



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DEPRESIÓN INFANTIL EN NIÑOS CON PROBLEMAS
DE APRENDIZAJE Y TRASTORNOS DEL LENGUAJE ORAL**

TESIS, QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:

GUADALUPE VÁZQUEZ HERNÁNDEZ

DIRECTOR DE TESIS: **MTRA. CRISTINA HEREDIA ANCONA**

REVISOR DE TESIS: **LIC. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO**



México, D.F., 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A todos los niños con capacidades diferentes, que en algún momento de su vida no entienden el por qué de su tristeza.

AGRADECIMIENTOS

A la mujer que más admiro, respeto y quiero: MI MADRE, quien con su amor y lucha incansable, me ha apoyado siempre en todo momento y a quien agradeceré siempre por ser quien soy.

A mi PADRE con devoción, como un homenaje a su absoluto amor, quien desde el Cielo siempre ha estado conmigo y con quien algún día me reuniré.

A la más grande bendición de Dios: MI HIJO JONATHAN, a quien amo tanto desde mi vientre y por quien lucharé toda mi vida.

Con infinito amor, a MI ESPOSO, compañero y amigo, por su paciencia, cariño, comprensión y aliento en todo momento.

A mi tío Carlos, por su solidaridad e impulso; a mi primo Iván por su inmenso respaldo en la realización del presente trabajo.

A mis hermanos Marco Antonio y Beatriz por los felices momentos; a mis sobrinos Axel y Karen por sus sonrisas y a Alma Rosa por sus palabras de hálito.

A mis preciados e incondicionales amigos: Carmen y Ovidio de quienes he recibido su infinito aliento y ayuda.

A Isaura e Isabel, amigas y compañeras, quienes han sido mi soporte en tiempos difíciles.

A Isabel y Felipe, niños a quienes tomé un afecto especial en el Centro de Atención Múltiple.

A la maestra Cristina Heredia Ancona, por su paciencia, ayuda, motivación, colaboración y riqueza de sus opiniones en la mejora de la presente investigación.

A las profesoras Alma Mireya López-Arce, Martina Jurado Baizabal, Guadalupe Santaella Hidalgo y Maritza Martínez, por su comprensión, respeto, apoyo, enseñanzas e importantes apreciaciones en el enriquecimiento del contenido del presente estudio.

A todos los profesores de la Facultad de Psicología que participan en la formación profesional del psicólogo, por su erúditra instrucción y orientación a quienes asistimos a esta distinguida escuela.

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

1 DEPRESIÓN INFANTIL

1.1. Prevalencia	1
1.2. Investigaciones de la depresión infantil	2
1.3. Definición de la depresión	9
1.4. Etiología de la depresión	11
1.5. Clasificación de la depresión infantil	16
1.6. Sintomatología de la depresión infantil	22
1.7. Aproximaciones teóricas de la depresión infantil	27
1.7.1. Enfoque psicoanalítico de la depresión infantil	27
1.7.2. Enfoque conductual de la depresión infantil	28
1.7.3. Enfoque cognitivo de la depresión infantil	28
1.7.4. La depresión infantil como aspecto del desarrollo	29
1.7.5. La depresión como desorden clínico	29
1.7.6. Enfoque sociológico	30

CAPÍTULO 2

2 PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO: Problemas de aprendizaje y trastornos del lenguaje oral

2.1. Problemas de aprendizaje	32
2.1.1. Definición	32
2.1.2. Etiología	32
2.1.3. Características cognitivas y emocionales de los niños con problemas de aprendizaje	35
2.1.3.1. Características cognitivas	35
2.1.3.2. Características emocionales	42
2.1.4. Alteraciones en la lectura, escritura y el cálculo de los niños con problemas de aprendizaje	43
2.2. Trastornos del lenguaje oral	45
2.2.1. Definición	45
2.2.2. Etiología	45
2.2.3. Evolución del lenguaje infantil	46
2.2.4. Trastornos de la comunicación oral	48

2.2.5. Características cognitivas y emocionales del niño con trastornos del lenguaje oral	48
2.2.5.1. Características cognitivas	48
2.2.5.2. Características emocionales	49
CAPÍTULO 3	
3 MÉTODO	
3.1. Planteamiento y justificación del problema	51
3.2. Hipótesis	51
3.2.1. Hipótesis de trabajo	51
3.2.2. Hipótesis alterna	52
3.2.3. Hipótesis nula	52
3.3. Definición conceptual de variables	52
3.4. Definición operacional de variables	52
3.5. Muestreo	53
3.6. Sujetos	53
3.7. Tipo de estudio	53
3.8. Diseño	54
3.9. Material e instrumento	54
3.9.1. Material	54
3.9.2. Instrumento	54
3.10. Procedimiento	56
3.11. Análisis estadístico de resultados	57
CAPÍTULO 4	
4. RESULTADOS	58
4.1. Interpretación de resultados	66
CAPÍTULO 5	
5 DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	
5.1 Discusión	69
5.2 Conclusión	70
CAPÍTULO 6	
6 LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	
6.1. Limitaciones	71
6.2. Sugerencias	71
BIBLIOGRAFÍA	72

RESUMEN

Para dar respuesta a la pregunta de investigación: ¿Existen diferencias en el nivel de depresión infantil entre los niños con problemas de aprendizaje y los niños con trastornos de del lenguaje oral?, propósito de esta investigación, se aplicó la Escala CDS Versión Mexicana a 60 sujetos de los cuales 30 tenían ya el diagnóstico de trastornos del lenguaje oral y 30 el de problemas de aprendizaje, cuya edad osciló entre los 8 y 13 años, mismos que asisten al Centro de Atención Múltiple por apoyo psicopedagógico. Se planteó como hipótesis de trabajo que: 1) Existen diferencias en el nivel de la depresión infantil entre los niños con problemas de aprendizaje y aquellos con trastornos del lenguaje oral; encontrando como resultado que no existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión entre ambos grupos, aceptando así la hipótesis nula y concluyendo con ella que los niños con este tipo de dificultades se encuentran igualmente deprimidos.

INTRODUCCIÓN

La población infantil, sector importante de nuestra sociedad ha sido en las últimas décadas objeto de estudio de los investigadores, debido al gran número de casos que se han detectado de trastornos infantiles que afectan a la niñez y que día a día se ven incrementados.

Por mencionar algunos de los trastornos de la psicopatología infantil, tenemos el de problemas de aprendizaje y el de trastornos de lenguaje que le afectan de manera individual, familiar y social.

En 1995, Aclé, T.G. & Olmos, encuentran que de un 32% de la población con necesidades educativas especiales, el 1.81% presentan trastornos neuromotores, el 2.60% trastornos visuales, el 3.12% discapacidad mental, el 0.40% es de etiología indeterminada, el 3.31% de audición y lenguaje, el 1.44% de trastornos de lenguaje oral y el 14.66% tienen problemas de aprendizaje.

En 1987, Anderson & Cols. y Alessi & Magen (1988), indican que entre el 10 y el 20% de la población, es decir uno de cada cuatro niños, han experimentado un trastorno depresivo (cit. en Wicks & Allen, 1997).

En la población mexicana, Solloa (2001) encuentra que en la Clínica de Trastornos Emocionales del Hospital Psiquiátrico Infantil entre el 5 y 10% de esta población llega a padecer alteraciones depresivas.

Se sabe además que los trastornos de tipo emocional o cognoscitivo, afectarán al individuo a lo largo de su vida, no obstante esto, se tiene que pocas son las investigaciones que existen sobre el aspecto emocional, aún cuando la incidencia de población con necesidades educativas especiales es muy alta.

Este tipo de población, acude por apoyo psicopedagógico y de lenguaje a instituciones tales como los Centros de Atención Múltiple (CAM) en donde se observa que el apoyo emocional no se toma en cuenta, aún cuando se conocen a través de la entrevista psicológica, las características emocionales de cada uno de los niños, indicadoras de depresión. Así, surge la necesidad de corroborar la existencia y nivel de depresión en tipos de población específica como la de trastornos de lenguaje oral y problemas de aprendizaje. Solloa (2001), ha encontrado que el niño con problemas de aprendizaje al vivir su situación académica como fracaso escolar culmina en una depresión, por otra parte Kauffman (1995), señala que un trastorno de lenguaje oral es de los atributos más personales del individuo y por tanto inhibe su deseo de comunicar ideas y sentimientos optando por vivir en silencio en vez de enfrentarse a las molestas reacciones de quienes los escuchan, presentando baja autoestima, pobreza en sus relaciones interpersonales y un autoconcepto negativo. De ahí el interés por conocer la existencia y nivel de la depresión infantil en una muestra poblacional con necesidades educativas especiales como los trastornos del lenguaje oral y los problemas de aprendizaje para proporcionar a través de ello el apoyo adecuado a sus características y necesidades, así como ampliar la información con respecto a este tema.

CAPÍTULO 1

1 DEPRESIÓN INFANTIL.

1.1 PREVALENCIA

Desde hace algunas décadas, el interés por la depresión infantil se ha incrementado al igual que su nivel de prevalencia, por lo que haremos un recorrido de su incremento a través del tiempo.

En 1968, Weber y la Organización Mundial de la Salud (OMS), reportaron que un 3% de la población infantil presentaba depresión (Polaino, 1988).

Nissen en sus primeros estudios (1971) estima un 1.8% de estados depresivos medianos y graves en niños (Ajuriaguerra, J. 1983), poco después se comunicó que la incidencia de enfermedad depresiva había incrementado entre el 10 y 15%, (Polaino, 1988).

En 1971, E. Frummer y M. Meierhoffer, refieren que un 25% de los consultantes en psiquiatría infantil, sufren de depresión, correspondiendo esto a niños de ingreso a guarderías y de edad preescolar (Ajuriaguerra J., 1983).

Revisando la literatura, Lefkowitz (1977) y Lefkowitz & Burton (1978), encontraron en base a los estudios epidemiológicos de conductas alteradas en niños, que cerca del 20% de la población general infantil ha sido finalmente considerada como afectada de los síntomas del trastorno depresivo observado en muestras clínicas (Cantwell y Carlson, 1987).

En 1987, Anderson et al. & Kashani et al., encuentran que los índices de prevalencia de depresión entre niños y adolescentes oscila entre el 2 y 5 % en la generalidad de los estudios, mientras que Alessi & Magen (1988) y Puig-Antich & Gittelman (1982), encuentran el 10 y 20 % en la población clínica. Así mismo, Anderson et al. (1987), han encontrado que la prevalencia de la depresión es mayor en los varones que en las niñas (Wicks, Nelson y Allen, 1997).

Es Semrud-Clikeman (1990), quien reporta que cerca del 2 % de los niños puede sufrir depresión alguna vez. El mismo autor menciona que "de hecho, en poblaciones clínicas, la prevalencia de la depresión puede ser alta en una variación del 25 a 50%, dependiendo de la población" (Kamphaus y Frick, 2002, p. 525).

En la actualidad, diversos estudios epidemiológicos (Doménech y Polaino, Rivas Terán y Bragado; www.el-mundo.es, 2002), hablan de que entre un 8 y 10 % de la población infantil y adolescente sufre depresiones. Este porcentaje va de menos a más a medida que aumenta la edad del niño y tiene su punto álgido en la etapa adolescente.

Es así como revisando parte de la literatura existente y haciendo un recorrido a través de las diferentes décadas, hemos visto el incremento del interés por la investigación en este terreno, haciendo lo mismo, las visitas al psicólogo y al psiquiatra por motivo de depresión infantil.

1.2 INVESTIGACIONES DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

El incremento de la depresión en general, ha llevado a diferentes autores a investigar más sobre este tema en la población infantil. Autores que a continuación citaremos:

En las publicaciones de Nissen en 1971 (Polaino, 1988, p. 56), en donde se reportan 105 historias clínicas de niños y adolescentes deprimidos, asistidos desde el 1 de enero de 1942 al 31 de diciembre de 1968 como pacientes ingresados a una Clínica Psiquiátrica del Berlín del Oeste, se informa que: "La mayor vulnerabilidad en función de la edad, se centró en los niños de 11 y 14 años (49.5%) frente a sólo el 26.7% de los niños de esa población, cuyas edades estaban comprendidas entre los 7 y 10 años. La frecuencia fue mayor en los chicos (67.96 %) que en las chicas (32.04 %), es decir, una proporción exactamente inversa a lo que suele acontecer en los adultos, donde por cada 2 ó 3 mujeres deprimidas, hay sólo un varón". Nissen, agrega que de los 105 pacientes infantiles deprimidos 5 fueron de depresión psicopática, 7 de somatogena y 47 de depresión psicógena o neurótica.

Connell (1972), McConville & cols. (1973), Vranjesevic & cols. (1972) y Kuhn & Kuhn (1972), Ling & cols. (1973) y Weinberg & cols. (1973), citan el fracaso escolar como característica dominante en sus estudios de la depresión infantil (Polaino, 1988).

"Dado que un bajo rendimiento y el fracaso escolar forman parte del cuadro clínico de muchos niños deprimidos, se ha sugerido una posible relación entre depresión y retraso mental (Rideau, 1971) u otros déficits intelectuales (Malmquist, 1977). Otros estudios (Brumack & col., no publicado) no hallaron diferencias en las puntuaciones en CI y en test de rendimiento entre niños deprimidos y no deprimidos de un grupo de niños con alteraciones del aprendizaje" (Cantwell y Carlson, 1987, p. 105). Los datos anteriores sugieren que el bajo rendimiento escolar de los niños deprimidos no es causa ni consecuencia de una disminución en las habilidades escolares básicas. Para estos mismos autores, "el bajo rendimiento escolar de los niños con trastornos de aprendizaje pudiera muy bien ser la expresión de un desinterés por participar y de los sentimientos derrotistas de autodepreciación relacionados con la depresión primaria" (Cantwell y Carlson, 1987, p. 105)).

Cantwell & Carlson (1987), encuentran que niños y adolescentes jóvenes deprimidos y enviados a centros de diagnóstico psicopedagógico debido a la persistencia en problemas de aprendizaje o de conducta relacionados con la escuela, las habilidades escolares no difieren de las de otros niños. La evaluación de la inteligencia y de trastornos del aprendizaje indica que no existen diferencias entre grupos deprimidos y no deprimidos. Así mismo, parece ser que algunos niños que satisfacen los criterios de depresión están

secundariamente deprimidos a consecuencia de una escolarización inadecuada o también que una escolarización adecuada "enmascara" su depresión.

La coexistencia de trastornos de conducta asociados a la depresión infantil fueron descritos por Shafer en 1974, quien afirma que en el 75% de los suicidios en niños y adolescentes estos habrían presentado con anterioridad conductas antisociales (www.alipso.com, 2001).

En el afán de llegar a una definición de la depresión infantil se ha comparado lo observado con estudios realizados en adultos, llegando a la conclusión que la depresión es frecuente en pacientes orgánicos y que el deterioro cognitivo está relacionado con el estado depresivo. En otros estudios con población infantil, Mosse concluye que la depresión infantil tiene una manifestación sociocognitiva que abarca todas las áreas del conocimiento (www.alipso.com, 2001).

En estudios realizados por el profesor Kodiaki (1980), de la Universidad Shimane de Izumo Japón, traduciendo la escala CDS al japonés y administrándola bajo el formato de lápiz y papel a 389 chicos y chicas de escuelas normales de 9 a 18 años, encontró que existen diferencias en lo que a sexo se refiere, siendo las chicas quienes obtienen las puntuaciones más altas de la escala total de la depresión; refiriéndose a la edad, los chicos mayores de 14 años son los que obtienen las puntuaciones más altas (Cantwell y Carlson, 1987).

Investigaciones de Lang & Tisher (1978), con una muestra similar en edad, a la japonesa; con una población total de 96, dividida en un grupo control, uno experimental y otro clínico, con un intervalo de edad entre 9 y 16 años, todos y todas procedentes de escuelas suburbanas, arrojó información interesante como la no diferencia significativa en edades y una tendencia en los niños de menor edad a obtener puntuaciones más altas; haciéndose evidente con estos resultados la importancia de la comparación transcultural (op cit., 1987).

En 1979, Selligman, plantea que " la combinación de dificultades de aprendizaje, conflictos internos y el entorno familiar desfavorable, es la causa de que los niños tengan dificultades escolares, provocando rechazo escolar, problemas de disciplina, consecuencias negativas y aumento de frustración, culminando en la depresión" (Cruz, Morales & Ramírez, 1996, p. 32).

Para 1980, Tonkin & Hudson (Cantwell y Carlson, 1987), presentan datos de una muestra de 60 alumnos, con una edad entre 9 y 13 años pertenecientes a una escuela de enseñanza primaria, de alto nivel socioeconómico y procedentes de un ambiente de inmigrantes. Tonkin & Hudson indican que las chicas obtienen puntuaciones más altas que los chicos sin existir diferencias significativas entre los distintos grupos de edad.

Los autores pronunciados a favor de la "depresión enmascarada" o el "equivalente depresivo" postulan que "la presencia de conductas observables y manifestaciones tan

diversas como trastornos de conducta, hiperactividad, enuresis, quejas somáticas y trastornos del aprendizaje son atribuibles a un trastorno depresivo subyacente" (Cantwell y Carlson, 1987, p. 22).

Como respuesta a esto Kovacs & Beck (1977), revisando la literatura, concluyeron que lo propuesto por los seguidores de la "depresión enmascarada" era engañoso e innecesario; observaron que muchas conductas incluidas bajo el concepto de "depresión enmascarada" eran motivos de quejas frecuentes en adultos deprimidos, y que en el caso de la depresión adulta no se considera que enmascaren la depresión sino que son parte integrante de la misma. Por su parte, Carlson & Cantwell (1979), reafirmaron esta opinión en un estudio realizado con 102 niños en un hospital psiquiátrico; de esta muestra, 28 de ellos cumplieron con los criterios diagnósticos del DSM-III para algún tipo de trastorno afectivo; de estos 28, 14 presentaban un trastorno afectivo primario y no tenían una historia previa de alteración psiquiátrica alguna, los 14 restantes sí habían presentado previamente trastornos psiquiátricos. Carlson & Cantwell, concluyeron que "la depresión no está enmascarada si el clínico lleva a cabo una evaluación diagnóstica exhaustiva y minuciosa. Es más frecuente que sea el clínico y no el niño quien enmascare la depresión" (Cantwell y Carlson, 1987, p. 23).

En 1979, Kashani & Simonds (op cit., 1987), encontraron que de una muestra al azar de niños en población general, el 1.9% de ellos cumplían los criterios del DSM-III para la categoría de trastorno depresivo mayor. Además, en más del 17% de los niños aparecía tristeza o depresión significativas. Al comparar la sintomatología de este último grupo de niños con la de otros que no mostraban una tristeza significativa, encontraron que el grupo de niños tristes presentaban además más quejas somáticas, más hiperactividad, peor autoestima, más conductas agresivas y más rechazo escolar.

En 1987, Cantwell & Carlson (p.23), citan a Petti, quien señala que "es frecuente encontrar a niños con quejas somáticas, hiperactividad, trastornos por déficit de atención, trastornos del aprendizaje, problemas de rendimiento escolar o alteraciones de otro tipo que presentan episodios depresivos secundarios".

Weinberg & Rehmert (s.f., cit. en Solloa, 2001, p. 254), señalan que "los niños con dificultades de aprendizaje al ser incapaces para derivar reforzamientos positivos de su ambiente escolar son particularmente vulnerables a la depresión y al aislamiento".

En estudios realizados por Mattison y cols. (1990) con una muestra de 105 niños que entraron a una escuela especial debido a la pérdida de un padre ya sea por muerte, divorcio o separación, fue dividida en grupos depresivos y no depresivos, con base en la puntuación del CDI, para posteriormente, cuatro años más tarde y en base al test-retest, encontrar que el grupo depresivo mostró un deterioro considerable, mostrando adicionalmente una deficiencia significativamente mayor en el desempeño académico, con puntuaciones globales más patológicas de separación escolar durante los cuatro años bajo circunstancias negativas (Kamphaus y Frick, 2002).

Hall y Haws (1989), encontraron considerable comorbilidad de depresión entre una muestra de niños que eran atendidos en programas de educación especial por problemas de aprendizaje. Estudiaron a alumnos con problemas de aprendizaje de cuarto, quinto y sexto grado y fueron comparados con grupos control de niños sin problema de aprendizaje. Las puntuaciones de CDI fueron significativamente más altas para los estudiantes de los programas de problemas de aprendizaje que para aquellos sin problemas de aprendizaje. Además los niños con problemas de aprendizaje fueron calificados significativamente más altos en términos de que mostraron más sintomatología depresiva para los maestros, quienes completaron una lista de verificación de síntomas depresivos basados en el criterio del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). La media de las puntuaciones del CDI del grupo con problemas de aprendizaje es alta cuando se considera que está ubicada en la puntuación de corte aconsejada para indicar depresión (Kamphaus y Frick, 2002).

En 1993, Bell-Dolan, Raven & Peterson (Wicks et al., 1997, p. 153), obtuvieron autoinformes, así como informes de los iguales y profesores, tanto de la depresión como del desenvolvimiento social de 112 niños de cuarto y sexto curso de enseñanza elemental "el comportamiento social negativo (la conducta de agresión y la búsqueda de apoyo negativo), el retraimiento social y una baja competencia social aparecían relacionados con puntuaciones más elevadas en depresión".

En el DSM-IV, se hace mención de que en los niños prepuberales los episodios depresivos mayores se presentan con más frecuencia de forma simultánea con otros trastornos mentales (más que en solitario) tales como trastornos de comportamiento perturbador, trastornos por déficit de atención y trastornos por ansiedad (Flores i Tormenti, 1995).

Solloa, (2001, p. 108 y 109), señala que los niños con problemas de aprendizaje "muchas veces están tristes, malhumorados o preocupados y no pueden darle nombre a lo que sienten, y mucho menos asociar su estado de ánimo a algún evento interno o externo que lo provoca". Este tipo de niño, "se sentirá inseguro, enojado, rabioso y finalmente deprimido, al no poder aprender y ser exitoso como sus compañeros. Estos efectos interferirán y bloquearán aún más su desempeño académico".

Así mismo, menciona que "los niños con trastornos del lenguaje, pueden presentar otros síndromes psiquiátricos, como ansiedad por separación, ansiedad excesiva, depresión y trastorno por déficit de atención, hiperactividad" (Solloa, 2001, p. 90).

Así, no es raro encontramos con niños y adolescentes con trastornos de ansiedad y depresión mayor relacionados con un problema de aprendizaje y/o de trastorno de lenguaje oral (Solloa, 2001) que deberán tomar un tratamiento psicológico adecuado a ellos como alternativa de solución.

