

885325



CENTRO DE ESTUDIOS AGUSTINIANO
"FRAY ANDRES DE URDANETA"

NIVEL LICENCIATURA
INCORPORACION UNAM 8853

ASOCIACION ENTRE HABILIDADES DE COMUNICACION
VERBAL Y DEPRESION INFANTIL.

TESIS PROFESIONAL
PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
PRESENTA:
ELDA JAZMIN NIETO MARTINEZ

ASESOR: RICARDO POPOCA PASTRANA

GENERACION
2001 - 2005

COACALCO DE BERRIOZABAL, ESTADO DE MEXICO 2006

M. 708683





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



CENTRO DE ESTUDIOS AGUSTINIANO
"FRAY ANDRES DE URDANETA"

NIVEL LICENCIATURA
INCORPORACIÓN UNAM 8853

ASOCIACIÓN ENTRE HABILIDADES DE COMUNICACIÓN
VERBAL Y DEPRESIÓN INFANTIL.

TESIS PROFESIONAL
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

ELDA JAZMÍN NIETO MARTÍNEZ

ASESOR:
RICARDO POPOCA PASTRANA

GENERACIÓN
2001-2005



COACALCO DE BERRIOZABAL, ESTADO DE MÉXICO 2006

AGRADECIMIENTOS

A MI FAMILIA

Los padres nos moldean y vuelven a moldear porque nos aman y somos finalmente su obra para bien o para mal. Y a pesar de ser su obra deben aprender a compartirla para que se perfeccione. Pero deben entender que a su obra le saldrán alas y volara.

MAMÁ

Ime, eres una persona muy importante y muy especial, por darme todo tu apoyo, Cariño, consejos, por esas desveladas cuando me enfermo y a veces comprensión.

Nadie como tú me da su protección. Pero sobretodo por ser mi mamá la que me dio la vida y recibe mis alegrías, enojos y tristezas.

Sin ti mi vida no sería nada.
Nunca olvides que TE AMA y te admira mucho tu pollita.

PAPÁ

Sin ti esto no hubiera sido posible, por tu apoyo económico, siempre quedándote con centavos en tu bolsillo para darnos todos los pesos necesarios para que nunca nos falte nada.

Sabes, eres un ejemplo para mí, por tu forma de luchar y amar a tu familia. Yo sé que no te respondo cómo tú quisieras o cómo mis hermanos lo hacen pero TE AMO aunque para ti nunca deje de ser tu niña.

Yael

Cosita, gracias por existir, eres la chispa de mi vida, aunque me pegues y a veces estés a punto de colmarme la paciencia siempre serás mi hermanito el consentido.

Siempre cuenta con mi apoyo.
Te quiere mucho Tita.

KARINA

Por ayudarme con la estadística.
Por ser mi hermanita.
Y por todos esos momentos en que nos divertimos mucho.

A veces me cuesta mucho trabajo entenderte pero se que nunca dejas de quererme ni yo a ti, y no olvides que tienes mi apoyo por siempre niña del mal.

JESSICA

Se que todo este tiempo que hemos estado distanciadas ha sido difícil pero nunca te he dejado de querer.

A MIS AMIGOS

DULCE

Mi mejor AMIGA, por vencer las
barreras que querían o quieren
separar nuestra amistad.
Por tus consejos, tú apoyo
incondicional y escucharme.
Eres capaz de compartir mis penas, mi
tristeza y mis alegrías,
me ayudas a caminar
Y sin hablar. Sólo al mirar sabremos
llegar a entender que jamás ni nada ni
nadie en la vida nos separará.
Y aunque seas la saladita tu apoyo
para lograr esta tesis fue muy
importante. Te quiero mucho, admiro
y respeto. Recuerda que en medio de
la tempestad yo estaré ahí.
AMIGAS X SIEMPRE

DIANITA

Nadie como tú para hacerme reír.
Tu sonrisa es inolvidable,
siempre alegre.
Gracias por enseñarme a disfrutar la
vida y regalarme momentos muy
divertidos.
Tú y yo formamos un bonito equipo
para luchar con la prepotencia y
aquellos obstáculos laborales,
logrando que nuestra amistad
creciera.
Te quiero muchísimo.

OCTAVIO

Por ser mi amigo, por tus consejos,
apoyo, regaños y sobretodo por
recordarme que debo actuar con
ética y profesionalismo.
Y aunque seas el Coti he pasado
momentos muy padres contigo.
T. Q. M.

ROXANA

Eres una persona admirable y especial,
a la que quiero mucho por dejarme
formar parte de su vida, por tus
consejos, por brindarme tu amistad,
enseñarme, dedicarme tu tiempo que
se te va en infinitum, por orientarme
con la estadística y sobretodo por
animarme para terminar mi tesis.
Solamente tú no me juzgas.
Tienes ese don de dar tranquilidad, de
saber escuchar, de envolverme paz.
AMIGA un día me diste luz en la
oscuridad,
Confiaste en mí y me ayudaste a
confiar en mí,
todo esto no se puede simplificar en
unas cuantas palabras pero solo te
digo
GRACIAS por todo niña inteligente y
cuenta conmigo.

GRIS

Mi amiga, Confidente y cómplice.
Gracias por tu apoyo durante la
carrera y por todos esos momentos
maravillosos que pasamos juntas que
se congelaran en los recuerdos.
Disculpa si te fallé pero espero que
algún día me entiendas y pase lo que
pase nunca te voy a olvidar y menos a
dejar de querer. ¡ÁNIMO!

IVÓN

Eres un ejemplo de lucha, lealtad,
amistad y perseverancia.
Gracias por tu apoyo para poder
aplicar las pruebas y abrirme las
puertas de tu casa y sobre todo de tu
corazón.
Siempre dándome ánimo para
superarme.

A LILIANA

Porque entiendes lo que digo.
Nadie como tú sabe tanto de mi.
Esperar unos días para recibir una
sonrisa, un jalón de orejas, unos oídos
atentos y escuchar tus palabras, que
me dejaban pensando y todo eso con
el fin de no dejarme caer y vencer esas
barreras que yo misma construyo o
permiso que impidan mi camino.
Y hablando de camino, esta vez
tomare el fácil:
Por ti yo estoy aquí.
Me enseñaste a volar.
A despierta soñar.
Imaginaste un mundo para mí.
Un sueño azul que ahora bien
comprendo.
Me enseñaste que la magia existe vive
y solo depende de mí.
Me enseñaste a imaginar, a despierta
soñar y a perdonar.
Yo por ti viví...
Bueno solo me resta decirte
MIL GRACIAS.
Y ahora puedo mirar al mundo de
frente.

A RICARDO

Te agradece la chica Trevi por tus
consejos durante la Carrera y apoyo.
Y por presionarme en todo momento
de la tesis.

A MÍ

Por no dejarme vencer, por el
esfuerzo, dedicación y ganas de
superarme. Te quiero mucho Jaz y se
feliz.

A DANIEL

Tu apoyo fue la base para el logro de mi
tesis.
Muchas gracias por formar parte de mi
locura, apoyarla, brindarme parte de tus
conocimientos y darme tus consejos para
no regarla.
A pesar de tu carga de trabajo siempre
me dedicaste tiempo.
Aprendí mucho de ti y quizás nunca te lo
dije pero eres un gran ejemplo te admiro y
respeto.
Nunca voy a olvidar lo importante que
fuiste, dude muchas veces, quería
vencerte y cuando estaba a punto de
votar todo desenredabas mis dudas y
todo parecía ser sencillo.

A MIS PROFESORES

Por todas sus enseñanzas, exigencias y
por ser la base de mi formación en la
Carrera, en especial ha:

ROXANA, ÁNGEL, ADRIANA,
SANDRA, M^A DE LOURDES, LIDIA,
CANO, MIGUEL ÁNGEL y
RICARDO.

A LA FADU

Por darme la oportunidad de formarme
como psicóloga y regalarme la
oportunidad de conocer a personas
maravillosas.

¿Cómo decirlo?...

Quiero vivir en un mundo lleno de sonrisas y
fantasías,
Un mundo en el que se pueda vivir sin llorar.

Que nadie descubra lo que siento,
pues hace mucho tiempo me cuesta sonreír,
y parezco tan feliz.

¿Qué poderes rigen mi mente?

Ahora no sé si quedan amigos,
ni si existe el amor,
si puedo contar con alguien para hablar de
dolor,
que escuche cuando alzo la voz
y que comprenda que estoy sola en medio de
un montón de gente.

A veces despertar duele y se me olvida vivir,
necesito respirar para que el mañana no me
mate,

no sonrió, ni amo,
no pienso, ni siento,
no actúo, ni miento,
estoy por estar, estoy por callar
ya no me conozco,
por no decir lo que quiero
y solo creo que no soy nada.

¿Por qué aferrarme a la vida?

¿Qué se sentirá la muerte?

Pido a Dios que me lleve con él
me arranque la vida quitándome el dolor
regalándome la calma.

No quiero vivir sin ser amada
la vida es demasiado triste.

Voy a sacarme de las venas
éste líquido que arde,
voy arrancame el corazón que no es fuerte,
voy a romperme cada hueso,
tal vez lo mejor sería rendirme
y comprender que no hay remedio.

Nadie llorará, pues solo se me dio la soledad,
solo lloraran mis muñecas abiertas
que gota a gota me dejan sola

y dejaran de llorar mis muñecas
cuando ya no piense, sienta, escuche, vea y
me invadan ríos rojos de mi corazón.

Ya no tendré que tragarme el llanto
encerrada en mi cuarto,
ni enterrarme las uñas de desesperación
para después salir como si nada
para quedarme callada con el dolor en el
corazón.

Será que estoy soñando y sueño
que vivo en el planeta Tierra
será una pesadilla esta depresión.

¿Cuál será mi destino?
veo un camino lleno de niebla,
de preguntas eternas y de soledad
me lleva al futuro y no sé si habrá.

La vida me guía hasta el sol
hay una luz que hiela el alma
caminar hacia ella me da la calma
pero el mal domina mis horas
quisiera que la risa le gane ese pulso al dolor
y que solo lo malo sea hoy.

Que las noches ya no se inunden de llanto,
mis ojos vuelvan a ver cosas bellas y no solo
dolor,
mis oídos escuchen melodías y no solo
tragedias,
mi piel sienta el calor de una compañía y se
aleje el frío de la soledad,
mi boca vuelva a saborear el dulce y no solo
lo amargo de la vida.

Que las palabras vuelvan a mí para gritar lo
que siento y no tener miedo a quedarme en
el silencio...

ÍNDICE

RESUMEN.	1
INTRODUCCIÓN.	2
CAPITULO 1 DESARROLLO Y COGNICIÓN INFANTIL	
1.1.- Desarrollo físico y motor.	7
1.2.- Desarrollo cognoscitivo y lenguaje.	7
1.3.- Desarrollo social.	9
1.4.- Personalidad.	11
1.5.- Trastornos del desarrollo.	15
CAPITULO 2 DEPRESIÓN INFANTIL	
2.1 Depresión infantil.	19
2.2 Síntomas de la depresión infantil.	22
2.3 Clasificación de la depresión infantil.	25
2.4 Factores que causan la depresión infantil.	29
2.5 Consecuencias de la depresión infantil.	35
CAPITULO 3 HABILIDADES DE COMUNICACIÓN VERBAL	
3.1 Comunicación verbal.	41
3.2 Habilidades de comunicación verbal.	43
3.3 Habilidades de comunicación verbal en niños.	46
3.4 Consecuencias al no tener habilidades de comunicación verbal.	51
CAPITULO 4 INTERVENCIÓN EN NIÑOS CON FALTA DE HABILIDADES DE COMUNICACIÓN VERBAL Y NIÑOS CON DEPRESIÓN	
4.1 Estrategias para el tratamiento en la depresión infantil.	55
4.2 Estrategias para el desarrollo de habilidades de comunicación verbal en niños.	68
4.3 Intervención de la familia.	71
4.4 Intervención de la escuela.	73
METODOLOGÍA.	74
RESULTADOS.	82
CONCLUSIONES.	89
REFERENCIAS	
ANEXOS	

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue corroborar la relación entre las habilidades de comunicación verbal y la sintomatología de la depresión infantil.

La muestra fue no probabilística por cuotas, conformada por 50 niños (24 niñas y 26 niños) de 8 y 9 años, que de acuerdo con sus puntuaciones obtenidas en las pruebas aplicadas WISC-RM (escala verbal) y CDS (cuestionario de depresión para niños) se dividió en dos grupos el primero constó de (n=22) los cuales obtuvieron puntuaciones bajas en WISC-RM y altas en CDS, el segundo grupo constó de (n=21) los cuales obtuvieron puntuaciones altas en WISC-RM y bajas en CDS. A través del análisis de correlación r de Pearson se comprobó que a menores habilidades de comunicación verbal mayor probabilidad de presentar sintomatología depresiva infantil.

INTRODUCCIÓN

Conforme pasa el tiempo, las actitudes hacia la niñez han cambiado. En la edad media, se les consideraba como menores hasta los 6 o 7 años, luego se les veía como adultos pequeños (Aries, 1962; Plumb, 1971). En el siglo XVII empezó a verse la niñez como un periodo de inocencia, se les dejó de ver como integrantes anónimos de una comunidad. A fines del siglo XIX se promulgan leyes referentes al trabajo infantil y la enseñanza obligatoria (Kett, 1997). En la actualidad tiene mucho peso los derechos del niño, la forma de crianza, alimentación, el juego y el desarrollo. (cit. en: Craig, 2001)

Lo mismo sucedió con la depresión infantil en la década de los 60 todavía se creía que no existía o que no se podía diagnosticar en los niños, pero en la actualidad por diversos estudios se ha podido comprobar que el niño puede presentar síntomas depresivos.

Es por ello que para justificar de alguna manera que un niño si puede presentar síntomas depresivos se requiere conocer los aspectos que abarca el desarrollo del niño principalmente en la segunda infancia (de los 6 años a los 12 aproximadamente).

De esta manera los teóricos que estudian el desarrollo infantil están de acuerdo que la edad no es una variable causal en el desarrollo psicológico y aceptan algún tipo de organización, mediante etapas del desarrollo. Tratan a la edad como una variable independiente, ésta puede correlacionarse con un cambio en el comportamiento. Conforme incrementa la edad, el niño acumula experiencias que lo ayudan a su desarrollo como en el caso del incremento de su vocabulario.

