablas de frecuencia y de correlación entre las mismas variables para una exposición más ilustrativa de los resultados.

CAPITULO VI

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Análisis de los resultados.

Para un mayor entendimiento de la instrumentación de los tratamientos para la depresión infantil que han sido desarrollados en las investigaciones revisadas, a continuación se exponen por separado cada grupo de investigaciones de acuerdo al enfoque manejado, para posteriormente llegar a conclusiones generales de las tres posturas retomadas. Como primer grupo de investigaciones tenemos aquellas que trabajan bajo el enfoque conductual y que se describen para mayor ilustración, en la tabla 1.

Puede observarse que son únicamente cinco las investigaciones que tratan la depresión infantil bajo el enfoque conductual, manejando dos de ellas el diagnóstico de depresión sin especificar el nivel de severidad; dos con el diagnóstico de depresión mayor; y una asociando la depresión a otros desórdenes conductuales.

Diagnósticos	Frecuencia
Depresión Mayor	2
Depresión Moderada a Severa	0
Depresión no especificada	2
Depresión ligada a otros trastornos	1

Las técnicas que se emplean dentro del enfoque no son utilizadas en todos los casos, más bien, son tan diversos como estudios son; la frecuencia mostrada es la siguiente:

Técnicas	Frecuencia
Entrenamiento de habilidades	3
Reforzamiento (tangible, contingente y social)	2
Modelamiento	2
Solución de problemas	1
Juego de papeles	1
Retroalimentación	1
Entrenamiento de asertividad	1
Entrenamiento de relajación	1

La técnica que mayormente fué utilizada en las investigaciones desarrolladas bajo el enfoque es el entrenamiento de habilidades, aunque no hay que perder de vista de que son muy pocas los estudios que se están retomando como para llegar a una generalización.

En cuanto a los resultados que obtuvieron las investigaciones en la aplicación de los tratamientos fueron favorables en todos los casos, se manifestó, a través de los instrumentos que se utilizaron como evaluación final, un decremento del número y severidad de las conductas depresivas. En uno de los casos, además de los resultados positivos, reportan que se dió una generalización al medio ambiente familiar. Asimismo, aunado a lo anterior y respecto al mantenimiento de los efectos del tratamiento, cuatro de las investigaciones reportan un establecimiento de los efectos del tratamiento hasta por 1 año. En una sólo investigación no se realizó el seguimiento. Para mayor visualización de estos datos a continuación se exponen:

Seguimiento	Frecuencia	Mantenimiento	Frecuencia
1 a 3 meses	3	Continuaron los efectos del tratamiento	4
4 a 6 meses	0		
7 a 12 meses	1	No se realizó seguimiento.	1
No se realizó	1		

Otro aspecto importante para tomar en cuenta son el número y duración de las sesiones en el tratamiento, la tabla 1 muestra las características en este sentido de las 5 investigaciones retomadas, manifestandose diferencias evidentes en la duración de los tratamientos, obteniendo un promedio de horas en que fueron aplicadas las técnicas resulta el siguiente cuadro:

Tiempo de tratamiento	Frecuencia
7 horas	1
9 horas	1
16 horas	1
18 horas	1
30 horas	1

En referencia al número de sujetos que son incluidos dentro del programa de tratamiento, tres son atendidos individualmente, por lo que son estudios de caso; uno trabajó con diseño de grupos de 8 niños cada uno manejando dos grupos control; y el último no especifica diseño, aunque por el manejo que se reporta, el entrenamiento se da a los padres, y ellos deben aplicarlo a sus hijos en casa. Lo anterior se ejemplifica en el siguiente concentrado:

Diseño de Investigación	Frecuencia
Estudio de caso	3
Estudio de grupo	1
No se específica	1

Las edades que se trabajó más frecuentemente en las investigaciones fueron en niños mayores de 10 años y solo en una de éstas se trataron niños de cinco años y medio, éste fué el caso donde los padres aplicaron el programa después de haber sido entrenados y el diagnóstico de depresión era ligado a otros desórdenes conductuales. En la tabla 1 pueden observarse estas variables en conjunto.

Edad de los sujetos	Frecuencia
Preescolar (3 a 5 años)	1
Escolar (6 a 11 años)	1
Adolescente (12 a 15 años)	3

El tipo de evaluación tiene una importancia fundamental, debido a que nos permitirá valorar el grado de severidad del trastorno depresivo. Como puede observarse en el siguiente concentrado de datos, el DSM-III se utiliza en tres de las cinco investigaciones, coincidiendo en dos con el diagnóstico de depresión mayor. Le sigue en frecuencia el BDI y BID con dos y las demás son aplicadas en una sola ocasión:

Instrumentos de Evaluación	Frecuencia
DSM-III	3
BDI	2
BID	2
Entrevista no estructurada	1
RDS	1
CDI	1
CBP	1
Observación directa	1
Criterio de Weinberg	1
DAFL	1
CBCL	1
DPICS	1

En la variable correspondiente al personal involucrado en la aplicación del tratamiento, en cuatro de las cinco investigaciones se trabaja con un sólo terapeuta, y en una con un coterapeuta como colaborador. Esta es la única de todas las variables dentro de este enfoque, que coincide mayormente.

En el caso de la inclusión de persona ajenas al estudio, sólo una investigación reporta la ayuda de padres para la aplicación del programa y que es el caso de los niños más pequeños; en las cuatro restantes no se requiere de esta ayuda, excepto para efectos de diagnóstico.

Como segundo grupo de tratamiento a niños con depresión, se ubica al enfoque cognitivo-conductual, que trabaja con los siguientes diagnósticos:

Diagnóstico	Frecuencia
Depresión mayor	1
Depresión moderada a severa	2
Depresión no especificada	2
Depresión ligada a otros trastornos	6

Puede observarse en estos datos que en su mayoría (6 de 11 investigaciones) este enfoque maneja el diagnóstico de depresión ligada a otras conductas de mal adaptación.

Las Técnicas aplicadas en este enfoque son diversas pero se logran distinguir algunas por su frecuencia de uso, tal es el caso del entrenamiento de habilidades que es utilizado en 7 de las 11 investigaciones reportadas; como segundas técnicas en frecuencia de uso se ubican al reforzamiento (tangible, contingente y social) y al entrenamiento de habilidades de auto-control empleadas en cinco estudios cada una. Las técnicas de solución de problemas, juego de papeles y disputa cognitiva se emplean en tres estudios cada una; y las demás técnicas fueron utilizadas en menor frecuencia como puede constatarse en el siguiente cuadro:

Técnicas	Frecuencia
Entrenamiento de habilidades	7
Reforzamiento (tangible contingente y social)	5
Entrenamiento de habilidades de Autocontrol	5
Solución de problemas	3
Juego de papeles	3
Disputa cognitiva	3
Retroalimentación	2
Modelamiento	1
Entrenamiento de relajación	1
Desensibilización	1
Fármacos	1
Placebo	1

Asimismo, en la tabla 1 y con respecto a esta variable de las técnicas mayormente utilizadas bajo este enfoque, se nota la utilización de diversos métodos cognitivos y conductuales combinados en la aplicación de tratamientos.