En un estudio realizado por Chavarro, Ríos, Tovar & Von Rosen (www.puj.edu.co, 2002), en donde lo que se buscaba era determinar si la depresión afecta en el aprendizaje en

niños de 8 a 10 años y adolescentes de 16 y 18 años, a su vez, observar si la depresión influye en el rendimiento académico (lo decremento o lo incrementó) a través del Cuestionario Tetradimensional o CET-DE (modificado con el propósito de que fuese entendible), encontraron que en la muestra de 30 niños entre 8 y 10 años, más del 50% presentaban depresión infantil; al mismo tiempo, señalan que la influencia de la depresión en el estado académico, es bidireccional, ya que una influye en la otra: el estado académico bajo puede causar en el estudiante depresión y la depresión puede repercutir directamente en el estado académico, encuentran también que la respuesta conductual de los niños y jóvenes fue de gran gesticulación, movimientos bruscos, expectación y preguntas de duda.

En 1987, Cantwell & Carlson citan a Erica Frydenberg, quien en Melbourne, Australia, examina la depresión infantil en una población de escolares normales de 11 años de edad, utilizando la Escala CDS y otras medidas de depresión infantil, entre ellas el CDI. Erica Frydenberg, investiga la relación que existe entre habilidades personales, rendimiento escolar, estatus socioeconómico y depresión, así como la relación entre cognición y depresión.

Así mismo, Cantwell & Carlson se encuentran trabajando en establecer la extensión y naturaleza de la depresión infantil en la población en general, así como en grupos específicos de niños, tales como los que tiene un rendimiento escolar inferior, hijos de padres separados, niños que han sufrido la pérdida de un ser querido, niños hospitalizados, etc. (Cantwell y Carlson, 1987).

Se ha realizado ya un recorrido por el tiempo acerca de las investigaciones de la depresión infantil, por lo que se considera importante hacer énfasis en aquellos autores que coinciden en sus investigaciones:

En 1968, Weber y la OMS, señalan que el 3 % de la población infantil presenta depresión (Polaino, 1988).

En 1971, Nissen estima un 1.8 % de niños con depresión media y grave (Ajuriaguerra, 1983). Posteriormente comunica que su incidencia incrementa entre un 10 y 25 %, de donde un 49.5 % son niños de entre 11 y 14 años y un 26.7 % oscilan entre los 7 y 10 años, siendo más frecuente encontrar depresión en los varones que en las niñas (Polaino, 1988).

En este mismo año, E: Frummer y M. Meierhoffer, reportan un 25 % de niños de ingreso a guarderías y en edad escolar con depresión. Lefkowitz (1977) y Lefkowitz & Burton (1978), encuentran que en un 20 % de la población de infantes existen síntomas del trastorno depresivo (Cantwell y Carlson, 1987).

En 1978, a través de la aplicación de la Escala CDS, Lang M. Y Tisher M., no encuentran diferencias entre sexos en la población infantil japonesa, pero sí en la edad, siendo los más pequeños los que presentaban mayor incidencia de depresión.

En 1980, el profesor Kodaki, refiere a través de la aplicación de la Escala CDS, traducida al japonés, que existen diferencias entre sexos en la depresión infantil, siendo los varones quienes presentan una incidencia mayor (Cantwell y Carlson, 1987), coincidiendo así por lo encontrado por Nissen (op. cit.) y con las investigaciones (en 1987) de Anderson et al. Y Kashani et al. (Wicks, Nelson y Allen, 1997).

En 1990, Semrud-Clikerman, menciona que el 2 % de la población infantil sufre de depresión alguna vez, prevaleciendo esta en una variación de 25 a 50 % dependiendo de la población (Kamphaus y Frick, 2002).

En el año 2002, Doménech & Polaino, Rivas, Terán y Bragado, nos dicen que la población infantil y adolescente con depresión oscila entre el 8 y 10 %, incrementándose el porcentaje en la medida en que aumenta la edad del niño y teniendo como punto álgido la edad adolescente (www.el-mundo.es).

Cynthia Callahan (2002, www.cucutras.com) afirma que aquellos niños que viven en tensión constante, que han experimentado una pérdida, que tienen desórdenes de la atención o de la conducta, una discapacidad en el aprendizaje o un problema de salud mental, corren mayor riesgo de sufrir una depresión.

En el 2002, Carolina López cita a Aquilino Polaina, quien informa que el carácter autoritario o permisivo de los padres al igual que el ámbito escolar, influyen en gran medida en el comportamiento depresivo. Sugiere además, que el fracaso escolar puede ser causa o consecuencia de la depresión infantil y al mismo tiempo una manifestación de estas (www.elnorte.com).

Es así como de los datos anteriores podemos decir que la depresión infantil se ha incrementado en los últimos años; que se encuentran diferencias en el sexo prevaleciendo más en el masculino; que se ha encontrado entre niños y adolescentes jóvenes de entre 7 y 14 años, incrementándose con la edad y alcanzando su punto álgido en la adolescencia.

Sin embargo las investigaciones no se han reducido sólo a conocer la prevalencia de la depresión infantil, sino también, entre otros, a estudiar la relación entre depresión y rendimiento académico.

Es así como tenemos que algunos autores relacionan la depresión infantil con el rendimiento escolar, entre ellos podemos citar a: Rideau (1971), Connell (1972), Vranjesevic & cols. (1972), Kuhn & Kuhn (1972), Mc Conville & cols. (1973), Ling y cols. (1973), Weinberg y cols. (1973), Malmquist (1977), defensores de la "depresión enmascarada" (Cantwell y Carlson, 1987), Hall & Haws (1989, cit. en Kamphaus y Frick, 2002), Mosse (2001, cit. en www.alipso.com), Callahan (2002), Aquilino Polaina (2002) y Solloa (2001), quienes relacionan la depresión con el fracaso escolar y esta última autora en específico con los problemas de aprendizaje y los trastornos del lenguaje oral.

Otros autores como Brumack & cols. (no publicado) y Kovacs & Beck (1977), no encuentran relación entre estas variables (Cantwell y Carlson, 1987).

Chavarro, Ríos, Torres & Von Rosen (2002), encuentran que la influencia de la depresión y estado académico es bidireccional (www.puj.edu.co, 2002)

Otros autores como Selligman (1979), plantean que la combinación de diversos factores (dificultades de aprendizaje, conflictos internos y entorno familiar desfavorable) tienen relación con la depresión infantil (Cruz, Morales y Ramírez, 1996).

Kashani & Simonds (1979) y Peti (1987), consideran el rechazo escolar junto con otras conductas como quejas somáticas, hiperactividad, baja autoestima, problemas de aprendizaje, trastornos por déficit de atención y conducta agresiva, como parte de la sintomatología de la depresión infantil (Carlson y Cantwell, 1987).

Weinberg & Rehmat (s.f.), señalan que los niños con problemas de aprendizaje son más vulnerables a la depresión y aislamiento (Solloa, 2001).

Mattison & cols. (1990), señalan que los niños con familias desintegradas por pérdida del padre ya sea por muerte, divorcio o separación y además con bajo desempeño académico, presentan puntuaciones altas en la Escala de Depresión CDI (Kamphaus y Frick, 2002).

Bell-Dollan, Raven & Peterson (1993), refieren que existe relación entre el comportamiento social negativo (conducta de agresión y búsqueda de apoyo negativo), retraimiento social y baja competencia social con las puntuaciones más elevadas de depresión (Wicks et al.).

El DSM-IV, señala que el episodio depresivo mayor, se presenta simultáneamente con trastornos del comportamiento perturbador, de déficit de atención o de ansiedad (Flores i Tormenti, 1995).

Se ha visto ya como diferentes autores coinciden en la relación entre problemas de aprendizaje y trastornos del lenguaje oral con la depresión infantil, citando al mismo tiempo otros factores relacionados con la misma tales como los conflictos internos y el entorno familiar desfavorable.

Actualmente nos encontramos en espera de resultados de investigaciones como las de Erica Frydenberg y Cantwell & Carlson, quienes investigan la relación entre habilidades personales, rendimiento escolar, estatus socioeconómico y depresión, cognición y depresión en la población en general y en grupos específicos (rendimiento escolar inferior, hijos de padres separados, niños que han sufrido la pérdida de un ser querido, niños hospitalizados, etc.) (Cantwell y Carlson, 1987).

Dichas investigaciones son en su mayor parte extranjeras, por lo que indagar sobre la depresión infantil en grupos específicos como los del presente estudio en muestras de población mexicana es de gran importancia

1.3 DEFINICIÓN DE LA DEPRESIÓN.

La vaguedad del término "depresión" a través de sus diferentes conceptualizaciones ha obstaculizado hasta la actualidad el estudio de la misma tanto en adultos como en infantes. El término "depresión" se utiliza tanto en sentido psiquiátrico como en no psiquiátrico teniendo significados diferentes aún cuando hablamos de la depresión en este último sentido.

En 1958 Roland Kuhn define a la depresión como "una enfermedad orgánica. Muchos de sus síntomas son psíquicos, pero otros (astenia, trastornos del sueño, falta de concentración, etc.), afectan a la esfera física. Las depresiones, todas las depresiones, tienen un claro componente bioquímico cerebral" (www.drromeu.net, 2002, p. 4)

Para Cantwell (1987), la depresión existe como síndrome o como trastorno:

- Síndrome depresivo. "Significa que la disforia aparece acompañando a otros síntomas y que estos normalmente aparecen juntos. Dichos síntomas no se refieren exclusivamente a cambios afectivos, sino que también incluyen trastornos vegetativos y psicomotores, así como cambios cognitivos y motivacionales." (p. 20). El síndrome clínico de la depresión puede presentarse como el problema principal, pero también puede aparecer acompañado de trastornos físicos o psíquicos como artritis reumatoide, enfermedad de Cushing, alcoholismo, personalidad antisocial, trastornos por ansiedad y esquizofrenia.
- Trastorno depresivo. Significa que existe un síndrome depresivo así como un cuadro clínico característico, una historia y respuesta al tratamiento característico y muy probablemente determinados correlatos familiares, ambientales y biológicos.

El mismo autor considera en términos de definición a la depresión como una "serie de conductas, sentimientos y actitudes que varían en intensidad y amplitud" (p. 164); afirma que la depresión infantil está presente en distintos grados en la población en general y al mismo tiempo señala que desempeña un papel en grupos específicos como son los niños que han vivido la muerte de un ser querido, los de bajo rendimiento y las poblaciones psiquiátricas, sobre todo los grupos de niños que han recibido el diagnóstico de depresión."

Polaino (1988), considera la depresión como un síntoma, un síndrome o un trastorno:

- La depresión como un síntoma. Se habla del humor disfórico que puede surgir como un síntoma sin causa aparente, o bien, aparecer como respuesta a un

desajuste o a una importante pérdida, o manifestarse sin que necesariamente haya de formar parte de un síndrome o desorden depresivo.

- La depresión como síndrome clínico. Aquí la depresión puede presentarse como algo primariamente bien delimitado (cambios motivacionales, cognitivos, afectivos, alteraciones psicomotoras (Cruz et al.) o como forma asociada a otras alteraciones psicopatológicas (fobias, ansiedad, alcoholismo, etc.)
- La depresión como desorden clínico. La depresión como desorden tiene implicaciones más extensas y vagas que el concepto de síndrome depresivo que causa un determinado grado de incapacidad al sujeto, manifiesta también ciertas características clínicas específicas vinculadas o no a una historia biográfica concreta, siendo posible correlacionar, en ocasiones, algunos datos biológicos y familiares.

Para el DSM-IV (1995), los trastornos depresivos son aquellos trastornos del estado de ánimo, cuya característica principal es la alteración del humor. Además, en estos trastornos, no existe historia previa de episodio maniaco, mixto o hipomaniaco (hecho que hace la diferencia ante los bipolares, en donde sí existen, además de estar normalmente acompañados por la presencia de episodios depresivos mayores.)

En 1986, Rutter, sugiere que es importante distinguir entre síntoma (fenómeno de la depresión) y trastorno (síndrome). "Por síntoma de depresión se entiende la experiencia de tristeza, la pérdida de interés o de placer, la falta de capacidad de respuesta y condiciones similares, que se utilizan para describir este estado de ánimo negativo"(Wicks et al., p. 145), Rutter, emplea aquí el término síntoma, como "problema" o "experiencia de", sin implicar que existe enfermedad. Contrario a esto al concepto de trastorno depresivo, le da la noción de síndrome, como "un grupo de atributos que con toda probabilidad se dan de forma conjunta" (op. cit., p. 145) , es decir, existen síntomas de un estado de ánimo negativo junto con problemas somáticos, cognitivos y de conducta. En 1989, Kovacs (cit.en Wicks et al.), agrega que el trastorno de la depresión tiene las características del síndrome, presentes de forma persistente, observando al mismo tiempo en el niño o adolescente un deterioro social. Además, en el trastorno se sabe más del problema (p. ej., un historial familiar característico).

Para Marsellach, el concepto de depresión infantil se forma como tal en 1987, como un conjunto de síntomas que forma un síndrome. Marsellach establece que puede existir en todas las edades y como mínimo para poder hablar de ella la sintomatología debe durar como mínimo alrededor de un mes (www.ciudadfutura.com, 2000).

En 1997, Victoria del Barrio, informa que el niño muestra señales de depresión aun cuando desde la perspectiva adulta no tenga una verdadera razón para deprimirse. Victoria del Barrio, al conceptualizar la depresión infantil, nos dice que el niño muestra preocupaciones tanto o más como el adulto, sintiéndose incapaz de explicar los hechos que suceden a su alrededor y sin lograr interpretar lo que le ocurre (www.el-mundo.es, 2001)

Juan José Miguel Tobal, define la depresión en base a tres criterios claves: la intensidad, la duración y la frecuencia de las crisis; estableciendo un mínimo de tiempo de dos semanas de duración en la alteración del estado de ánimo, para hablar así de una verdadera depresión (www.el-mundo.es, 2001).

En el 2001, Francisco Mosse enlista una serie de definiciones derivadas de la psiquiatría infantil(www.alipso.com):

- Depresión: Estado de tristeza o dolor emocional en relación a una situación displacentera (ej. pérdida o fracaso).
- Depresión como rasgos de personalidad: Estado relativamente estable de incapacidad de obtener placer.
- Depresión como síntoma individual: Estado patológico de humor bajo o triste.
- Depresión como trastorno: Síndrome depresivo desviado de la normalidad.
- Depresión como síndrome: Conjunto de síntomas que regularmente se dan juntos.
- Depresión como enfermedad: Es una forma particular de la depresión anterior, donde el trastorno aparece definido, con correlaciones psicopatológicas, base genética, una patología física, pronóstico y respuesta específica al tratamiento.
- Depresión enmascarada o equivalente depresivo: Conductas antisociales y quejas somáticas, presentándose junto a síntomas depresivos convencionales. Aquí es difícil asegurar si la depresión es causa o síntoma secundario del trastorno de conducta.

Chavarro, et al.(www.puj.edu.co, 2002, p. 4) definen la depresión como un "estado emocional de abatimiento, tristeza; llevando al que la siente, a la soledad, la pérdida de motivación, el retraso motor y fatiga; puede llegar incluso a convertirse en un trastorno psicótico donde el individuo se queda completamente incapacitado para actuar en forma normal en su vida de relación".

Es Avellanosa, quien en 1988, define al síndrome de depresión infantil, como un padecimiento que altera la vida y afecta el humor, orientándolo hacia la tristeza y dolor moral, caracterizado por trastornos afectivos, conductuales, intelectuales y somáticos; concepto considerado como más completo y comprensible para nuestra investigación, por lo que se retomará de manera posterior.

Se han mencionado ya algunos de los conceptos de la depresión en general y de la infantil, conceptos que han sido objeto de confusión y controversias motivadas por la carencia de datos clínicos fiables y por la abundancia de la especulación teórica a la que han estado sometidos, por lo que se está en espera de un acuerdo de conceptos.

1.4 ETIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN.

En 1958, Roland Kuhn a través de su descubrimiento de la acción antidepressiva de la imiprina, sentó las bases bioquímicas del trastorno depresivo. Para Roland Kuhn, en la

depresión, existe un problema de neurotransmisión, con déficit en la función neurotransmisora de la serotonina y/o las catecolaminas, noradrenalina y dopamina. "El fenómeno puede estar causado por un bajo nivel de síntesis de los neurotransmisores, un exceso de destrucción (por las enzimas monoaminoxidasa y/o catecolamina-otrometil-transferasa), un exceso de recaptación por la primera neurona, una mala utilización por baja permeabilidad de los receptores de la segunda neurona, o un déficit de transmisión en esta segunda neurona (fallo del segundo mediador)" (www.puj.edu.co, 2002, p. 6).

Polaino (1988), divide en tres las causas de la depresión infantil:

- Etiología genética. Hace referencia no a la herencia como tal, sino a la predisposición genética a presentar el síndrome de depresión infantil.
- Etiología psicológica. Relacionada con la aparición de eventos estresantes que pueden descompensar la conducta infantil, favoreciendo la emergencia de pensamientos y sentimientos depresivos en el niño.
- Etiología social. Ligada a situaciones sociales desencadenantes que pueden crear un cuadro depresógeno en el niño, tales como: situaciones escolares insatisfactorias, disminución del rendimiento, etc.

Wicks et al., consideran como influencias de la evolución de la depresión:

- Influencias biológicas. Perspectiva centrada en las influencias genéticas y bioquímicas; basada en la literatura de la depresión en adultos debido, relativamente, a la poca información existente en niños.
- Influencias genéticas. Consideradas con un papel importante en la depresión de la niñez y la adolescencia.
- Autores como Puig-Antich et al., 1989, Weissman et al., 1984; Weissman et al., 1988, toman la incidencia de la depresión en la familia como la base primordial para fundamentar la influencia genética en la etiología de la depresión en niños y adolescentes el hallazgo de que; los hijos de padres que sufren un trastorno depresivo mayor aumentan el riesgo de padecer este trastorno, de que existe relación entre incremento de la depresión entre los miembros de la familia e inicio de la misma antes de los veinte años y que los parientes adultos de los niños diagnosticados con depresión mayor presentan índices de depresión elevados, son datos coherentes con la existencia de la influencia genética de la depresión en niños y adolescentes (Wicks et al.)
- Bioquímica de la depresión. De acuerdo a Esmilie et al. (1994) en los mecanismos de acción de la depresión participan: neurotransmisores (norepinefrina, serotonina y acetilcolina), la interacción entre los sistemas de neurotransmisión y los receptores,

así como el sistema neuroendocrino (hipotálamo, glándula pituitaria y glándulas adrenales y tiroideas) (Wicks et al.).

- Las investigaciones de Puig-Antich (1986) sobre los aspectos biológicos de la depresión indica que "durante las primeras etapas del desarrollo de la niñez y la adolescencia el sistema neuroregulatorio no es equivalente al de la edad adulta. De este modo, aunque un gran número de profesionales sigue encontrando pruebas de la existencia de una disfunción biológica en la depresión del niño, una simple traslación de los hallazgos realizados en adultos no es suficiente" (Wicks et al., p. 151).

La escasez de estudios, su contradicción, y la comprensión de los hallazgos de los correlatos biológicos de la depresión en niños y adolescentes, requieren de la comparación de datos normativos no tan fácilmente disponibles (Esmilie et al., 1994; cit. en Wicks, R et al., 1997).

- Influencias sociales y psicológicas. Al igual que las anteriores, estas influencias han sido basadas en datos obtenidos de estudios realizados en adultos. Mencionaremos algunas de ellas:
 - a) Pérdida por separación. Explicación psicológica más común de la depresión, en donde autores de la corriente psicoanalítica como Freud, hacen hincapié en la noción de la pérdida del objeto. Esta pérdida puede ser real (muerte de uno o ambos progenitores, el divorcio) o simbólica. En esta corriente se piensa que la identificación con el objeto amado perdido y los sentimientos de ambivalencia hacia el mismo resultarían en que el individuo dirija los sentimientos hostiles (que tienen relación con el objeto amado) hacia el yo. Algunos autores de la corriente psicodinámica insisten en que la pérdida del objeto produce el detrimento de la autoestima y sentimientos de desesperanza, restando con ello la importancia de la conducta de agresión vuelta hacia el propio yo (Kessler, 1988). La interpretación de la orientación conductual también incluye la separación y la pérdida. Para Ferster (1974) y Lewinsohn (1974), el reforzamiento positivo inadecuado, desempeña un papel importante en el desarrollo de la depresión. Es decir, en el niño la pérdida o la separación de un ser querido puede tener como consecuencia la disminución de las fuentes de reforzamiento positivo; sin embargo, esto también puede ser consecuencia de otros factores como la carencia de las habilidades adecuadas para obtener las recompensas deseadas. La teoría de que la separación desempeña un papel importante en la depresión, basada con anterioridad en investigaciones de Bowlby (1960) & Spitz, (1946), quienes señalaron que los niños pequeños al separarse de manera prolongada de sus padres, presentan crisis de llanto, la exigencia de la presencia de sus padres y desasosiego, reacción seguida de un periodo de depresión, denominada depresión anaclítica, donde después de varias semanas, los niños comienzan a recuperarse (Wicks et al).

- b) **Perspectiva conductual cognitiva.** Prefiere que "influencias tales como las habilidades interpersonales, las distorsiones cognitivas, las opiniones sobre uno mismo, las creencias sobre el control, la autoregulación y el estrés constituyen el centro de esta perspectiva sobre la depresión en el niño y el adolescente" (Wicks et al., p. 153).

La teoría existente de la indefensión aprendida sobre la depresión apoyada por Seligman y Peterson (1986), indica que algunos individuos, debido a su historia de aprendizaje, se perciben a sí mismos como individuos con muy poco control sobre su entorno. La indefensión aprendida se asocia al estado de ánimo y los comportamientos característicos de la depresión. En la indefensión aprendida el individuo tiene, por un lado, un estilo explicativo interno (se culpa así mismo de los acontecimientos negativos, percibe sus causas como estables a lo largo del tiempo y las generaliza a todas las situaciones) y por otro, un estilo explicativo externo (atribuciones externas, inestables y específicas con respecto a los acontecimientos positivos) (Wicks et al.)

Para Beck (1967 y 1976), los factores cognitivos son el principal punto de la depresión; Beck, presupone que las opiniones negativas sobre el yo, el mundo y el futuro, concurren en la depresión. Así mismo, sostiene que los individuos deprimidos "han desarrollado ciertos errores de pensamiento que tiene como consecuencia la distorsión de cualquier acontecimiento, incluso aquellos que son mínimamente molestos, para convertirlos en una oportunidad de autculpa y de fracaso". (Wicks et al., p. 154). Kendall, Stark & Adams (1990); Leitenberg, Yost & Carroll-Wilson (1986), han encontrado pruebas de la existencia de las distorsiones cognitivas (señaladas por Beck) en niños y adolescentes deprimidos (Wicks et al.).