El desarrollo del niño se basa en los aspectos físico y motor, cognoscitivo y lenguaje, social y la personalidad. En algunas ocasiones surgen algunos trastornos por diversas causas como es el caso de la depresión infantil.

Existen diferentes enfoques o teorías que tratan de dar un concepto de la depresión o abordarla. Pero el enfoque cognitivo-conductual, aplica a una amplia variedad de técnicas terapéuticas que están basadas en diferentes modelos conceptuales. Que cubren aproximaciones como la

terapia racional emotiva, la cognitiva, la de solución de problemas, autocontrol y condicionamiento cubierto. (Meichenbaum y Cameron, 1982 cit. en: Norberto, 1997)

Arieti, (1978) (cit. en: Sevilla, 1994) hace mención que la depresión infantil se caracteriza por estado anímico predominante, el retraimiento, la frustración, la escasa capacidad para formar vínculos y la agresión manifiesta. Nunca dejando de lado la etapa en la que se encuentra el niño, ya que ahí se ve reflejado su progresivo crecimiento cognitivo.

La depresión infantil, tiene sus causas, síntomas, clasificaciones, consecuencias, se puede diagnosticar y cuenta con diversas intervenciones.

Polaino, (1988) opina que, las estrategias de intervención psicológica, se basan en mejorar ciertas conductas infantiles que puedan darse asociada o independientemente de la depresión o quizás como una consecuencia de ésta. Como es el caso de aplicar procedimientos que mejoran la emisión de sonrisas, el contacto ocular, la conducta verbal, etc. Estas son fácilmente entrenables a través del reforzamiento y la practica, por medio de autoinstrucciones, entre otras.

En las estrategias anteriores se encuentra la conducta verbal que cuenta con diversas opiniones:

Para Laino, (2000) las acciones comunicativas coordinan tanto el comportamiento de los distintos participantes en la interacción, como las mediaciones encaminadas al entendimiento, propias del aprendizaje. Y la forma de la comunicación lingüística y lógica incide sobre las posibilidades cognoscentes de los aprendices. Además estas sirven para la transmisión del saber culturalmente acumulado, permiten la interacción social y mediatizan el cumplimiento de normas. Los mensajes que se reciben mediante la comunicación dejan experiencias, donde se supone que hay una continuidad y cohesión de sentimientos, deseos, ideas, imágenes, que se comunican unos con otros.

Para Habermas, (1989) (cit. en: Laino, op.cit.) la comunicación es la que permite una reproducción simbólica, fundamental para el mantenimiento de los seres humanos. Una competencia comunicativa no se reduce sólo a la capacidad de generar oraciones gramaticalmente correctas. Pues al

hablar nos ponemos en relación con el mundo físico que nos rodea, con los demás sujetos, y con nuestras intenciones, sentimientos y deseos.

Levine, (2003) cree que los niños constantemente prueban sus habilidades de comunicación verbal, cuando tienen una iniciación social y la resolución de conflictos. Así como existen estas funciones que integran a las habilidades sociales, depende de ellas que el niño tenga una vida satisfactoria o traumática.

Existen diversas habilidades de comunicación, una habilidad que ayuda a este proceso es la asertividad, aunque pocos autores opinan de ésta en niños para Chiffenden, (1942) (cit. en: Arriaga y Giles, 1983) considera la asertividad como una subcategoría de las habilidades sociales especificando que es la ejecución de la conducta de un niño, la cual influye en otro, así como las respuestas que mantienen la posición del niño.

Y finalmente las consecuencias que puede tener el no contar con habilidades de comunicación, de manera general es que la vida del niño puede ser un infierno por, la humillación de sus compañeros, rechazo y aislamiento. Y por su puesto un bajo concepto de si mismo por no recibir retroalimentación por los demás. (Levine, 2003)

Una vez mencionado lo anterior se justifica el tomar en cuenta la segunda infancia, ya que por su desarrollo cognitivo y lingüístico son capaces de generar pensamientos negativos de mismos, y la socialización es parte fundamental para el desarrollo del niño.

Analizando los temas anteriores surge una pregunta ¿cuándo se aumentan las habilidades de comunicación verbal existe menor probabilidad que se presente depresión infantil? Es por ello que esta investigación tiene como objetivo corroborar la relación que existe entre las habilidades de comunicación verbal y la depresión infantil. Tomando en cuenta que a menores habilidades de comunicación verbal, mayor probabilidad de presentar sintomatología depresiva.

Lo anterior tiene el fin de tratar bajo un enfoque cognitivo-conductual, los temas que se desglosaran en los siguientes capítulos:

En el primer capítulo se habla del desarrollo del niño en la segunda infancia abarcando aspectos basados el desarrollo físico y motor, cognición y lenguaje, socialización, personalidad y trastornos como la depresión infantil.

En el segundo capítulo se abarca la depresión infantil dando un panorama más amplio al abarcar el concepto, síntomas, clasificación, factores o causas y consecuencias de la misma.

En el tercer capítulo se retoman las habilidades de comunicación verbal tomando en cuenta las consecuencias al no tener habilidades de comunicación.

En el cuarto capítulo se presentan algunas estrategias para intervenir cuando existen síntomas depresivos y para el desarrollo de habilidades, tomando en cuenta tanto a la familia como a la escuela para obtener un mejor resultado.

CAPITULO 1

DESARROLLO Y COGNICIÓN INFANTIL

"La idea de que todos los hombres nacen iguales y libres es al mismo tiempo cierta y engañosa: los hombres nacen distintos; pero pierden libertad social y su autonomía individual por querer ser como los demás".

(Riesman, D. la muchedumbre solitaria)

El desarrollo del ser humano, es un estudio que abarca varias disciplinas, como son: la psicología, sociología, historia, enfermería, medicina, etc. En psicología es base fundamental para el estudio del individuo.

Es relevante mencionar que el término desarrollo, se refiere a los cambios que con el tiempo, se producen en el cuerpo y pensamiento o en otras conductas, los cuales se deben a la biología en conjunto con la experiencia. (Craig, 2001)

El desarrollo humano suele analizarse en términos de lo que es normal o promedio, así se puede evaluar el progreso de los niños normales y anormales. Normal se refiere a que una o más de sus características son de acuerdo al promedio de las investigaciones donde clasifican al desarrollo en etapas. No quiere decir ideal ni optimo. (McCandless y Trotter, 1981)

Ampliaremos algunos aspectos relacionados con el desarrollo.

1.1.- Desarrollo físico y motor

Todos los aspectos del desarrollo del niño tienen influencia del cuerpo y del crecimiento físico el cual se refiere a los cambios que va teniendo el cuerpo a través del tiempo. El desarrollo motor, incluye la coordinación muscular y el control necesario para las actividades físicas, como lo es el control de cabeza, cuerpo, manos, pies boca, esfínteres y destrezas manuales. Antes de que comience el desarrollo motor se requiere de cierta madurez y crecimiento físico. (McCandless y Trotter, op.cit.)

A la edad de 8 y 9 años el crecimiento es más lento y estable, adquiere mayor dominio sobre los movimientos controlados y propositivos, aumenta su habilidad para moverse con rapidez y precisión, son más fuertes y resistentes. Dominan su cuerpo y empiezan a tener sentimientos de competencia y autoestima esenciales para su salud mental. Los niños torpes, con una coordinación deficiente, a menudo son excluidos y se sienten rechazados. Esto se debe a que se encuentra en la escuela primaria donde perfecciona sus habilidades y se vuelve más independiente. Empieza a probarse a sí mismo, en superar sus propios retos y los que el mundo le impone. Si tiene éxito, será una persona capaz y segura de si misma de lo contrario puede experimentar sentimientos de inferioridad. (Craig, 2001 y La prensa médica mexicana, 1980)

1.2.- Desarrollo cognoscitivo y lenguaje

La cognición, es una serie de procesos como, el pensamiento, aprendizaje, percepción, recuerdo, razonamiento, la solución de problemas y comprensión. Así el desarrollo cognoscitivo designa el crecimiento y perfeccionamiento de estos procesos desde la infancia. Las habilidades cognoscitivas se adquieren en etapas diferenciadas durante las cuales se concibe el mundo en una forma cualitativamente distinta al adulto. (Craig, op.cit.)

El desarrollo cognoscitivo está integrado al contexto social y cultural del niño. De esta manera permite a los

niños comunicarse con los miembros de su familia y así el comienzo de un período en el que llegan a dominar los roles y las expectativas familiares básicas. Después viene la capacidad de leer y de hacer sencillas operaciones matemáticas a los 5 o 6 años que forma parte un adelanto intelectual importante. Para posteriormente lograr tener la capacidad de razonar a nivel abstracto, que aparece alrededor de los 11 o 12 años. Todas estas conquistas señalan grandes cambios en el funcionamiento intelectual infantil. (Case, 1989)

Su desarrollo cognoscitivo, por lo general se da en la escuela. Sus habilidades cognoscitivas, lingüísticas y preceptuales maduran e interactúan de tal manera que hacen más fácil y eficaz el aprendizaje. Además aprenden formas de comunicación que les permiten mediar las relaciones entre el mundo externo, sus pensamientos y sentimientos.

El desarrollo del lenguaje es fundamental ya que, el lenguaje humano se ha descrito como un sistema complejo de comunicación simbólica que implica el dominio de habilidades lingüísticas y el recurso a reglas gramaticales muy elaboradas. Los investigadores del desarrollo infantil comprobaron la relativa rapidez con que el niño logra entender y hablar el idioma de su entorno. La adquisición del lenguaje, sigue una serie de etapas dentro de márgenes cronológicos. El lenguaje hablado cumple la función de expresar o comunicar estados emocionales, informaciones, ideas, etc. Pero para que el niño pueda adquirir su lenguaje verbal satisfactoriamente requiere tener una buena musculatura vocal, poder emitir sonidos, su sistema auditivo debe estar bien organizado para captar y analizar las ondas sonoras de la voz humana y ser estimulado por las personas que le rodean. De lo contrario el lenguaje no podrá cumplir su función y por lo tanto, no adquirirá habilidades sociales y su capacidad para entrar en contacto o interactuar con su entorno se vera afectada. (Malcuit y Pomerlau, 1992)

Al llegar al los 6 años o en la segunda infancia el pensamiento del niño se vuelve más flexible, reversible, no limitado al aquí y al ahora, empieza a utilizar la lógica y busca relaciones causales. (Craig, 2001)

A medida de que la mente del niño crece y tiene más experiencia, será capaz de comprender cada vez mejor las ideas complicadas. Ya que posee una inclinación por

aprender; desea ejercitar su mente en desarrollo, como ejercita su cuerpo en crecimiento. Una de las razones por las que habla tanto, pues esta feliz de aprender el uso de las palabras.

Las palabras son vitales para él, sirven como eslabón entre él y la demás gente. Ya que las ideas, sentimientos y deseos se expresan con palabras principalmente. Gran parte de lo que el niño aprende viene envuelto en palabras, de ahí que se les enseñe a usarlas y entenderlas. (La prensa médica mexicana, 1980)

El lenguaje se desarrolla a partir de la interacción de las capacidades innatas con la experiencia, los principales procesos de aprendizaje del lenguaje son la imitación, el condicionamiento, las estructuras innatas y el desarrollo cognoscitivo. (Gallardo, 1993)

Al llegar a los 6 ó 7 años el lenguaje del niño debe ser ya bastante claro. Sin embargo, todavía pronuncia mal algunas palabras muy largas o palabras nuevas que va añadiendo a su vocabulario. Generalmente se le puede ayudar a expresarse bien; con sólo hablarle de manera clara y escuchando lo que tiene que decir ya que el desarrollo del lenguaje en niños mayores, se basa principalmente en la comprensión de este (La prensa médica mexicana, 1980)

El desarrollo del lenguaje se relaciona con el desarrollo simbólico mediante el cual se lleva a cabo la comunicación de los pensamientos, emociones, deseos, etc. Es por eso que los niños que presentan problemas de lenguaje deben ser examinados, ya que el lenguaje no podrá desempeñar su papel en un ciclo de desarrollo comunicativo. (Shoning, 2003)

1.3.- Desarrollo social

Otro aspecto de maduración en la segunda infancia es la aptitud para adaptarse a un grupo. La cognición social, donde se involucran pensamientos, conocimientos y comprensión que pertenecen al mundo del yo en las interacciones sociales con los otros. Sus componentes de la cognición social son: la inferencia o conjeturas y suposiciones sobre lo que la otra persona siente, piensa o desea y el conocimiento de la responsabilidad y la comprensión de normas sociales como las costumbres y las

convenciones. (Craig, 2001) El primer grupo social donde se desenvuelve el niño es la familia parte fundamental del desarrollo.

La familia es una institución social, constituyendo un área de desenvolvimiento social en la que intervienen la patria, el suelo natal, las condiciones de desarrollo y la determinación de la dirección de despliegue. Este primer grupo social enseña al niño las bases en la vida humana en una dinámica de interacciones recíprocas basadas en la comunicación. (Aguilar, 2001)

Clemente y Hernández (1996) hacen mención que la familia cumple un papel importante en los factores influyentes en el desarrollo social del niño, así como fomenta aspectos interpersonales (ver figura. 1), aporta elementos en las áreas como, comportamientos sociales, afecto, desarrollo emocional, primeras relaciones interpersonales etc. Además de proporcionar los aprendizajes básicos y brindar sistemas de control de comportamiento: estableciendo de la disciplina parental, asunción de normas y valores.