En cuanto a los resultados obtenidos en las diversas investigaciones que trabajaron bajo el enfoque cognitivo-conductual se muestran efectos favorables en la reducción de síntomas depresivos y, señalándose en algunos la generalización de las mejoras a otros ambientes (esto puede consultarse en la tabla 2). En el caso del estudio donde se hace uso de fármacos, se reportó la continuación de las mejoras aún después de retirarlos, por lo que se considera de gran efectividad en el tratamiento depresivo infantil.

En ocho de las once investigaciones consultadas bajo este enfoque se menciona la realización del seguimiento y mantenimiento de los resultados obtenidos en el tratamiento siendo éste favorable, aunque los tiempos en los cuales se hizo la medición oscilaba en desde tres meses hasta cinco años y medio:

Seguimiento	Frecuencia	Mantenimiento	Frecuencia
1 a 3 meses	5	Continuaron los efectos del tratamiento	8
4 a 6 meses	2	Generalización	2
7 a 12 meses	0	No se reporta	3
5.6 años	1		
No se realizó	3		

El enfoque cognitivo-conductual para la aplicación de sus tratamientos en los estudios consultados emplea entre 8 a 25 sesiones con una duración entre 20 y 50 minutos cada una. Los datos más precisos pueden consultarse en la tabla número 2; para ilustrar mejor el tiempo del tratamiento en cada estudio se promediaron el número de sesiones y su duración, obteniéndose los siguientes resultados:

Tiempo de tratamiento	Frecuencia
3 horas	1
7 horas	1
8 horas	1
9 horas	1
10 horas	2
11 horas	1
16 horas	1
17 horas	1

Existe una variabilidad considerable entre la duración del tratamiento en lo diferentes casos, aunque en general puede considerarse que las terapias son breves.

El número de sujetos incluidos en las investigaciones que se reportan bajo el enfoque en cuestión es tan diverso como se observa en el siguiente concentrado, aunque cabe mencionar que en algunos se trabajó en grupos:

Diseño de investigación	Frecuencia
Estudio de caso	5
Estudio de grupos	6

Es similar el número de investigaciones que trabajan individualmente y en grupos por lo que indistintamente no existe un patrón a seguir respecto a esta variable para su aplicación.

Con respecto a las edades que mayormente trabaja este enfoque se ubican en la etapa escolar de 6 a 11 años , siendo la frecuencia como sigue:

Rangos de edades	Frecuencia
Preescolar (3 a 5 años)	1
Escolar (6 a 11 años)	8
Adolescentes (12 a 15 años)	2

Aquí se observa una diferencia marcada en cuanto a los rangos mayormente usados en cada uno de los enfoques, debido a que en el enfoque conductual el rango con más frecuencia se encontraba en la adolescencia.

En el caso de las evaluaciones más empleadas, también difiere con el enfoque conductual, ya que en el enfoque cognitivo- conductual se emplea mayormente el CBCL, siguiendo en orden la entrevista y el CDI, las frecuencias se muestran a continuación:

Instrumentos de Evaluación	Frecuencia
CBCL	5
Entrevista a padres, maestros y niños	5
CDI	4
BDI	2
CDRS-R	2
Observación directa	2

Los terapeutas empleados para la aplicación de cada programa varió en los reporetes, aunque se ve que por lo general es un sólo terapeuta el que trabaja con los niños, ya sea individual o grupalmente, únicamente fueron tres los casos en los que se emplearon coterapeutas o paraprofesionales:

Personal involucrado	Frecuencia
1 Terapeuta	8
1 Terapeuta y 2 coterapeutas	1
2 Terapeutas	1
55 Paraprofesionales	1

En los estudios donde intervino más personal fué cuando eran mayor número de sujetos. Por otra parte la intervención de otras personas ajenas al estudio como es el caso de padres y maestros es como se muestra:

Intervención de otras persona	Frecuencia
Padres, maestros y compañeros para efectos de aplicación y apoyo	6
Padres y maestros para efectos de diagnóstico	3
No se incluye a nadie	2

Bajo este enfoque se observa una mayor colaboración de otras personas cercanas al niño, ya sea para su aplicación o para el diagnóstico del niño, por lo que podría ser una variable importante en su manejo.

El último enfoque a describir es el cognoscitivo, en el cual no se logró localizar un número representativo de investigaciones, siendo sólo uno el que se reporta y el cual se describe a continuación.

La aplicación de este enfoque incluye la postura manejada por Beck en cuanto al recuerdo e identificación de cogniciones, disputa de la validez de supuestos, creencias y actitudes. Los resultados mostraron un significativo alivio, incluso mayor a otras técnicas aplicadas en el mismo estudio, a saber del enfoque conductual, pero en el seguimiento que se realizó después de un mes de haber concluido el tratamiento se registraron ligeros aumentos de los índices de depresión, a diferencia del otro grupo que en el que la mejoría se mantuvo.

El número total de sesiones en las que se dió el tratamiento fué de 8 con una duración de dos horas cada una y con un diseño de grupos de 8 personas, con 4 grupos en total; dos como grupo control,

uno de tratamiento conductual y otro del cognoscitivo. La edad de los sujetos fué de 15 años promedio y el tipo de evaluación utilizada para el diagnóstico fué el BDI, Entrevista y HRSD.

La aplicación del programa corrió a cuenta de un terapeuta y un coterapeuta y no se incluyó a ninguna persona ajena al programa.

Conclusiones

Con base a la descripción de la información obtenida en 16 artículos que versaban sobre los tratamientos para la depresión infantil bajo los enfoques conductual, cognitivo-conductual y cognoscitivo se concluye lo siguiente:

Todos los resultados obtenidos a partir de la aplicación de las diversas técnicas fueron favorables para la reducción de la sintomatología depresiva en los niños, pero las técnicas utilizadas fueron de gran variedad, aunque destacan, tanto en el enfoque conductual como en el cognitivo-conductual el entrenamiento de habilidades sociales ya que en total fueron 10 investigaciones las que lo reportan, asimismo fué utilizada en ambos enfoques el reforzamiento y el entrenamiento de auto-control. No se puede inferir cuál de las técnicas podría ser más eficaz debido a que en su gran mayoría fueron empleadas en combinación con otras. De acuerdo a Sapon-Shevin, 1980 Goldstein, Sprafking, Gershaw y Klein (1989) mencionan que los métodos en habilidades sociales han sido conductuales en orientación pero van más allá en las orientaciones cognitivo-conductuales ya que ellas enfatizan la adquisición y generalización de habilidades sociales implicando característicamente modelamiento, métodos de retroalimentación y auto-instrucciones.

No todas las investigaciones nombraron qué tipo de estrategias están utilizando pero, según la literatura revisada en los capítulos anteriores, la mayoría de los tratamientos conductuales y cognitivo-

conductuales utilizan técnicas como modelamiento, reforzamiento, castigo, tareas en casa, etcétera; también algunos tratamientos cognoscitivos utilizan metodología conductual, al incluir técnicas como las mencionadas. Esto concuerda con los resultados expuestos anteriormente.