Para Rehm (1997) existe un modelo de autocontrol el cual forma parte de la indefensión aprendida, donde se cree que el déficit en una o más conductas específicas de autocontrol (autovigilancia, autocontrol y autorreforzamiento) contribuyen al desarrollo de la depresión. De acuerdo a este modelo, el individuo se centra selectivamente en acontecimientos negativos en lugar de positivos, y en las consecuencias inmediatas del comportamiento en lugar de las retrasadas, establecen criterios de autoevaluación excesivamente severos, y se proporcionan a sí mismos muy poco reforzamiento positivo y castigos excesivos. En niños, Meyer Dick & Petrinack (1989), han encontrado que en niños y adolescentes deprimidos existe un déficit de autocontrol. Sin embargo, no es esta perspectiva cognitivo-conductual, la única influencia en la depresión, lo es también la repercusión de la depresión de la madre, que a continuación se revisará (Wicks et al.).

- **Repercusiones de la depresión de la madre.** Aquí se señala que los estados depresivos del estado del ánimo en los padres podrían estar relacionados con una disfunción en sus hijos a través de una serie de mecanismos no biológicos como la interacción padre-hijo, madre-hijo. Las investigaciones indican que los niños con padres deprimidos no solo corren riesgo de sufrir depresión, sino que las consecuencias negativas de tener padres deprimidos se manifiestan en una

multiplicidad de áreas del funcionamiento del niño: problemas de adaptación entre los que se observan trastornos disociales, trastornos por déficit de atención con hiperactividad, trastornos de ansiedad, problemas escolares y un deterioro de la competencia social.

Para Marín (2002) las causas de la depresión pueden enlistarse como sigue:

- Causas endógenas. La depresión es debida a factores constitucionales, internos de origen biológico y de predisposición hereditaria.
- Causas exógenas. La depresión es causada por factores que se encuentran en el medio ambiente del paciente, tales como: stress, acontecimientos laborales, profesionales, familiares, situaciones de pérdida (la muerte de un ser querido, una ruptura, etc.), en sí los factores ambientales propiamente dichos no son los que desencadenan la depresión, sino más bien, la forma en que se viven y en el cómo se reacciona ante ellos es lo que puede hacer que se precipite una depresión.
- En la depresión pueden estar implicadas ambas causas: endógenas y exógenas. Tercer postura que considera que tanto factores endógenos como exógenos se encuentran implicados en la depresión en distintas proporciones en los diferentes individuos.

Chavarro et al (2002), consideran la etiología de la depresión como multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes sobre otros según el cuadro. El estado constitucional y los factores ambientales deben ser en todos los casos mutuamente complementarios, pues el predominio del primero o de los segundos influirá en el tipo de depresión que se desarrolle en el enfermo. Las causas pueden ser: genéticas, psicológicas, ecológicas y sociales (www.puj.edu.com).

Para Calderón, G. (2002), aún cuando no existen factores etiológicos específicos en ningún tipo de depresión, las causas de la depresión se dividen en:

- Causa genéticas. Es la causa de mayor importancia en las depresiones psicóticas; además la investigación de diversos autores sugiere que algunas personas son portadoras de una vulnerabilidad específica a la psicosis maniacodepresiva. Estos investigadores continúan trabajando para demostrar que la tendencia a presentar uno de estos cuadros aumenta en proporción al grado de parentesco con la persona enferma que se tome como referencia.
- Causas psicológicas. Interviene en las génesis de cualquier tipo de depresión, pero son especialmente importantes en la depresión neurótica. Los factores emocionales juegan un papel muy importante, presentándose desde los primeros años de vida, determinando rasgos de personalidad tan profundamente enraizados en el modo de ser del individuo, que algunos psiquiatras se refieren a ellos como rasgos

constitucionales. Sin embargo, estos rasgos no son heredados sino que se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia respecto de los miembros de la familia (www.puj.edu.co).

En el 2002 (www.el-mundo.es), la Dra. Del Barrio refiere que las razones por las que puede deprimirse un niño son de origen variado: factores biológicos, ambientales, acontecimientos vitales, etc. Dentro de los biológicos menciona que la personalidad es importante (los niños imperdibles, introvertidos o con dificultades para manejar la ansiedad son más proclives a sufrir depresiones) y entre los ambientales destaca la estructura familiar. Así mismo, menciona que las causas casi nunca son únicas, sino más bien son una combinación de varias. Agrega también que en la mayoría de las depresiones infantiles las causas son exógenas o reactivas (es decir, se desencadenan a partir de consecuencias ajenas).

La postura de Marsellach (2002) con respecto a la etiología de la depresión es que "en toda depresión existen factores endógenos (genéticos y bioquímicos) y exógenos (desencadenantes) y que todos ellos deben ser investigados y tratados en la medida de lo posible" (www.drromeu.net, p. 4)

Es razonable pensar que todas las causas citadas con anterioridad, se encuentran involucradas en la depresión, ya sea de forma primaria o secundaria. Pero también que el origen queda sujeto a las circunstancias peculiares de cada caso individual y a la particular concepción psiquiátrica de quien diagnostique.

Muchos autores clasifican la depresión infantil en base a su etiología y otros tantos en base a sus características clínicas. Aquellos que coinciden en sus conceptos son los siguientes:

Cantwell (1987), Polaino (1988), Rutter (1986, cit. en Wicks, Nelson y Allen, 1997), Kovacks (1989) y Chavarro (2002), quienes determinan que la depresión existe como síndrome y como trastorno.

A continuación se efectuará una revisión de la literatura sobre la clasificación de la depresión infantil.

1.5 CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL.

En 1857, Doscuret, en su Tratado de Medicina de las Pasiones da una de las primeras clasificaciones de la depresión infantil, considerándola como nostalgia (Cruz et al.).

Cytrin y cols. (1972) dividen en tres formas clínicas la depresión infantil:

- **Depresión enmascarada.** Designa a niños procedentes de familias con graves alteraciones psicopatológicas y que presentan alteraciones de personalidad. La depresión enmascarada infantil se caracteriza por: desorganización y severa

psicopatología familiar sin antecedentes claros de depresión en los padres del niño; alteración de la personalidad infantil (conductas obsesivas, histéricas y compulsivas); manifestaciones constantes de ansiedad; fantasías con contenidos de violencia, agresividad, explosiones de carácter y muerte, así como la expresión de estas, mediante el dibujo y la conducta verbal; manejo de ansiedad a través de diferentes mecanismos de defensa, conflictos con su ambiente, comportamiento desadaptado y alteraciones psicósomáticas.

- Depresión aguda infantil. Caracterizada por un buen ajuste premórbido; proporcionalidad entre los síntomas y la intensidad de los eventos traumáticos padecidos. (p. ej. a la pérdida de la madre se sigue un episodio depresivo, en donde lo primero explica su súbita aparición); presencia de un factor precipitante en todos los casos; existencia de comportamiento neurótico moderado como antecedente familiar; fuerte cohesión familiar; falta de antecedentes familiares depresivos; e incapacidad de utilizar los mecanismos de defensa.
- Depresión infantil crónica. Determinada por la presencia de sentimientos y conductas depresivas con implicación de ideas suicidas desde edades muy tempranas; presencia de depresión crónica en la madre; inexistencia de un factor precipitante inmediato; aparición de conductas pasivas, dependientes y desválidas de larga duración; y ausencia de ansiedad aguda (Polaino, 1988).

McConville y cols. (1973), clasifican la depresión de acuerdo a la edad del niño:

- Depresión afectiva. Es la más frecuente en los niños más pequeños, de seis a ocho años.
- Depresión de autoestima. Presente en los niños de edad intermedia, de ocho a diez años.
- Depresión de culpa. Depresión que se manifiesta en los niños de más edad, de diez a trece años (Cantwell, 1987)

En 1974, Toolan (Polaino, 1988), distingue entre:

- Lactantes anaclíticos.
- Lactantes con padres deprimidos.
- Niños con padres divorciados.
- Inhibición de la actividad intelectual.
- Niños con depresión enmascarada.
- Anorexia nerviosa y depresión.

En 1975, Malmquist (op. cit.), sitúa las siguientes categorías de acuerdo a su etiología:

- Depresión asociada a enfermedades orgánicas.
- Depresión por carencia afectiva.
- Depresión por trastorno de la individualización.
- Depresión en la infancia media.
- Depresión en la adolescencia.

Beck (1979) & Lewinsohn (1980 y 1981) dividen a la depresión en:

- Depresión reactiva o neurótica. Depresión que aparece en los jóvenes que salen de la pubertad con síntomas de profunda tristeza y pérdida del apetito.
- Depresión endógena. Caracterizada por inquietud, apatía, aislamiento social, desesperanza, tristeza, pérdida del apetito, cansancio, palpitaciones, pérdida de peso, insomnio e ideas delirantes de contenido depresivo.

Harbaner & cols. (1980) y Nissen (1983) (op. cit.) coinciden en:

- Las depresiones son desconocidas en los niños.
- Toda depresión en la infancia está enmascarada.
- Psicopatológicamente, no existe diferencia entre la depresión infantil y la adulta.
- La depresión somatogénica y psicogénica (con sintomatología específica de la edad del desarrollo) es frecuente en niños.

La Escuela Francesa (Polaino, 1988), distingue tres formas clínicas de la depresión infantil:

- Depresión somatogénica. Se incluye aquí a los pacientes depresivos en los que la manifestación depresiva se asocia a otros cuadros clínicos (padecimiento de enfermedades crónicas, tumores cerebrales, traumatismos craneoencefálicos, enfermedades hereditarias, etc.).
- Depresión exógena o psicogénica. Aquí, los niños presentan sintomatología depresiva vinculada a conflictos neuróticos, problemas de desajuste, conductas desadaptativas y dificultades escolares, en función del medio ambiente.
- Depresión endógena. Incluye a los pacientes "borderline" en quienes se encuentran síntomas propios de la psicosis infantil, manía hipomanía, entidades clínicas bien diferenciadas del síndrome depresivo.

En 1971, Nissen (Polaino, 1988) divide la depresión infantil de acuerdo a sus etapas evolutivas

- **Edad preescolar.** Caracterizada por rechazo del juego, agitación y timidez (síntomas psíquicos); crisis de llanto y gritos, encopresis, insomnio, hiperactividad y dificultades para alimentarse (síntomas psicossomáticos).
- **Edad escolar.** Caracterizada por irritabilidad, inseguridad, resistencia a jugar, dificultades en el aprendizaje y timidez (síntomas psíquicos); enuresis, encopresis, onicofagia, terrores nocturnos, manipulaciones genitales, crisis de llanto y gritos (síntomas psicossomáticos).
- **Adolescencia y preadolescencia.** Rumiación, impulsos suicidas, abatimiento y sentimientos de inferioridad y opresión (síntomas psíquicos); y cefaleas (síntomas psicossomáticos).

En el 2002, Serrano (www.escuela.med.puc.cl) efectúa una clasificación de la depresión similar a la de Nissen:

- **Depresión preescolar.** Caracterizada por síntomas: somáticos (crecimiento estancado; eczema; dificultades en el sueño); afectivos emocionales (humor lábil, irritabilidad); conductuales ("pataletas", autoagresión, letargia, hiperactividad, aislamiento social); relacionales (rabia, ansiedad de separación).
- **Depresión escolar.** Caracterizada por síntomas: somáticos (quejas, cefaleas, accidentes, alteraciones del apetito, enuresis, encopresis, alteraciones del sueño, disminución de la concentración); emocionales (ideación suicida, anhedonia, apatía, tristeza, irritabilidad); conductuales (fobias, robos, mentiras, letargia, hiperactividad, aislamiento social); de sí mismo (incompetencia, culpa, autodepreciación); relacionales (agresiones, ansiedad de separación, aislamiento social).
- **Depresión del adolescente.** Caracterizada por síntomas: somáticos (dolores abdominales, colitis ulcerativa, trastornos del apetito y del sueño, disminución de la concentración); emocionales (anhedonia, apatía, tristeza, irritabilidad); conductuales (letargia, inquietud); de sí mismo (pensamientos recurrentes de muerte, desesperanza, suicidio, culpa excesiva y autodepreciación); relacionales (conducta antisocial, ansiedad de separación, aislamiento social).

En la actualidad, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), publica que los trastornos del estado de ánimo tienen como característica principal una alteración del humor, dividiendo los trastornos del ánimo en tres partes:

- Episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaniaco).
- Trastornos del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I). Aquí los criterios del DSM-IV exigen la presencia y la ausencia de los episodios afectivos descritos en el punto anterior.

- Incluye las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes.

Así mismo, los trastornos del estado de ánimo están divididos en:

- Trastornos depresivos (depresión bipolar):
 - a) Trastorno depresivo mayor. Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos dos semanas del estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).
 - b) Trastorno distímico. Se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días con el estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
 - c) Trastorno depresivo no especificado. Se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para los trastornos anteriores ni el trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).
- Trastornos bipolares:
 - a) Trastorno bipolar I. Se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.
 - b) Trastorno bipolar II. Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco.
 - c) Trastorno ciclotímico. Se caracteriza por al menos dos años de numerosos síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos periodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
 - d) Trastorno bipolar no especificado. Se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen con los criterios para ninguno de los criterios específicos definidos en esta sección (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria).
- Trastornos basados en la etiología.

- a) Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica. Se caracteriza por la pronunciada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.
- b) Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Se caracteriza por la pronunciada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, un tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.
- c) Trastorno del estado de ánimo no especificado. Se caracteriza para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (p. ej., una agitación aguda).

En el 2002, Gloria Marsellach (www.drromeu.net), a través de la revisión de la literatura resume la clasificación de la depresión infantil como:

- De tipo etiopatogénico. Involucra la depresión endógena, exógena, reactiva, neurótica, etc.
- De tipo descriptivo. En donde el criterio a seguir es no efectuar clasificaciones etiopatogénicas sino sindrómicas, criterios seguidos por el DSM-IV.

La etiología de la depresión es considerada de manera diferente para cada uno de los diferentes autores, citemos a algunos autores que coinciden en los aspectos causales de la depresión:

Kuhn (1958), Wicks, Nelson y Allen (1997) Polaino (1988) y Esmilie (1994), coinciden en que las causas de la depresión son biológicas; Seligman & Peterson (1986), junto con Rehm (1997), señalan que la base de la depresión es la teoría de la indefensión aprendida y asocian a la anterior con el autocontrol; Kendall, Stark & Adams (1990), Leitenberg, Yost y Carroll-Wilson (1988), relacionan la existencia de la depresión con las condiciones cognitivas; y, finalmente, para Marín (2002), Chavarro (2002), la Dra. Del Barrio (2002) y Marsellach (2002) las causas de la depresión son multifactoriales

De acuerdo a estos autores, se tienen tantas clasificaciones de la depresión infantil que en un momento determinado solo conducen a su inutilidad. No obstante, no lo es conocer la sintomatología de la depresión infantil, ya que esto nos lleva al tratamiento oportuno de la misma.

1.6 SINTOMATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN INFANTIL.

En la década de los setenta, en la literatura se polemizaba y había posturas opuestas sobre la existencia de la depresión infantil. En un esfuerzo por construir una escala de depresión infantil, hacia finales de 1967, Cantwell & cols. (Cantwell, 1987) dieron el primer paso para el desarrollo de las mismas: sintetizar los aspectos de la literatura en donde se reseña la sintomatología de la depresión infantil resumiéndola como sigue:

- **Respuesta afectiva:** sentimientos de tristeza e infelicidad, llanto (Despert, 1952); Frommer, 1967; Harrington & Osan, 1958; Poznanski & Zrull, 1970; Sandler y Joffe, 1965; Ushakov & Girich, 1971; Ling & col., 1970.
- **Autoconcepto negativo:** sentimientos de inadecuación y baja autoestima, inutilidad, minusvalía, indefensión, imposibilidad de ser querido (Poznanski & Zrull, 1970; Sandler & Joffe, 1965).
- **Disminución del impulso y de la productividad mental:** aburrimiento, retraimiento, falta de energía, descontento, poca incapacidad para el placer, incapacidad para aceptar ayuda o consuelo, enlentecimiento motor (Sandler & Joffe, 1965; Stack, 1971; Ushakov & Girich, 1971).
- **Problemas psicósomáticos:** dolores de cabeza, dolores abdominales, insomnio u otras alteraciones del sueño (Agras, 1959; Harrington & Hassan, 1958, Poznanski & Zrull, 1970; Sandler & Joffe, 1965; Stack, 1971; Ling & col., 1970; Frommer, 1968; Kuhn, 1972).
- **Preocupación por la muerte y enfermedad en uno mismo o en los demás, pensamientos suicidas, sentimientos de pérdida (real o imaginaria)** (Agras, 1959; Despert, 1952; Frommer, 1967; Harrington & Hassan, 1958; Poznanski & Zrull, 1970; Ushakov & Girich, 1971).
- **Dificultades en el área de la agresividad:** irritabilidad, crisis de mal genio. (Frommer, 1967; Harrington & Hassan, 1958; Poznanski & Zrull, 1970; Stack, 1971).
- Toolan (1962), sostiene que la sintomatología de los niños y los adolescentes no es la misma que la de los adultos. Sin embargo, para Toolan "los sentimientos depresivos y equivalentes depresivos se encuentran en ellos con facilidad" (p. 59 y 60), según Toolan, los síntomas depresivos están constituidos por desórdenes conductuales (p. ej. conducta antisocial) considerados como síndrome de patología depresiva, (Polaino, 1988).
- Glaser (1968, op. cit.), defensor de la concepción de la depresión enmascarada, sostiene que su sintomatología se compone de: problemas conductuales y delincuencia, reacciones psicósomáticas y psicofisiológicas.

Los estudios de M. Sperling, en 1971 (Ajuriaguerra, 1983), determinan como síntomas de la depresión infantil y del adolescente: perturbaciones del aparato digestivo, trastornos del sueño, prurito, cefaleas migrañosas, retraso motor, etc.

En 1971, J. Sandler & W. G. Joffe (op. cit.) consideran en la depresión infantil los siguientes rasgos sintomatológicos: son niños que parecen tristes, desagraciados o deprimidos, sin ser necesario que lo manifiesten ni que sean conscientes; muestran retraimiento, poco interés por las cosas, descontento e insatisfacción; escasa capacidad para el placer; dan la impresión de sentirse rechazados y que se encuentran prontos a abandonar el objeto que los decepciona; no están dispuestos a aceptar ayuda o consuelo (cuando lo piden parecen aceptarlo manifestando decepción y descontento); insomnio y otros trastornos del sueño; actividades autoeróticas y otras actividades repetitivas.

Nissen (1971; op cit.), clasifica los síntomas según su frecuencia, los más frecuentes son las dificultades de contacto, la angustia, la inhibición, la incertidumbre, la agresividad, la enuresis, el insomnio, el mutismo y la onicofagia. Según Nissen, la sintomatología prevalente depende de la edad y del sexo; en relación con la edad "se nota que los lactantes y los niños de edad preescolar manifiestan su depresión por síntomas tales como la inhibición afectiva de las pulsiones con síntomas psicósomáticos (enuresis, onicofagia, manipulación genital, miedos nocturnos, crisis de llanto y gritos); en los niños de mayor edad escolar o mayores, la sintomatología depresiva se refiere sobre todo a la esfera cognitiva (rumiación, ideas e impulsos suicidas, sentimientos de inferioridad y de depresión), siendo dominante la cefalea como síntoma psicósomático" (Ajuriaguerra, 1983, p. 662). En relación con el sexo, se encuentra que "las niñas depresivas son en general tranquilas, e inhibidas, con tendencia a las fluctuaciones, del humor y a la rumiación; «son buenos y se portan bien», mientras que las chicas se caracterizan por la dificultad de establecer contacto por la tendencia del aislamiento, que combinado con inhibiciones de aprendizaje y de irritabilidad, pueden conducir a dificultades escolares y a la agresividad" (Ajuriaguerra, 1983, p. 662).

En 1973, Weinberg (Cantwell, 1987), considera como síntomas del trastorno depresivo infantil: estado de ánimo disfórico (negativista y difícil de complacer), identificación autodesaprobatoria (deseos de marchar, de escaparse de casa), dificultad en la concentración, ensimismamiento, cambios de actitud hacia la escuela y cambios en el rendimiento escolar.

Polaino (1988), cita en su libro "Las depresiones infantiles", a Cytrin y Mcknew (1974) y Loevinger (1976), Malmquist (1977) y Bassin (1977), entre otros:

Cytrin y Mcknew (1974), afirman que la sintomatología más frecuente del cuadro depresivo es: el fracaso escolar, la delincuencia, la agresividad, la hiperactividad y los síntomas psicósomáticos; además afirman que entre los sujetos presentan la sintomatología de la depresión enmascarada, existe un subgrupo en que aparecen síntomas depresivos perfectamente identificables (tristeza, aislamiento, desesperanza, desamparo retraso

psicomotor, ansiedad, fracaso escolar, trastornos del sueño y del apetito, ideas de suicidio, etc.).

Loevinger (1976), reporta de sus investigaciones, que la sintomatología de la depresión infantil, puede dividirse de acuerdo a las diferentes etapas de desarrollo:

- De la infancia: gritos y manifestaciones de protesta, aislamiento.
- Infancia temprana: inhibición y conducta de apego.
- Infancia tardía: depresión, impulsividad y distorsión temporal.

Malquist (1977), reporta como síntomas frecuentes de la depresión infantil: el dolor de cabeza, desvanecimiento, náuseas, dolor abdominal, enuresis, encopresis, etc.

Bassin (1977), manifiesta que las conductas que enmascaran la depresión del niño son: agresividad y hostilidad en la conducta verbal, desobediencia, fugas de casa, delincuencia y ausentismo escolar.

En estudios realizados por Marsellach entre 1973 y 1977, se encontró como síntomas-
guía que sirvieron para predecir el éxito de un tratamiento antidepressivo los siguientes: desánimo, astenia inmotivada (sin causa orgánica ni atribuible a cansancio "normal"), irritabilidad, indecisión, sentimientos negativos acerca de uno mismo, sensación de incapacidad y de fracaso; para Marsellach, ahora en el 2002, la depresión infantil posee algunas características similares a la depresión en el adulto, aunque con síntomas acompañantes peculiares, sin embargo los dos síntomas básicos de la depresión en la edad adulta (bajo estado de ánimo y anhedonia o dificultad para disfrutar) no siempre son las más importantes en la infancia. Menciona también que los síntomas diferenciales de la depresión en la niñez y en la adolescencia son muy variados; e indica que la depresión en los niños y adolescentes se manifiestan a través de cualquier síntoma que signifique un empeoramiento del estado emocional, del estado afectivo, o que implique un descenso del rendimiento o un aumento de la conflictividad. Estableciendo así como síntomas de la depresión infantil: cognición y pensamientos distorsionados, alteración en la capacidad de comprensión y de atención, cansancio inmotivado, descenso de la actividad, alteración del sueño, de la alimentación, pérdida de apetito, cefaleas, vómitos, enuresis, dolores abdominales, cambios en el humor (el niño se siente triste, llora con facilidad, es incapaz de encontrar disfrute en diferentes cosas que antes le hacían sonreír), aprecia en demasía tanto el principio como el final de las actividades (www.drromeu.net).