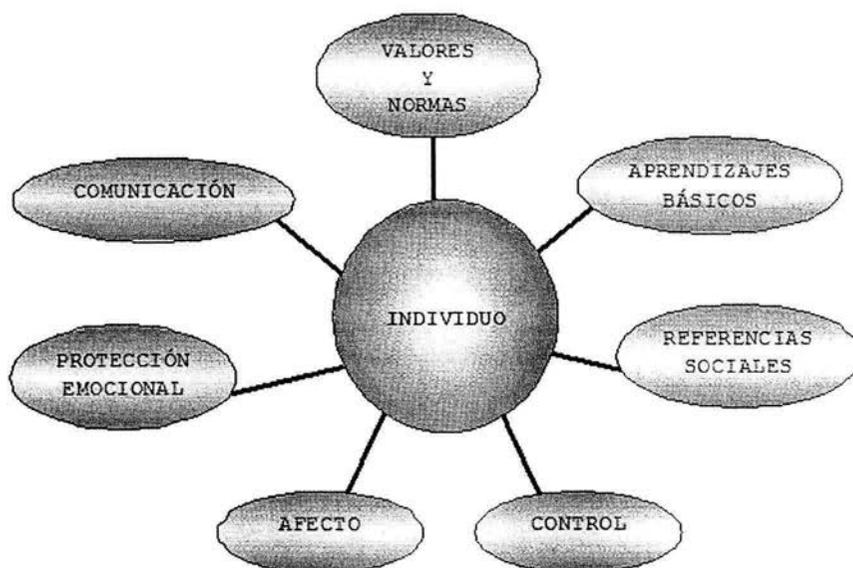


Figura 1. Principales aportaciones de la familia al individuo en su seno (Clemente y Hernández, 1996)

Posteriormente aparece un segundo grupo en donde encontramos a las instituciones educativas, cuando el niño entra a la escuela, las relaciones con sus compañeros son muy importantes en la segunda infancia, ya que ejercen influencia en el desarrollo social y de la personalidad. Además por su capacidad de inferir los pensamientos, las expectativas y las intenciones de otros, contribuyen a entender lo que significa un amigo. (Craig, 2001)

Las amistades ayudan al niño a aprender conceptos habilidades sociales, adquirir su autoestima, refuerzan y consolidan normas, actitudes y valores de grupo. También sirven de competencia individual y colectiva. (Chomsky, 2001)

En el desarrollo social del niño, el lenguaje desempeña la función más importante. Pues la lengua es el canal principal por el que se transmiten los modelos de vida, se aprende a actuar como miembro de una sociedad. Mediante la experiencia acumulada, por la relación con sus familiares, amigos, etc., pero se desarrolla más cuando se entra a la escuela. (Halliday, 1986)

De acuerdo con lo anterior, la socialización en el niño es fundamental para su desarrollo en general, además de ver el papel de la familia quien brinda las primeras bases para una socialización así como su adaptación enseñando las reglas o normas básica de su cultura y sociedad. En la segunda infancia, el desarrollo social es más enriquecedor, pues al entrar a la escuela se involucran a más personas, como los compañeros, amigos y profesores y no solo a familiares.

Conjuntado lo físico, la cognición y la socialización, que adquiere el niño durante su infancia, se va formando también su personalidad.

1.4.- Personalidad

El estudio de la personalidad se origina desde la filosofía, el arte o el lenguaje cotidiano, generalmente se refiere a cómo vivir de manera correcta y entender a los demás. La psicología ha retomado el concepto de personalidad, pues se relaciona con las conductas, ideas y actitudes. La psicología cognitiva respecto a la

personalidad, enfatiza la manera en que las personas perciben, procesan y reaccionan ante la información de su ambiente (González y Pérez, 2002)

La personalidad del niño depende del medio que le rodea y la herencia, así se ven involucrados los sentimientos que expresa a su modo. Hay niños que son simpáticos y tiernos, otros guardan sus malos humores y sus alegrías, es decir son callados y quizás algunos viven despreocupados. Pero también pueden compartir estas características ya que son seres humanos y comparten las penas y alegrías de intensas emociones. (La prensa médica mexicana, 1980)

Estas emociones forman parte de la vida del niño, dándole impulso para vivir, crecer, aprender y para salvarse de los peligros. Donde encontramos a las sensaciones que están ligadas a las necesidades fundamentales del niño.

El niño se da cuenta de sus necesidades a su manera, generando sentimientos que posteriormente aprenderá a manejar. Necesita sentirse amado y poder amar, tener la oportunidad de ser independiente, pero también capaz de depender de los demás, sentirse importante y valer como individuo, así como tener la libertad para explorar, crecer, aprender y crear.

De este modo cuando las necesidades emocionales del niño están satisfechas, él se muestra contento y cooperador. De lo contrario si se siente menospreciado puede sentirse desgraciado. Podrá adoptar una actitud rebelde, sentirse enfermo, inquieto, malhumorado o aburrido.

Los niños por lo general tratan de imitar principalmente a los padres, así también de otras personas que son importantes para él y de ahí forman también su personalidad. (La prensa médica mexicana, 1980)

La teoría del aprendizaje al hablar de personalidad, hace mención que la conducta es aprendida de su ambiente, pues al tener interacciones sociales con los demás el niño va adquiriendo valores, actitudes, lenguaje y otras características particulares de su cultura, sin dejar de lado su base genética como parte fundamental de su desarrollo. (Garfield, 1979; cit. en: González y Pérez, 2002)

Al hablar de interacciones sociales se encuentran los grupos sociales donde se desenvuelve el niño, como lo es el primario donde encontramos a la familia y el secundario donde están las instituciones educativas principalmente. Los cuales ocasionan que algunos niños puedan comportarse de manera extrovertida o introvertida.

Los extrovertidos son; sociables, le gustan las fiestas, necesita hablar con la gente, no le gusta estar solo, le gustan las emociones, el riesgo, actúa impulsivamente, toma decisiones rápido, son despreocupados, dispuestos, le gustan las bromas, los cambios, son optimistas, ríen mucho, a veces son agresivos y pueden perder el control.

En cambio los introvertidos son; tímidos, callados, lejanos, planean las cosas, son cautelosos, evitan las emociones, son serios, ordenados, pesimistas y toman en cuenta los valores éticos.

Se puede ver que son personalidades prácticamente opuestas esto se debe a que las primeras experiencias sociales en las que se encuentra la familia y el hogar, son significativas para determinar patrones de comportamiento y la formación del concepto de sí mismo, ya que la manera de comportarse de los padres hacia con sus hijos, tiene como resultado la personalidad del niño. (Hans Eysenck, s.f.; cit. en: Berryman, 1991)

El niño tiene una imagen de sí mismo, la cual es importante para la formación de su personalidad. Esta imagen de sí mismo, es la forma de cómo él se ve, y puede o no coincidir con lo que realmente es. La ha formado a través de los años, como resultado de muchas experiencias, incluyendo los sentimientos que se tienen hacia él, la forma que es tratado; sus fracasos y sus éxitos. La imagen de sí mismo cambiará a medida que vaya creciendo. Si tienen una imagen agradable de sí mismos los ayudara a tener valor y respetarse a si mismo. Aunque el niño tenga una manera de sentir única e innata, debe aprender a llenar sus necesidades en una forma que sea socialmente aceptable. (La prensa médica mexicana, 1980)

Algunas de las metas que motivan al niño, tales como amor, seguridad, prestigio, condición social y poder se relacionan con las llamadas necesidades del Yo. Y de ahí surgen algunas frustraciones y conflictos, en la búsqueda

de su independencia y que puedan percibir las consecuencias de sus acciones. (Berryman, 1991)

Cuando hay un descuido, abuso o indiferencia, el niño puede tener falta de iniciación de respuesta, pensamiento negativo, ansiedad, inseguridad y depresión. Entonces los niños crecen desarrollando patrones físicos de su comportamiento: señales exteriores y visibles de los valores morales internos, rasgos, hábitos, estructuras cognoscitivas y necesidades, formando así su personalidad, adquieren una conducta flexible y efectiva (adaptativa) de tal manera que se pueda enfrentar a la vida. Esto se da por medio de las influencias biológicas heredadas y los intercambios en varios ambientes sociales. (Berryman, op. cit.)

En conclusión la personalidad de un niño varia, como puede ser extrovertido, introvertido, alegre, etc. Aprendiendo finalmente que su comportamiento debe de ser aceptable sin violar los derechos de los demás ni los suyos, y esto va a depender de diversos factores como, la motivación, de como es tratado y juzgado por los demás, es decir el niño se forma una imagen de sí mismo clave de su personalidad, que en general se da por medio de la herencia biológica y su medio social.

Durante el periodo entre los 6 y 12 años, se da un desarrollo importante en la esfera cognitiva y social del niño. Al entrar a la escuela y comenzar a utilizar un lenguaje de manera más eficiente para intercambiar información, los niños están mejor capacitados para discriminar y describir sentimientos. Por lo tanto el niño empieza a formarse un juicio estable sobre sí mismo basado en su propia evaluación que se ve influida por su desempeño académico y social, sin embargo su estado de ánimo y su autoconcepto también dependen de la situación familiar en la que vive. Por eso en este periodo, los niños pueden reaccionar con tristeza ante una situación crónica de privación ambiental o ante una situación de pérdida de las fuentes de gratificación requeridas. (Solloa, 2001)

En la segunda infancia principalmente la edad de 8 y 9 años el niño no se preocupa aún por aquellos cambios físicos importantes que ocurren en la pubertad y adolescencia, más bien se centra en desarrollar sus habilidades, por ello la importancia que tiene estudiar este periodo intermedio donde el niño forma su personalidad de acuerdo con la

influencia de lo biológico, cognitivo y lo social, además de aprender a controlar sus emociones y adquirir un mejor lenguaje usándolo principalmente para su comunicación. Sin embargo, no todos los niños son iguales ya que existen factores que pueden alterar el desarrollo del niño como es el surgimiento de algunos trastornos.

1.5.- Trastornos del desarrollo

El desarrollo del niño puede presentar algunos trastornos a lo largo de su vida, ciertas tareas suscitadas por los aprendizajes pueden provocar una sobrecarga para el niño en los aspectos motor, lingüístico, intelectual o emocional. Que repercuten durante su desarrollo en los próximos años. (Chevrie y Narbona, 2001)

Algunos trastornos que afectan principalmente a los niños en la segunda infancia son: el retraso mental, problemas de aprendizaje, déficit de atención, trastornos del lenguaje y los problemas emocionales donde se encuentra la depresión.

Problemas emocionales:

Es más difícil para los niños que para los adultos saber qué es lo que les molesta y expresar algunos de sus problemas, es posible que manifiesten sus trastornos emocionales a través de la forma como se comportan.

Los signos de los trastornos emocionales pueden agruparse en 2 categorías principalmente.

En el primero se observan a menudo en niños que tienen una dificultad excepcional para controlar su enojo y sus sentimientos destructivos. Su disgusto y agresividad son constantes.

El segundo incluye a los niños que son profundamente desdichados, se muestran asustado, preocupados, tienen sentimientos de culpa y tienden a ocultar sentimientos retrayéndose del mundo exterior y de la demás gente. (La prensa médica mexicana, 1980)

Y la depresión infantil que se caracteriza por los siguientes síntomas según el DSM-III son:

Pérdida o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, pérdida de energía, pérdida de interés por las actividades habituales, sentimientos de autoreproche, culpabilidad inapropiada, disminución de la capacidad de concentración y tendencias suicidas. Los síntomas deben presentarse dos semanas como mínimo. (Maciá y Méndez, 1997)

Trayendo consigo otros trastornos que en ocasiones fungen como un enmascaramiento de la depresión como lo son los problemas de aprendizaje, problemas para expresarse hasta incluso la hiperactividad.

Sin embargo, se puede confundir la depresión con el trastorno de déficit de atención (TDA) y con los trastornos de conducta, ya que la depresión se puede presentar de una manea enmascarada. (Solloa, 2001)

Los factores emocionales, también pueden provocar que el niño no pueda expresarse adecuadamente. (Chevrie y Narbona, 2001) Dentro de las posibles causas de estos trastornos del lenguaje son: sordera, problemas emocionales, retraso mental, afasia receptiva, salud física, etc. (Shoning, 2003)

Como es el caso del **trastorno del lenguaje expresivo**, aquí podemos ver alteraciones significativas en el lenguaje receptivo-expresivo y por lo tanto tienen anomalías en su comunicación. Por lo que se puede presentar en el niño comportamientos restringidos, repetitivos y estereotipados. Y sus habilidades para conversar suelen ser muy diferentes o inadecuadas, trayendo consigo problemas emocionales. (Aliño, López y Valdés, 2002)

CAPITULO 2

DEPRESIÓN INFANTIL

¿Por qué ya no puedo reír,
jugar y divertirme como los
demás niños?

La depresión en un inicio es abordada desde el punto de vista médico y posteriormente retomada por la psicología.

Hipócrates, (cit. en: Arieti y Bemporad 1981), formuló la primera descripción médica, a la que llamo melancolía y cuyo origen atribuyó a un exceso de atrabilis o bilis negra en el cerebro, Galeno lo apoyó y esta teoría se mantuvo hasta la edad media. Con la difusión de la revolución científica los investigadores empiezan a considerar la depresión como una enfermedad mental causada por agentes fisiológicos más que por posesión demoníaca. Y de ahí empiezan a surgir diversos enfoques que la empiezan a abordar, como es el caso del cognitivo y conductual.

En la actualidad, en México, una de cada cinco personas sufre de depresión en algún momento de su vida, y puede afectar a niños, adolescentes, adultos y ancianos. (Programa de acción e-Salud (2003-2005) www.e-salud.gob.mx)

La depresión y los trastornos de la ansiedad se han convertido en la sombra de 15 millones de mexicanos en una proporción de 2 mujeres por cada hombre. Lo más grave es que sólo 7% de ellos reciben atención médica especializada.

Leopoldo Zárate, director del Hospital de Psiquiatría San Fernando, comentó, generalmente no se diagnostica en parte por la falta de preparación del médico para detectar oportunamente estos padecimientos, se dan tratamientos inadecuados, los enfermos no mejoran y comúnmente son mandados a otras especialidades, pero de una manera errónea. Motivo por el cual de cada 100 enfermos depresivos, 15 no ven salida a su problema e intentan quitarse la vida, 10 de ellos logran consumir su cometido. (Discapacinet, 2005. Meléndez. www.emexico.gob.mx)

Así mismo hacen mención que el sexo femenino se ha asociado sistemáticamente al incremento de la probabilidad de desarrollar depresión, efectivamente la sintomatología es más alta en las niñas que en los niños, sobre todo en los rangos que sobrepasan los 12 años, antes de esta edad es raro encontrar diferencias entre los dos sexos (Del Barrio, 1997).

En 1968 Weber y la Organización Mundial de la salud (OMS), reportaron que un 3% de la población infantil presentaba depresión (Polaino, 1988). En el 2002, diversos estudios epidemiológicos, hablan de que entre un 8 y 10% de la población infantil sufre depresiones. (Doménech y Polaino, Rivas Terán y Bragado, 2002)

El término **depresión** proviene del latín *depressus*, que significa abatido - derribado.