Una de las variables que se consideraron más importantes en el tratamiento de la depresión infantil fué el seguimiento y mantenimiento de los efectos debido a que no sólo los resultados favorables son necesarios, sino aún es más importante que esos resultados perduren a través del tiempo. El general las investigaciones reportan un seguimiento que va de 1 a 3 meses, estos períodos son cortos para llegar a un aseveración de que serán permanentes, pero al menos es un intento por comprobar sus efectos. Son 12 los estudios que reportan el mantenimiento de los beneficios obtenidos con los tratamientos. Es necesario acentuar que sólo en dos de los estudios se obtuvo una generalización a otros ambientes y éstos pertenecían a un enfoque cognitivo conductual.

Respecto al enfoque cognoscitivo se observó un recaimiento de depresión, esto no puede ser concluyente debido a que sólo uno de los artículos lo retomaba; sin embargo analizando las características de este estudio que fué aplicado por Shaw en 1981, y donde el tratamiento es realizado en un total de 8 sesiones; obteniéndose resultados favorables pero que después de determinado tiempo declinan se atribuye a que la presentación no fué expuesta en un número de sesiones óptimas según Seligman, Klein y Miller, 1976; Rush y Beck, 1978 quienes especifican que las intervenciones son a corto término y con un tiempo limitado, señalando un máximo de 20 sesiones en un período de 10 a 12 semanas. Se recomienda que la terapia, por lo mismo de su brevedad se administre individualmente (Seligman, Klein y Miller, 1976), y no como en el estudio de Shaw en donde se incluyeron 8 sujetos en el grupo de terapia.

El rango de edad en el cual se trabaja principalmente la depresión es en escolares mayores y adolescentes, esto puede atribuirse a que en los preescolares no tienen la facilidad de poder verbalizar sus emociones y el trabajo con ellos es en primera instancia a través de los padres. Esto puede

resultar como un obstáculo en el tratamiento oportuno de la depresión infantoil, ya que es en la edad de 3 a 5 años que, según Kashani en 1984, donde se ubica la raíz del padecimiento posterior de patología afectiva; ya que la ansiedad, el temor y las inhibiciones en esta etapa parecen estar ausentes.

En cuanto al rango de edad de 6 a 11 años, y en las que encontramos ya un mayor número de estudios, es cuando se puede observar en el niño periodos de tristeza abierta y no es todavía capaz de verbalizar por completo sus sentimientos, pudiendo ocurrir la depresión por falta de gratificación ambiental (Skinner, 1953; Lewinsohn, 1974; Kovacs, 1975; Ferster, 1973; y Seligman, 1974).

El tercer rango de edad va de 12 a 15 años, en esta etapa es importante para el niño el juicio que expresan sobre él y reacciona a circunstancias no gratificantes con decepción y tristeza, determina cogniciones a través de interpretaciones activas que son fundamentales a cambios ambientales inmediatos (Malmquist, 1971).

El enfoque conductual de las investigaciones consultadas, ubica la mayoría de sus estudios en esta última edad; en cambio el enfoque cognitivo-conductual los ubica en la edad escolar, antes mencionada.

Para la obtención y enfoque de un mejor tratamiento, el diagnóstico es importante, para lo cual debe hacerse mano de diversos instrumentos de evaluación; los criterios que fueron utilizados son diversos, prefiriendo algunos autores el empleo de un conjunto de instrumentos para su apoyo. Tal es el caso del CBCL que fué uno de los reportados más frecuentemente, le siguió en uso el CDI y el DSM-III, que en general fueron utilizados en los enfoques cognitivo-conductual y conductual respectivamente.

La observación directa como instrumento de diagnóstico únicamente se empleó en tres de las investigaciones debido a que se ha vuelto impráctica y a menudo se recurre a otro tipo de

observaciones como auto-reportes, cuestionarios, lista de chequeo y entrevistas; Al respecto, Ayala (1991) recomienda que estos tipos de evaluación pueden usarse (y estudiarse como conducta a nivel de análisis) siempre y cuando no sustituya a la observación directa ya que no pueden compararse al nivel de confiabilidad de ésta.

El uso de las diversas entrevistas y auto-reportes para evaluar la depresión infantil deben emplearse cuidadosamente ya que la percepción de eventos externos y de la propia conducta pueden estar distorcionados por los juicios de valor del sujeto y sus familiares, los cuales están condicionados por un tipo de sociedad y que impide el ser utilizadas en nuestra cultura latinoamericana.

La aplicación de los tratamientos también se ve favorecida por el número de terapeutas que intervienen en ellos, en general se requiere de un terapeuta y en la situación de estudios de caso y cuando se trata de intervenciones de grupos se requiere de otro terapeuta o personal entrenado para el mismo. Esto se refleja en los resultados de las investigaciones en que son aplicados bajo este criterio no importando el enfoque. En donde se hace una distinción de los enfoques más pronunciada es en el caso del apoyo de otras personas ajenas al estudio como son los padres, maestros y compañeros y que se reflejó básicamente en el enfoque cognitivo-conductual.

Estas conclusiones deben tomarse con cuidado debido a que no se puede generalizar a partir del número de investigaciones consultados. Pero si se puede asumir que el enfoque cognitivo-conductual mostró una amplia aplicación en este tipo de problemas por lo que se recomienda debido al campo que se está abriendo al respecto, y aunque es un enfoque relativamente nuevo promete ser altamente confiable por los resultados, tiempo de duración y el dotar al paciente de diversas habilidades que le permitirán enfrentarse en un futuro a nuevas experiencias.

Sugerencias y Limitaciones

Una limitante muy importante en el desarrollo de la presente investigación documental fué el número de artículos consultados debido a que no fueron localizados en su mayoría por lo que no se pueden generalizar las descripciones de los tratamientos de la depresión infantil bajo los enfoques tratados.

Otra de las limitantes mayores fué el descubrir que el tema de la depresión infantil no ha generado mayores investigaciones en nuestro país y que ninguno de los artículos donde se aplican los enfoques revisados está desarrollado en Latinoamérica. Es dramático que este tema no haya alcanzado el nivel de interés para provocar su estudio, siendo un padecimiento que afecta en todas las esferas al desarrollo de los menores.

Respecto a este tema de depresión infantil ha sido notorio que los estudios se dirigen mayormente a la detección y evaluación de los instrumentos que la miden, al menos en nuestro país, aplicando medidas estandarizadas que no fueron elaboradas específicamente para esta población, por lo que se considera otra de las limitantes en el estudio de este trastorno.

Se sugiere la inclusión de mayor diversidad de estudios sobre el tema en cuanto a tratamientos bajo los enfoques que se han revisado, debido a que dentro de cada uno se encuentran diferentes corrientes que proponen otros tipos de abordaje al problema, y aún cuando se sobreponen en cierta manera, tienen características que los distinguen.

El presente trabajo es una propuesta a el estudio de la depresión infantil y a partir de él se pueden abrir diversos campos de investigación como son:

- Desarrollo de técnicas de evaluación de la depresión infantil con una población mexicana.
- Criterios de diagnóstico elaborados para la población con base a sus realidades sociales.

- Desarrollo de técnicas de tratamiento específicas para los menores en base a la severidad del padecimiento.
- Retomar las variables que pudieran incidir más en el tratamiento del padecimiento como edad, sexo, familia, educación, nivel socioeconómico, nivel cultural.
- Aplicación de cada una de las técnicas por separado para probar su efectividad.