Citemos ahora la sintomatología de la depresión infantil según la edad, combinada de diversos autores: Kuhn, Petti, Puig-Antich, Cantwell y Carlson, Kaplan y Sadock, Romeo (www.drromeu.net; 2002):

- Edad inferior a los 7 años: llanto inmotivado, quejas somáticas, irritabilidad, detención del desarrollo, fobia escolar, encopresis.

- 7 años a edad puberal: quejas somáticas, agitación psicomotriz y ansiedad, agresividad, apatía y tristeza, sensación de "aburrimento" y de "estar superado por las exigencias", falta de concentración, bajo rendimiento escolar, problemas importantes de desadaptación escolar, fobia escolar, trastornos de eliminación y del sueño, astenia y fatiga o pérdida de energía, anorexia, alteraciones en la esfera sexual (hipersexualidad), indecisión, ideas o conductas obsesivas; ideas de muerte recurrentes (no necesariamente ideas de suicidio), preguntas angustiadas acerca del más allá
- Adolescencia: Mismos síntomas que en la edad prepuberal, conducta negativista o claramente antisocial, hurtos, agresividad, consumo de alcohol y/o drogas, deseos de marchar de casa, sentimiento de no ser comprendido o aprobado, mal humor e irritabilidad, desgano para cooperar en actividades familiares, tendencias a recluirse en la propia habitación, desinterés por el aseo personal, dificultades escolares, retraimiento social con hipersensibilidad, especial respuesta al rechazo para relaciones amorosas, trastorno del estado de ánimo, desmoralización y falta de energía, desinterés por cosas que antes le atraían.

Glasber y cols., en 1982, concluyen en su trabajo que los niños de temprana edad experimentan una mayor tristeza. Y que los niños más jóvenes que han experimentado la pérdida de familiares, responden con manifestaciones diferentes que aquellos de más edad, dichas manifestaciones son: mayor egocentrismo, regresión negación del problema, fantasías de restitución, etc. (Polaino, 1988).

Poznanski (op cit. 1982), informa que los síntomas de la depresión infantil son: capacidad limitada para percibir su propia depresión, presencia de ideación morbosa no necesariamente asociada a pensamientos suicidas, bajo autoestima, aislamiento y pobres relaciones sociales, disminución del rendimiento escolar, hipoactividad, fatiga y anhedonia respecto de los intereses y los juegos de su edad; presencia de alteraciones del sueño sólo al inicio del cuadro depresivo y pérdida de peso.

López Ibor (1982), sostiene que "las depresiones infantiles pueden enmascarse en forma de trastornos somáticos (equivalentes depresivos), trastornos psíquicos y alteraciones de conducta" (Polaino, 1988, p. 58). López Ibor divide la sintomatología de la depresión de acuerdo a la edad:

- 5 años: síntomas psíquicos (apatía, desinterés por el juego, aislamiento, agitación), síntomas vegetativos (trastornos del sueño y del apetito, terrores nocturnos, crisis de llanto)
- 5 - 10 años: síntomas psíquicos (apatía, desinterés, aislamiento, agitación hipersensibilidad, inseguridad, agresividad, irritabilidad, aburrimento, dificultad de concentración, rabietas, dificultades escolares, fobia escolar, legastenia, fugas, sentimientos de inferioridad, desesperanza y pensamientos nihilistas), síntomas vegetativos (trastornos del sueño y del apetito, terrores nocturnos, crisis de llanto)

encopresis, enuresis, dolores abdominales, astenia, alopecia, eczema, tics y alergia, impulsos suicidas e ideas obsesivas).

- Mayores de 10 años: síntomas psíquicos (apatía, distimia, sentimientos de vacío y culpa, inferioridad y despersonalización, pensamientos nihilistas, adicciones, fugas, conducta delictiva, predisposición a los accidentes, fobias, obsesiones, hipocondría, neurastenia, pasos al acto sexual), síntomas vegetativos (trastornos del sueño y del apetito, anorexia nerviosa, síndrome de Klein-Levine, dolor abdominal, enuresis, astenia, alopecia, cefaleas, asma y alergia).
- Adolescencia: síntomas psíquicos (dependencia y abuso, inmadurez, despersonalización, enfermedad obsesiva, pseudoesquizofrenia, pseudopsicopatía, dismorfofobia, anorexia nerviosa), síntomas vegetativos (trastornos psicósomáticos, como los del adulto) (Polaino, 1988).

En 1990, Christ (Kamphaus y Frick, 2002), refieren que la expresión de la depresión difiere con la edad: los niños y adolescentes presentan disforia como síntoma principal de la depresión; los niños más pequeños manifiestan trastornos del sueño como síntoma más frecuente; menos de la mitad de niños y adolescentes informan intentos de suicidio, aumento de apetito, hipersomnia y alucinaciones.

Mosse F. (2001), ha obtenido de sus estudios, que los niños manifiestan en el cuadro depresivo síntomas tales como: hipermnesia de los errores cometidos, de recuerdos desalentadores y una amnesia en relación a hechos posibles; su conducta de encuentra afectada por sentimientos de carácter pesimista (www.alipso.com, 2001).

Chavarro et al. (2002), consideran como síntoma de la depresión infantil: el sentimiento de desgracia, frustración, rechazo, castigo y humillación; mirando sus futuro sin esperanza (www.puj.edu.co).

Winberg y cols. (Chavarro et al., 2002), emplearon una lista de diez síntomas para fundamentar el diagnóstico de depresión en niños; en donde para que este se considere depresivo debe presentar por lo menos dos de los síntomas y además se debe evidenciar abatimiento e ideas autodenigrantes. A esta lista Romeu agregó otros síntomas más : conducta agresiva, trastornos del sueño, modificación del rendimiento escolar, menor socialización, cambios en la actitud frente al estudio, síntomas somáticos, disminución de la energía habitual, variaciones desacostumbradas en el apetito o el peso, desánimo, indecisión, sentimientos negativos acerca de uno mismo y astenia inmotivada (sin causa orgánica ni atribuible a cansancio "normal").

Cabe mencionar que la depresión observada por estos autores, no era un desorden primario sino secundario, debido a problemas de aprendizaje o de conducta.

En el 2002, la Dra. Del Barrio, refiere: tristeza, apatía o falta de concentración, irritabilidad, quejas, crisis de llanto, desobediencia, trastornos del sueño y alimentación, náuseas, vómitos, dolor de cabeza (www.el-mundo.es).

La Dra. Del Barrio, reporta como síntomas depresivos de la infancia: dificultades de la transmisión verbal de los sentimientos y así los síntomas son más bien gestos, posturas, crisis de llanto, falta de interés y de colaboración con los adultos que lo rodean; también considera que en la etapa escolar los síntomas se parecen más a los que manifiestan los adultos: tristeza, baja autoestima, deficiente imagen personal, sentimientos de culpa.

Marín T., A. (2002), se refiere al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), el cual hace mención del episodio depresivo mayor como una alteración del estado de ánimo que se caracteriza por los siguientes síntomas: estado de ánimo deprimido casi cada día y la mayor parte del día, disminución acusada del interés o la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, pérdida importante o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, casi cada día, agitación o enlentecimiento psicomotores, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa inapropiados, indecisión o disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte e ideación suicida. Los síntomas anteriores provocan malestar o deterioro social, laboral o de otras áreas de actividad. El DSM-IV no considera como tales síntomas depresivos los provocados por indicación o enfermedad médica, tampoco los que sean consecuencia directa, depuración normal de un duelo o pérdida familiar (www.cop.es). Así mismo, el manual aclara que en los niños y adolescentes más que un estado de ánimo triste o desanimado puede presentarse un estado de ánimo irritable o inestable; presentación que deberá diferenciarse del patrón de "niño mimado", con irritabilidad ante las frustraciones. Informa también que algunos síntomas somáticos como las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, son especialmente habituales en los niños, mientras que el enlentecimiento psicomotor, la hipersomnia y las ideas delirantes, son menos frecuentes antes de la pubertad que en la adolescencia y la edad adulta (Flores i Tormenti., 1995).

A través de la información precedente, podemos observar que la mayor parte de los autores coinciden en que la depresión infantil existe, así mismo, que en ocasiones sus síntomas se manifiestan de manera similar a la de los adultos, y otras tantas no son específicas de la sintomatología depresiva del adulto (hiperactividad, delincuencia, desobediencia, fobias, bajo rendimiento escolar, etc.). Revisemos ahora las aproximaciones teóricas de la depresión infantil.

1.7 APROXIMACIONES TEÓRICAS DE LA DEPRESIÓN INFANTIL.

1.7.1 ENFOQUE PSICOANALÍTICO DE LA DEPRESIÓN INFANTIL.

Considera a la depresión como resultado de un conflicto intrapsíquico entre el super yo y el yo desválido. Aunque desde esta perspectiva se llegue a negar la existencia de la depresión infantil, pues los niños no tiene un yo bien desarrollado que de origen a este

desorden. De acuerdo a este enfoque, para algunos autores es imposible que la depresión acontezca en la infancia, ya que depende de que el sujeto tenga suficientemente desarrolladas ciertas estructuras metapsicológicas. Algunos otros autores psicoanalíticos, sostienen que la depresión existen en la infancia, que puede surgir en cualquier edad, dependiendo de sus manifestaciones del desarrollo psicosexual y de determinadas habilidades cognitivas y perceptuales específicas de estos periodos evolutivos.

1.7.2 ENFOQUE CONDUCTUAL DE LA DEPRESIÓN INFANTIL.

Este modelo hace énfasis en perfilar los síntomas y las conductas deseables. Basa su estudio de la depresión en tres conductos fundamentales; de acuerdo a Seligman y Maier (1967; Cruz et al.):

- La indefensión aprendida.
- La pérdida del reforzamiento, la frustración crónica y la falta de control sobre las relaciones interpersonales.
- El patrón cognitivo, negativo, la indefensión y la desesperanza.

En 1969, Lewinsohn, es el primero en hacer una evaluación conductual de la depresión, encontró que individuos deprimidos no tenían acceso a un repertorio adecuado de reforzadores positivos.

Seligman (1979), encontró que en la depresión:

La motivación y la cognición se encuentran alteradas hay disminución de la autoestima, se producen agresiones, hay deficiencias fisiológicas y pérdida del apetito.

1.7.3 ENFOQUE COGNITIVO DE LA DEPRESIÓN INFANTIL.

Corriente que señala como parte del complejo sintomático, distorsiones cognitivas como el pesimismo extremo o una visión irreal de la propia personalidad.

Este modelo es una integración de la psicología del yo y de la psicología conductual y se basa en la importancia de la triada cognitiva negativa de expectativas:

- Expectativas negativas respecto al ambiente.
- Autoapreciación negativa.
- Expectativas negativas respecto al futuro.

En 1970, Beck (Cruz et al.), considera que estas distorsiones cognitivas son la causa primaria de la depresión.

Por lo tanto, las personas deprimidas distorsionan sistemáticamente las experiencias para que se ajusten a sus conclusiones negativas. La persona mantiene la depresión a través de una serie de errores cognitivos, tales como la de sobregeneralización, el pensamiento de índole todo-o-nada, la minimización de los hechos positivos y la abstracción selectiva. Dichas personas oyen, perciben y construyen mal las situaciones para que encajen en esta línea predominante negativa.

Mientras que el modelo cognitivo considera un fuerte soporte empírico de la depresión en adultos, pocos son los estudios de los aspectos cognitivos de la depresión infantil.

De acuerdo a Flavell en 1977, (Cruz et al), los niños pueden percibir la realidad y hacer inferencias de ella, aunque la inferencia no sea coherente con la realidad percibida; pueden percibir también la intencionalidad de sus propios actos y de los demás, sobreatribuyendo motivos e intenciones personales; por lo tanto los niños pueden experimentar autoreproche, culpa, cólera y proyección de la culpa hacia los demás.

Los estudios de Lesvesly y Bromley (1973;Cruz et al.), revelan que los niños tiene la capacidad cognitiva de experimentar síntomas de depresión tales como culpa, baja autoestima, atribuciones erróneas de la culpa y sentimientos de rechazo.

1.7.4 LA DEPRESIÓN INFANTIL COMO ASPECTO DE DESARROLLO.

Esta concepción sostiene que la depresión puede surgir en cualquier momento del desarrollo infantil, pero su sintomatología se dispersa en función de la edad del sujeto.

En 1971, Nissen (op cit), caracteriza a la depresión en etapas evolutivas:

- Edad preescolar. Agitación, timidez, rehusar a jugar, crisis de llantos y gritos, insomnio, hiperactividad y falta de apetito.
- Edad escolar. Irritabilidad, inseguridad, resistencia a socializar, dificultades de aprendizaje y timidez, neurosis, encopresis, terrores nocturnos, crisis de llanto y gritos.
- Adolescencia y preadolescencia: Rumiación, impulsos suicidas, abatimiento, sentimientos de inferioridad y opresión.

1.7.5 LA DEPRESIÓN COMO DESORDEN CLÍNICO.

Enfoque que determina que la depresión y los aspectos esenciales del desorden, son similares en niños, adolescentes y adulto.

En 1982, Cantwell y Puig-Antich (Cruz et al., p 35), nos dicen que "hay síntomas específicos propios de cada nivel de desarrollo, dado que en los niños, adolescentes y adultos están en distintos niveles: biológico, social y psicológico."

Así mismo, esta corriente conceptual, postula que la depresión puede ocurrir en la infancia, con diferentes características clínicas a las de los adultos, por lo que ocurre una depresión subyacente: "Depresión Enmascarada."

Cruz et al., mencionan como principales investigaciones de la depresión infantil a:

Toolan (1962), quien manifiesta que no existe sintomatología típica depresiva en los niños, sin embargo, se pueden encontrar sentimientos depresivos.

Glaser (1968), sostiene que "la depresión esto enmascarada por una serie de síntomas: problemas conductuales, relaciones psicósomáticas y relaciones psicofisiológicas" (p. 36).

Para Cytryn & Mckwn (1974), existe una reacción depresiva enmascarada, cuyos síntomas son: conducta y humor, contenido del sueño y sus fantasías y expresión verbal.

Raskin (1977), considera que las conductas más comunes para enmascarar la depresión son: agresividad y hostilidad en la conducta verbal, desobediencia, fugas de casa y ausentismo escolar.

López Ibor (1982), dice que una depresión infantil, se enmascara con trastornos somáticos, psíquicos y de alteraciones conductuales

Por lo tanto, la idea de que la depresión en la infancia aparece enmascarada, sugiere que la depresión puede manifestarse en esta fase de la vida, además de presentarse en forma distinta a la de los adultos.

1.7.6 ENFOQUE SOCIOLÓGICO

Interpreta la depresión como una reacción a las exigencias sociales y nos dice como la sintomatología que produce tiene efecto en los demás, utilizando este efecto para satisfacer objetivos anormales. Es decir, la depresión surge como resultado de la búsqueda de la superioridad, pero como no siempre se realizan todas las aspiraciones, el individuo racionaliza o se excusa con el fin de adaptarse. Por lo tanto, este modelo, plantea a la depresión como un interjuego sociocultural y no como un fenómeno aislado.

Cruz, et al., enumeran a los estudiosos de este tema tales como:

Sullivan (1953), quien niega la premisa de que la depresión es una respuesta a circunstancias existenciales, siendo para él la aprobación y reprobación social lo que lleva a una depresión.

Adler (1956), considera a los depresivos "como individuos que tratan de respaldarse en otros, exagerando sus debilidades, para forzar el apoyo, la adopción y el sometimiento de los demás" (p. 40), con el fin de culpar a los otros.

Mead (1966), concluye que la depresión en el individuo es el resultado de su incapacidad para desempeñar los papeles requeridos en las relaciones interpersonales.

Tellenbach (1967), plantea que al individuo deprimido lo dominan la disciplina, la escrupulosidad y la necesidad de complacer a personas significativas, buscando con ello la seguridad y evitar situaciones que les provoca culpa.

Bonime (1976), considera a la depresión como un modo de interacción, ya que la depresión exige una respuesta por parte de los demás, pero el sujeto no da nada a cambio, no asume una responsabilidad.

Vistas ya las diferentes aproximaciones teóricas de la depresión ha de continuarse con el tema de la psicopatología del niño: problemas de aprendizaje y trastornos del lenguaje oral.

CAPÍTULO 2

2 PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO: PROBLEMAS DE APRENDIZAJE Y TRASTORNOS DEL LENGUAJE ORAL

2.1 PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

2.1.1 DEFINICIÓN

Azcoaga, J. E. (1985), define un problema de aprendizaje como aquella alteración de los procesos de aprendizaje, causada por la perturbación de las funciones cerebrales superiores, los desajustes en la base emocional, las características de la personalidad del niño y las condiciones de presión ambiental.

2.1.2 ETIOLOGÍA

Myers y Hammill (1992), consideran un problema de aprendizaje como síntomas de condiciones internas que existen en el niño, como un funcionamiento neurológico subóptimo o alguna programación inadecuada en el tejido nervioso, aunque esencialmente sea normal. Las desviaciones orgánicas como las variaciones genéticas, irregularidades bioquímicas y lesiones cerebrales, son ejemplos de disfunción neurológica, y pueden ocasionar que el cerebro funcione anormalmente. Las deficiencias de carácter ambiental, son ejemplos de programación neurológica inadecuada que inhiben el desarrollo normal de una o más capacidades básicas.

Independientemente de la etiología, las características conductuales de los niños con problemas de aprendizaje son prácticamente las mismas. La mayor parte de los casos son de etiología desconocida u oscura; por lo tanto las dificultades específicas de aprendizaje por lo general se definen para propósitos educativos, basándose en la sintomatología, sin prestar indebida atención a cuál podría ser su causa exacta.

- ETIOLOGÍAS DE ORIGEN ORGÁNICO

La disfunción cerebral implica que el cerebro se encuentra operando de una manera subóptima, con resultados que van desde un comportamiento con desviaciones ligeras hasta casos limítrofes.

El diagnóstico de disfunción cerebral mínima no incluye inferencia alguna sobre el tipo y etiología de la disfunción o el alcance y ubicación de los tejidos neuronales. Este término sólo se aplica para describir el grado de perturbación conductual que se pueda asociar con mal funcionamiento, demostrable o sospechado del cerebro.

Para Denhoff (1953), entre las causas más comunes de disfunción cerebral, las más importantes por su frecuencia son la anoxia y la hemorragia cerebral (Myers y

Hammill,1992.). La anoxia es aquella condición que se caracteriza por la falta de oxígeno en las células del cuerpo. Todo lo que interfiera con la circulación de la sangre, por ejemplo, estrangulación o hemorragia o incapacidad de transporte del oxígeno (fiebres altas), pueden causar privación de oxígeno en los tejidos del cuerpo lo que provoca un daño neuronal irreparable, resultando en dificultades de aprendizaje.

Tenemos que advertir que los términos de dificultad específica en el aprendizaje y de disfunción cerebral no son intercambiables. La mayoría de los niños con problemas de aprendizaje, padecen insuficiencias educativas o consecuencia de disfunciones cerebrales, pero no es necesario que todos los niños con disfunción cerebral tengan dificultades en el aprendizaje. Por ejemplo, muchos niños con parálisis cerebral o epilépticos, no tienen ningún impedimento educativo o perceptivo, por más que padezcan de algún trastorno cerebral aparente. Lo mismo sucede con los niños hiperactivos, hiperquinéticos, o inhabilitados orgánica y neurológicamente. Asimismo, en muchos casos de problemas de aprendizaje no se manifiestan pruebas claras de disfunción cerebral. Así, la expresión de problemas específicos de aprendizaje se reserva como término genérico o que representa un conjunto de dificultades en el lenguaje o afines al lenguaje, que en la mayoría de los casos están estrechamente asociados, aunque no sean causados por alguna disfunción cerebral.

- ETIOLOGÍAS DE BASE AMBIENTAL

Cuando el diagnóstico de patología cerebral es inaceptable debido a insuficiencia de pruebas médicas, se sondea el ambiente del niño buscando factores que puedan explicar el bajo desempeño escolar. Con el objetivo de definir los factores que inhibieron el desarrollo o interrumpieron la función de las capacidades receptivas, asociativas o expresivas necesarias para una labor escolar aceptable, se evalúan los historiales de los casos, se entrevista a padres y maestros y se califica la personalidad del niño mediante técnicas proyectivas. Son dos los factores ambientales que influyen de forma negativa en la capacidad del niño para aprender: la falta de estimulación temprana y el desajuste emocional.

a)Falta de estimulación temprana

En 1940, Dennis & Dennis (Myers y Hammill, 1992) junto con otros investigadores, a través de la observación con respecto al desarrollo motor, dieron cuenta de que los niños navajos acunados en tablas, aprendían a andar al mismo tiempo que los niños navajos que tuvieron oportunidad menos restringida para moverse. Observaciones semejantes hizo Kagan (1973), quien estudió las prácticas de crianza de los indios de un pueblo pequeño y remoto de Guatemala. Debido a ciertos tabúes de ese grupo, los progenitores crían a sus hijos en cabañas sin ventanas durante los dos o tres primeros años de vida. Cuando por fin se les permite andar libremente por el poblado, los niños invierten rápidamente los efectos adversos, y ya para los once años de edad ha desaparecido todo rastro de su primera privación. Estos resultados ponen en tela de juicio las inferencias de Frantz (Myers y Hammill, 1992).

b) Desajuste emocional

Las hipótesis sobre que la perturbación emocional puede causar dificultades en el aprendizaje se fundamentan en estudios de correlación, en donde la relación causal es un postulado no un hecho demostrado. Gelhorn y Loofborrow (1963), opinan que las reacciones emocionales juegan un papel importante en la percepción; ésta información se ratifica con el estudio que efectuaron Frostig, Lefever y Whittlesey en el mismo año, con niños de preescolar y de primer grado de primaria, en donde se relacionan los trastornos de la percepción visual con problemas en el comportamiento y en el aprendizaje. Las investigaciones de Chansky (1958); Bouise, Berkowitz & Rothman (1955) y Tamkin (1960), indican que existe correlación entre la perturbación emocional y el retraso en la lectura; de igual manera, se atribuye a tales conflictos, la predisposición para los trastornos del habla (Van Riper, 1972; Myers y Hammill, 1992).