El enfoque **cognitivo**, menciona que la información que recibe el sujeto del entorno, la elabora y configura en forma de experiencia vivida. Para el sujeto el mundo externo es como se piensa; por lo que ello puede generar perturbaciones depresivas, acompañadas de otras alteraciones cognitivas como son: ideas, juicios, atribuciones y pensamientos negativos. Las terapias cognitivas sostienen que la necesidad básica del hombre es el bienestar (motivación básica). (Del Barrio, 1997 en: López, 2001)

Aron Beck, (cit; en: Fierro, 1988) considera que las distorsiones cognitivas, son la causa primaria de la depresión. Por lo que considera a la depresión no como un disturbo primario del ánimo, sino como resultado de pensamientos negativos y distorsiones de sí, del mundo y del futuro, reconociendo la implicación de múltiples

sistemas fisiológicos y psicológicos, como la inhibición psicomotriz, apatía, fatiga, baja energía, entre otras.

El enfoque cognitivo toma en cuenta para que se genere una depresión en la persona, principalmente el entorno que le rodea ya que de ahí la persona elabora la información que proviene de éste, lo convierte en una experiencia ya sea negativa o positiva para él. Así su pensamiento se vuelve positivo o negativo, y por tanto cuando una persona esta deprimida presenta pesimismo, una visión irreal, sus expectativas son negativas tanto para el ambiente, para él mismo y el futuro.

El **conductismo**, supone que la conducta depresiva es una respuesta a una determinada estimulación. La conducta aumenta o disminuye en función de las consecuencias benéficas o adversas que ocasiona al sujeto. El control de la conducta, se puede lograr con la supresión del estímulo negativo. Este enfoque sostiene que la depresión aparece cuando hay una insuficiente tasa de refuerzos positivos, por la indefensión aprendida, la frustración crónica y la falta de control sobre las relaciones interpersonales; el patrón cognitivo negativo y la desesperanza. (Del Barrio, 1997 y Norberto, 1997)

El modelo de **aprendizaje social**, vincula a la depresión a patrones de reforzamiento social inadaptados. Seligman, (1974,1976) (cit. en: Guerrero e Hidalgo, 1992) opina que la gente se deprime cuando siente una pérdida de control sobre sus experiencias que han sido reforzadas positivamente (incapacidad aprendida), cree que algunos individuos expuestos a estímulos aversivos que no se pueden evitar responderán con pasividad e impotencia a situaciones en lo futuro

Finalmente el conductismo se basa en, que la depresión proviene de la falta de reforzadores positivos para el sujeto y por consecuencia de experiencias adversas provenientes del medio social donde se desenvuelve.

Después de retomar dichas definiciones cabe mencionar de manera general los síntomas de la depresión en el adulto (ver Tabla. 1) para posteriormente poderlos comparar con los síntomas que se presentan en la depresión infantil.

SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN

1. Depresión del ánimo, como son sentimientos de tristeza, abatimiento, cambio de ánimo y descuido físico.
2. Pérdida de interés o de placer en actividades que antes disfrutaba.
3. Sentimientos de inutilidad y culpa.
4. Baja autoestima.
5. Pensamientos suicidas.
6. Ansiedad.
7. Dificultad de pensamiento, dificultad para concentrarse e indecisión.
8. Obsesiones y paranoias que traen consigo sensaciones de despersonalización, y los muy deprimidos empiezan a sentirse fuera de la realidad.
9. Pérdida de la energía.
10. Retardo y agitación.
11. Alteración del apetito.
12. Trastornos del sueño.
13. Pérdida del impulso sexual.
14. Síntomas corporales, como dolores de nuca y cabeza, calambres musculares y náuseas.
15. Reducción de producción verbal.
16. Incremento del llanto.

Tabla 1. Síntomas de la depresión (Hernández, 2000)

La depresión no solo ocurre en adultos, si no también en los niños, sin embargo durante un largo período de tiempo la comunidad científica, por estrictas razones teóricas, sostenía que la depresión infantil no existía, ya que se le daba poca importancia a las enfermedades mentales en los niños. En la actualidad existen muchas investigaciones respecto a la depresión infantil o depresión en el niño, ya que el término de depresión no posee el mismo sentido para un adulto que para un niño.

2. 1 Depresión infantil

La depresión infantil, todavía en la década de los 60 había absoluta indiferencia respecto a ésta, la ignoraban y cuando se hacía mención de ella la relacionaban con

fenómenos afectivos. Por lo que decían que esta debería de adaptarse de la siguiente manera:

- 1) Ser considerada como una entidad clínica independiente que requería diagnósticos diferentes de los utilizados en adultos.
- 2) Como similar al del adulto, con la única diferencia que era necesario establecer niveles de desarrollo.
- 3) O reconocer que no había elementos suficientes para aceptar la depresión infantil como una entidad clínica reconocida. (Calderón, 1999)

La depresión infantil es considerada por unos como una fase normal de la evolución, y por otros un fenómeno patológico, es decir fuera de la norma. A pesar de eso las depresiones infantiles han existido desde siempre, aunque anteriormente apenas se diagnosticaban. De ahí que diversos enfoques y autores la empiezan a retomar y a dar su punto de vista referente da la depresión infantil.

Papalia, (1993) define la **depresión de la niñez** como un desorden afectivo caracterizado por la falta de capacidad para divertirse o concentrarse y por la ausencia de reacciones emocionales normales.

Del Barrio, (1997) menciona que el niño muestra señales de **depresión** aun cuando desde la perspectiva adulta no tenga una verdadera razón para deprimirse. Del Barrio, al hablar de depresión infantil, señala que el niño muestra preocupaciones tanto o más que el adulto, sintiéndose incapaz de explicar los hechos que suceden en su alrededor y sin lograr interpretar lo que le ocurre.

En el enfoque **cognitivo** autores como Flavell, (1977) (cit. en: Norberto, 1997) quien menciona que los niños pueden percibir la realidad y hacer inferencias sobre 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 culpa para los demás. Es decir, los niños tienen la capacidad cognitiva para experimentar síntomas de depresión.

Ellis, (1974) (cit. en: Solloa, 2001) indica que los niños en la etapa evolutiva de las operaciones concretas pueden hacer inferencias a partir de la realidad concreta, es decir en el aquí y en el ahora. Tienen la capacidad cognitiva de experimentar síntomas de depresión como la culpa, baja autoestima, atribuciones erróneas de la culpa y sentimientos de rechazo.

El enfoque cognitivo está de acuerdo en que los niños si pueden presentar depresión, ya que su capacidad cognitiva les permite darse cuenta de su realidad y pueden hacer inferencias sobre ella, atribuyéndose algunas cuestiones de su entorno.

E. Slater y M. Roth (1969) (cit. en: De Ajuriaguerra, 2002) afirman que los niños están inmunizados contra los cambios de humor de larga duración y que este fenómeno no aparece antes de la pubertad. Sin embargo, desde hace 20 años se ha incrementado el interés por las depresiones infantiles.

Malmquist, (1985) (cit. en: Solloa, 2001) explicó que la depresión en los niños es un problema de autoestima que se origina en una relación poco empática con los padres en donde el niño continuamente se tiene que adaptar a lo que él cree que sus padres esperan de él, ignorando sus propias necesidades emocionales.

Para Polaino, (1998) la edad es una variable importante, ya que gracias ha ésta va a depender el modo en que se manifiesta sintomatológicamente la depresión en el niño. Aunque la mayoría de los niños deprimidos ya han adquirido el lenguaje, no quiere decir que este pueda ser útil para mencionar con precisión lo que les suceda de tal modo que no logran identificar ni hacerse cargo de lo que les pasa. Además menciona que en la segunda infancia (6 a 12 años) se pueden observar periodos de tristeza abierta, y no es capaz de verbalizar por completo sus sentimientos adecuadamente. La vida del niño es rica en fantasía. El niño también puede asociar las frustraciones pasadas a situaciones y tiende a rendirse cuando surge alguna decepción. En esta etapa la depresión puede ocurrir por la privación y la falta de gratificación ambiental. Por estas razones la infancia media es el tiempo en que es posible que se dé infelicidad prolongada en respuesta a diferentes tipos de estrés, como la privación ambiental y la dificultad para individualizarse. Son muy sensibles a sentimientos de culpa

y mostrar autorrespeto pobre, se preocupan por hacer felices a los padres para obtener atención y amor.

Lo anterior se resume de la siguiente manera:

ψ **Cognitiva:** Postula que el niño se deprime porque se producen distorsiones cognitivas en él respecto a:

- * Sí mismo
- * El mundo que lo envuelve
- * El futuro

ψ **Conductual:** Se cree que la depresión infantil se produce por falta de reforzamientos.

Finalmente la depresión infantil en la actualidad es tomada en cuenta y tiene sus propias características, y síntomas para diagnosticarla. Los síntomas no se dan de la misma forma en el adulto y en el niño, cabe mencionar estos síntomas de forma más detallada, ya que de esta forma se puede diagnosticar la depresión en el niño y por lo tanto dar un tratamiento.

2.2 Síntomas de la depresión infantil

La depresión infantil, puede surgir en cualquier momento del desarrollo infantil, pero su sintomatología se dispersa en función de la edad del niño.

Los expertos en el tema de depresión infantil, a través de numerosas investigaciones han llegado a la aceptación de los siguientes síntomas característicos y criterios de la depresión infantil en la segunda infancia, para facilitar el diagnóstico de dicho trastorno.

Algunos de ellos son: De la Garza, (2004); Díaz Calvo (1995) (cit. en: Solloa 2001); M. Sperling, (s.f.), J. Sandler y W. G. Joffe (s.f.) (cit. en: Ajuriaguerra, 2002) y por ultimo. Sandler y Joffe (1965); Poznanski y Zrull (1970) y Weinberg (1973) (cit. en: Arieti y Bemporai 1981). Los cuales coinciden al hablar de los síntomas en la depresión infantil.

Abarcando una edad entre los seis años y medio y los doce años y ocho meses. Ellos mencionaban que la depresión posiblemente no es un desorden primario, más bien secundario a problemas biológicos, psicológicos o sociales.

ψ **Síntomas:**

1.- Estado de ánimo disfórico (melancolía):

- ψ Expresiones o muestras de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo. Puede que no sean conscientes de esto.
- ψ Cambios en el estado de ánimo, mal humor.
- ψ Irritable se enfada con facilidad.
- ψ Hipersensible, llora fácilmente.
- ψ Negativista, difícil de complacer.
- ψ Transmiten la sensación de carecer de amor o de ser rechazados y dejados de lado por los demás.
- ψ Descontentos con escasa capacidad de placer.
- ψ Temor al fracaso.
- ψ Se dan por vencidos con facilidad.

2.- Ideación autodespreciativa:

- ψ Sentimientos de inutilidad, incapacidad, fealdad, culpabilidad, se describen como malos (autoconcepto negativo)
- ψ Ideas de persecución.
- ψ Deseos de muerte.
- ψ Deseos de marchar, escaparse de casa.
- ψ Tentativas de suicidio.
- ψ El pensamiento de que recibirán un trato injusto.

3.- Conducta agresiva (agitación):

- ψ Dificultades en las relaciones interpersonales.
- ψ Peleonero, pendenciero.
- ψ Poco respeto por la autoridad.
- ψ Beligerante, hostil, agitado.
- ψ Discusión, peleas excesivas o ira súbita.
- ψ Agresión verbal.

4.- Alteraciones del sueño:

- ψ Insomnio de conciliación.
- ψ Sueño inquieto.
- ψ Insomnio terminal.
- ψ Dificultad para despertar por la mañana.

5.- Cambios en el rendimiento escolar:

- ψ Quejas frecuentes de los maestros, poca concentración y escasa memoria.
- ψ Disminución del esfuerzo habitual en tareas escolares.
- ψ Pérdida de interés habitual en tareas escolares.

ψ Pérdida de interés habitual por actividades escolares no académicas.

6.- Socialización disminuida:

- ψ Menor participación en el grupo.
- ψ Menos simpático, agradable y sociable.
- ψ Retraimiento social.
- ψ Pérdida de intereses sociales habituales.
- ψ Pasividad oral.
- ψ Renuentes a recibir consuelo.
- ψ Difícil contacto con ellos.

7.- Cambio de actitud hacia la escuela:

- ψ No disfruta con actividades escolares.
- ψ No quiere o se niega a ir a la escuela.

8.- Quejas somáticas:

- ψ Cefalgias no migrañosas.
- ψ Dolores abdominales.
- ψ Dolores musculares.
- ψ Perturbaciones del aparato digestivo
- ψ Retraso motor.

9.- Pérdida de la energía habitual:

- ψ Pérdida del interés por actividades y entretenimientos extraescolares.
- ψ Fatiga física y/o mental.
- ψ Poco interés por las cosas, en forma momentánea o duradera, da la impresión de que se aburren.
- ψ Desinterés en el juego.
- ψ Descuido en el arreglo personal.

10.- Cambio de apetito y/o peso habituales.

11.- Otros.

- ψ Se masturban o practican otras actividades repetitivas.

Estos síntomas deben representar un cambio de conducta habitual en el niño y haber estado presentes un mes como mínimo para poder diagnosticar una depresión.

Los autores discriminan entre reacción afectiva depresiva y enfermedad depresiva, en la cual la depresión es más persistente y la tristeza se asocia con desarreglos de las funciones vegetativas, deterioro del rendimiento escolar o

de la adaptación social. En los casos más severos, el niño sufre trastorno del pensamiento debido a su retardo generalizado, sus sentimientos de desesperanza e impotencia así como tendencias suicidas.

Loevinger (1976) (cit. en: Polaino, 1988) menciona que tanto los síntomas como las causas de la depresión infantil van a depender de la edad del niño, en el caso de la infancia media su sintomatología se basa en la tristeza como respuesta automática a la situación inmediata. Los factores podrían ser por un rechazo por parte de los padres; ausencia de actividades gratificantes. Su tipo de disforia encontramos tristeza y gritos sostenidos, directamente relacionados con la frustración o a las situaciones de privación. Ya que como a esa edad el niño tiende a ser conformista, es decir se conforma con las reglas sociales y siente vergüenza y culpabilidad cuando no se ajusta a ellas.

De acuerdo con los síntomas mencionados anteriormente se muestra que los niños no presentan algunas características de la depresión de un adulto o no se manifiestan de igual manera, ya que los niños tienen preocupaciones de acuerdo a su edad. (Arieti y Bemporad, 1981) Así como se hicieron investigaciones para determinar los síntomas de la depresión en niños, también ocurre lo mismo al tratar de clasificar la depresión infantil.

2.3 Clasificación de la depresión infantil

Una de las primeras clasificaciones de la depresión infantil fue en 1857 por Descuret (cit. en: Polaino, 1988), este autor describe los cuadros depresivos bajo el término genérico de nostalgia y lo divide por la habitatividad y la afeccionividad.