A P E N D I C E

Tabla 1. Descripción de las investigaciones en base a las variables determinadas bajo el enfoque conductual.

No. de investigación	Diagnóstico	Técnicas Aplicadas	Resultados	Seguimiento y Mantenimiento	No. Total de sesiones	Tiempo de duración por sesión	Número de sujetos
01	Depresión	Programas de actividad, contratos verbales, ensayo de conductas dirigidas a incrementos de habilidades y reforzamiento social.	Obtuvo mejoras en cuanto al grupo control en el BDI Pero en el HRSD, no se detectaron.	Se realizó una evaluación al mes de haber concluido el tratamiento, permaneciendo estable la mejora obtenida.	8	2 horas cada una	32 en grupos de 8
02	Depresión mayor	Entrenamiento de habilidades, modelamiento, juego de papeles y retroalimentación	Se profujeron mejoras significativas	A las 12 semanas posteriores se mantuvieron los efectos.	20	20 minutos	1
03	Depresión mayor	Entrenamiento de asertividad	Reducción del número y <u>se</u> veridad de conductas.	No se realizó	51	30 a 40 minutos	1
04	Desórdenes -- conductuales/ Depresión	Representación de habilidades de interacción, reforzamiento social, recompensas, distracción e ignorar, tiempo fuera y castigo, solución de problemas.	Reducción de la conducta en la mayoría de los casos y desviación de las conductas asociadas a la depresión.	Un año después del tratamiento se mantuvo el cambio en algunos casos, aunque en otros no, pero esto se atribuyó al nivel socio-económico de las familias.	9 sesiones y ellos debían aplicárselas durante el día.	2 horas cada una	34
05	Depresión	Modelamiento y relajación	Mejoramiento en las valoraciones generalizándose los efectos al medio ambiente familiar.	Cinco semanas después del tratamiento los resultados se mantenían.	15	30 a 40 minutos	1

Continuación de la Tabla 1.

No. de Investigación	Edad Promedio	Evaluación inicial y final	Diseño Experimental	Personal Involucrado	Colaboración de Otras Personas
01	15 años	BDI, Entrevista y HRSD	4 grupos de 8 personas cada uno, manejando dos grupos control.	1 Terapeuta y 1 coterapeuta.	No se incluyeron en el estudio
02	10 años	DSM-III, RDS, CDI, CBP, Observación directa, Criterio de Weinberg, BID, DACL	Estudio de caso	1 Terapeuta	Se incluyeron familiares y maestros para efectos de diagnóstico.
03	12 años	DSM-III	Estudio de caso	1 Terapeuta	No se incluyeron
04	5½ años	DSM-III, BDI, CBCL, DPICS	No se especifica	1 Terapeuta	Los padres para la aplicación del programa.
05	15 años	BID y cuestionario para de presivos elaborado especialmente para el estudio.	Estudio de caso	1 Terapeuta	No se incluyeron

Tabla 2. Descripción de las investigaciones en base a las variables determinadas bajo el enfoque cognitivo-conductual.

No. de investigación	Diagnóstico	Técnicas Aplicadas	Resultados	Seguimiento y Mantenimiento	No. total de sesiones	Tiempo de duración por sesión.
06	Depresión e Hiperactividad.	Administración de recompensas acompañadas de declaraciones no depresivas asociadas a penamientos. Se aplicó también en clases.	Se logró mayor motivación y por lo tanto menor depresión, asociando la falta de ésta a un probable déficit de habilidades y conductas.	No se realizó	10	4 horas
07	Depresión moderada.	Entrenamiento de habilidades de auto-control auto-monitoreo, auto-evaluación, auto-reforzamiento y tareas en casa para el grupo A. - Para el grupo B, entrenamiento de relajación para disminuir el estrés y la ansiedad.	Mejoramiento en las valoraciones sobre depresión en ambos grupos en comparación al grupo control. El de relajación indicó mayor reducción de ansiedad.	Después de 5 semanas se mantuvieron los efectos en A y B, lográndose generalizar los resultados a otros ambientes.	10	50 minutos
08	Fobia a la escuela, Ansiedad y Depresión.	Programa de Auto-control combinando técnicas operantes y disputa cognitiva, auto-instrucción y reestructuración cognitiva de los padres, reestructuración del medio ambiente, - reforzamiento contingente y desensibilización sistemática.	Mejoramiento rápido, resultando en regreso a la escuela a las dos semanas de uno de los pacientes, y a las 4 semanas del otro y sin problemas de resistencia.	Después de 3 meses terminado el tratamiento, las mejoras continuaban.	12	50 minutos
09	Depresión moderada a severa.	a) Autocontrol. Enseñanza de habilidades, auto-monitoreo, autoevaluación, atribución de buenas y malas consecuencias. B) Solución de problemas conductuales. Combina el auto-monitoreo, registro de actividades paenteras y adquisición de habilidades para solución de problemas.	Hubo mejoramiento rápido en ambos grupos de la sintomatología depresiva, sin darse diferencia significativa en los resultados entre grupos.	A las 8 semanas continuaban las mejoras, generalizándose a través del tiempo.	12	45 a 50 minutos
10	Depresión después de abuso sexual.	Entrenamiento de habilidades sociales, modelamiento y cambio a interacciones positivas	Se reportó alta efectividad, generalización, resp. social interacción social positiva.	35 días después del tratamiento, persistían los cambios logrados.	25	20 a 30 minutos
11	Depresión mayor	Automonitoreo de humor, actividades y pensamientos; reforzamiento del medio ambiente y para concluir tarea en casa y fármacos.	Mejoras evidentes y no se presentó depresión después de retirar los fármacos.	5½ años después no se había presentado otro episodio de depresión ni mayor ni menor	23 semanas	No se especifica
12	Depresión y aislamiento social	Representación de roles sociales, verbalización, contacto visual, expresión facial, tareas en casa en conjunto con la mamá.	Hubo mejoras del paciente en casa y generalización de la conducta hacia la escuela.	No se reporta.	8	20 minutos
13	Depresión y aislamiento social	Entrenamiento de habilidades sociales, contacto visual, contenidos adecuados del habla tono de voz, expresión facial y representación de roles.	Mejoría en la depresión, logrando hacer varios amigos.	Después de 4 meses terminado el tratamiento se mantenía la conducta.	20	20 minutos
14	Rechazo a la escuela/Depresión	Entrenamiento de habilidades sociales, juego de papeles, reafirmación y reforzamiento	Retorno a la escuela, decremento de la depresión.	Después de 6 meses la conducta fué mantenida.	16	40 minutos
15	Niños de alto riesgo con Depresión	Entrenamiento de habilidades sociales, auto-control, solución de problemas sociales y reafirmación.	Disminución de conductas problema, cambio en el medio ambiente, habilidades cognitivas y conductas sociales.	No se realizó	22	45 a 50 minutos
16	Depresión	a) Entrenamiento de competencia social; b) Atención con placebo y c) Grupo control.	Disminución de la depresión en a y b.	Dos meses después continúan los efectos.	24	40 minutos

Continuación de la tabla 2.