Tales investigaciones indican que los niños que sufren de problemas emocionales presentan deficiencias en la percepción, el habla y el desempeño académico. Los niños con desajuste emocional son hostiles, retraídos, no cooperativos, trabajan de forma inmotivada, en algunos casos su comportamiento es agresivo y rinden mal en la escuela (Acle, 1995)

En 1967 y 1969, Jensen & Chomsky, respectivamente, hicieron saber que la influencia del medio ambiente en muchos tipos de aprendizaje en los niños puede ser menor de lo que se cree. Hunt (1961) Jensen y otros, aportan pruebas recientes de que la influencia de la intervención y las experiencias tempranas no es tan decisiva como se creía, ya que muchas de las capacidades dependen de la madurez e integridad del cerebro y no de la estimulación o enseñanza externa. Sin embargo, los educadores tienden a inclinarse por el aspecto ambiental, puesto que se parte de la idea de que la educación es determinante en el desarrollo de todo niño. Por otro lado, se sabe y no hay duda que el ambiente es crítico para lograr la adquisición de las capacidades básicas de lectura y escritura; además el ambiente tiene gran efecto sobre el desarrollo de los procesos básicos de las estructuras cognoscitivas, las habilidades lingüísticas fundamentales y algunos constructos perceptivo-motores (Myers y Hammill, 1992)

Por otro lado, para Silver & Hagin (1990) existen tres grupos de factores causales (Acle, 1995):

a) Extrínsecos.

Aquellos que están fuera del niño pero que actúan sobre él. Entre ellos: la privación económica y social, falta de estimulación adecuada y desnutrición a causa de la pobreza; diferencia del lenguaje entre hogar y escuela; prioridad inadecuada e inapropiada de educación (concordancia entre el proyecto de la escuela, el de los padres, maestros y la organización misma); barreras emocionales para el aprendizaje (motivación, ansiedad, depresión, conducta inadecuada, agresión, etc. .)

b) **Intrínsecos.**

Aquellos que están ligados a la constitución biológica del niño y que se expresa en una disfunción del SNC (puede deberse a prematuridad, asfixia al nacer, etc.)

c) **Resultado de la combinación de los factores anteriores.**

En la actualidad hay más estudiantes implicados en la categoría de problemas de aprendizaje, ya que el concepto problemas de aprendizaje, es más aceptado por los padres, profesionales y escuelas. Se ha reconocido que algunos niños mal diagnosticados con discapacidad intelectual, presentan problemas de aprendizaje. Aquellos niños con problemas académicos con causa en las condiciones ambientales son clasificados dentro de la categoría problemas de aprendizaje. Los programas de intervención se han expandido de manera que se ha incluido a los preescolares y adolescentes

Se han mencionado ya las diferentes causas de los problemas de aprendizaje; sin embargo desde el punto de vista educativo, la etiología rara vez es relevante para la intervención. Conocer por ejemplo, que la DCM es causa de problemas de aprendizaje, no cambia el programa educativo. Los maestros utilizan un currículum de desarrollo y empiezan en donde el niño se encuentra para ayudarlo a mejorar paso por paso. No obstante, conocer las causas ayuda a prevenir una condición; conocer los factores permite intervenir y mejorar la condición. De hecho, el objetivo de la intervención es "mejorar o eliminar los factores que llevan a que una condición se presente" (Acle, 1995, p. 40)

Es por ello que el conocer y estudiar aquellos factores que intervienen e influyen en el aprendizaje permite elaborar programas tanto de evaluación e intervención como de prevención por lo que no debe olvidarse tener conocimiento de los factores que intervienen en el aprendizaje escolar exitoso.

2.1.3. CARACTERÍSTICAS COGNITIVAS Y EMOCIONALES DE LOS NIÑOS CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

2.1.3.1. CARACTERÍSTICAS COGNITIVAS

En 1984, Flores, hace hincapié en que los niños con éstas dificultades, se desarrollan lentamente, tienen defectos en el lenguaje y leves limitaciones neurológicas, físicas o de salud; se demoran para aprender a leer y para comprender el cálculo y la solución de problemas, además de presentar un C.I. de 85 a 90. Son niños asediados en el aula o el hogar, y se les aplican castigos fuertes sin poder reaccionar a ellos.

Otros autores como Myers y Hammill, dividen las características de los niños con problemas de aprendizaje en seis categorías: trastornos de la actividad motora, de la emotividad, de la percepción, simbolización, atención y memoria. En niños con problemas de aprendizaje se pueden encontrar varias de estas categorías y a veces todas, lo que no las hace mutuamente excluyentes. Cada grupo de características se trata como una

entidad distinta pero sin existir distinciones claras entre las cinco restantes. Un ejemplo claro, es el del niño hiperactivo (inatento) y con conductas de emotividad; tal caso, muestra una reducción considerable de oportunidades educativas y sociales (Myers y Hammill, 1992).

Esas conductas se relacionan con la disfunción cerebral y los factores ambientales; y son características de los niños con parálisis cerebral, retraso mental, desajuste emocional, crisis convulsivas, disfunción cerebral o con trastornos del aprendizaje. Éstas características aumentan la gravedad del problema de aprendizaje del niño en el ámbito escolar.

- TRASTORNOS DE LA ACTIVIDAD MOTORA

Dentro de éste tipo de trastorno se encuentran: la hiperactividad, la hipoactividad, la falta de coordinación y la perseverancia, Macotela (1989) proporciona las definiciones siguientes:

a) Hiperactividad

"Despliegue de tasas de actividad motora excesiva en comparación con la de los compañeros de la misma edad. Ésta actividad excesiva resulta incompatible con la adquisición de habilidades escolares" (p. 16).

La hiperactividad, es el trastorno motor más común y se menciona con frecuencia en los informes pedagógicos y de evaluaciones psicoeducativas de niños con problemas de aprendizaje. Los niños hiperactivos presentan conductas erráticas, con una actividad al azar, son inquietos y tienen una movilidad excesiva además de ser muy notoria su falta de aprovechamiento. Myers y Hammill (1992) , observaron que los niños escolares manifiestan los siguientes alteraciones:

1. Movimiento constante.
2. Son incapaces de mantenerse quietos durante un breve periodo sin mover los pies, golpear con el lápiz o revolverse en el asiento.
3. Son muy platicadores en clase.
4. Presentan lapsos de atención muy cortos.
5. La mayor parte del tiempo se muestran distraídos.

La influencia de la hiperactividad en el aprendizaje es poco clara, ya que el trayecto a seguir es aún muy largo. Sin embargo, esta conducta se correlaciona con muestras claras de disfunción cerebral, fracaso académico, mal comportamiento y otras características de falta de adaptación. El tratamiento para la hiperactividad consiste en la administración de fármacos y la aplicación de técnicas de modificación conductual.

b) Hipoactividad

Término que se emplea para describir a aquellos "niños con pasividad excesiva en comparación con los niños de la misma edad" (Macotela, 1989) Es el caso opuesto a la hiperactividad. Los alumnos que padecen éste mal, presentan un comportamiento tranquilo, casi sin movimiento, y letárgico, por lo que no causan problemas en clase, son poco participativos y no se integran a las actividades de juego ni a las sociales. Estos niños pasan inadvertidos de tal forma que su caso aparece sólo cuando presentan problemas de aprendizaje.

c) Falta de coordinación

Llamada también por Macotela, torpeza motriz o desórdenes de la coordinación, a lo que define como aquella "dificultad para manejar armónicamente las partes del cuerpo, tanto a nivel grueso como fino"(p. 16)

Para Myers y Hammill (1992) existen dos signos de falta de coordinación: la torpeza física y la falta de integración motora; esta falta de coordinación, es observable en niños con problemas de aprendizaje. Estos autores han observado que los niños con dificultades en sus habilidades escolares:

1. Desempeñan mal las actividades que requieren de buena coordinación motora (correr, agarrar pelotas, saltar, etc.)
2. Al caminar, sus piernas dan la impresión de ser rígidas o duras; y en casos extremos, los brazos y piernas se mueven de manera homolateral.
3. Presentan deficiencia en el nivel de motricidad fina (escribir, dibujar, etc.)
4. Su equilibrio se encuentra entorpecido (caen y tropiezan con frecuencia, hay torpeza general).

d) Perseverancia

Para Macotela (1989), la perseveración se refiere a las "conductas repetitivas o reiterativas que interrumpen una secuencia de actividad, por ejemplo, remarcar excesivamente una letra, repetir insistentemente una frase, etc." (p. 16)

En 1960, Tansley & Guilford (Mayers y Hammill, 1992, p. 44), definen la perseveración como la "continuación automática y a menudo involuntaria de un comportamiento, y se observa casi en cualquier conducta expresiva (motora) como el habla, la escritura, la lectura, el dibujo y al señalar".

En el habla, la perseverancia asume diferentes formas. Pero de manera general se refiere a los problemas derivados de la incapacidad que tiene el niño para pasar con facilidad de un tema, palabra o fonema a otro. El alumno con perseverancia en el habla repetirá una pregunta muchas veces después de que se le ha explicado o se detendrá en un único tema de conversación. En la lectura oral, necesitará repetir una frase varias veces antes

de continuar. En la escritura, el niño tiende a repetir la misma letra o escribe mal una palabra y comete una y otra vez el mismo error.

Así mismo, podemos encontrar problemas de perseveración tanto en el nivel de motricidad gruesa como en el de motricidad fina; en el primer aspecto, el niño:

1. Para Lewis, Strauss & Lehtinen (1951) continuará con su labor de golpear un clavo con un martillo, aunque ya esté totalmente clavado (Mayers y Hammill, 1992).
2. Coloreará una página con un solo tono de color.
3. Al solicitarle el trazo de una figura, por ejemplo, un círculo, continuará con ese movimiento circular (Strauss & Lehtinen 1947; Myers y Hammill, 1992)

- TRASTORNOS EN LA EMOTIVIDAD

La labilidad emocional, es definida por Macotela, 1989, p. 17) como los "cambios bruscos en el estado de ánimo frecuentemente sin aparente motivo real".

Para Bender (1949, op. cit.) una incidencia alta de dificultades emocionales se debe a las siguientes razones:

1. Aquel niño con trastornos motores prolongará su dependencia materna.
2. Los problemas de carácter perceptivo o intelectual, llevan al niño a sentir frustración, a interpretar mal la realidad y a reproducir patrones de comportamiento bizarros.
3. La impulsividad conduce a alteraciones en los actos resultantes.

Sin embargo, son los maestros y padres quienes mantienen mayor contacto con los niños, por lo que ellos nos dan ejemplos claros de la labilidad emocional vinculada con alguna alteración en el funcionamiento del cerebro:

1. Parece un niño listo, es muy quieto y obediente, pero siempre está distraído y no sabe leer.
2. Es inatento, tenso y nervioso.
3. Presenta manifestaciones temperamentales, en muchas ocasiones sin razón aparente.
4. Se le dificulta concentrarse; pasa de una actividad a otra y se ocupa de todo, menos de lo suyo.
5. Tiene poco control de sí mismo; molesta y alborota de manera constante a los demás niños, y no puede trabajar junto con ellos; el alboroto es peor durante el recreo.

Cabe mencionarse que las conductas con anterioridad señaladas no son exclusivas de disfunción cerebral, sino que su origen puede deberse a desajustes emocionales y sociales; además de que no hay un solo niño que sea inmune cuando el ambiente en el que se desenvuelve es inadecuado.

- TRASTORNOS EN LA PERCEPCIÓN

Trastorno llamado por Macotela (1989) desorden perceptual, se refiere a los "problemas para organizar e interpretar estímulos sensoriales, visuales y/o auditivos, incluye dificultades para reconocer figura-fondo, formas, tamaños, posición en el espacio, lateralidad, etc" (p. 17).

Debe mantenerse cierto cuidado en la distinción de los problemas perceptuales de los efectos sensoriales, como la sordera y ceguera periférica; por ejemplo: en los niños ciegos no se da una percepción adecuada pero eso no significa que padezcan un trastorno perceptivo.

Los trastornos perceptuales se describen conductualmente como una mala descodificación visual, auditiva o cinestésica, etc. Los niños que presentan problemas de percepción visual, reproducen de manera inadecuada formas geométricas, confunden la figura y el fondo, invierten y rotan las letras. Una mala percepción auditiva se origina por la incapacidad para reconocer tonalidades o para diferenciar entre sonidos. Un ejemplo de dificultad perceptiva cutánea, es aquel en que el niño es incapaz de identificar objetos familiares sólo con el tacto. La deficiencia en la percepción cinestésica y vestibular puede causar problemas en la retroalimentación interna respecto al movimiento, lo que resultará en problemas de coordinación, direccionalidad, orientación espacial y equilibrio. Los problemas perceptivos de olfato y gusto, no repercutirán en el aprendizaje académico.

Los síntomas que presentan los niños con dificultades perceptivas son variables y en distintos grados, ya que ocasionalmente tienen problemas en un área particular y no en las demás.

Según Frostig (1963), Harrington (1965) y Getman (1965), el ajuste perceptivo es la base sobre la que se estructura la formación de los conceptos, la capacidad de abstracción y el comportamiento simbólico cognoscitivo. Por lo que si no se reducen o corrigen los trastornos en la percepción, resultará en un fracaso académico posterior o en deficiencias idiomáticas (Macotela, 1989), por lo tanto, se recomienda tratar a éstos niños de manera temprana.

- **TRASTORNOS EN LA SIMBOLIZACIÓN**

Para Myers y Hammill, (1992), la simbolización es "una de las formas superiores de la actividad mental y tiene que ver con el razonamiento concreto y abstracto. A ese nivel de operación, el cerebro integra la percepción y la memoria, así como otras asociaciones, generando procesos o cadenas de pensamiento que logran superar mucho los límites de determinado estímulo" (p. 47). Por ejemplo, un objeto concreto como la manzana, se puede abstraer, resultando la idea de la manzanidad. La actividad perceptiva y simbólica difiere según la cantidad de significado (cognición) asociada con los símbolos.

La integridad de los procesos simbólicos son un criterio esencial para la adquisición de las habilidades básicas del aprendizaje. Existen dos tipos de procesos simbólicos: los receptivos (descodificación o desciframiento) y los expresivos (codificación o cifrado). La actividad simbólica receptiva a su vez se divide en subfunciones: receptivo-auditivas y receptivo-visuales; mientras que la simbólica-expresiva se divide en subfunciones: expresivo-orales y expresivo-motrices. Existen otras divisiones, pero cuando hay un desempeño subóptimo de estas cuatro categorías, se habla de problemas de aprendizaje (Myers y Hammill, 1992).

a)Receptivo-auditivo. Una deficiencia en esta subfunción resulta en un mal entendimiento de los símbolos hablados, ecolalia y confusión de las instrucciones o mandatos, y el niño pide de manera constante se le repita lo que se le ha dicho.

b)Receptivo-visual. Los niños con problemas en esta subfunción no comprenden lo que leen, leen en voz baja para sí mismos (antes de repetir en voz alta).

c)Expresivo-vocal. La característica esencial en este tipo de dificultad es la de formación del pensamiento al hablar (disfasia expresiva o motora) y se manifiesta por circunlocuciones, falta de sintaxis y carencia de ideas con que expresarse.

d)Expresivo-motora. Esta dificultad se refiere a la formulación de pensamiento por escrito (disgrafía) y a la comunicación por medio de ademanes. Los niños presentan con frecuencia errores de ortografía, omisión de letras, inversión o transformación, en ocasiones omiten palabras enteras en las oraciones que copian.

- **TRASTORNOS EN LA ATENCIÓN**

Este trastorno, es dividido por Macotela (1989) en dos tipos: distracción constante o labilidad atenta, al que define como la dificultad para concentrarse y prestar atención a los aspectos relevantes de las tareas que se le solicitan; y sobreatentividad, conceptualizada como atención excesiva e indiscriminada a los aspectos no relevantes de las tareas que se le solicitan.

Myers y Hammill (1992), plantean que para que un niño pueda salir adelante en la escuela, deberá fijar su atención en determinada tarea y deberá romper esa fijación en el momento apropiado para poder pasar a otra actividad. De esta manera, dividen los trastornos de la atención en dos tipos, una llamada insuficiente y la otra excesiva.

a)Atención insuficiente. Hace referencia a aquellos niños que son incapaces de apartar los estímulos extraños y superfluos; es decir, se sienten atraídos a todo estímulo, independientemente del empeño en la tarea que llevan a cabo. Esto da origen a un problema de atención que recibe los nombres de distractibilidad, hiperirritabilidad o capacidad breve de atención.

Aquellos niños con problemas de atención muy marcados se pueden distraer, por ejemplo, con el tráfico de la calle o por la presencia de sus compañeros que realizan tranquilamente sus labores escolares. Cuando se les dice que pongan atención en una actividad compleja, ocurren momentos de soñar despiertos o de bloqueo mental (apagones).

b)Atención excesiva. Aquellos niños con atención excesiva manifiestan fijaciones anormales de la atención en detalles triviales, pasando por alto los detalles esenciales. Por ejemplo, un niño que presenta dicha dificultad, fijará toda su atención en el número de páginas del libro, en lugar de fijarla en lo que hay impreso o en la ilustración de la página.

• TRASTORNOS EN LA MEMORIA

Definido por Macotela (1989) como la "incapacidad para evocar estímulos visuales y/o auditivos. Se remite a la ausencia de estrategias de aprendizaje o a destrezas deficientes de lenguaje" (p. 18).

Para Myers y Hamill (1992), entre los trastornos de la memoria se encuentran la dificultad de asimilar, almacenar y recuperar la información, y quizá tengan que ver con los procesos visuales, auditivos y otros. Por lo tanto, se habla de trastornos en la memoria visual, auditiva, etc. Un déficit en la memoria auditiva da origen a una incapacidad en la reproducción de patrones rítmicos o de secuencias de guarismos, palabras o frases; lo mismo sucede si se carece de percepción auditiva, dificultad en los procesos asociativos y de clasificación u otra forma defectuosa de expresión. Una memoria visual insuficiente puede causar imposibilidad para visualizar letras, palabras o formas.

En 1968, Vergason señaló que la memoria se relaciona con: la atención del niño, el reconocimiento de semejanzas y diferencias en el nuevo material o en el que ya se sabe, la importancia que tenga el nuevo material para el niño, el sobreaprendizaje (práctica en la que no se cometen errores, lo cual facilita la retención) y la interferencia (como explicación del olvido). En lo que se refiere a la educación especial, Johnson y Myklebust (1967), consideran que la memoria es indispensable para el desarrollo del lenguaje, lo mismo que para leer, calcular y escribir (Myers y Hammill, 1992).

- TRASTORNOS DEL LENGUAJE.

Los niños con este tipo de trastorno muestran características de disfasia, dislalia, disartria, problemas de articulación, disglosia y trastornos en el flujo del habla (Myers y Hammill, 1992).

Muchos alumnos presentan uno o más de los trastornos de aprendizaje ya mencionados, cuyo origen es alguna lesión cerebral o algún retraso evolutivo, pudiendo presentar las alteraciones que a continuación se describen.

2.1.3.2. CARACTERÍSTICAS EMOCIONALES

Los niños con problemas de aprendizaje, presentan una pobre estima de sí mismos a causa de las frustraciones y fracasos asociados a sus dificultades académicas y sociales. Presentan dificultad para integrar la información dentro de su contexto familiar, baja tolerancia a la frustración, dificultad para posponer la gratificación, se dan fácilmente por vencidos al mismo tiempo que realizan una descarga afectiva a través de berrinches y rabiets). Tienen la sensación de que no pueden y de que son incompetentes. Presentan rasgos de dependencia y dificultad para separarse de las figuras a las que están vinculados. Son excesivamente demandantes. No identifican ni expresan sus necesidades emocionales. "Muchas veces están tristes, malhumorados o preocupados y no pueden darle nombre a lo que sienten, y mucho menos asociar su estado de ánimo a algún evento interno o externo que lo provoca" (Solloa, 2001, p. 108).

La misma autora, señala que muchos de estos niños no tienen una buena interacción con sus compañeros no profesores y son además etiquetados por los demás como niños problema. Agrega que son niños hiperactivos, con tendencia a la frustración, pobre autoconcepto, con dificultad en las habilidades sociales, son impulsivos, presentan conductas perturbadas, no son perseverantes y son obsesivos. Tienden a utilizar como mecanismo de defensa la negación, la proyección, la escisión y mecanismos obsesivos.

Para Solloa (op. cit.), "el niño con problemas de aprendizaje se sentirá inseguro, enojado, rabioso y finalmente deprimido, al no poder aprender y ser exitoso como sus compañeros. Estos afectos interferirán y bloquearán aún más su desempeño académico" (p. 109).

Así, vemos que los problemas de aprendizaje se relacionan con las áreas emocional y familiar, por lo que se requiere romper con este círculo vicioso ya que las repercusiones académicas, emocionales, familiares y sociales son graves, llevando al abandono escolar y a la disfunción familiar. Veamos ahora las principales alteraciones que presenta el niño con problemas de aprendizaje en el aspecto pedagógico.

2.1.4 ALTERACIONES EN LA LECTURA, ESCRITURA Y EL CÁLCULO DE LOS NIÑOS CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

Dentro de los problemas de aprendizaje se observa una gran diversidad de características en la lectura, escritura y el cálculo, cuyo origen puede deberse a trastornos visuoespaciales o a problemas de lenguaje; Azcoaga, Derman e Iglesias (1997) los dividen en:

- ALTERACIONES EN LA LECTURA AUTOMÁTICA

Este tipo de alteración se advierte tanto en la lectura oral como en la silente. En el nivel grafemático se confunden las letras que tienen una configuración similar, así como las de sonido semejante.

Las confusiones más corrientes por configuración similar son entre *b, d, p* y *q*; entre *e, o* y *a*; entre *m, n, u, f, t, v, y* l; entre *ch* y *cl*; entre *g* y *q*; entre *h, k, y ch*. La confusión de grafemas que tienen similitud fonética, se da entre *m, n, b, d, p, t, f, s, i, e, v, y, l, k, g, c* y *j*.

En los monosílabos se presenta transposición de grafemas: *la* por *al*, *le* por *el*, etc.; supresión de letras: *o* por *do*, *la* por *las*, etc.; agregado de sílabas que llevan a la conformación de una palabra conocida: *paloma* por *palo*, etc. y agregado de sílabas o letras por perseveración: *casasa* por *casa*.