ψ La nostalgia por afeccionividad, correspondería a las actuales depresiones endógenas, caracterizadas por inquietud, apatía, aislamiento social, desesperanza, tristeza, pérdida de apetito, cansancio, palpitaciones, pérdida de peso insomnio e ideas delirantes.

ψ La nostalgia por habitatividad, se vincula con las depresiones reactivas o neuróticas, las cuales se ven relacionadas cuando existe un repentino cambio de

domicilio, ya que existe un deseo melancólico e imperioso de volver a ver los lugares donde se vivió parte de la infancia.

McConville y colaboradores, (cit. en: Solloa, 2001) dividen a la edad entre 6 y 8 años en el tipo:

ψ Afectivo: que consiste en exteriorizaciones de tristeza e indefensión.

Y en los niños de 8 a 10 años, el tipo:

ψ Autoestima negativa: la cual se caracteriza por la verbalización de sentimientos de desvalorización y carencia de amor.

Eva Frommer (1968) (cit. en: Arieti y Bemporad, 1981) menciona tres subgrupos:

ψ Depresivo enurético, estos niños presentan problemas de aprendizaje, incontinencia y retraimiento social. Se trata de niños desafortunados e infelices y recurren a represalias pasivo-agresivas contra las figuras que representan autoridad.

ψ Depresión simple, estos niños son irritables, débiles, y tendencia a reiterados estallidos temperamentales, trastornos del sueño. No muestran ansiedad ni disminución de la confianza.

ψ Depresivo fóbico, presentan gran incidencia a la ansiedad y falta de confianza. Algunos niños tienden a sufrir dolores abdominales, u otros síntomas somáticos para no ir a la escuela.

Gittleman Klein llegó a la conclusión de que estos niños necesitan permanecer en el hogar cerca de la figura materna, debido a una anormal persistencia de la angustia de la separación. Y cuando se les permite quedarse con su madre, están felices y tranquilos; pues si se les obliga a separarse de ella, se muestran aterrorizados.

Cyntryn y Mcknew, (cit. en: Calderón, 1999) sugirieron tres tipos de desórdenes depresivos en niños entre 6 y 12 años:

ψ Reacción depresiva encubierta, la cual se caracteriza por hiperactividad, conducta agresiva, trastornos psicossomáticos o tendencias delictivas.

ψ Reacción depresiva aguda, aparece cuando existe la pérdida de atención de una persona amada. La recuperación es rápida.

ψ Reacción depresiva crónica, en esta no se detecta un hecho desencadenante, la recuperación no es rápida, y por lo menos uno de los padres ha sufrido episodios depresivos.

Posteriormente la clasifican en tres categorías:

ψ Crónica, aguda y enmascarada. Las dos primeras presentan cuadros de síntomas similares como son: el mal rendimiento y adaptación en la escuela, alteraciones de sueño, y de alimentación, sentimientos de miedo, desesperación, algunas ideas o intentos de suicidio, agitación y ansiedad. La diferencia entre estos es el tiempo de duración la crónica es cuando los síntomas perduran por más de dos semanas y se considera aguda cuando los síntomas tienen más de un mes.

En el caso de la depresión enmascarada no se presenta en forma claramente reconocible, es decir, suele aparecer en una gran variedad de alteraciones emocionales como hiperactividad, conducta agresiva, trastornos psicossomáticos, hipocondría y tendencia a la delincuencia.

Según los criterios del APA* (cit. en: Solloa, op.cit.) la clasifica en:

ψ Depresión mayor: cuando los síntomas son recurrentes mayor a dos semanas.

ψ Distimia: esta se divide en primaria y secundaria, donde en la primaria los síntomas no son el resultado de otro trastorno preexistente. Y en la secundaria la depresión surge como consecuencia de un trastorno preexistente (ejem. trastorno del aprendizaje)

ψ Depresión doble: cuando el niño tiene distimia con una depresión mayor superpuesta y la distimia se ha mantenido como un año como mínimo, entonces se hacen ambos diagnósticos.

ψ Depresión mayor en remisión parcial: se da cuando después de una depresión mayor quedan síntomas de lo que parece una distimia durante seis meses como mínimo.

*Asociación psiquiátrica americana.

ψ Depresión mayor crónica: después de una depresión mayor quedan síntomas depresivos durante dos años.

Stack (1971) (cit. en: Sevilla, 1994) habla acerca de las depresiones infantiles y las clasifica en dos grupos:

ψ Depresiones en niños preescolares, donde encontramos hiperactividad, apatía y somatización.

ψ Depresiones en niños escolares, encontramos una depresión simple, fobias u observaciones con reacciones depresivas, estados depresivos mixtos y depresiones asociadas con síndromes cerebrales orgánicos y estados psicóticos.

Aunque diversos autores clasifiquen a la depresión infantil (ver tabla. 2) de acuerdo a sus estudios realizados respecto a ella, las clasificaciones son muy similares, pues principalmente toman en cuenta el tiempo que perdura la depresión y la edad de los niños; y algunas de éstas se deben a diversos factores que causan la depresión y así su intensidad. Pues la depresión no puede surgir de la nada y es por eso que se abordaran algunos de los factores que principalmente desencadenan la depresión en los niños.

AUTORES	CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL
Descuret	ψ Nostalgia por afeccionividad ψ Nostalgia por habitatividad
Silvano y Temporal	ψ Afectivo ψ Autoestima negativa
Frommer Eva	ψ Depresivo enurético ψ Depresión simple ψ Depresivo fóbico
Cyntryn y Mcknew	ψ Reacción depresiva encubierta o enmascarada ψ Reacción depresiva aguda ψ Reacción depresiva crónica ψ Crónica ψ Aguda ψ Enmascarada
APA	ψ Depresión mayor ψ Distimia ψ Depresión doble ψ Depresión mayor en remisión parcial ψ Depresión mayor crónica
Stack	En niños preescolares: ψ Hiperactividad ψ Apatía ψ Somatización En niños escolares:

	ψ Depresión simple ψ Fobias u observaciones con reacciones depresivas ψ Estados depresivos mixtos ψ depresiones asociadas con síndromes cerebrales orgánicos y estados psicóticos
--	--

Tabla 2. Algunos autores que clasifican la depresión infantil.

La depresión infantil no aparece de la nada tiene diversas causas, las cuales son estudiadas desde diferentes puntos de vista, de acuerdo con sus investigaciones acerca de este tema.

2.4 Factores que causan la depresión infantil

La causa específica se desconoce en muchos casos, pero puede ser el resultado de una combinación de factores de predisposición genética aunado a factores médicos y psicológicos. (De la Garza, 2004)

Algunos enfoques también se dedicaron a buscar su origen de la depresión infantil los cuales menciona Del Barrio, (1997):

El **cognitivo**, habla acerca de la existencia de juicios negativos (Beck), experiencias de fracasos, modelos depresivos (Bandura), indefensión aprendida (Seligman), ausencia de control, atribuciones.

El **conductual**: a través de la ausencia de refuerzos (Lazarus), deficiencia de habilidades sociales y acontecimientos negativos ocurridos en la vida del niño negativas.

El **biológico**: por una disfunción del sistema neuroendocrino (aumentan los niveles de cortisol y disminuye la hormona de crecimiento), por una disminución de la actividad de la serotonina (neurotransmisor cerebral), y por efecto de la herencia (caso de padres depresivos).

En la actualidad se admite que la depresión infantil es una compleja interacción de distintos factores tanto de carácter biológico, psicológico, como social que sirven de base a la aparición de las distintas conductas normales y patológicas.

Se manifiesta una cierta vulnerabilidad personal, familiar y ambiental que combinadas dan lugar a la aparición de la conducta.

Las causas pueden ser fisiopatológicas (genéticas) situacionales, psicológicas, ecológicas, o sociales.

Un importante número de casos de depresión se debe a los medicamentos empleados para deferentes condiciones patológicas, el abuso de sustancias ilícitas y a enfermedades concurrentes. Algunos medicamentos que causan depresión son los antihipertensivos y fármacos para el corazón; sedantes e hipnóticos; esteroides y hormonas; estimulantes e inhibidores del apetito; antipsicóticos, agentes neurológicos, analgésicos y fármacos antiinflamatorios; fármacos antibacteriales, antivirales y fungicidas; antineoplásticos, entre otros sobre todo si no son bien manejados. (De la Garza, 2004)

ψ **Genéticos:**

Kallamann, (cit. en: Calderón, 1999) en sus estudios muestra que concuerdan con la teoría de una transmisión de la enfermedad por un gen dominante. Y en sus resultados se dio cuenta que la mayoría de los casos se presentaban en gemelos idénticos (monocigóticos).

La posibilidad de que un pariente de un enfermo deprimido padezca también depresión psicótica, hay de un 10 a un 15% de posibilidades de que su hijo presente un cuadro semejante o también en el caso de un hermano. Sin embargo si los dos progenitores padecen de depresión grave, sus descendientes afrontarían hasta un 50%. Y con parientes más lejanos, como tíos, abuelos y primos el riesgo sería de un 3 o 4%.

Además con frecuencia se presentan trastornos depresivos en varios miembros de la familia, sin embargo, no siempre hablamos de una herencia directa de la depresión, ya que como sabemos los miembros de una familia están sujetos a los mismos factores ambientales que pueden determinar la depresión. Los marcadores biológicos para la depresión pueden dividirse en grupos:

1.- Indicadores etiológicos: donde encontramos a los niveles de serotonina* en el líquido cefalorraquídeo.

2.- Productos de la enfermedad: el metabolito de la serotonina (el 5-hidroxi-indol ácido acético)

3.- Marcadores de enlace: los genes responsables del sistema HLA (Human Leucocyte Antigen), los cuales son un grupo de genes localizados en el cromosoma 6, y los genes implicados en la ceguera al dolor. (Solloa, 2001)

ψ **Psicológicos:**

Existen factores cognitivos que causan depresión como la presencia de actitudes disfuncionales, incluida una visión pesimista de uno mismo, el mundo o el futuro, o un estilo atribucional negativo en un individuo, en el cual los acontecimientos negativos de la vida son conceptualizados como resultado de causas internas, preceden al desarrollo del trastorno depresivo, de ahí que se utilizan tratamientos cognitivos. (Shaffer y Waslick, 2003)

Para Calderón, (1999) los factores emocionales desempeñan un papel importante cuando se presentan en la infancia ya que determinan rasgos de personalidad del individuo o algunos psiquiatras lo llaman rasgos constitucionales. Estos rasgos no son heredados sino que se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia hacia los miembros de la familia. Pueden ser causas determinantes, que se dan por la mala integración de la personalidad en la etapa formativa.

Y las desencadenantes, como ya se había mencionado anteriormente surgen a raíz de algunas pérdidas, como la de un ser querido, o la salud, por enfermedades en peligro de muerte, que originen incapacidad física, alteraciones estéticas o que afecten la autoestima.

La pérdida de contacto con otros niños de su misma edad debe de ser considerada como otra manifestación indudable de depresión. Se debe a que los niños no tienen la posibilidad de expresar verbalmente su estado de ánimo, pues el niño no tiene la menor idea de lo que es la depresión.

* Neurotransmisor que conduce la exaltación de una neurona con otra.

Los desencadenantes psicosociales, pueden ser la pérdida de personas importantes.

ψ **Sociales:**

Furr y Funder, (cit. en: Solloa, 2001) demostraron que la tristeza y la insatisfacción personal están relacionadas con el comportamiento, la percepción de uno mismo, la reputación social y la manera en como uno es tratado por los demás. Así como la actitud negativa hacia uno mismo está relacionada con las interacciones sociales no adaptativas y de esta forma afectan el autoconcepto.

Las dificultades en las **habilidades de comunicación**, interacciones sociales e interpersonales aparecen como un elemento relevante en la depresión. La angustia por hacer amigos, unida a la falta de habilidades para conectar con los demás, constituyen para las características esenciales del retraimiento social, el temor de ser ignorados, atacados y la presencia de un inadecuado reforzamiento por parte de los adultos contribuyen al mantenimiento de conductas de retraimiento que acompañan a la depresión. (Gottman, 1977; cit. en: Maciá y Méndez, 1997)

La falta de habilidades sociales (comunicación), déficit de asertividad y timidez están relacionados con la depresión y acontecimientos negativos ocurridos en la vida del niño o niña. Así como la existencia de juicios negativos, experiencias de fracasos, modelos depresivos, indefensión aprendida, ausencia de control, atribuciones negativas. (Solloa, 2001)

Por su parte Costello (1972) (cit. en: Solloa, 2001) señaló que la depresión se determina porque el sujeto posee aptitudes sociales inadecuadas.

Lewinsohn (1974) (cit. en: Abarca e Hidalgo, 1999) en su modelo operante de la depresión, establece que una de las causas de ésta es la falta de habilidades sociales, pues éstas implican que la persona obtenga un refuerzo social. Y al no tenerlas la persona se empieza a aislar, a evitar y a no ser efectivo en las conductas sociales y por lo tanto es reforzado cada vez menos.

Como anteriormente se menciona, este factor social, es el que tiene mas relevancia de acuerdo a dicha investigación, pues los niños que no logran comunicarse adecuadamente con

los demás se empiezan a sentir rechazados y a crear una baja autoestima que posteriormente los lleva a una depresión y esta trae consigo consecuencias que pueden ser irremediables.

En los niños se ha visto que la depresión se relaciona con el no tener amigos, ser rechazado, tener una escasa o nula interacción con los compañeros. Así como también la relación con la familia, como la cohesión familiar, abuso, y maltrato físico. (Solloa, 2001)

- La familia:

Algunos autores como Beck y cols. (1979); Martorell y cols. (1985) (cit. en: Polaino, 1988) han demostrado que hay una correlación, respecto a las siguientes variables de tipo familiar y las depresiones infantiles: orden de nacimiento, especialización de la madre, antecedentes parentales de la alteración mental, situación laboral del padre y nivel de escolaridad de los padres. Según estos autores, a mayor nivel de especialización laboral de la madre, peor calidad de la relación de la pareja y mayor deterioro de las relaciones entre padres e hijos.