No. de Investigación	Número de sujetos	Edad Promedio	Evaluación Inicial y Final	Diseño Experimental	Personal Involucrado	Colaboración de otras personas
06	30	10 años	M-Zung, MCIDI, reportes de maestros y - autoreporte no especificado.	En grupos de 18 niños cada uno	1 Terapeuta	Maestros para efectos de aplicación en clase.
07	30	15 años	BDI, BID y RADS	En grupos de 10 niños cada uno.	1 Terapeuta	No se incluyeron
08	02	11 años	Análisis cognitivo de los padres, de los niños y análisis del medio ambiente, aunque no especifican cómo.	Estudios de caso.	1 Terapeuta	Ayuda de padres y maestros para efectos de aplicación del programa.
09	29	10½ años	Entrevista a padres, CDI, CDS, CDRS-R y CBCL	En grupos de 10 niños cada uno.	2 Terapeutas	Colaboración de padres y maestros sólo para efectos de diagnóstico.
10	06	3-5 años	CDI, CBCL y BDI hechas por los padres	Incluidos en un solo grupo	1 Terapeuta	Niño ayudante como modelo.
11	01	10 años	K-SADS, CDRS, CBCL y observación directa.	Estudio de caso	1 Terapeuta	Se incluyeron a padres y maestros para efectos de diagnóstico
12	01	10 años	CDI, habilidades sociales y entrevista a padres y maestros.	Estudio de caso	1 Terapeuta	La madre y el psicólogo de la escuela.
13	01	09 años	CBCL, Observación directa en clases y recreo.	Estudio de caso	1 Terapeuta	Compañeros de clase para efectos de apoyo.
14	07	13½ años	DSM-III y Entrevista a padres y maestros.	Estudios de caso	1 Terapeuta por sujeto	Familia y maestros para efectos de diagnóstico.
15	135	8 años	CDRS-R, CBCL y entrevistas a padres y maestros.	Divididos en 27 grupos de 4 a 5 sujetos cada uno	55 paraprofesionales - entrenados y supervisados.	Orientación a padres y maestros sobre generalidades de desarrollo y manejo de los niños en pláticas.
16	31	9½ años	CDI, Entrevista diagnóstica	3 Grupos de 10 sujetos cada uno	1 Terapeuta y 2 coterapeutas en cada uno	No se incluyeron

Tabla 3. Descripción de las investigaciones en base a las variables determinadas bajo el enfoque cognoscitivo.

No. de Investigación	Diagnóstico	Técnicas Aplicadas	Resultados	Seguimiento y Mantenimiento	No. Total de sesiones	Tiempo de duración por sesión
01	Depresión	Recuerdo de cogniciones (pensamientos automáticos, identificación de cogniciones (sobre-generalización, inferencia arbitraria), discusión de validez de supuestos, creencias y actitudes.	Se detectaron datos significativos de alivio respecto a -- otros grupos.	Después de un mes de haber concluido con el tratamiento hubo un ligero incremento de los índices de depresión.	8	2 horas cada una

Continuación de la Tabla 3.

No. de Investigación	Número de Sujetos	Edad Promedio	Evaluación Inicial y Final	Diseño Experimental	Personal Involucrado	Colaboración de Otras personas
01	32 en grupos de 8	15 años	BDI, Entrevista y HRSD	4 grupos de 8 personas cada uno, manejando dos grupos - control.	1 Terapeuta y 1 Coterapeuta.	No se incluyeron en el estudio.

Tabla 4. Concentración de los datos generales de las Investigaciones.

No. de Investigación	Nombre del Artículo	Autores	Año de Publicación
01	Comparison of Cognitive Therapy and Behavior Therapy in the Treatment of Depression.	Brian F. Shaw	1981
02	Behavioral Treatment of Depression in a Prepubescent Child.	Frame, Matson, Sonis, Fialkov y - Kazdin.	1982
03	Application des Terapias Comportamentales Chez l'enfant déprimé.	Luis Vera	1985
04	Predictors of Treatment Outcome in Parent Training for Conduct Disordered Children	Carolyn Webster-Stratton	1985
05	A case Study of Behavioral Treatment of chronic - Stomach Pain in Child.	Steven Linton	1986
06	Motivational Deficit in Childhood Depression and - Hyperactivity.	Christopher Layne y Elizabeth --- Berry	1983
07	A Comparison of Cognitive-Behavioral Therapy and Relaxation Training for the Treatment of Depression in Adolescents.	William Reynolds y Kevin Coats	1936
08	Cognitive - Behavioral Psychotherapy for Separation, Anxious Children Exhibiting School Phobia.	Irwin Mansdorf y Ellen Luckens	1987
09	A comparison of the Relative Efficacy of Self-Control Therapy and Behavioral Problem-Solving Therapy for Depression in Children.	Kevin Stark, William Reynolds y - Nadine Kaslow.	1987
10	The effects of Peer Social Interactions on the Social Behavior Of Withdrawn Maltraated Preschool --- Children.	Fantuzzo, Stovall, Schachtel, --- Goins y Hall.	1987
11	Childhood Depression: Following Combined Cognitive Behavioral Therapy and Pharmacotherapy.	Joan Asarnow y Gabrielle Carlson	1988
12	Treating Depression in Children and Adolescents.	Matson Johnny	1989
13	Direct Observation and Generalization Effects of - social Skills Training with Emotionally Disturbed Children.	Matson Johnny	1989
14	A Preliminary Analysis of Functional of Assessment and Treatment For School Refusal Behavior.	Christopher Kearney y Wendy Sil--- verman	1990
15	An Experimental Evaluation of a School-Based Program For Children at Risk.	Cheryl King y Daniel Kirschenbaum	1990
16	Cognitive Behaviour Therapy with Depressed Primary School Children. A cuestionary note.	Barbara Liddle y Susan Spence	1990

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Achenbach, T. M. (1978). The child behavior profile: I Boys ages 6-11. Journal of consulting and clinical psychology, 46: 478-488.
- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. S. (1979). The child behavior profile: 11 boys ages 12-16 and girls ages 6-11. Journal of Consulting and clinical psychology, 47: 223-233.
- Ajuria Guerra, J. (1983). Manual de psiquiatría infantil. Barcelona: Mason.
- Ajuria Guerra, J. (1984). Manual de psicopatología del niño. Barcelona: Mason.
- Annell, A. (1972). Depressive states in childhood and adolescence. New York: Halsted Press.
- Anthony, D. J. (1975). Childhood depression. en E. J. Anthony and T. Benedek (Eds.), Depression and human existence. Boston: Little, Brown & Co.
- Arieti, Silvano (1974). History. American Handbook of psychiatry. Vol. 1 (2da. ed.).
- Asarnow, Joans R. & Carlson, Gabrielle (1988). Childhood depression: Five-year outcome following combined cognitive-behavior Therapy and pharmacotherapy. American Journal of Psychotherapy, vol. XLII, no. 3, July 1988.
- Avilés Covián, G. y Marroquín López, N. (1989). Depresión en la infancia y adaptación al medio escolar, familiar y social. Tesis de Licenciatura: Facultad de Psicología, UNAM.
- Ayala V. Héctor (1991). El resurgimiento del análisis funcional de la conducta en el tratamiento conductual: procedimiento vs. resultados. XI Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta.
- Bandura, A. (1977). Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Beck, Aaron T. (1967). Depression clinical, experimental, and theoretical aspects. New York, Hoeber.
- Beck, Aaron T. (1970). Cognitive therapy: nature and relation to behavior therapy. Journal Behavior Therapy, 1: 184-200.
- Beck, Aaron T. (1970). The core problem in depression: The cognitive triad. Science and Psychoanalysis, 17: 47-55.