Cuando el niño lee palabras tiende a deletrear o silabear. En la lectura de oraciones se presenta transposición de sílabas (ejemplo: *sopala* por *solapa*) y además, se lentifica la velocidad de la lectura. Sustituye palabras, que pueden ser cambiadas por el sentido o por el estímulo más fuerte en toda su configuración. Es frecuente registrar salteos o repetición de renglones leídos. Además, se fusionan dos palabras o se fraccionan para fusionar sílabas de una palabra con otras de la palabra siguiente (*la sopa* por *la sopa*; *laca misa* por *la camisa*, etc.) También los niños omiten signos prosódicos.

- ALTERACIONES QUE SE OBSERVAN EN LA ESCRITURA AUTOMÁTICA

En el dictado se registran fallas ortográficas donde se confunde un grafema por otro (por configuración o sonido semejantes). Se rotan, invierten y fraccionan las letras. Las formas gráficas se deforman o desproporcionan entre sí. Los trazos son rígidos y con una mala diferenciación entre los espacios, ya sea entre letra y letra o entre palabra y palabra. En los monosílabos y polisílabos, igual que en la lectura se observa transposición de grafemas. En el nivel de conjuntos polisilábicos se agregan fusiones o asimilaciones espaciales entre las letras. Cuando el niño copia un texto, tiende a omitir y a sustituir palabras o renglones completos. Se observa también, una falta de adecuación al renglón y a los márgenes; una superposición de letras (telescopado: introducción de una letra en otra); escritura en espejo, parcial.

- ALTERACIONES QUE SE REGISTRAN EN LA COMPRESIÓN LECTORA

Las fallas de comprensión de lectura son evidentes tanto en la lectura oral como en la silente. A medida que se extiende la longitud del texto, más difícil es para el niño la comprensión del texto. Encontrar el significado de palabras que requieren de un mayor grado de abstracción y generalización forma parte de las dificultades de este rubro. Otra de las alteraciones que se manifiestan, es la evocación deficiente de partes del texto leído así como su interpretación.

- ALTERACIONES QUE SE OBSERVAN EN REDACCION

Quando la dificultad es visoespacial, la escritura comprensiva (redacción) no muestra alteraciones, ya que la expresión escrita del pensamiento y la adecuación sintáctica son normales. Sin embargo, la escritura ilegible, la falta de mayúsculas y de signos de puntuación, enmascaran la riqueza del contenido.

Si por el contrario, el problema es a causa de trastornos en el lenguaje, entonces los errores que se cometen se traducen en fallas ortográficas; en sustitución de vocablos por parónimos, circunloquios o neologismos (lo que afecta a verbos, adverbios y sustantivos); en una mala utilización de tiempos verbales y concordancias de género y número; y en que no se hace uso de oraciones subordinantes.

- ALTERACIONES QUE SE OBSERVAN EN EL CÁLCULO

El niño con dificultades de aprendizaje, tiene problemas en cuanto a la conservación de cantidades discontinuas y de volumen, así como de reversibilidad; una inadecuada ubicación espacial (encolumnamiento, relaciones arriba-abajo, y derecha-izquierda, las cuales intervienen en todos los cálculos sobre el papel); desarrollan la seriación de forma horizontal, diagonal o vertical, al igual que la clasificación, correspondencia y equivalencia. Las nociones generales de número natural, la lectura de signos y cantidades, las relaciones matemáticas, operaciones y sus inversas, así como la capacidad de comprensión de enunciados de problemas aritméticos o geométricos, se ven afectados de la misma manera.

De acuerdo con Sánchez C . (1998), los niños con problemas de aprendizaje, presentan las siguientes dificultades en relación con el área de lengua castellana y literatura así como las matemáticas:

En el área de lengua castellana y literatura las dificultades más comunes son las referentes a comunicación, articulación, pobreza de vocabulario y anomalías y/o pérdida de lenguaje. Las dificultades en la lectura y la escritura se enmarcan en dos aspectos: el referente a la mecánica y el referente a la comprensión de la lectura y la escritura. Estos problemas a veces van asociados y otras veces se presentan independientes.

En la escritura las mayores dificultades se presentan en la escritura espontánea, ya que ésta supone un mayor grado de abstracción que la copia y el dictado, aspectos en los que el alumno cuenta con un apoyo visual y auditivo mientras escribe. En los aspectos morfosintácticos, las dificultades surgen en la estructuración de las frases y en la concordancia entre los elementos. Muchas veces estas dificultades con debidas al lenguaje oral. Además, se da la transcripción de los fonemas y/o grafemas, originándose inversiones u omisiones y dificultades en la grafía debido a problemas de tipo motor o emocional.

Las dificultades en la lecto-escritura pueden ser debidas a problemas de tipo perceptivo-cognitivo o perceptivo-motor, emocional, metodología inadecuada, el propio proceso lector, etc., ocupando un lugar importantísimo en el proceso de adquisición el lenguaje oral.

En el área de las matemáticas muchas dificultades se han producido por una enseñanza inadecuada, estudio prematuro de ciertos contenidos, el enfoque de aprendizaje partiendo de ciertas leyes y principios generales para llegar posteriormente a su aplicación, el no respetar la psicología evolutiva acelerando la enseñanza de conceptos abstractos sobre los concretos unido a las dificultades del alumno para la comprensión del lenguaje escrito y oral.

Las alteraciones o dificultades descritas con anterioridad pueden encontrarse combinadas entre sí con componentes afectivo-emocionales que pueden complicar considerablemente el cuadro y exigir un diagnóstico cuidadosamente razonado. Además de que a partir de éstas el psicólogo y el maestro dirigirán la forma de intervención con las adecuaciones curriculares necesarias para responder a las necesidades educativas de estos niños.

2.2. TRASTORNOS DEL LENGUAJE ORAL

2.2.1 DEFINICIÓN.

Hull y Hull (1973), definen un trastorno del lenguaje oral como "aquel donde el individuo no puede comprender ideas significativas que se han hablado, o le es imposible emplear vocablos hablados para lograr expresar tales ideas" (Kauffman, 1995, p. 176).

2.2.2 ETIOLOGÍA

Las causas de los trastornos del lenguaje pueden ser:

- BIOLÓGICAS

Se refieren a deficiencias neurológicas o malformaciones estructurales (paladar o labio hendido, adenoides ensanchadas, deterioro auditivo, parálisis cerebral, daño a músculos empleados en la articulación o fonación, deformidad de órganos vocales, infección de oídos, etc (Kauffman, 1995); ausencia de un código común, articulaciones defectuosas,

alteraciones del mensaje, etc., en donde intervienen un centenar de músculos y un sistema nervioso (Akmajian y cols., 1984; cit. en Gallardo, 1993)

- **FUNCIONALES**

Implica que existe una clara pérdida funcional de determinada habilidad que no puede atribuirse a causa orgánica alguna; abarca problemas de articulación y voz, tartamudez y otras incapacidades específicas del lenguaje. (Kauffman, 1995).

Conocer la evolución del lenguaje infantil es de vital importancia por lo que se refiere a continuación.

2.2.3. EVOLUCIÓN DEL LENGUAJE INFANTIL

La evolución del lenguaje infantil ha de entenderse como un proceso integrado donde resulta difícil establecer "momentos" claramente diferenciados y donde la variabilidad individual resulta evidente, no obstante, con fin facilitador, a continuación se presentan las fases o estadios del desarrollo lingüístico infantil dada la similitud cronológica que suele presentar en los niños/as (Gallardo, 1993).

Del 1° al 2° mes

Emisión de sonidos guturales (gorgoros). Sonrisa social. Llanto con intención comunicativa. Emisión de vocalizaciones.

Del 3° al 4° mes

Emisión de sonidos vocales y consonantes. Murmullos. Edad del balbuceo.

Del 5° al 6° mes

Edad del laleo. Escucha y juega con sus propios sonidos y trata de imitar los sonidos emitidos por los otros.

Del 7° al 8° mes

Enriquecimiento del lenguaje infantil. Aparición de las primeras sílabas. Edad de los monosílabos.

Del 9° al 10° mes

Primeras palabras en forma de sílabas "dobles" (papá, mamá). Comprende el tono de las frases.

Del 11° al 12° mes

Sabe algunas palabras. Comprende el significado de algunas frases habituales de su entorno.

Del 12° al 18° mes

Lenguaje en jerga. Acompaña su habla con gestos y ademanes. Puede nombrar imágenes. Comprende y responde a instrucciones sencillas. Su vocabulario consta de 5 a 20 palabras. Frases holofrásticas (una sola palabra).

A los 2 años

Usa frases a modo de oraciones. Usa sustantivos, verbos, adjetivos y pronombres. Primeras combinaciones: sustantivo-verbo y sustantivo-adjetivo. Uso frecuente del NO. Su vocabulario va de 12 a algunos centenares de palabras.

A los 3 años

Lenguaje comprensible para extraños. Usa oraciones. Empieza a diferenciar tiempos y modos verbales. Edad preguntona. Pensamiento animista y mágico. Usa artículos y pronombres. Inicia singular y plural.

A los 4 años

Periodo floreciente del lenguaje. Mejora su construcción gramatical, conjugación verbal y articulación fonemática. Usa nexos. Juega con las palabras. Etapa del monólogo individual y colectivo.

A los 5 años

Importante evolución neuromotriz. Proceso intelectual que lo conduce al razonamiento. Comprende términos que entrañan comparación. Comprende contrarios. Es capaz de establecer semejanzas y diferencias, nociones espaciales, etc. Desaparece la articulación infantil. Construcción gramatical correcta. A partir de aquí se incrementa el léxico y el grado de abstracción. Uso social del lenguaje.

6 años en adelante

Progresiva consolidación de la noción corporal, espacial y temporal. Lectoescritura. Construcción de estructuras sintácticas más complejas de forma progresiva. Mejora el uso de las preposiciones, conjunciones y adverbios. Evolucionan la conjugación verbal. Articula todos los fonemas en palabras o logotomas.

Sabemos que cada niño sigue su propio ritmo; así también lo hace en el lenguaje, pero hay una serie de signos que será conveniente observar pues alertan de que algo no marcha bien: Que un bebé sea silencioso y no balbucee durante los primeros meses, que entre los 12 y 24 meses no comprenda órdenes sencillas ni desarrolle una jerga (un habla espontánea), que alrededor de los 2 años no pronuncie palabras parecidas a las del lenguaje establecido, que a los 3 años y medio su habla no pueda ser entendida por personas que forman parte de su núcleo familiar (www.psicologoinfantil.com). Si se observa alguno de estos puntos, se hace conveniente que el niño tome el tratamiento adecuado al diagnóstico. A continuación se refieren los diferentes trastornos de la comunicación oral.

2.2.4. TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN ORAL

Han sido los problemas de aprendizaje y lenguaje, estudiados durante mucho tiempo de manera conjunta denominándoles de diferentes formas: "Síndrome de Disfunción Cerebral Mínima", "Incapacidades Específicas del Aprendizaje", "Trastornos del Desarrollo", "Incapacidad de Aprendizaje" y "Trastornos específicos del lenguaje y del aprendizaje". En la actualidad, el DSM IV estudia por separado los problemas de aprendizaje de los trastornos de la comunicación.

Es el DSM IV (Solloa, 2001) quien incluye los siguientes trastornos de la comunicación:

- Trastorno del lenguaje mixto.

El DSM IV, señala que cuando hay una alteración en la comprensión del lenguaje existe un déficit en su producción (es decir, tanto la comprensión como la producción están alteradas), de ahí el cambio de la categoría de lenguaje receptivo del DSM III-R, por la de trastorno del lenguaje mixto del DSM IV.

Por lo tanto, el DSM IV, establece que este tipo de trastorno es una alteración tanto del desarrollo del lenguaje receptivo como del expresivo; implicando el lenguaje verbal y gestual que interfieren con el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.

- Trastorno del lenguaje expresivo.

En este tipo de trastorno las deficiencias en el lenguaje sólo se presentan en la producción del habla y no en la comprensión del lenguaje.

2.2.5. CARACTERÍSTICAS COGNITIVAS Y EMOCIONALES DEL NIÑO CON TRASTORNOS DEL LENGUAJE ORAL.

2.2.5.1. CARACTERÍSTICAS COGNITIVAS

Los niños con trastornos del lenguaje oral pueden presentar desórdenes del lenguaje expresivo o un trastorno del lenguaje mixto.

- DESÓRDENES DEL LENGUAJE EXPRESIVO.

En el desorden del lenguaje expresivo se manifiesta una adecuada ejecución de las actividades no verbales y verbales cuando estas últimas no demanden una respuesta oral.

De acuerdo a Portal (cit. en Solloa, 2001), los tipos de problemas expresivos que existen son los siguientes[

1. Anomia. Trastorno donde las personas entienden y reconocen palabras pero no pueden evocarlas espontáneamente.

2. **Apraxia.** Se refiere a la dificultad para aprender a decir las palabras. Los niños comprenden y recuerdan, pero no ejecutan los patrones motores del habla por lo que tampoco pueden imitar.

3. **Afasia sintáctica.** Es la dificultad para estructurar el lenguaje de forma gramaticalmente correcta. Pueden utilizar palabras sueltas y frases cortas pero no planear y organizar las palabras para formar enunciados precisos y completos. Existe una tendencia a omitir palabras y distorsionar el orden de las mismas, utilizan tiempos verbales incorrectos y cometen errores gramaticales que no son apropiados en su nivel de desarrollo. En algunos casos el lenguaje es telegráfico. En este tipo de afasia los errores se dan tanto en el habla como en la imitación y en la escritura.

- **DESÓRDENES DEL LENGUAJE MIXTO**

Trastorno en el que se presentan alteraciones de las dos áreas (lenguaje receptivo y expresivo). Este tipo de trastorno se manifiesta clínicamente a través de síntomas que incluyen un pobre vocabulario, errores en los tiempos verbales, dificultad en la memorización de palabras o en la pronunciación de frases largas y complejas.

2.2.5.2. CARACTERÍSTICAS EMOCIONALES

Para Solloa (2001), el desarrollo del lenguaje marca las relaciones del niño que ahora verá más a distancia, favoreciendo así el proceso de separación-individuación lo cual hace que el niño se visualice como un ser independiente de sus padres; el niño con trastornos del lenguaje oral será por tanto un niño dependiente de la figura paterna.

Menciona además que los niños con este tipo de trastorno presentan de manera frecuente los siguientes problemas asociados: dificultades de aprendizaje, enuresis, desórdenes psiquiátricos, ansiedad por separación, ansiedad excesiva, depresión y una tercera parte de ellos generalmente tienen déficit de atención e hiperactividad"

Se sabe además que las familias a las que pertenecen son disfuncionales, perfeccionistas y presionantes con el niño, "así, cuando el niño comienza a hablar asocia la tensión de cumplir las exigencias familiares con el habla y la ansiedad no lo deja hablar bien. También se ha asociado a madres que corrigen en exceso al niño y que no lo dejan terminar su discurso" (Solloa, 2001, p. 95).

Por otro lado, tenemos que el habla es uno de los atributos más personales del individuo, un problema en él puede ser sumamente vergonzoso y doloroso. La gente suele responder más al sonido que al contenido de lo que se dice; por lo tanto, el niño con trastornos del lenguaje oral, inhibe su deseo de comunicar ideas y sentimientos, optando por vivir en silencio en vez de enfrentarse a las molestas reacciones de quienes los escuchan; así mismo estos niños presentan una baja autoestima, pobreza en sus

relaciones interpersonales y un autoconcepto negativo. Con ayuda, el niño con trastornos del lenguaje puede superar o aprender a adaptarse a sus dificultades. (Kauffman., 1995).

Se han citado ya las principales características psicopedagógicas y emocionales de los niños con problemas de aprendizaje y de aquellos con trastorno del lenguaje oral, sin olvidar mencionar la escasez de investigaciones del estado afectivo o emocional de los niños con este tipo de dificultad, para quienes los estudiosos se han abocado a indagar mucho más en el aspecto pedagógico.

De ahí el interés por abordar el tema de la depresión infantil en población con necesidades educativas especiales y de plantear como pregunta de investigación la siguiente: ¿existen diferencias en el nivel de depresión entre los niños con problemas de aprendizaje y los niños con trastornos del lenguaje oral?

CAPÍTULO 3

3 MÉTODO

3.1. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En 1979, Selligman (cit. en Cruz, Morales & Ramírez, 1996) plantea que las dificultades de aprendizaje, conflictos internos y el entorno familiar desfavorable del niño, son la causa de que este tenga dificultades escolares provocando rechazo escolar, problemas de disciplina, consecuencias negativas y aumento de la frustración culminando en depresión.

Polaino (1988), refiere que la aparición de acontecimientos estresantes tales como situaciones escolares y familiares insatisfactorias, descompensan la conducta infantil, favoreciendo así que surjan pensamientos y sentimientos depresivos en el niño.

En 1989, Hall & Haws (cit. en Kamphaus y Frick, 2002), mencionan que los niños con problemas de aprendizaje muestran más sintomatología depresiva que aquellos sin problemas de aprendizaje.

Weinberg & Rehmet (s.f.; cit. en Solloa, 2001)), señalan que los niños con dificultades de aprendizaje al ser incapaces para derivar reforzamientos positivos de su ambiente escolar son particularmente más vulnerables a la depresión y al aislamiento.

En otros estudios Solloa (2001), señala que los niños con problemas de aprendizaje están tristes, malhumorados, preocupados y no pueden darle nombre a lo que sienten ni asociar su estado de ánimo a algún evento interno o externo; para Solloa este tipo de niños se siente inseguro, enojado, rabioso y finalmente deprimido. Así mismo, Solloa refiere que los niños con trastornos del lenguaje oral, presentan síndromes psiquiátricos como ansiedad por separación, ansiedad excesiva, depresión y trastornos por déficit de atención e hiperactividad. Encuentra también que los niños con problemas de aprendizaje y los niños con trastornos del lenguaje oral presentan trastornos de ansiedad y depresión mayor relacionados con su problemática. Razón por la cual a través de la presente investigación se pretende dar respuesta a la siguiente pregunta:

¿Existen diferencias en el nivel de depresión infantil, entre los niños con problemas de aprendizaje y los niños con trastornos del lenguaje oral?

3.2. HIPÓTESIS

3.2.1. HIPÓTESIS DE TRABAJO

Si como señalan Selligman (1979), Polaino (1988) y Solloa (2001) acerca de que los niños con problemas de aprendizaje y trastornos del lenguaje oral presentan síntomas de depresión, y como mencionan Weinberg & Rehmet (s.f.; cit. en Solloa 2001) y Hall & Haws

(Cit. en Kamphaus y Frick, 2002), que los niños con problemas de aprendizaje presentan mayor sintomatología depresiva; entonces, es de esperarse que:

1. Existan diferencias en el nivel de la depresión infantil entre los niños con problemas de aprendizaje y aquellos con trastornos del lenguaje oral.

3.2.2. HIPÓTESIS ALTERNA

H₁ Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión infantil, entre los niños con trastornos del lenguaje oral y los niños con problemas de aprendizaje

3.2.3. HIPÓTESIS NULA

H₀ No existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión infantil, entre los niños con problemas de aprendizaje y los niños con trastorno del lenguaje oral.

3.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

SÍNDROME DE DEPRESIÓN INFANTIL.

Es un padecimiento que altera la vida y afecta el humor, orientándolo hacia la tristeza y dolor moral; caracterizado por trastornos afectivos, conductuales, intelectuales y somáticos (Avellanosa I., 1988).

PROBLEMAS DE APRENDIZAJE.

Es una alteración de los procesos de aprendizaje, causada por la perturbación de las funciones cerebrales superiores, los desajustes en la base emocional, las características de personalidad del niño y las condiciones de presión ambiental (Azcoaga, 1985).

TRASTORNO DEL LENGUAJE ORAL.

En 1973, Hull Y Hull define un trastorno del lenguaje oral como "aquel donde el individuo no puede comprender ideas significativas que se han hablado, o le es imposible emplear vocablos hablados para lograr expresar tales ideas" (Kauffman, 1995, p. 176).

3.4. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES.

SÍNDROME DE DEPRESIÓN INFANTIL.

Dispersión de los puntajes percentilares obtenidos de la escala total del Cuestionario de Depresión Infantil (CDS) de Lang M. y Tisher M. (1978), validado en México por Cruz, Morales y Ramírez (1996), cuyo criterio establecido indica que aquellos sujetos que se encuentren en la escala total positivo por abajo de la media y en la escala total depresivo por arriba de la media son considerados como depresivos.

PROBLEMAS DE APRENDIZAJE.

Presentar el diagnóstico de problemas de aprendizaje, en el expediente del archivo del Centro de Atención Múltiple, basado en el test psicométrico: WISC-RM, el Inventario de Ejecución Académica (IDEA) de Macotela, Bermudez y Castañeda; el Instrumento de Evaluación de Lectoescritura y Matemáticas para niños de 4º, 5º y 6º de instrucción primaria de Macotela, Villaseñor, Lifshitz y Almaraz; y el reporte psicopedagógico de los profesores de la escuela primaria.

TRASTORNO DEL LENGUAJE ORAL.

Presentar el diagnóstico de trastornos de lenguaje oral en el expediente del archivo del Centro de Atención Múltiple, basado en la hoja de diagnóstico expedida por el Instituto Nacional de la Comunicación Humana (INCH).

3.5. MUESTREO

El método de selección de la muestra poblacional, fue de tipo intencional, ya que este tipo de selección se caracteriza por el uso de juicios y de un esfuerzo deliberado por obtener muestras representativas (Kerlinger, F. 1988).

La muestra se tomó del Centro de Atención Múltiple (CAM) "Lic. Olga Soto de Chuayffet" perteneciente al Sistema DIF Municipal de Cd. Nezahualcóyotl, Estado de México, considerando ambos turnos escolares.

3.6. SUJETOS

La muestra poblacional se integró por 60 sujetos, cuyos criterios de inclusión fueron los siguientes: Tener 30 de ellos el diagnóstico de problemas de aprendizaje y el resto de trastornos del lenguaje oral; y un rango de edad entre los 8 0/12 y 13 0/12; sin importar el sexo al que pertenecían ni el nivel socioeconómico.

3.7. TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio correspondió al de campo ex-post-facto; de campo, por ser aquel estudio que sistemáticamente busca la prueba de hipótesis que no sean experimentales y que se lleven a cabo en situaciones de vida; ex-post-facto, porque los hechos ya ocurrieron (Kerlinger, F., 1988)

3.8. DISEÑO.

El tipo de diseño fue el simple con dos grupos independientes

3.9. MATERIAL E INSTRUMENTO.

3.9.1. MATERIAL

60 Expedientes del archivo del CAM con la entrevista correspondiente, en donde 30 de ellos debieron cubrir como criterio de selección el diagnóstico de problemas de aprendizaje y el resto el de Trastornos del lenguaje oral.