El padecimiento de la depresión por los progenitores puede también contribuir a aumentar la vulnerabilidad frente a la depresión de los hijos, pues en diversas investigaciones se ha encontrado que en los hijos de padres depresivos es frecuente la aparición de humor depresivo, sentimientos de tristeza, ideación suicida y síntomas psicósomáticos. (Anthony, 1977; MacNew, 1979; Tarter, 1983 y Morrison, 1983; cit. en: Polaino, op.cit)

La familia es parte fundamental para desarrollar dicho trastorno ya que, Cohen (cit. en: Solloa, 2001) dio importancia a la atmósfera familiar, se dio cuenta que en las familias de los pacientes maniaco-depresivos se retraían de la comunidad. Y los niños deprimidos desarrollan una actitud de retraimiento con su madre o la persona más significativa. También se observa que el paciente creyó que podría recobrar el amor y la aprobación, sometiéndose, obedeciendo, trabajando fuerte y tratando de convertirse en alguien renombrado, un líder, un actor, es decir haciendo funciones que lo hagan sentir digno de amor de los demás.

La familia influye en el desarrollo, curso e intensidad de la depresión, por la vulnerabilidad genética, factores temperamentales de su capacidad intelectual, de los cambios fisiológicos internos y de la adaptación al estrés crónico y de su historia de aprendizaje.

Más tarde también son indispensables para el normal desarrollo emocional del niño las buenas relaciones con los padres. Una y otra vez numerosos expertos han señalado cómo las malas relaciones con los padres son la fuente específica de muy diversos problemas infantiles, y también claro está de la depresión.

En relación con la familia también se ha estudiado el puesto que se ocupa entre los hermanos. En muchas investigaciones aparece la posición intermedia como la más vulnerable a desarrollar trastornos de tipo emocional. Los padres deben prestar especial atención a la construcción de una adecuada autoestima y auto eficacia en el niño, así como incentivar en ellos la capacidad de afrontamiento, y el manejo adecuado de la frustración, todo ello constituye la prevención. (Maciá y Méndez, 1997)

- La **escuela**:

Durante la etapa entre 6 y 12 años, el niño pasa gran parte de su tiempo en la escuela, y el desempeño académico y social adquieren una importancia crucial en su desarrollo. El niño deriva una sensación de competencia y de seguridad cuando logra sus éxitos esperados en su rendimiento académico, cuando es aceptado y querido por sus compañeros. Por ello durante este periodo, cualquier fracaso en alguna de estas áreas predispone al niño a un trastorno del estado de ánimo volviéndolos vulnerables a la depresión y aislamiento.

En cuanto a la escuela, la localización oportuna de cualquier deficiencia de aprendizaje en un niño y su pronta solución es imprescindible para lograr una situación de progreso normal y aceptable, eliminando así la posibilidad de trastornos afectivos que conlleven a la aparición de depresión infantil.

Se ha relacionado la depresión infantil con el rendimiento escolar, unas veces considerándolo como causa y otras como efecto de la depresión. De hecho un niño deprimido puede descender su rendimiento en la escuela, pero también puede

comenzar sus síntomas depresivos por un fracaso académico. De allí radica la importancia de una buena evaluación y seguimiento por parte del maestro para detectar estos cambios en el alumno.

Ya que los niños que presentan problemas de aprendizaje, se sienten inseguros, enojados, rabiosos y finalmente deprimidos, al no poder aprender y ser exitoso como sus compañeros. Así como los niños con trastorno del lenguaje oral, pueden presentar otros síndromes psiquiátricos, como ansiedad por la separación, depresión y trastorno por déficit de atención, hiperactividad (Solloa, 2001)

La depresión infantil puede tener consecuencias si no es detectada y tratada a tiempo.

2.5 Consecuencias de la depresión infantil

Al parecer un estado depresivo no persiste demasiado, porque el niño no puede tolerar durante mucho tiempo sentimientos de angustia o tristeza. Es por eso que algunos niños son incapaces de soportar la depresión y no tardan en desplazar su atención hacia pensamientos o actividades más placenteros. Y de esta forma negarla, utilizando defensas para evitar el doloroso enfrentamiento con su realidad, y así formar actitudes hipomaniacas, la hiperactividad, la delincuencia, la agresión y algunos síntomas somáticos. (Arieti y Bemporad, 1981)

Los niños con depresión pueden tener secuelas a largo plazo relacionados con futuros problemas educativos, dificultades con los compañeros, autoimagen negativa, trastornos de la personalidad, inicio de abuso de sustancias, incremento de conflictividad familiar, comportamiento antisocial, hospitalización psiquiátrica e intentos suicidas. (Harrinhtgton, 1994; Lewinsohn, 1999; Weissman, 1999; cit. en: Shaffer y Waslick, 2003)

Los niños deprimidos presentan pensamientos e intentos suicidas, y esta es una de las consecuencias lamentables que trae consigo este trastorno. Pues la depresión ocupa el primer lugar entre los factores de riesgo del suicidio (ver figura 2). Pero esto no quiere decir que todas las personas deprimidas lo cometan y no todas las personas que lo hacen son depresivas.

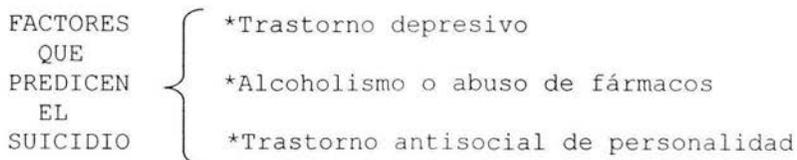


Figura 2.

Se define al suicidio desde hace 19 y 20 siglos antes de cristo y se fue retomando dando diversas definiciones:

Durkheim (1897) (cit. en: Polaino, 1988) el termino suicidio se aplica a todos los casos de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo de la víctima contra sí misma, con conocimiento del resultado que sigue a ese acto. También Durkheim (cit. en: Gender, 1993) lo relaciono con condiciones sociales y lo dividió en tres categorías:

ψ El egotista: se presentaba en individuos con pérdida de su sentido de integración en su grupo social.

ψ El suicidio anómico: se daba en quienes vivían en una sociedad sin orden colectivo.

ψ El altruista: se daba en personas que sacrificaban sus vidas para el bien de sus grupos.

Achille-Delmas (1932) (cit. en: Polaino, op. cit.) dice que el, suicidio es el acto por el que un hombre totalmente competente se mata a sí mismo; él es capaz de vivir pero elige sin ninguna obligación su muerte.

Orbach (1981) (cit. en: Polaino, op. cit.) hace una distinción entre acto suicida y conducta suicida, el primero puede ser o no impulsivo y se dirige directamente a la autodestrucción y la segunda se debe entender como el resultado de un proceso psicológico complejo donde encontramos a las cogniciones, las motivaciones y las experiencias emotivas.

Las teorías de la etiología del suicidio se han relacionado con la visión estándar de los efectos de la depresión, ya que cuando ésta empeora se pueden tener pensamientos suicidas y la solución para ellos es un acto suicida.

Éste tema ha sido muy discutido, se dice que un niño no tiene una noción clara de lo que significa la muerte, muchos niños desean matarse pero no morir, pues él no ve a la muerte como irreversible.

Hawton (1986) (cit. en: Arieti y Bemporad, 1981) señaló que el suicidio en niños menores de 12 años es muy raro, ya que la conducta suicida es muy distinta en niños que en adultos. También se ha comprobado que los padres ignoran por completo los pensamientos, planes e incluso conductas suicidas, se debe que los niños a diferencia de los adultos no muestran signos de aviso.

Schaefer (1974) (cit. en: Polaino, 1988) observó que los niños cometen más este acto que las niñas.

En los estudios psicológicos de niños con tendencias suicidas se ha observado tres tipos predominantes de personalidad como son:

- ψ Niños que se sienten rechazados por los demás.
- ψ Niños callados y poco comunicativos.
- ψ Niños perfeccionistas y autocensurantes.

Para Solloa, (2001) el suicidio en la infancia es el producto final de diversos factores, en los que encontramos un alto grado de madurez cognitiva que permite reconocer el significado real de la muerte, así de cómo planear y llevar a cabo el suicidio, las situaciones familiares, estados depresivos y la sensación de no ser querido o de no merecer amor por los demás.

En la actualidad han aumentado los casos de suicidio en niños como lo reportan las estadísticas.

Ya que el 23 de Agosto del 2005 en un noticiero escrito por Razyel, dice que reportan autoridades más de 3 mil casos de suicidio, en México el incremento de suicidios entre niños y adolescentes es preocupante, y la mayor parte de éstos tuvieron como antecedente la depresión. (blogs.vivito.net)

Sin embargo existen diversas estrategias en psicología para intervenir cuando se presenta un caso de depresión en niños.

Para poder intervenir se requiere de una evaluación, que principalmente se basa en los síntomas de la depresión,

donde se pone énfasis en los componentes afectivos y de ánimo. Para ello, han utilizado instrumentos, tales como autorreportes, escalas e inventarios, que evalúan cambios de ánimo, severidad y extensión de la depresión.

Diversos modelos hablan respecto al tratamiento y a la prevención de la depresión, por lo que en el capítulo 4 se abordará más ampliamente.

No obstante también, se combinan tratamientos que incluyen técnicas cognitivo y conductual, con el objetivo principal de asegurar el éxito de la intervención. (Maciá y Méndez, 1997)

La aproximación cognitivo-conductual, ha evaluado a través de entrevistas directas, registros, programas de actividad, pruebas, aut reporte, etc. los eventos cognitivos, conducta motora y conducta verbal. (Norberto, 1997)

Los niños deprimidos con frecuencia presentan dificultades para interactuar con los demás y sobre todo con los niños de su misma edad, y así tener dificultades con el desarrollo de habilidades relacionadas con la resolución eficaz de problemas sociales, lo que les conduce a mayores probabilidades de sufrir rechazo a de ser percibidos como menos competentes en diversos ámbitos. (Cole, 1990; cit. en: Shaffer y Waslick, 2003) Por lo que es la terapia cognitivo-conductual de la depresión se basa en mejorar dichas habilidades de comunicación.

Beck, (1979) (cit. en: Shaffer y Waslick, op. cit.) en su modelo asume que el pensamiento cognitivo negativo conduce a estados afectivos negativos y comportamientos inadaptados. Es por eso que una forma de prevenir la depresión es la adquisición de habilidades sociales.

Lewinsohn y cols, (1996) (cit. en: Shaffer y Waslick, op. cit.) menciona que se deben enseñar técnicas para incrementar las actividades placenteras, habilidades de resolución de problemas, técnicas de regulación emocional, habilidades sociales (comunicación) y formación asertiva.

Como lo muestra el enfoque cognitivo-conductual una forma de disminuir la depresión infantil es ayudarlos a mejorar algunas habilidades en las que encontramos la de comunicación, sin embargo primero se requiere saber que son estas habilidades de comunicación las cuales serán retomadas en el siguiente capítulo.

CAPITULO 3

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN VERBAL

"Es estupendo hablar con alguien
y que te escuche... y a veces
hasta entender lo que te dice"

Fernández

De acuerdo con las investigaciones realizadas por Berlo, (1989) muestra que el ser humano emplea más o menos el 70% de sus horas de actividad comunicándose verbalmente, o ya sea escuchando, hablando, leyendo y escribiendo. La gente puede comunicarse a muchos niveles, por diversos motivos, con gran número de personas y en múltiples formas. Pero la más usual es la que realizamos a través del habla, motivo por el cual surge el interés por las habilidades de comunicación verbal, si la mayor parte del tiempo nos estamos comunicando qué pasa con los niños que tienen la fortuna de hablar pero no se saben comunicar con los demás de manera adecuada.

Aristóteles (cit. en Berlo, op.cit.) definió la comunicación como todos los medios de persuasión que tenemos a nuestro alcance y que la meta principal de la comunicación es la persuasión, es decir, la persona hace el intento de llevar a los demás su punto de vista.

La **teoría conductista** está de acuerdo con la postura aristotélica donde dice que el uso del lenguaje tiene una dimensión persuasiva, y que la comunicación se hace completamente imposible si carece de éste intento, centrándose en la conducta humana al tratar de comunicarse. (Berlo, op.cit.)

Así de este modo la **teoría cognitiva**, concibe a la comunicación como un proceso, en el sentido de que no es estática, sino activa, en constante cambio y este proceso requiere la intervención de procesos cognitivos (percepción, codificación, descodificación, comprensión, formulación de preguntas, reconocimiento, verificación de la comprensión reformulación, metacomunicación, etc.). (Girbau, 2002)

Gran parte de la conducta está relacionada con el envío, transmisión o recepción de mensajes. Para sobrevivir en un medio ambiente fluctuante se debe tener algunas capacidades que le permitan al individuo recoger, procesar y usar información. Así la comunicación es un sector importante para la psicología y para el estudio de la conducta humana.

Por ello Miller (1980) ve al ser humano como un canal de comunicación, con una entrada provista por los estímulos que le presentamos y una salida que consiste en sus respuestas a estos estímulos y están correlacionadas con ellos. Pues el hombre tiene la capacidad de descubrir nuevas maneras de transformar o recodificar la información que recibe.

Los elementos de la comunicación humana son el contexto, emisor (codificador), el mensaje (código), el receptor (decodificador), el canal, el ruido y la retroalimentación. De tal manera que ayuda a la transmisión de señales y la creación de significados (ver figura 3). (McEntee, 1995 y Verderber 1999)

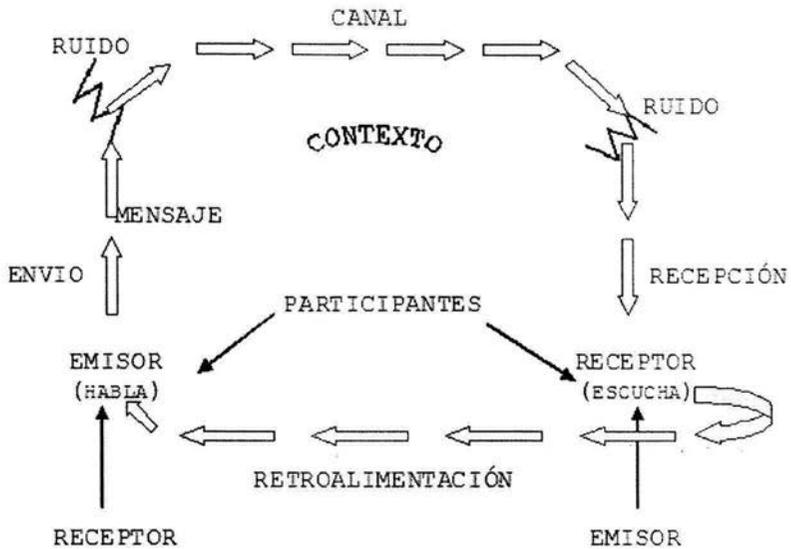


Figura 3: ciclo de la comunicación.