- Beck, Aaron T., Rush, A., Show, B. & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press.
- Bemporad, J. R. (1978). Psychotherapy of depression in children and adolescents. En S. Arieti & J. Bemporad (eds.), Severe and mild depression; a psychotherapeutic approach. New York: Basic Books.
- Bemporad, J. R. & Wilson, A. (1978). A developmental approach to the depression in childhood and adolescence. American Journal Academy Psychoanalysis 6 (3): 325-352.
- Bernard, M. & Joice, M. (1984). Rational emotive therapy with children and adolescents. New York: Weiner.
- Bowlby, John (1983). La pérdida afectiva. Tristeza afectiva. Buenos Aires: Paidós.
- Calderón Narváez (1987). Depresión: Causas, manifestación, tratamiento. México: Trillas.00
- Camarena, R. E. (1988). Trastornos depresivos en la infancia. Revista Médica de la Salle. Escuela Mexicana de Medicina, vol. IX (1), enero-marzo: 9-15.
- Cameras Licea, Ma. G. (1987). Algunas consideraciones técnicas y diferentes alternativas de tratamiento en la depresión infantil. Tesis de Licenciatura: Universidad Iberoamericana.
- Carlson, G. A., & Cantwell, D. P. (1980). Unmasking masked depression in children and adolescents. American Journal Psychiatry. 137: 445-449.
- Cautela, R. J. (1983). The self-control triad. Description and clinical applications. Behaviour Modification, Vol. 9 (3), 299-315.
- Chess, S. (1967). Introducción a la psiquiatría infantil. Buenos Aires: Paidós.
- Cormier, W. & Cormier, L. (1979). Interviewing strategies for helpers: a guide to assessment, treatment and evaluation, Monterrey, C.A.; Brooks, Cole.
- Cytryn, L. (1980). Diagnosis of depression in children: A reassessment. American Journal Psychiatry, 137 (1): 22-25.
- Cytryn, L.; McNew, D. (1974). " Factors influencing the changing clinical expressions of the depressive progress in children" American Journal Psychiatry 131 (8): 879-881.
- Cytryn, L.; McNew, D. (1980). "Proposed classification of childhood depression". American Journal Psychiatry, 129 (2): 63-69.
- Davison, G. Gerald; Neale, J. (1980). Psicología de la conducta anormal, enfoque clínico experimental. México: Limusa.

- Deblinger, E.; Mc. Leer, S. V.; Delmina, H. (1990). Cognitive Behavioral Treatment for sexually Abused children sufering post-traumatic Stress: Preliminary Findings. Journal of American academy of Child and Adolescents Psychiatry; Sept. vol. 29 (5) 747-752.
- DiGiuseppe, R., & Bernard, M. (1983). Principles of assessment and methods of treatment with children. In Ellis and Bernard (eds.) Rational emotive aproches to the problems of childhood. New York: Plenum Press.
- Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy. New York, Stuert.
- Ellis, A., Bernard, E. (1990). Aplicaciones clínicas de la terapia racional emotiva. Bilbao, Desclee Brouwer.
- Ellis, A., Eliot, A. (1986). Terapia racional emotiva (TRF). México,Pax.
- Ely, Royek (1975). Reseña crítica de la modificación de la conducta en el entrenamiento del niño. Revista Mexicana de Análisis de La Conducta, vol. 1 (2) julio: 303-310. México: Edit. Trillos.
- Ewyn, Anthony J. (1975). Depression and human existence. Boston, Antony and T. Benedeck.
- Feighner, J. P. et al. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch. Gen. Psychiatry, 26-57
- Feinstein, C. & Blouin, Ag. (1984) "Depressive syntomatology in a child psychiatric out-patient population; correlations with diagnosis". Comprehensive Psychiatry 25 (4): 379-391.
- Ferster Charles B. (1965). Research in behavior modification en Krasner L. y Ullman (eds.). Clasification of behavioral pathology. New York.
- Ferster Charles B. (1973). A functional Analysis of depression. American Psychologist. 28: 357-370.
- Ferster Charles B. (1974). Behavioral Approaches to depression en Friedman Raymond J. y Kats Martin (eds.). The psychology of depression: Contemporary Theory and Research. Division of Exdtremural research programs national. Institute of Mental Health. Washington, D. C.
- Ferster Charles B.; Culberston Stuart; Perot Mary Carol y Boren (1975). Behavior Principles. Prentice-Hall Inc. Englewood. Cliffs, N.J.
- Flach Frederic F. (1978). La fuerza secreta de la depresión. México: Lasser Press (8va. ed.).
- Frame, C., Matson, L. J., Sonis, A. W., Fialkov, J. and Kazdin, E. A. (1982). Behavioral Treatment of depression in a prepuberal child. Journal Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, vol. 13 (3): 239-243.

- Freeman, M.; Kaplan, H.; Sadock, B. (1980). Compendio de psiquiatría. Barcelona: Salvat.
- Freud, Sigmund (1917). Duelo y Melancolía. Obras completas. Tomo II Biblioteca Nueva: Madrid, España.
- Glaser, Robert (1967). "Masked depression in children and adolescents". American Journal Psychotherapy. 21: 565-574.
- Glaser, Robert (1971). The nature of reinforcement. Academic Press: New York.
- Goldstein, A., Sprafkin, R., Gershaw, N. & Clein, P. (1980). Social skills through structural learning. In G. Cartledge and J. Milburn (eds.). Teaching social skills to children: Innovative approaches. New York: Pergamon Press.
- Gómez, I., Avalos, F. (1982). La depresión. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana. Volumné I. pp. 11-32.
- Henry Ey, P.; Brisset, Bernard Ch. (1978). Tratado de psiquiatría. Barcelona: Masson.
- Hernández, V. G. y Ramírez, P. A. (1984). Depresión: Apuntes de la materia: Análisis Experimental de la conducta. Facultad de Psicología, UNAM.
- Hersen, M., Bellack, A. & Himmelhock, J. (1980). Treatment of unipolar depression with social skills training. Behavior Modification, 4: 547-557.
- Hiroto, D. S. and Seligman, M. (1975). Generality of learned helplessness in man. J. of Personality and Social Psychology, 31: 311-327.
- Jackson, B. (1972). Treatment of depression by self-reinforcement. Behavior Therapy, 3: 298-307.
- Kahn, James S.; Kehle, Tomas J.; Jeson, William, R.; Clark, Elaine (1990). Comparison of Cognitive-Behavioral, relaxation, and self-modeling interventions for depression among middle-school students. School psychology review; Vol. 19 (2) 196-211.
- Kanner, L. (1972). Child psychiatry. Buenos Aires, Argentina: Siglo XX.
- Kashani, J. H., Barbero G. and Bolander, F. (1981). Depression in hospitalized pediatric patients, J. Am. Academy Child Psychiatric.
- Kashani, J. H. y Roy, J. (1984). Depression and depressed like states in preeschool-age children in a child development unit". American Journal Psychiatry, 141 (11): 1397-1402.