3.9.2. INSTRUMENTO

Cuestionario de Depresión Infantil (CDS) de Lang, M. y Tisher, M. (1978), validado en México por Cruz Morales y Ramírez (1996).

Cuestionario de Depresión Infantil

Autor: Tisher, M. y Lang, M. (Australia, 1978). Evaluación específica y global de la depresión.

Edad de aplicación: 8 – 16 años.

Número de ítems: 66

Objetivo: Permite conocer y establecer la intensidad de la depresión en el niño y comprender la naturaleza de la misma.

El Cuestionario de Depresión Infantil (CDS), validado en México consta de el siguiente material:

Hoja de ejemplo

Hoja de respuestas

Lápiz del 2 ó 2 ½

Hojas blancas

Instrumento.

Validez y confiabilidad:

En 1996, Cruz, Morales y Ramírez, al adaptar, estandarizar y validar el Cuestionario de Depresión Infantil de Lang, M. y Tisher, M. a las características de una muestra de la población mexicana, concluyen que:

Validez

a) El análisis correlacional muestra para cada una de las subescalas y escalas que éstas están estructuradas para un propósito dado.

b) El análisis factorial muestra que existen dos escalas independientes, una positiva y una depresiva, dentro de cada una de éstas hay reactivos que tienen una fuerte carga en más de un factor por lo que no es factorialmente pura, pero se concluye que sí hay validez, ya que la validez de constructo se obtuvo a través de los métodos de Magnusson y Alpha de Cronbach, evidencias que se pueden observar a través de las comparaciones entre grupos, el análisis correlacional y factorial.

Confiabilidad

a) La prueba es confiable tanto para el sexo masculino como para el femenino, ya que se obtuvieron los coeficientes: .83 y .82 respectivamente, con un coeficiente de .85 para la muestra total (la confiabilidad se obtuvo a través de los métodos Alpha de Cronbach y test-retest).

b) Con lo que respecta a la edad, comprobaron su exactitud en todos los grupos de edades.

Por tanto, Cruz, Morales y Ramírez (1996), concluyen que el Cuestionario CDS (Versión Mexicana), es un instrumento que posee exactitud en lo que se refiere a la estabilidad temporal, así como su estructura interna, mostrando la evidencia de validez a través del análisis correlacional y factorial. Agregan además que la prueba mide solamente lo que pretende medir: rasgos de depresión y presentan las normas pudiendo establecer la comparación intergrupo, interedad e intersexo.

Composición del Cuestionario.

El cuestionario se compone de dos escalas: una de depresión con 48 ítems y otra positiva con 18 ítems que a su vez se subdividen en subescalas:

Escala de Depresión.

RA Respuesta Afectiva, se refiere al estado de ánimo y de humor del sujeto (reactivos 2, 10, 18, 26, 34, 42, 50, 58).

PS Problemas Sociales, hace referencia en las dificultades de interacción social, aislamiento y soledad (reactivos 3, 11, 19, 27, 35, 43, 51, 59).

AE Autoestima, referente a los sentimientos, actitudes y conceptos del niño respecto a su propio valor (reactivos 4, 12, 20, 28, 36, 44, 52, 60).

PM Preocupación por la muerte-salud, se refiere a los sueños y fantasías del niño en relación a su salud y muerte (reactivos 5, 13, 21, 29, 37).

SC Sentimientos de culpa, hace referencia a la inculpación del niño (reactivos 6, 14, 22, 30, 38, 46, 54, 61).

DV Otros síntomas depresivos, incluye aquellas cuestiones depresivas que no pudieron agruparse para formar una entidad (reactivos 7, 15, 23, 31, 39, 47, 55).

Escala Positiva

AA Animo-Alegría, hace referencia a la presencia de diversión y alegría y a la capacidad del niño para experimentar dichas sensaciones (reactivos 1, 9, 17, 25, 33, 41, 49, 57).

PV Positivo varios, incluye aquellas cuestiones positivas que no pudieron agruparse para formar una entidad (reactivos 8, 16, 24, 32, 42, 48, 56, 63, 64, 65).

Administración del cuestionario.

Los ítems de cada escala son mutuamente excluyentes, o sea, cada ítem, pertenece a una subescala. La administración del Cuestionario puede ser individual o colectiva. Se da un ejemplo de respuesta al niño, posteriormente se solicita lea una a una las frases y proporciona una respuesta para cada una de ellas en base a una escala: muy de acuerdo, de acuerdo, no estoy seguro, en desacuerdo y muy en desacuerdo.

Calificación.

La puntuación va de 5 a 1 siguiendo el orden de la escala referida en el párrafo anterior. Se obtiene el puntaje crudo de cada subescala sumando los puntajes de los reactivos que la conforman y se suman los puntajes de las subescalas: Total Positivo y Total Depresivo por separado se otorga a cada puntaje crudo de las subescalas y escalas la puntuación percentilar correspondiente por edad y sexo.

3.10. PROCEDIMIENTO

Etapa 1

Se seleccionó de manera intencional 60 expedientes del archivo del CAM, en donde 30 sujetos debieron cubrir como criterio de selección el diagnóstico de problemas de

aprendizaje y el resto de trastorno del lenguaje oral, cuya edad osciló entre los 8 0/12 y 13 0/12 años sin importar el sexo ni el nivel socioeconómico.

Etapa II

En esta etapa el establecimiento del rapport fue importante para poder aplicar el Cuestionario de Depresión Infantil (CDS) de Lang M. y Tisher M. (1978), validado en México por Cruz, Morales y Ramírez (1996) de forma individual a aquellos niños cuyo diagnóstico fue el de problemas de aprendizaje y el de trastornos del lenguaje oral bajo la siguiente indicación "Otros niños han contestado las frases que están en el cuestionario, diciendo cómo piensan o cómo se sienten, si están de acuerdo o no sobre lo que se dice, en esas frases; tú vas a contestar en la hoja de respuestas, rellenando cada uno de los círculos que hay a la derecha de cada número, escogiendo una de las cinco opciones: "Muy de acuerdo", si lo que dice la frase te gusta mucho, "De acuerdo", si lo que dice la frase te gusta poco, "No estoy seguro" si no sabes si lo que dice la frase te gusta o no, "En desacuerdo" si no te gusta lo que dice la frase y "Muy en desacuerdo" si no te gusta para nada lo que dice la frase. Sólo yo conoceré la respuesta".

Posteriormente, se proporcionó la hoja de ejemplo para que el niño (a) contestara el ejemplo "B" que dice "Me gusta ir a los museos", circulando una de las opciones.

Al surgir alguna duda durante el llenado del Cuestionario, se respondió en forma tal que no se influyera en el resto de la prueba diciendo al niño: "vuelve a leer la frase contestando con lo que lees o piensas en este momento sobre ella".

Al terminar el niño de responder al cuestionario se recogió la hoja de respuestas verificando que todas las frases fueran contestadas y que incluyera los datos de identificación; en caso contrario se solicitó al niño cumplir con esto, permitiendo la relectura de las frases con respuestas en blanco.

Etapa III

Se obtuvo el puntaje crudo de depresión por sujeto y por grupo y el percentil correspondiente de acuerdo al cuadro de la muestra total de población del Cuestionario CDS Versión Mexicana y se realizó la interpretación de resultados correspondiente.

3.11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS

El análisis estadístico de datos se basó en la estadística descriptiva para explicar la distribución de variables en los dos grupos de estudio, se obtuvieron porcentajes, frecuencias, media y desviación estándar. Para confirmar o rechazar la hipótesis nula y para obtener la diferencia entre las medias de la variable dependiente, se hizo uso de la estadística inferencial, trabajando así con la prueba *t* de Student.

CAPÍTULO 4

4.1 RESULTADOS

Para analizar los resultados obtenidos se utilizó la estadística descriptiva y la estadística inferencial. Dentro de la estadística descriptiva se obtuvieron frecuencias, porcentajes y medias. En la estadística inferencial se trabajó en la prueba *t* de Student, para determinar si existen diferencias significativas entre el nivel de depresión que presentan los niños con trastornos del lenguaje oral y los niños con problemas de aprendizaje encontrando lo siguiente:

Diferencia entre las medias por grupo.

El promedio de puntaje crudo de depresión para el grupo de trastornos del lenguaje oral es de 161 mientras que para el de problemas de aprendizaje es de 156, con una desviación estándar de 48 y 38 para cada grupo respectivamente, el valor de *t* es de 0.5 y el nivel de significancia de 0.50 (Ver tabla 1).

Grupo	Promedio de puntaje de depresión	Desviación estándar	Valor de <i>t</i>	Nivel de significancia
Trastornos del lenguaje oral	161	48	0.50	0.50
Problemas de aprendizaje	156	38		

Tabla 1. Diferencia entre las medias de los grupos del, trastorno del lenguaje oral y problemas de aprendizaje.

Diferencia entre las escalas por media.

Las escalas que componen el Cuestionario de Depresión Infantil (CDS) de Lang, M. y Tisher M. (1978), validado en México por Cruz, Morales y Ramírez (1996), se agrupa en dos escalas: la de depresión y la positiva, cada una de ellas se subdivide en:

Escala de depresión.

RA Respuesta Afectiva.

PS Problemas Sociales.

AE Autoestima.

PM Preocupación por la muerte-salud.

SC Sentimientos de culpa.

DV Otros síntomas depresivos.

Escala positiva.

AA Animo-Alegría

PV Positivo varios

Vayamos ahora al promedio de puntaje para cada uno de los grupos en escala:

Escala	Trastornos del lenguaje oral		Problemas de aprendizaje		Valor de <i>t</i>	Nivel de Significancia
	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar		
Respuesta Afectivas	27	9	24	7	1.49	0.1
Problemas Sociales	26	9	25	8	0.53	0.6
Autoestima	26	10	26	9	0.08	0.9
Preocupación por la muerte-salud	23	7	23	13	1.19	0.2
Sentimientos de Culpa	28	9	27	7	0.35	0.7
Otros Síntomas Depresivos	32	5	31	8	0.19	0.8
Ánimo – Alegría	35	4	34	6	1.05	0.3
Positivo Varios	39	6	40	11	0.21	0.8

Tabla 2. Promedio de puntaje y desviación estándar por escala del grupo trastornos del lenguaje oral y problemas de aprendizaje así como valor de *t* y nivel de significancia por escala.

Trastornos del lenguaje oral: en la Escala Respuesta Afectiva se obtuvo una media de 27, con una desviación estándar de 9; en la de Problemas Sociales la media es de 26 y la desviación estándar de 9; en la de Autoestima la media es de 26 y la desviación estándar de 10; en la de Preocupación por la muerte-salud la media es de 23 y la desviación estándar de 7; en la de Sentimientos de Culpa la media es de 28 mientras que su desviación estándar es de 9; en la de Otros síntomas depresivos la media es de 32 y la desviación estándar de 5; en la de Ánimo-Alegría la media es de 35 y la desviación estándar es de 4; finalmente en la de Positivo Varios la media es de 39 y su desviación estándar de 6 (Ver tabla 2).

Problemas de aprendizaje: En la Escala Respuesta Afectiva se tiene una media de 24 y una desviación estándar de 7; en la de Problemas Sociales la media es de 25 y la desviación estándar es de 8; en la de Autoestima la media es de 26 y la desviación estándar de 9; en la de Preocupación por la muerte-salud la media es de 23 y la desviación estándar de 13; en la de Sentimientos de Culpa la media es de 27 mientras que su desviación estándar de 7; en la de síntomas depresivos la media es de 31 y la

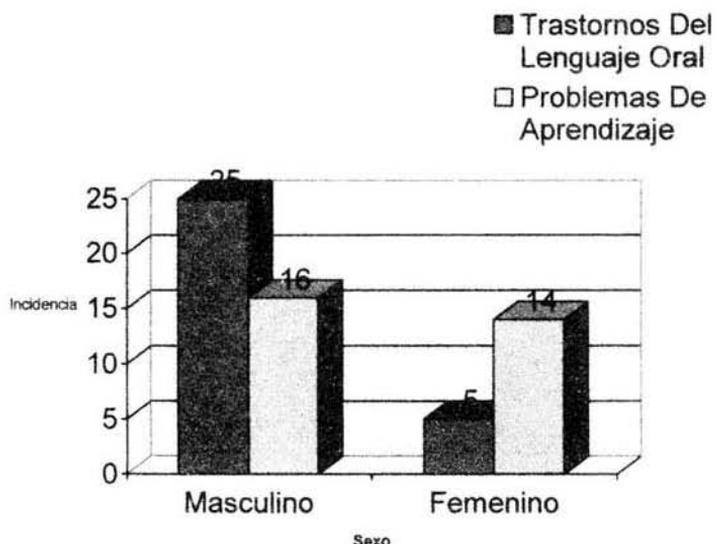
desviación estándar de 8; en la de Ánimo-Alegría la media es de 34 y la desviación estándar es de 6; finalmente en la de Positivo Varios la media es de 40 y su desviación estándar de 11 (Ver tabla 2).

El valor de t para obtener la diferencia entre las medias apunta a lo siguiente: En la escala Respuesta Afectiva el valor de t es de 1.49, con una p de 0.1; en la escala Problemas Sociales $t = 0.53$ y $p = 0.6$; en la escala Autoestima $t = 0.08$ y $p = 0.9$; en la escala Preocupación por la muerte - salud $t = 1.19$ y $p = 0.2$; en la escala Sentimientos de Culpa $t = 0.35$ y $p = 0.7$; en la escala Otros Síntomas Depresivos $t = 0.19$ y $p = 0.8$; en la escala Ánimo - Alegría $t = 15$ y $p = 0.3$; en la escala Positivo Varios $t = 0.21$ y $p = 0.8$

Señalando los resultados obtenidos a través de la estadística inferencial, lo haremos ahora a partir de la estadística descriptiva. Cabe mencionar que las características de las muestras de población se obtuvieron de la entrevista psicológica a padres de familia la cual fue extraída del archivo del CAM las cuales proporcionan datos relevantes de los sujetos.

Tipos de población.

El grupo de Trastornos del lenguaje oral lo conformaron 25 sujetos pertenecientes al sexo masculino y 5 al femenino, mientras que en el de Problemas de aprendizaje 16 de ellos pertenecieron al masculino y 14 al femenino (Ver gráfica 1).



Gráfica 1. Número de sujetos pertenecientes al sexo masculino y femenino de los grupos Trastornos del lenguaje oral y problemas de aprendizaje.

Edad de los sujetos.

El rango de edad que conformó la muestra poblacional fue de 8 a 13 años. Se consideró importante obtener el promedio de la edad por lo que se hizo uso de la estadística descriptiva, encontrando que este es de 8 años para ambos grupos. Así mismo, se encontró que los niños que más asisten al CAM con trastornos del lenguaje oral y problemas de aprendizaje, tienen una edad de 8 años. (Ver tabla 3).

Edad. Grupo	8 Años	9 Años	10 Años	11 Años	12 Años	13 años	Promedio de edad
Trastornos del lenguaje oral	16	6	1	7	0	0	8 Años
Problemas de aprendizaje	11	5	2	7	6	3	8 Años

Tabla 3. Edad y promedio de edad de los sujetos que pertenecen tanto al grupo trastornos del lenguaje oral como al de problemas de aprendizaje.

Grado académico al que pertenece.

En cuanto a grado académico se refiere en el grupo trastornos del lenguaje oral: 18 sujetos correspondieron al 2^{do} grado de primaria regular, 3 al 3^{er} grado, 3 al 4^{to}, 5 al 5^{to} y 1 al 6^{to}. En el grupo problemas de aprendizaje, 11 al 2^{do} grado, 5 al 3^{er}, 6 al 5^{to} y 8 al 6^{to}. Aún cuando la mayoría de los sujetos pertenecen al segundo grado el promedio de grado escolar obtenido a través de los métodos de la estadística descriptiva corresponde al tercero (Ver tabla 4).

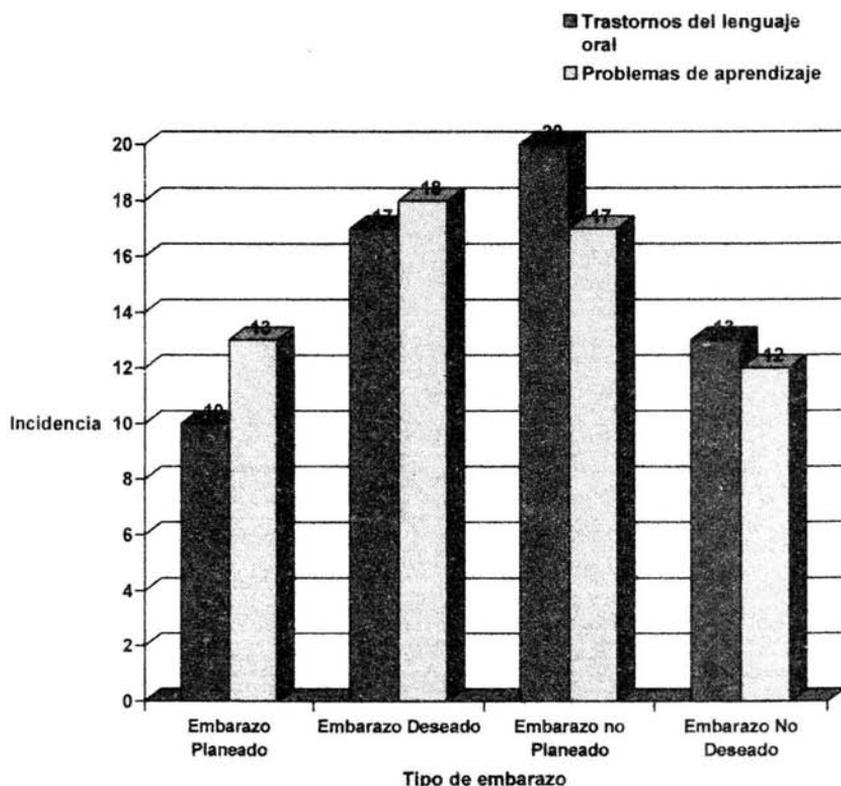
Grado escolar. Grupo	1 ^{ro}	2 ^{do}	3 ^{er}	4 ^{to}	5 ^{to}	6 ^{to}	Promedio de grado escolar
Trastornos del lenguaje oral	0	18	3	3	5	1	3 ^{er}
Problemas de aprendizaje	0	11	5	0	6	8	3 ^{er}

Tabla 4. Grado académico al que pertenecen los sujetos que conforman los grupos trastornos de en lenguaje oral y problemas de aprendizaje.

Embarazo planeado/no planeado.

Embarazo deseado/no deseado.

En ambos grupos: Trastornos del lenguaje oral y problemas de aprendizaje se observa un alto número de niños producto de embarazos no planeados pero si deseados tal como lo indica la gráfica 2.



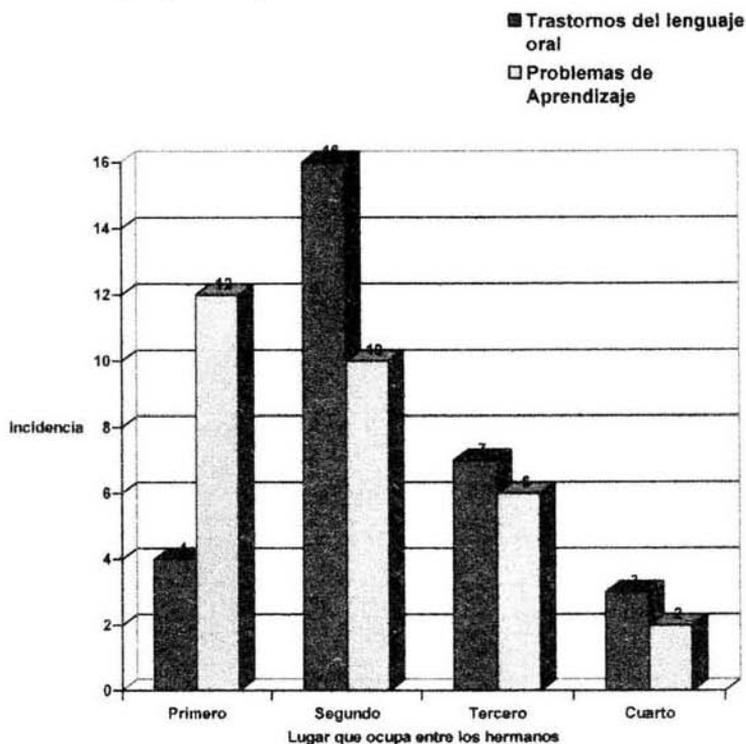
Gráfica 2. Incidencia de embarazos: planeados/no planeados, deseados/no deseados en los grupos trastornos de lenguaje oral y problemas de aprendizaje.

Lugar que ocupa entre los hermanos.

La distribución de los niños con Trastornos de lenguaje oral y aquellos con Problemas de aprendizaje en cuanto al lugar que ocupan entre los hermanos es la siguiente:

Trastornos del lenguaje oral: Grupo en el que la mayoría de los sujetos ocupa el segundo lugar entre los hermanos (Ver gráfica 3).

Problemas de aprendizaje: Grupo en el que la mayoría de los niños ocupan el primer lugar entre los hermanos. (Ver gráfica 3).



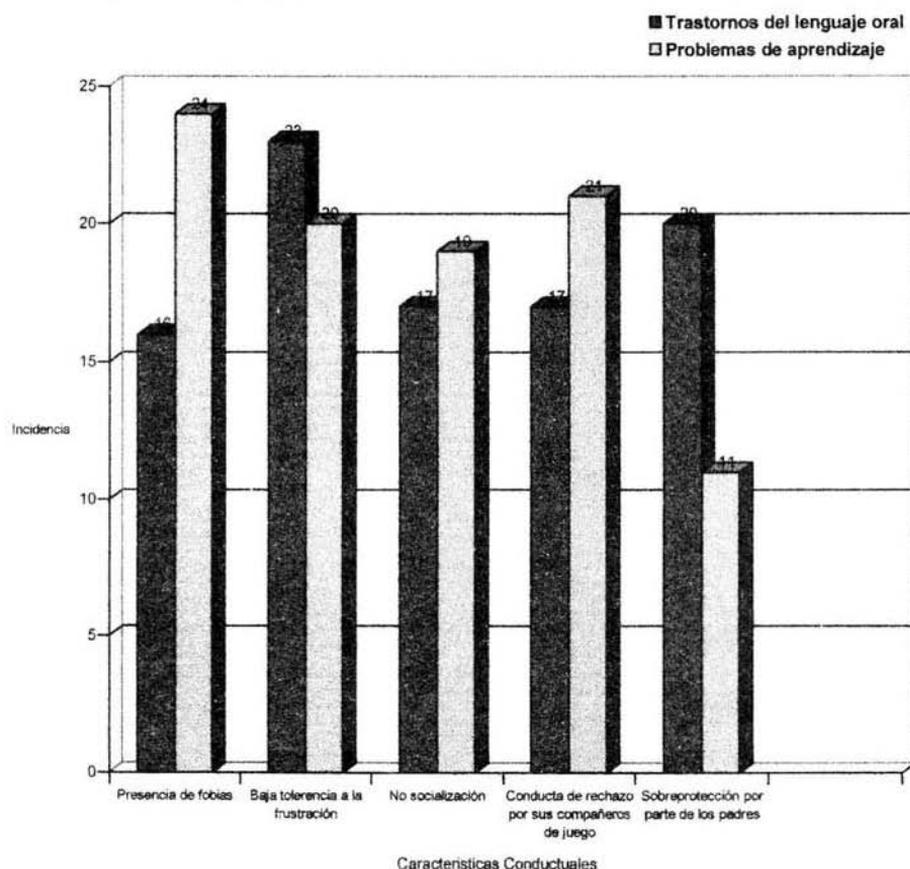
Gráfica 3. Lugar que ocupan entre los hermanos y frecuencia por grupo.