Y por medio de este proceso se van componiendo las cadenas de comunicación. Por ejemplo si el contexto, es acorde con la información que se va a transmitir, este ayudara a que los participantes puedan interactuar, compartiendo ideas y/o sentimientos, codificando y descifrando la información. Pero si el canal donde se envía tiene problemas como el ruido la información se puede distorsionar, pero para comprobar que esto no fue así se requiere de la retroalimentación, y así tanto el emisor como el receptor se dan cuenta del éxito o fracaso que se puede dar a través de la comunicación verbal.

3.1 Comunicación verbal

Cuando se habla de comunicación verbal se alude al lenguaje (palabra), es decir a lo que dice la persona a través del habla.

Para Woolfolk, (1999) el **lenguaje**, es crucial para el desarrollo cognitivo, proporciona el medio para expresar ideas, planear preguntas, las categorías, los conceptos

para el pensamiento y los vínculos entre el pasado y el futuro.

Verderber, (1999) explica que el **lenguaje**, es el cuerpo de palabras y el sistema para su uso en la comunicación que son comunes para la gente de la misma comunidad. Utilizamos el lenguaje para designar, clasificar, definir, limitar, evaluar, discutir, etc. El propósito del lenguaje es ayudar a los miembros de una comunidad a entender y relacionarse unos con otros.

Y Bruner, (1974) opina que el **lenguaje**, es el medio de interpretar y regular la cultura. Y esto comienza cuando el niño entra en la escena humana. Es en este periodo de interpretación y de negociación cuando se realiza la adquisición del lenguaje.

La historia del lenguaje es muy complicada de explicar, pues la forma en que usamos las palabras, oraciones, y los procesos de comunicación son complejos. Pero es interesante ya que forma parte vital en la humanidad. (Lewis y Reese, 1985) Las diferentes teorías tratan de explicar la adquisición del lenguaje:

Teoría cognitiva, Piaget s.f. (cit. en: Solloa, 2001) hace mención que los procesos del lenguaje y los cognoscitivos se desarrollan simultáneamente, a medida que el niño pasa por etapas del desarrollo.

Teoría conductual, según las aportaciones de Skinner s.f. (cit. en: Solloa, op. cit) a este modelo dice que el niño no sabe nada de lenguaje, pero posee aptitudes para aprenderlo a través del reforzamiento diferencial y la imitación. Y el lenguaje es una conducta observable y por lo tanto es aprendido.

Skinner s.f. (cit. en: Hayes y Leonhhard, 1994) definió conducta verbal como conducta operante reforzada a través de la medición de otras personas entrenadas para hacerlo.

Heller y Schwartz, (2000) clasifican al lenguaje en:

ψ Lenguaje hablado: el cual consiste en el lenguaje verbal que está presente en la comunicación entre el niño y el adulto desde el primer momento. Por supuesto, no es el niño quien lo utiliza, sino el adulto. Podríamos decir que, a pesar de que sea el adulto quien lo utiliza, el niño no lo

entiende, y, por tanto, este lenguaje no forma parte del proceso de comunicación adecuado.

ψ Lenguaje comprendido: se da cuando, el niño comprende en parte el lenguaje verbal del adulto y es en esta relativa comprensión donde se apoya su aprendizaje.

ψ Lenguaje receptivo: es la información que recibe el niño al escuchar sonidos, observar gestos y que los entiende. Es por eso que los niños deben ser expuestos a este tipo de lenguaje para que puedan adquirir habilidades de comunicación.

ψ Lenguaje expresivo: este empieza desde el primer gemido o llanto, es decir se da una comunicación de una persona con otra.

ψ El habla: esta es una forma de llevar a cabo el lenguaje expresivo, ya que las palabras tienen significados.

La capacidad de comunicación de cada individuo está determinada por su capacidad de emitir mensajes y de recibirlos. En cambio, en el niño esta diferencia es absolutamente cierta, aún cuando se refiere al nivel de capacidades; el lenguaje que el niño puede comprender es más rico y más complejo que el que es capaz de utilizar. (Siguan, 1978) Lo cual ira mejorando conforme se vayan adquiriendo mejores habilidades para comunicarse además de que le será más fácil y no le causara un conflicto.

3.2 Habilidades de comunicación verbal

Para iniciar con las habilidades de comunicación verbal, es importante mencionar ¿qué es una habilidad?

Las **habilidades**, son acciones orientadas hacia un objetivo o secuencias de acciones que podemos dominar o repetir en situaciones apropiadas Verderber (1999).

En las habilidades de comunicación verbal se requiere saber como pronunciar las palabras e interpretar los mensajes que recibimos de quienes nos escuchan y cómo alterar nuestros propios mensajes a medida que hablamos. Además en las habilidades de comunicación se involucra la habilidad para manipular sus ideas. (Berlo, 1989)

Por su parte Trenholm y Jensen (1996) (cit. en: Girbau, 2002) definen a la habilidad comunicativa, como la capacidad de comunicar con eficacia personal y de adecuación social. La sensibilidad a las normas y valores culturales puede mejorar una competencia comunicativa.

Las habilidades comunicativas deben estar disponibles en el sujeto y puestas en práctica en el momento adecuado, razón por la cual hay quien utiliza tal término como sinónimo de "competencia comunicativa". Así Dimbleby y Burton, (1990) (cit. en: Girbau, op. cit.) agregan que una habilidad comunicativa se debe utilizar de acuerdo a las necesidades de los sujetos implicados. Y que se desarrollan mediante la práctica.

De acuerdo con lo anterior, una habilidad de comunicación verbal se da cuando la persona es capaz de utilizar los recursos de comunicación para cubrir sus necesidades sin afectar al otro y de esa forma integrarse a una sociedad eficazmente.

El desarrollar habilidades de comunicación verbal le permitirán a la persona transmitir efectivamente mensajes, incrementar su autoestima y además, participar en las actividades de su entorno.

Y estas también se dan en la forma de comunicarse verbalmente de una persona, como una expresión verbal apropiada proviene de la correcta respiración, fonación*, resonancia y articulación. Así como también de diversos factores como la personalidad, la salud física y mental, etc. (Shoning, 2003)

Es por eso que Kubli (1995) sugiere que para tener una comunicación interpersonal adecuada o tener habilidades de comunicación se necesita:

- a) Interactuar bien con los demás: lo cual es lograr tus metas, pero sin burlarte, ni permitir que te ofendan.
- b) Tomar en cuenta el lugar, el momento y las reglas para facilitar la transmisión de mensajes.
- c) Considerar los beneficios para ti y para los demás: pues una buena habilidad da buenos resultados y aumenta la

* Fonemas: unidades de sonido básicas de una lengua.

probabilidad de lograr lo que te propones, así como también una satisfacción, seguridad, fortalece el autoestima, la calma y no afecta los derechos de los demás, y así la continuidad de la comunicación.

Tener habilidades no significa manipular, fingir, pensar en vencer, demostrar ser poderoso. Si no mantenerse satisfecho en las relaciones, pensando en el bienestar propio y en el de los demás, es por eso que se debe ser auténtico.

Verderber (1999) sugiere que ser capaz de hablar más claramente requiere que elaboremos nuestro vocabulario de trabajo y realizar una lluvia de ideas para generar selecciones de palabras de nuestro vocabulario activo. Mientras más amplio sea su vocabulario, más alternativas tendrá tanto de seleccionar la palabra como de entender.

Algunas de las habilidades que ayudan a lograr capacidad de comunicación verbal son:

a) Comunicación interpersonal: Implica interactuar con otra persona o un conjunto de personas. Se enfoca en escuchar y responder enfáticamente compartir información personal, sostener conversaciones eficaces y desarrollar, mantener y mejorar las relaciones.

b) Grupos donde se resuelven problemas: Abarcan a dos o más personas en público o en privado, para resolver un problema o llega a una decisión. La comunicación de grupo no es una actividad separada y sin relación, sino una que se levanta sobre el fundamento de las habilidades de la comunicación interpersonal.

c) Hablar en público: Significa preparar y exponer mensajes relativamente formales a audiencias en un ambiente público, implica determinar los objetivos así como el procedimiento. (Verderber 1999)

Otra habilidad de comunicación verbal es la asertividad:

Se considera a la **asertividad**, como una habilidad de comunicación interpersonal o social. Se puede definir como la capacidad para transmitir hábilmente opiniones, intenciones, posturas, creencias y sentimientos. Y consiste en crear las condiciones que permitan conseguir estos objetivos:

- a) Eficacia (conseguir aquello que uno se propone)
- b) No sentirse incómodo al hacerlo.
- c) En situaciones en que se pone de manifiesto un conflicto de intereses, ocasionar las mínimas consecuencias negativas para uno mismo, para el otro, y para la relación.
- d) En situaciones de aceptación asertiva, establecer relaciones positivas con los demás.

Ésta no es un término dicotómico (todo - nada), sino que la conducta puede resultar más o menos asertiva. La asertividad no es una característica de personalidad aunque pueda estar relacionada. Una persona puede mostrarse más asertiva en determinadas situaciones y menos en otras. Todas las habilidades pueden aprenderse con mayor o menor dificultad y en este sentido, la asertividad no es diferente.

También la aceptación asertiva se relaciona con la capacidad para ofrecer y recibir reconocimiento y cumplidos. Estas habilidades se inhiben con demasiada frecuencia olvidando las ventajas que la conforman. Debe tenerse en cuenta que ofrecer reconocimiento y cumplidos ante la conducta adecuada o gratificante del otro, aumenta la probabilidad de que la repita en un futuro.

Estas habilidades permiten aumentar la autoestima tanto del emisor como del receptor al mostrar aceptación y afecto hacia los demás, y en definitiva, facilitan la relación de confianza aumentando la satisfacción mutua. Ayudan a establecer relaciones positivas con los demás. (Arriaga y Giles, 1983)

3.3 Habilidades de comunicación verbal en niños

Los niños requieren de habilidades de comunicación verbal, en especial cuando ingresan a la escuela, ya que al ingresar se le asigna un grupo, maestro y compañeros, es donde el niño requiere de habilidades para establecer relaciones, y empezar a formar vínculos con quienes el niño prefiere.

Para tener dichas habilidades se ven involucradas las cogniciones sociales, las cuales son el conocimiento de si mismo, de los otros y el conocimiento de la relación de uno a otro. Ya que los niños descubren a los amigos, los cuales son los bienes más preciados de un niño, ya que ellos

ofrecen diversión, reafirmación, apoyo y protección, pero para ello se requiere de una buena capacidad de relación en el plano individual y una buena comunicación para mantenerla. Los niños por lo general en sus amistades se dan por los juegos y en las niñas buscan más sus amistades para poder comunicarse, compartir sentimientos y en general sentirse a gusto.

Los niños que tienen una reputación positiva entre un círculo de compañeros amplio, siempre se las arreglan para hacer lo que se debe hacer, en cambio los rechazados de algún modo captan y transmiten mensajes inadecuados. Por esas razones el niño debe aprender a interactuar adecuadamente con las personas que le rodean, y esto lo puede lograr si se le ayudan a reforzar sus habilidades de comunicación.

El niño tiene un pensamiento social, que ayuda al niño para ser socialmente aceptables, establecer amistades duraderas y triunfar políticamente (influyente y libre de sus propios gustos e integridad) dentro y fuera de la escuela. Dándose a través de conductas sociales y el lenguaje social, ya que un recurso social vital para los niños es la capacidad de expresar con precisión sus sentimientos por medio del lenguaje. (Levine, 2003)

Heller, (2000) en sus investigaciones se da cuenta que para que un niño adquiera habilidades de comunicación, se requiere examinar el desarrollo en áreas como la coordinación motora gruesa y fina, el pensamiento, el lenguaje receptivo, el expresivo y el habla.

Y a su vez Shoning (2003) señala que para que el niño adquiera habilidades de comunicación verbal, debe de aprender las palabras para intercambiar ideas, por lo que debe saber escuchar, concentrarse y comprender el ambiente que le rodea. Y para saber escuchar requiere de la capacidad de atención a los nueve años aproximadamente hablamos de una atención inclusiva.

Garton (1994) reafirma que, a través de la interacción social se van desarrollando habilidades para oír a la otra persona e interpretar el habla. Y de esta forma se puede dar una interacción social y mantenerla.

Levine, (2003) describe algunas habilidades de comunicación que requiere el niño para interactuar eficazmente y ser aceptable para el grupo:

ψ Comunicar e interpretar sentimientos, es decir capacidad para usar y comprender connotaciones, entonaciones y formas de expresión para la transmisión sin distorsiones de los sentimientos.

ψ Cambiar de código, capacidad de adaptar la forma de hablar a las personas que nos rodean.

ψ Elegir temas y mantenerlos, implica la capacidad para saber de que hablar, cuándo hablar y durante cuánto tiempo.

ψ Conversar, es la capacidad de establecer una verdadera comunicación bidireccional y fluida.

ψ Saber pedir, capacidad para saber cómo pedir y preguntar las cosas sin importunar a los demás.

ψ Ponerse en el lugar de los demás, se requiere de la capacidad para captar los sentimientos de los demás y comprender sus puntos de vista mientras hablamos.

ψ Correspondencia afectiva, implica la capacidad de reciprocitar el estado de ánimo de los demás por medio del lenguaje.

ψ Halagar, donde la capacidad y la voluntad debe estar presente para elogiar a los demás.

ψ Fluidez coloquial, adoptar adecuadamente la forma de hablar de otras personas, cuando se crea oportuno.

Por su parte Espíndola (1996) habla de la **creatividad** la cual se va desarrollando o mejorando conforme el niño pase por los cuatro planos:

ψ Expresivo, donde menciona a la espontaneidad y la libertad que se caracterizan en los niños, por eso al niño que se le limita a expresarse libremente, jamás será capaz de desarrollar sus habilidades y no podrá pasar a los siguientes planos.

ψ Productivo, en el cual se incorporan ciertas prácticas (informaciones, técnicas, etc.) y de esa forma logrará expresarse mejor y a su vez una mejor comunicación.

ψ Renovador, donde ya hay una comprensión de la problemática que se presente.

ψ Supremo, en el cual podemos ver las capacidades para asumir experiencias, reorganizarlas, abstraer y sintetizar.

De esta manera el niño logrará obtener una creatividad semántica, que tiene que ver con el significado de las palabras. Ya que la creatividad verbal está ligada a la capacidad ideativa, pues todo pensamiento se sintetiza en palabras.