- Kaslow, J., Rehm, P., Pollack, L. Siegel, W. (1988). Attributional style and self-control behavior in depressed and nondepressed children and their parents. Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 16 (2), 163-175.
- Kozdin, A. E. (1981). Assessment Techniques for childhood depression: A critical appraisal. Journal American Academy Child Psychiatry, 20:358-375.
- Kozdin, A. E. (1988). Childhood depression. Behavioral, Assessment of childhood disorders. Mash, E. Gterda (2da. ed.).
- Kearney, Christopher A. and Silverman, Wendy K. (1990). A preliminary analysis of a functional model of assessment and treatment for school refusal behavior. Behavior Modification, vol. 14, no. 3, July: 340-366.
- Kelly, Jeffrey A. (1987). Entrenamiento de las habilidades sociales. Bilbao: Edit. Desclé de Brouwer.
- Kevin, D., Stark, Reynolds, W. M., and Kaslow, J.N. (1987). A comparison of the relative efficacy of self-control therapy and a behavioral problem-solving therapy for depression in children. Journal of Abnormal Child Psychology, vol. 15 (1): 91-113.
- King, Cheryl A. & Kirschenbaum, Daniel S. (1990). An experimental evaluation of a school-based program for children at risk: Wisconsin early intervention. Journal of Community Psychology, vol. 18. April 1990.
- Kolb, N. (1971). Psiquiatria clinica moderna. México: La Prensa Médica (4ta. ed.).
- Kovacs, M. (1981). Rating scales to assess depression in school aged children. Acta Paedopsychiatric, 46, 305-315.
- Kovacs, M. (1983). The children's depression inventory: A self-rated depression scale for school-aged youngsters. Unpublished manuscript, University of Pittsburg.
- Kovacs, M. (1985). "The natural history and course of depressive disorders in childhood". Psychiatric-Annals 15 (6): 387-389.
- Kovacs, M. (1984). Depressive disorders in childhood. Archives General Psychiatry. 41 (7): 643-649.
- Kovacs, M. & Beck, Aaron T. (1977). An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression in J. G. Schullerbrandt & A. Roskin (eds.) Depression in childhood: Diagnosis, treatment and conceptual models, p.p. 1-25. New York: Reven Press.
- Kovacs, M., Feinberg, T. L., Crouse-Novak, M.A., Paulaskas, S. L. & Finkelstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood: I. A longitudinal prospective study of characteristic and recovery. Archives of General Psychiatry, 41: 229-237.

- Kratochwill, R. (1983). The practice of child therapy. New York. Pergamon Press.
- Laine, Christopher and Berry, Elizabeth (1983). Motivational deficit in childhood depression and hyperactivity. Journal of Clinical Psychology, July vol. 39, no. 4.
- Lazard Santiel, P. (1981). El proceso de duelo en la infancia. Tesis de maestría. Facultad de Psicología, UMAM.
- Lazarus, Arnold A. (1968). A functional analysis of depression. American Psychologist, vol. 29: 360-361.
- Le Mool, P. (1980). El niño excitado y deprimido. Barcelona: Planeta (8va. ed.).
- Lefkowitz, M. & Tesiny, E. P. (1980). Assessment of childhood depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48 (1): 43-50.
- Lewinsohn, P. M. (1974). A Behavioral approach to depression. In R. J. Friedman and Katz (eds.). The psychology of depression: Contemporary theory and research. p.p. 157-184, Washington, D. C.: Winston-Wiley.
- Lewinsohn, P. M. (1975). The behavioral study and treatment of depression. En M. Hersen, R. M. Eisler y P.M. Miller (Eds.), Progress in behavior modification, vol. I. New York: Academic Press, 19-64.
- Liddle, Barbara; Spence, Susan H. (1990). Cognitive-Behavior therapy with depressed primary school children: a cautionary note. Behavioral-psychotherapy; Apr. Vol. 18 (2) 85-102.
- Lubin, B. & Levitt, E. (1979) Norms for the depression adjective check list: Age group and self. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47: 192.
- Luria, A. (1961). The role of speech in the regulation of normal and abnormal behavior. New York: Live right.
- Mahoney, J. (1983). Cognición y modificación de conducta. México, Trillas.
- Mahoney, J., Freeman, A. (1985). Cognición y psicoterapia. Barcelona. Editorial Paidós.
- Mansdorf, Irwin J. and Luckens, Ellen (1987). Cognitive-behavioral psychotherapy for separation anxious children exhibiting school phobia. Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry, vol. 26 (2): 222-225.
- Malmquist, C. (1971). "Depression in childhood and adolescence. I and II. New England Journal Medical 284: 887-893, 955-961.

- Matson, J. L. (1982). The treatment of behavioral characteristics of depression in the mentally retarded. Behavior Therapy, 13: 209-218.
- Matson, J. L. (1989). Psychology practitioner guider books. Treating depression in children and adolescence. USA: Pergamon Press.
- Meichenbaum, D. & Cameron, R. (1973). Stress inoculation: a skill training approach to anxiety management. University of Waterloo.
- Meichenbaum, D. (1977). Cognitive-behavior modification. An integrative approach. New York: Plenum.
- Meichenbaum, D. & Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: a means of developing self-control. Journal of abnormal psychology.
- Miller, W., Rossellini, R. & Seligman, E. (1977). Learned helplessness and depression en Masser, L. y Seligman M. E: Psychopatología: Experimental models, San Francisco, W. H. Freeman and Company.
- Miller, W. R. and Seligman, M. E. (1973). Depression and perception of reinforcement. Journal of Abnormal Psychology, 82: 63-73.
- Mimenza, P. H. A. (1992). Depresión. Solidaria I.M.S.S., no. 99 50-52.
- Noshpitz, Joseph D. (1979). Basic Handbook of child psychiatry: Affective disorders. New York: Basic books, tomo II.
- Pehm, L. (1976). Assessment of depression. En, Hersen & Bellack (eds.) Behavioral Assessment: a practical handbook. Oxford: Pergamon Press. 233-25
- Pichot, Pierre (1988). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: la categorías diagnósticas. México, Masson Editores.
- Pinzón Bonilla, S. (1971). Algunas consideraciones teóricas sobre el diagnóstico y tratamiento de la conducta suicida en niños. Tesis de licenciatura: Facultad de Psicología, UNAM.
- Polaino, Lorente. (1985). La depresión. Barcelona: Martínez Roca.
- Poznanski, E. O., Grossman, J. A., Buchsbaum, Y., Banegas, M., Freeman, L. & Gibbons, R. 1984. Preliminary studies of the reliability and validity of the children's depression rating scale. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 23: 191-197.
- Puig-Antich, J., et al. (1985). Biological factors in prepubertal major depression. Psychiatric Annals, 15 (6): 390-397.