Características conductuales de los niños con trastornos del lenguaje oral y de aquellos con problemas de aprendizaje descritos por sus padres.

Las características conductuales de estos niños retomadas de la entrevista a padres fueron las siguientes: miedo irracional, tolerancia a la frustración, socialización, la conducta de aceptación o rechazo por parte de sus compañeros de juego y la conducta de los padres hacia ellos de sobreprotección o independencia, siendo entonces que:

Trastornos del lenguaje oral: En este grupo un alto porcentaje de niños presentan un miedo irracional a la oscuridad, a estar solo, a las personas, a los perros, a los gatos, a los ratones, a los fantasmas, a salir a la calle y a los insectos, la gran mayoría no toleran la frustración, en la escuela no socializan, son rechazados por sus compañeros de juego y son muy dependientes de sus padres (sobrepotección familiar) (Ver gráfica 4).

Problemas de aprendizaje: Grupo en que la mayoría de los niños presentan un miedo irracional a las situaciones y aspectos ya mencionados en un número mayor de niños que en el de trastornos del lenguaje oral y socializan menos que estos, son más rechazados por sus compañeros de juego pero más independientes de sus padres. (Ver gráfica 4).



Gráfica 4. Incidencia de las características conductuales de los niños con trastornos de lenguaje oral y de aquellos con problemas de aprendizaje.

Características del niño descritas por los padres.

Trastornos del lenguaje oral, grupo en el que la mayoría de niños presentan características en donde destacan una alta sensibilidad, agresividad, fantaseo excesivo, el comerse la uñas y golpearse a sí mismo con frecuencia.

En el grupo de Problemas de aprendizaje las características descritas por los padres de los niños con más incidencia son: una alta sensibilidad, agresividad, se golpean a sí mismos con frecuencia, se comen las uñas, fantasean en exceso, se chupan el dedo y se hacen "pipí" en la cama. Cabe mencionar que existe un porcentaje más alto de conductas donde se golpean a sí mismos con frecuencia y de comerse las uñas en este grupo que en el de Trastornos del lenguaje oral; así mismo chuparse el dedo y hacerse "pipí" en la cama son características presentes con menor frecuencia en los niños con Trastornos del lenguaje oral (Ver tabla 5).

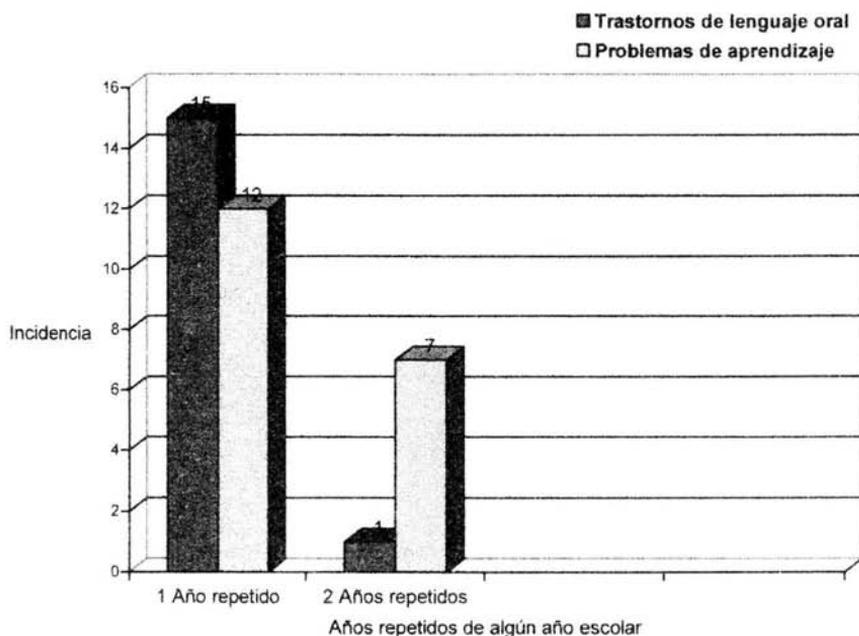
Grupo	Trastornos del lenguaje		Problemas de aprendizaje	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Muy sensible	25	83.33%	26	86.66%
Agresivo	17	56.66%	16	53.33%
Inapetente	1	3.33%	2	6.66%
Come en exceso	1	3.33%	1	3.33%
Hace "pipí" en la cama	1	3.33%	3	10.00%
Presencia de pesadillas	0	0.00%	1	3.33%
Se chupa el dedo	1	3.33%	3	10.00%
Se come las uñas	4	13.33%	7	23.33%
Se golpea a sí mismo con frecuencia	4	13.33%	9	30.00%
Fantaseo excesivo	6	20.00%	4	13.33%

Tabla 5. Frecuencia y porcentaje de problemas emocionales en ambos grupos.

Rendimiento académico.

En rendimiento académico tenemos que 16 de los 30 niños del grupo Trastornos del lenguaje oral repiten algún grado escolar y 19 de los 30 del grupo de problemas de aprendizaje son también repetidores lo cual significa que los niños con cualquiera de estos trastornos son repetidores en algún momento de su vida de algún grado escolar, y que

quienes repiten hasta dos años son aquellos cuya problemática es la de problemas de aprendizaje (ver gráfica 5).



Gráfica 5 Incidencia de años repetidos de alguno de los grados escolares por grupo.

4.2 INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

A partir de los resultados obtenidos de la prueba *t* de Student, tenemos que en ambos grupos existe un porcentaje de depresión similar se aprecia también que los datos se desvían en gran medida de la media. Así mismo, el valor de $t = 0.50$ y el valor de $p = 0.60$ indican que la diferencia entre las medias de ambas muestras poblacionales no es significativa, sin decir con ello que no existe depresión en los grupos. El nivel de significancia de 0.50 podría indicar que a los sujetos se les dificulta comprender y expresar sus sentimientos como característica emocional relacionada con sus dificultades escolares, tal como lo menciona Solloa en el 2001.

Refiriéndonos a la diferencia entre la media y la desviación estándar por escala se observa que no existen diferencias entre ellas, además los datos que más se desvían de la media son aquellos de la escala Autoestima en el grupo de trastornos del lenguaje oral, y

Preocupación por la Muerte-Salud así como Positivo Varios en el de problemas de aprendizaje.

El valor de t y p que tenemos por escala nos indica que no existen diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas entre ambos grupos.

Sin embargo, cabe mencionar que las respuestas de los sujetos que más se acercan a una P de 0.005 para obtener una diferencia entre las medias de ambos grupos pertenecen a la Escala de Respuesta Afectiva, Preocupación por la Muerte-Salud, y la de Animo-Alegría las cuales indican el estado de ánimo y humor depresivo, sueños y fantasías en relación con la salud y la muerte, una preocupación por las mismas y además la experimentación de las sensaciones de diversión y alegría.

Así mismo, en el promedio de puntajes crudos de depresión se obtuvo un puntaje de 156 para el grupo de problemas de aprendizaje y otro de 161 para el de trastornos del lenguaje oral, ambos correspondientes a la puntuación percentilar de 70, lo cual indica la presencia en los sujetos de sentimientos de culpa y tristeza, reducción de energía, falta de motivación y pérdida general del interés, lentificación del pensamiento, sentimientos de inseguridad y pesimismo hacia las propias actividades, capacidades y metas y una actitud derrotista y aprehensiva.

Por otro lado, datos obtenidos de la entrevista a padres de familia, extraída del archivo del CAM, permite obtener datos importantes tales como la incidencia del sexo, en donde el masculino sobresale en el grupo de trastornos del lenguaje oral al de aprendizaje, mientras el femenino sobrepasa al masculino en el grupo de problemas de aprendizaje.

Refiriéndonos al grado académico al que pertenecen, 18 de los 30 sujetos que conforman el grupo de trastornos del lenguaje oral y 11 de los 30 con problemas de aprendizaje, cursan el segundo grado escolar lo que nos hace observar que la frecuencia de estas dificultades es mucho más vista en este grado académico, por lo menos en la población que asiste al CAM.

Se observó también que la incidencia de embarazo no planeado es más alta en el grupo de trastornos del lenguaje oral que en el de problemas de aprendizaje. No existen diferencias marcadas por grupo en cuanto a embarazo deseado se refiere.

El lugar que ocupan entre los hermanos es otro dato importante: En el grupo de trastornos del lenguaje oral la gran mayoría de los niños ocupan el segundo lugar entre los hermanos, mientras que en el de problemas de aprendizaje ocupan el primero.

Las características conductuales y emocionales de los niños descritas por sus padres según las entrevistas retomadas del archivo muestra que existe un alto porcentaje de presencia de miedo irracional en el grupo de problemas de aprendizaje, siendo menor en el de trastornos del lenguaje oral lo cual no quiere decir que no este presente, lo está también pero en menor grado; en ambos grupos se observa baja tolerancia a la frustración

así como escasa socialización, no obstante son más rechazados por sus compañeros de juego los niños que presentan problemas de aprendizaje que los de Trastornos del lenguaje oral, siendo más dependientes y sobreprotegidos de y por sus padres estos últimos. Así mismo, se observa una alta incidencia de niños muy sensibles a los estímulos externos, además de existir niños agresivos en ambos grupos, seguido de la alta frecuencia de niños con conductas de golpearse a sí mismos con frecuencia y de comerse las uñas en el grupo de problemas de aprendizaje, las conductas menos presentes son las de hacerse "pipí" en la cama, chuparse el dedo, inapetencia, comer en exceso y presencia de pesadillas en este orden, donde el número de casos es mayor en los niños con problemas de aprendizaje que en el de trastornos del lenguaje oral.

Así, las características emocionales que dominan por grupos son las siguientes: en el de trastornos del lenguaje oral dominan la sensibilidad, la agresividad y la conducta de fantaseo excesivo.

En el de problemas de aprendizaje los que predominan son: la sensibilidad, la conducta de agresión, el golpearse a sí mismos con frecuencia, el comerse las uñas, chuparse el dedo, hacerse "pipí" en la cama, la inapetencia y la presencia de pesadillas. Mostrándose presente la conducta de comer en exceso en ambos grupos

No solo los datos anteriores son relevantes, lo es también lo académico, en donde podemos ver que la incidencia más alta de años repetidos de algún grado escolar es de uno en ambos grupos, seguidos de dos años repetidos en algún grado en los niños con problemas de aprendizaje, siendo muy pocos los de trastornos del lenguaje oral que repiten hasta dos años. Lo cual significa de acuerdo a Selligman (1979, cit. en Cruz Morales y Ramírez , 1996) que son quienes tienen mayores dificultades escolares y de problemas de disciplina.

CAPÍTULO 5

5 DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

5.1 DISCUSIÓN

Si bien en la investigación presente los resultados obtenidos de los sujetos cuya edad oscila entre los 8 y 13 años de nuestras dos muestras poblacionales: trastornos del lenguaje oral y problemas de aprendizaje, quienes además asisten a apoyo psicopedagógico y a terapias de lenguaje en el Centro de Atención Múltiple, no existen diferencias estadísticamente significativas en el promedio de los puntajes crudos de depresión en donde se obtuvo un puntaje de 156 para el grupo de problemas de aprendizaje y otro de 161 para el grupo de trastornos del lenguaje oral, ambos puntajes corresponden a la puntuación percentilar de 70 obtenidos través del Cuestionario de Depresión Infantil (CDS) de Lang, M. y Thiser M. (1978) validado en México por Cruz, Morales y Ramírez (1996), así como tampoco las escalas que componen el Cuestionario, sí tenemos que ambos grupos se encuentran deprimidos, contrario a lo que señalan Brumack & Col., Cantwell y Carlson (1987), los primeros no publicados y citados en los estudios de estos últimos autores en ese mismo año acerca de que en los niños deprimidos con bajo rendimiento escolar no se encuentra relación entre estas dos variables al no ser el bajo rendimiento escolar ni causa ni consecuencia de la depresión sino que los niños están secundariamente deprimidos a consecuencia de una escolarización inadecuada o a que una escolarización adecuada "enmascara" su depresión.

Por otro lado, los estudios de Rideau (1971) que sugiere la relación entre depresión y retraso mental, dado que el bajo rendimiento y el fracaso escolar forman parte del cuadro clínico del niño deprimido, y los estudios de Weinberg & Rehm (sf.; cit. en Solloa 2001), acerca de que los niños con problemas de aprendizaje son vulnerables a la depresión además de los autores diversos tales como, Connell (1972), Vranjesevic & Cols. (1972), Kull & Kuhn (1972), Mc Carville & Cols. (1973), Ling y Cols. (1973), Weinberg y cols. (1973), Malmquist (1977), Hall & Haws (1989, cit. en Kamphaus y Frick, 2002), Mosse (2001, cit. en www.alipso.com) y Solloa (2001), quienes relacionaron la depresión con los problemas de aprendizaje y trastornos del lenguaje oral, apoyan lo encontrado en el presente estudio.

Por otro lado Selligman (1979; cit. en Cruz, Morales & Ramírez 1996) plantea que la causa de las dificultades escolares que provocan rechazo escolar, problemas de disciplina, consecuencias negativas y aumento de la frustración culminantes de depresión, es la combinación de problemas de aprendizaje, los conflictos internos y el entorno familiar desfavorable.

Estos elementos los encontramos en la entrevista psicológica que nos dicen las características emocionales de los niños con trastornos del lenguaje oral y con problemas de aprendizaje, estas características emocionales hacen referencia a la presencia de

conducta agresiva, hipersensibilidad, una baja autoestima, baja competencia social, el fracaso escolar, la presencia de fobias, enuresis, anorexia, conducta de rechazo por sus compañeros de juego, alteraciones del sueño, problemas conductuales como comerse las uñas y autoagresión, estas características conductuales que conforman la sintomatología del niño deprimido coincide en los hallazgos de autores como Selligman (1979), Bell-Dolan, Raven & Peterson (1993, cit. en Wicks et al., 1997), Kashani & Simonds (1979), Petti (1978), Carlson y Cantwell (1987), Cytrin Mcknew (1974), Marshellach (1973 y 1977; cit. en www.ddromeu.net), Kuhn, Puig Antich, Kaplan y Sadok, Romeo, Marsellach 2002 (www.ddromeu.net), Poznanski (1982), Weinberg y cols. (cit. En Chavarro et al., 2002), Selligman (1979), Nissen (1971), Raskin (1977) y Solloa (2001).

Así mismo, Solloa (2001), sostiene que los niños con problemas de aprendizaje son rechazados por y/o sobreprotegidos por sus padres, ya que estos los consideran en desventaja frente al resto de los niños; dicha conducta de sobreprotección se manifiesta ante los sentimientos de frustración y enojo que no pueden evitar los padres de familia en una situación donde se les informa que sus hijos tienen problemas de aprendizaje, ciertamente se encuentra una conducta de sobreprotección por parte de los padres de los niños con problemas de aprendizaje, sin embargo es mucho más marcada en aquellos con trastornos del lenguaje oral.

5.2 CONCLUSIÓN

Al citar los hallazgos de autores diversos de la literatura infantil y cuyas investigaciones se han enfocado a la depresión en la población no adulta, y al mencionar los datos obtenidos de nuestra investigación, podemos concluir lo siguiente:

Al plantear como hipótesis nula que no existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión entre los niños con trastornos del lenguaje oral y problemas de aprendizaje, se encontró que los niños con este tipo de dificultades se encuentran igualmente deprimidos y por tanto se acepta la hipótesis nula.

Dato que se basa en la obtención del puntaje crudo de 156 para el grupo de problemas de aprendizaje y de 161 para el grupo de trastornos del lenguaje oral, para los cuales corresponden el percentil 70 que indica la existencia de depresión ya que se encuentra ubicado arriba de la media en donde encontramos la presencia en los niños de sentimientos de culpa y tristeza; reducción de energía; falta de motivación; pérdida general del interés; lentificación del pensamiento; sentimientos de inseguridad que lo llevan al aislamiento, indiferencia y sumisión; sentimientos de pesimismo hacia las propias actividades, capacidades y metas, convirtiéndose en una actitud derrotista y aprehensiva, en especial frente a las actitudes críticas que enfrentan y su estado emocional se caracteriza por una actitud negativa, hacia él, su medio y los demás. Dichos resultados permiten emitir sugerencias en pro de la población que asiste a esta institución y que se refieren en el capítulo siguiente.

CAPÍTULO 6

6 LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

6.1. LIMITACIONES

- La limitación del rango de edades ya que el Cuestionario de Depresión Infantil (CDS) de Lang, M. Y Tisher, M. (1978), validado en México por Cruz, Morales y Ramírez (1996), no abarca a niños cuya edad oscila entre los 6 y 7 años.
- El cuestionario es poco claro y además cansado para los niños con problemas de aprendizaje y para los niños con trastornos del lenguaje oral .
- La extracción de la entrevista psicológica del archivo del Centro de Atención Múltiple.

6.2. SUGERENCIAS

- Ampliar la muestra en cuanto a número de sujetos se refiere.
- Comparación con otros grupos cuyas necesidades educativas especiales sean permanentes.
- Proporcionar apoyo psicológico o emocional a los niños cuyas necesidades educativas especiales son las de trastornos del lenguaje oral y las de problemas de aprendizaje, ya que en ambos grupos se encuentran características emocionales que culminan en depresión.

BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS DE LIBROS

Acle t. G. y Olmos A. (1995). Problemas de aprendizaje, enfoque teóricos. México: FES Zaragoza-UNAM.

Ajuriaguerra, J. (1993). Manual de psiquiatría infantil. 4ª. Ed. Barcelona: Masson

Avellanosa I. (1988). Depresión: Superarla de una vez por todas. España Interamericana.

Azcoaga J.E. et al. (1985) Alternativas del aprendizaje escolar: Diagnóstico, fisiopatología y tratamiento. Vol. 6. Barcelona: Paidós

Cantwell D.P. y Carlson G.A. (1987). Trastornos afectivos en la infancia y adolescencia. España: Martínez Roca.

Cruz, J. et al (1996) Validez, confiabilidad y normalización del cuestionario de depresión para niños (CDS) de Lang, M. y Tisher, M. México: Facultad de Psicología-UNAM.

Flores, V. (1984). Problemas de aprendizaje. México: Limusa.

Gallardo R. (1993). Las alteraciones del lenguaje oral. Necesidades educativas especiales Madrid: Aljibe.

Kauffman P.P. (1995). Casos de Educación Especial. México: Limusa.

Kamphaus, R. W. y Frick, P. J. (2002). Evaluación clínica de la personalidad y la conducta del niño y del adolescente

Kerlinger, F. (1988). Investigación del comportamiento. 2ª. Ed. México: Prensa Medica Mexicana.

Macotela, S. (1989). Apuntes para la materia de educación especial: Identificación, evaluación e intervención en la educación especial. México: Facultad de Psicología-UNAM

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). (1995). Tr. De Flores i Tormenti. Madrid: Masson.

Mata V. F. (2002). Relación entre depresión y nivel de maduración en niños víctimas de maltrato infantil. Tesis: Facultad de Psicología-UNAM.

Myers P. y Hammill D. (1992). Métodos para educar niños con dificultades de aprendizaje: Métodos para su educación. México: Limusa

Polaino, L. A. (1988). Las depresiones infantiles. Madrid: Morata.

Sánchez, C. (1998). Supuestos básicos en Educación Especial. Madrid: Escuela Española.

Solloa, G., L., M. (2001) Los trastornos psicológicos en el niño. México: Trillas

Wicks R. y Allen C. (1997). Psicopatología del niño y del adolescente. 3ª. Ed. Madrid: Prentice-Hall.

REFERENCIAS DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

Callahan (2003). Depresión infantil. Disponible en Internet. Directorio: <http://www.cucutras.com/salud/ciudadesespeciales/depresióninfantil.htm>

Chavaro, et al. (2002). Influencia de la depresión en el rendimiento académico de niños entre los 8 y 10 años y adolescentes entre los 16 y 18 años. Disponible en internet. Directorio: <http://www.puj.ed.co/thumanidades/psicologia/proyectosintesis/hipervinculos/educativa/PE00104a.htm>

Del Barrio. (2002) Revista: Niños Infelices. Disponible en internet. Directorio: <http://www.el-mundo.es/larevista/num206/textos/ninos1.htm>

López C. (2002). Depresión infantil y familia. Disponible en internet. Directorio: <http://www.elnorte.com/editoriales/nacional/carolinalopez/251833>

Marín, T. A. (2002). La depresión: ¿Por qué hablamos hoy más de depresión?. Disponible en internet. Directorio: <http://www.cop.es/colegiados/m-11492/ángel.htm>

Marsellach, G. (2002). La depresión en la infancia y la adolescencia. Disponible en internet. Directorio: <http://www.drromeu.net/depresi.htm>

Marsellach, G. (2002). Depresión y suicidio infantil. Disponible en internet. Directorio: <http://www.ciudadfutura.com/psico/articulos/depre-infantil.htm>

Mosse, F. (2001) Depresión en la niñez. Disponible en internet. Directorio: <http://www.alipso.com/depresión/niñez/diagnóstico>

Mosse, F. (2001). Trastornos psicológicos del lenguaje. Disponible en internet. Directorio:
<http://www.psicologoinfantil.com>

Serrano, A. (2002). Describe las características de la depresión en la etapa escolar.
Disponible en internet. Directorio:
<http://www.escuela.med.puc.cl/páginas/alumnos/quinto/temasquinto/psiquiatría/30/Serrano.htm>