- Puig-Antich, J., Luckens, E., Davies, M., Goetz, D., Brennan-Quatlock, J. & Todak, G. (1985). Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders: Interpersonal relationships during the depressive episode. Archives of General Psychiatry, 42: 500-507.
- Ramallo, Bas Francisco (1987). El papel de las auto-manifestaciones en las terapias cognitivo-conductuales. Infancia y aprendizaje, 30: 143-174.
- Rapaport, J. L.; Ismond, Dr. (1988). DSM-III R. Manual de diagnóstico estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Royeck, E. (1975). Reseña crítica: la modificación de conducta en el tratamiento del niño. Revista Mexicana de Análisis de la Conducta. I, No.2.
- Reca, T. (1976). Psicoterapia de la infancia. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. Journal of Behavior Therapy, 8: 787-804.
- Rehm, L. P. (1978). A self-control model of depression. Behavior Therapy, 8: 787-804.
- Reynolds, W. M. (1986). Assessment of depression in adolescents: Manual for the Reynolds Adolescents Depression Scale. Odessa, Psychological Assessment Resources.
- Reynolds, W. M. and Coats, I. K. (1986). A comparison of cognitive-behavioral therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescents. Journal of consulting and clinical psychology, vol. 54 (5): 653-660.
- Reynolds, W. M. & Stark, K. (1983). Cognitive behavior modification: the clinical application of cognitive strategies in M. Pressley & J. R. Levin (eds.), Cognitive strategy research: Psychological foundations 221-266. New York, Springer-Verlag.
- Robinson, R. M.; Power, J. M.; Cleveland, P. H.; Thyer, B. A. (1990). Impotent Psychiatric Treatment for depressed children and adolescents: Preliminary evaluations. Psychiatric hospital, Sum. Vol. 21 (3) 102-112.
- Rush, A. J., Beck, A. T. (1978). Therapy of depression and suicide. American Journal of Psychotherapy, vol. XXXII no. 2: 201-219.
- Rush, D., Mineka, S. & Suomi S.J. (1983). Therapy for helpless monkeys. Behaviour Therapy. Vol. 21; No.3: 297-301.
- Rutter, citado en Wong, St. (1979). Depression in childhood: a survey of the literature. Annals Academy of Medicine, 8 (3): 339-346.
- Sandler, J., Joffe, W. (1965). Notes on childhood depression. Int. J. Psychoanalyses, 46: 88.

- Saylor, F., Finch, A. Jr., Stanford, C., Saylor, B. & Penberthy, A. (1984). Learned Helplessness: Effects of noncontingent reinforcement and response cost with emotionally disturbed children. The Journal of Psychology, 117: 189-196.
- Seligman, E. P. (1974). Depression and Learned helplessness en Friedman R. J. and Katz M.: The psychology of depression: contemporary theory and research, Washington, Winston.
- Seligman, E. P. (1975). Helplessness: On depression, death and development. Freeman, San Francisco, California.
- Seligman, E. P. (1976) Learned Helplessness in animals and men in Spence, J. T., Carlson, R. C. and Thibaut, J. W.: Behavioral approaches to therapy. New York. General Learning Press.
- Seligman, M., Klein, D. y Miller, W. (1976). Depresión citada en Leitenberg (ed.): Handbook of Behaviour Therapy. Englewood Cliffs, N. J. Prentice Hall.
- Seligman, M., Maier, S. and Geer, L. (1968). Alleviation of learned helplessness in the dog. Journal of Abnormal Psychology, 73: 256-262.
- Servin Figueroa, A. (1989). Evaluación del programa terapéutico para el autocontrol de la depresión. Tesis de licenciatura: Universidad Iberoamericana.
- Shaw, Brian F. (1981). Comparison of cognitive therapy and behavior therapy in the treatment of depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol. 45 (4): 543-551.
- Simeon, Jovan G. (1989). Depressive disorders in children and adolescents. Canadian consensus symposium on depression. Psychiatric Journal of the University of Ottawa; Jun. Vol. 14 (2) 356-361.
- Skinner, B.F. (1953). Science and human behaviour. New York: Mc Millan.
- Spitz, R. A., Wolf (1946). Anaclitic depression. Psychoanalytic Study of the Child, 2: 313-341.
- Spitzer, R., Endicott, J. & Robins, E. (1978). Research diagnostic criteria: Rationale and reliability. Archives of General Psychiatry, 35: 773-782.
- Spivack, G. & Shure, M. (1974). Social adjustment of young children, San Francisco: Jessey-Bass.
- Stanford, C. (1976). Manual de psiquiatría clínica: Enfermedades depresivas. Buenos Aires. Paidós.
- Stanley, W. (1989). Historia de la melancolía y la depresión, Madrid: Turner.

- Stark, K. D., Reynolds, M. W., and Kaslow, J. N. (1987). A comparison of the relative efficacy of self-control therapy and a behavioral problem-solving therapy for depression in children. Journal of Abnormal Child Psychology, vol. 15 (1): 91-113.
- Stark, Kevin; Brookman, C.; Frazier, R., (1988). A comprehensive school based treatment program for depressed children. School Psychology Quarterly; Sum. Vol. 5 (2) 111-148.
- Stengel, citado en Group for the Advancement of psychiatry (1960). Psychopathological disorders in childhood: Theoretical considerations and a proposed classification. Report no. 62 Brunner/Mazel, U.S.A.
- Stiles, K.; Kootman, T. (1990). Mutual Storytelling: An intervention for depressed and suicidal children. School Counselor, May. Vol. 37 (5) 337-342.
- Tronick, E. Z. & Field, T. (1986). Maternal depression and infant disturbance. New directions for child development, no. 34, Jossey-Bass, 87 p.
- Vera, Luis (1985). Application des thérapies comportementales chez l'enfant déprimé. Psychologie-Médicale, Apr. vol. 18 (5): 741-744.
- Waters, B. (1982). Therapies for children: rational emotive therapy. In, Reynolds & Gokin (eds.). Handbook of Psychology. New York. John Wiley and Sons.
- Wayne, K. (1982). Depression: Somatic symptoms and medical disorders and primary care. Comprehensive Psychiatry; Vol. 23 (may-jun), 224-284.
- Webster-Stratton, C. (1985). Predictors of treatment outcome in parent training for conduct disordered children. Behavior therapy, 16: 223-243.
- Weinberg, W. A. & Rutman, J. (1973). Depression in children referred to an educational diagnostic center: Diagnosis and treatment. Journal Pediatric; 83 (6) 1065- 1072.
- Weisz, R., Weiss, B., Wasserman, A. & Rintoul, B. (1987). Control related beliefs and depression among clinic-referred children and adolescents. Journal of abnormal psychology, vol. 96 (1), 58-63.
- Wolpe, J. (1979). The experimental model and treatment of neurotic depression. Behavior Research and Therapy, 17: 355-366.
- Zermeño Torres, Emilio (1982). La depresión: modelos clínico-experimentales y su manejo terapéutico. Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología. VIII, 1 (15), ene-jun.: 107-134.
- Zermeño Torres, Emilio (1984). Un modelo para el manejo clínico experimental de la ansiedad: depresión y problemas psicofisiológicos. Tesis de doctorado en psicología: Universidad Iberoamericana.

Zermeño Torres, Emilio (1985). Técnicas experimentales en el tratamiento de los problemas de ansiedad. Revista Mexicana de Psicología. II, No. 2.

Zilboorg, Gregory and Henry, George W., (1969). Historia de la psicología Griega. New York: Psique.