De modo que si un niño adquiere habilidades de comunicación verbal, podrá ser más fácil y adecuado este proceso. Pero estas no surgen de la nada se requiere de que el niño este en constante interacción social, y no nada más conviva con su núcleo familiar, aunque este no deja de ser la base para la comunicación, y el manejo de algunas reglas que le servirán al entrar al mundo social. Y sobretodo el niño debe aprender a buscar su beneficio, pero sin perjudicar o dañar a los demás, ya que de este modo podrá ser aceptado y así lograr una mejor interacción. Así como también entre mayor sea el vocabulario del niño podrá comprender más y mejor, aunque no podemos dejar de lado el saber escuchar y poner atención. Claro que el adulto tiene mucho que ver en el desarrollo de estas habilidades, como se mencionaba un niño es creativo por naturaleza y si se le limita no lograra un desarrollo óptimo en este proceso de comunicación.

El DSM IV indica, que para evaluar el desarrollo de las habilidades de comunicación se requiere tomar en cuenta el contexto idiomático y cultural del sujeto. (Aliño, López y Valdés, 2002)

Bueno como se menciono anteriormente las habilidades de comunicación requieren o se basan en otras habilidades como:

Las habilidades emocionales las cuales constan de:

- ψ Identificación y designación de sentimientos.
- ψ Expresión de sentimientos.
- ψ Dominio de impulsos.
- ψ Reducción del estrés.

Habilidades cognitivas en las que encontramos:

- ψ Conversación personal (diálogo interior).
- ψ Lectura e interpretación de señales sociales.

- ψ Empleo de pasos para la solución de problemas y toma de decisiones.
- ψ Comprensión de la perspectiva de los demás.
- ψ Comprensión de normas de conducta.

Habilidades de conducta

- ψ No verbales: es decir comunicarse a través del contacto visual, la expresión, gestos, etc.
- ψ Verbales: hacer pedidos claros, responder, escuchar a los demás. (Goleman, 2001)

Los niños también son capaces de adquirir la habilidad de **asertividad**. La cual se considera como una habilidad social que tiene un repertorio conductual (verbal y no verbal), por el cual el niño afecta las respuestas de otros en un contexto interpersonal, con lo que el niño influye en su medio para obtener, remover o evitar resultados deseables o indeseables en la esfera social. (Rimm y Markle; en: Wright, 1976; cit en: Arriaga y Giles, 1983)

Los componentes que determinan que un niño posea asertividad o no son:

- ψ Número de palabras, lo cual se refiere a la cantidad de palabras que usa el niño en sus contestaciones.
- ψ La relación de los disturbios del habla por la duración del habla, es decir, el número de disturbios en el habla, incluyendo pausas, tartamudeos y reniegos, lo cual se divide por la duración de la contestación.
- ψ Conformidad, a veces el niño debe aplicarla frente a la otra persona cuando debe escuchar y permitir las opiniones del otro.
- ψ Conductas positivas espontáneas, lo que incluye conducta verbal, donde demuestre voluntariamente algunos actos positivos hacia sus compañeros o a otras personas. (Hasselt, 1979; Reardon, 1978; cit. en: Arriaga y Giles, op.cit.)

El manejo de habilidades de comunicación verbal ayudara al niño a tener una mejor comunicación verbal y por lo tanto una buena socialización parte fundamental en su desarrollo. Es decir, un buen lenguaje social supone una comunicación eficaz, y ésta a su vez constituye una base muy firme para el establecimiento de relaciones importantes y positivas

con otras personas. En caso de que no se cuente con éstas puede traer problemas al niño.

3.4 Consecuencias al no tener habilidades de comunicación verbal

Cuando los niños carecen de habilidades de comunicación verbal, su personalidad puede tener las siguientes características de las cuales hace mención Fernández (2006) puede darse de manera inhibida o agresiva:

Inhibida:

- ψ Comportamiento verbal vacilante.
- ψ Postura cerrada y hundida.
- ψ Posición de cabeza a menudo hacia abajo.
- ψ Ausencia de contacto visual.
- ψ Voz baja.
- ψ Tiende a alejarse de los otros.
- ψ Deja violar sus derechos.
- ψ Baja autoestima.
- ψ Pierde oportunidades.
- ψ Permite a los demás elegir por él.
- ψ Se siente sin control.

Agresiva:

- ψ Habla impositiva.
- ψ Interrupción a los demás.
- ψ Da órdenes.
- ψ Postura erecta y hombros hacia atrás.
- ψ Movimientos y gestos amenazantes.
- ψ Mirada fija.
- ψ Voz alta, fluida y rápida.
- ψ Viola los derechos de los otros.
- ψ Baja autoestima.
- ψ Se entromete en las elecciones de los otros.
- ψ Pierde oportunidades.
- ψ Se siente sin control.
- ψ Logra algunos objetivos, pero daña relaciones.

En ambos casos la persona tiene baja autoestima, pierde oportunidades y sobretodo se siente sin control. Lo que esto trae como consecuencia es, el no lograr sus objetivos y a su vez generar conflictos interpersonales. Y por lo tanto esto afecta en cómo es percibida la persona.

Es por eso que McEntee, (1995) explica que, la persona que tiene habilidades de comunicación verbal y la que carece de ellas, son percibidas por los demás de la siguiente manera. (ver tabla 3)

Con habilidades de comunicación verbal	Falta de habilidades de comunicación verbal
Honesta	Hipócrita
Discreta	Burlona
Madura	Chismosa
Inteligente	Envidiosa
Educada	Mentirosa
Sencilla	Terca
Paciente	Prejuiciosa
Comprensiva	Mentalidad cerrada
Franca	Impaciente
Sincera	Superficial
Objetiva	Indiscreta
Mentalidad abierta	Distraída
Dinámica	Voluble
Alegre	Aburrida
Optimista	Pesimista

Tabla 3: La persona con habilidades y sin habilidades de comunicación verbal.

Los niños que carecen de habilidades en este aspecto constantemente son malinterpretados, tienen problemas para regular su voz, las palabras que eligen y el ritmo del lenguaje y no pueden transmitir sus sentimientos con precisión; necesitan constantemente la aprobación de sus padres; pueden tener problemas para saber cuándo se habla de una broma y cuándo se habla en serio, es decir, tienen problemas para interpretar y comunicar a través del lenguaje aquello que se relaciona con los sentimientos.

Los niños a veces tienden a ser muy crueles con aquellos que carecen de algún elemento importante y en este caso la falta de habilidades de comunicación, por tanto son rechazados y humillados provocando una experiencia muy triste, puede traer consecuencias más graves en el niño ya que suelen caer en la depresión y la ira. (Levine, 2003)

Algunos problemas que puede tener el niño que carece de habilidades de comunicación verbal, son problemas

interpersonales que traen consigo trastornos emocionales y conductuales. Y es probable que no hagan amistades, y no se adapten satisfactoriamente a ambientes institucionales. (Ballack y Hersen, 1978; cit. en: Jeffrey, 1987)

Además de presentar agresión, problemas de aprendizaje, problemas de conducta, inadaptación social, en general conductas no aceptadas por la sociedad. (Ríos, 2002)

Para Reid (1978) (cit. en: Trevitchick, 2002) agrega como problemas comunes, insatisfacción en las relaciones sociales, dificultades en la representación de un papel y angustia emocional reactiva.

Para evitar o ayudar a eliminar los problemas que ocasiona el no tener habilidades de comunicación verbal mencionados anteriormente, existen algunas estrategias, con ayuda del psicólogo, la familia y la escuela, las cuales serán retomadas en el siguiente capítulo.

CAPITULO 4

INTERVENCIÓN EN NIÑOS CON FALTA DE HABILIDADES DE COMUNICACIÓN VERBAL Y NIÑOS CON DEPRESIÓN

Dentro de la psicología existen diferentes enfoques que emplean una metodología distinta de trabajo. Se pueden destacar para el estudio e intervención, el psicoanalítico, la orientación humanista, la gestáltica, sistémica, así mismo se han desarrollado métodos que llevan un enfoque tanto cognitivo como conductual por lo que reciben el nombre de enfoque cognitivo - conductual, entre otros.

Sin embargo, la terapia cognitivo - conductual se centra principalmente en dos aspectos del ser humano, que son:

- ψ Lo **cognitivo**-lo que **pensamos**.
- ψ Lo **conductual**-lo que **hacemos**.

Desde este punto de vista, en el ser humano encontramos; pensamientos, cuerpo, emociones y conducta. Cada uno de estos elementos están relacionados entre si.

El trabajo del psicólogo desde esta orientación se centra en los pensamientos "mal expresados" y las conductas "mal aprendidas", para conseguir un cambio que incluirá la desaparición de sentimientos negativos que siempre acarrearán un problema. Recordemos que el enfoque de la terapia cognitiva se basa en la perspectiva teórica de que las operaciones cognitivas internas tienen influencia en las emociones y determinan la conducta. Los pensamientos, ideas, creencias, percepciones y actitudes involucradas en las funciones mentales, pues estos son sumamente importantes para la adaptación del niño a su medio.

El objetivo de dicha terapia es llevar a cabo estrategias para alterar los pensamientos e ideas del niño con el objetivo de producir cambios en su conducta. (Solloa, 2001)

Así las técnicas conductuales utilizadas en la terapia cognitiva tienen doble finalidad; primero producir un cambio en la pasividad, la apatía y la falta de gratificación del cliente; la segunda, es estimular la evaluación real de sus creencias súper-generalizadas de incapacidad e incompetencia. Y sobre todo recalcar que el objetivo inmediato es reducir la auto-depresión. En los niños se le puede manejar como un reto, para sentirse mejor. (Beak y Shaw, 1981)

El tratamiento para cualquiera de las dos problemáticas tanto la falta de habilidades de comunicación verbal y la depresión infantil, se requiere el apoyo familiar y el objetivo es aumentar la comprensión para el niño y disminuir el rechazo de la familia hacia él. (Calderón, 1999)

De esta manera el psicólogo podrá intervenir para prevenir o darle solución a la falta de habilidades de comunicación verbal así como detectar depresión en el niño, y en caso de diagnosticar depresión también podrá intervenir.

4.1 Estrategias para el tratamiento en la depresión infantil.

El tratamiento con niños depresivos ha incluido diferentes aproximaciones, desde las intervenciones profundas en el nivel psicodinámico y en la relación del niño con sus padres hasta la modificación de los síntomas a través de

técnicas conductuales. Es decir las técnicas más destacadas son las intervenciones basadas en la psicoterapia, la terapia familiar, la terapia cognitivo- conductual y el entrenamiento de habilidades sociales. (Solloa, op.cit)

Con lo anterior coincide De la Garza, (2004) ya que en sus investigaciones con niños descubrió que la psicoterapia dinámica y la psicoterapia cognitiva son de las más usuales y eficientes para el tratamiento de la depresión infantil.

La depresión en los niños se puede prevenir, cuando existen antecedentes de problemas depresivos en los padres de familia es de esperarse que los hijos tiendan a padecerla. Por eso cuando un adulto solicita la consulta, el especialista debe de prevenir que observe a sus hijos. Igualmente cuando se vive en un ambiente de violencia, de abuso de alcohol o de sustancias, se pueden esperar problemas depresivos en los niños. (De la Garza, op.cit.)

El psicólogo puede aplicar pruebas y con ayuda de otros elementos como la observación puede detectar depresión en el niño, el Cuestionario de depresión para niños CDS (Tisher y Lang, 1974) que en la actualidad es el cuestionario más utilizado para detectar depresión en niños. Sin embargo, se deben tomar en cuenta algunos factores como: el nivel de desarrollo del niño, su grado de madurez intelectual, su fragilidad emocional y el carácter interiorizado de la conducta deprimida. (Del Barrio, 1997)

La entrevista a los padres es un instrumento importante de recolección de datos, tanto del niño deprimido como de la familia. Así como también la entrevista a los maestros y compañeros de clase.

La depresión produce una cantidad de cambios en el procesamiento de la información. El modelo cognitivo de la depresión se centra en el papel de la perturbación del contenido del pensamiento, y del proceso del pensamiento de origen. Ya que el pensamiento de una persona deprimida se caracteriza por un aumento considerable del autodesprecio, pesimismo, pensamientos cargados de temor. Es decir tienen muchos pensamientos negativos automáticos (PNA).

En la teoría del desarrollo cognoscitivo se encuentra el pensamiento, el razonamiento y la solución de problemas, dando especial importancia a cómo se desarrollan estos procesos desde la infancia. (Craig, 2001)

De acuerdo con Leahy (1988) (cit. en; Solloa, 2001) es importante tomar una perspectiva de desarrollo al utilizar el enfoque cognitivo como en el caso de:

ψ Depresión por desesperanza: está asociada al supuesto de que el fracaso es un patrón persistente, el no tener éxitos lleva al niño a darse por vencido. Es por eso que el tratamiento tiene que enfocarse, a ayudar al niño a enfrentar y manejar el fracaso. La estrategia se enfoca a que el niño visualice cualquier experiencia como oportunidad de aprendizaje, o como un reto. Hacerle ver que es bueno aprender de los errores y de esa manera el llevara una auto- evaluación más efectiva.

Aquí el psicólogo se centra en los pensamientos negativos automáticos (PNA) los cuales suelen dividirse en preocupaciones relacionadas con la idoneidad o la posibilidad del ser amado. (Moreno, 1997)

Al niño se le pueden manejar estos pensamientos con personajes, como el monstruo de los pensamientos malos y el hombre de los pensamientos inteligentes. (Solloa, 2001)

En la terapia cognitiva encontramos técnicas que capacitan al niño para auto-convencerse que él es el dueño auténtico de su conducta.

Sus objetivos inmediatos de la terapia cognitiva son:

ψ Los síntomas concretos de la depresión.

ψ Las suposiciones silenciosas o creencias por las que él se comporta (Beak y Shaw, 1981)

Aarón Beck, esta de acuerdo en que la imagen negativa hacia sí mismo puede convertirse en una formación de la organización cognitiva. Algunos ejemplos que propone Beck con respecto a los autoconceptos negativos son: soy débil, soy inferior, no soy capaz de lograr que me quieran, no puedo hacer nada bien, etc. Estos conceptos aparecen con gran fuerza durante la depresión, ya que estos determinan la dirección de la autoestima. Por ello Beck también propone atacar estos pensamientos negativos hacia sí mismo, el mundo y su futuro. Y la terapia constará de cuatro fases:

ψ El terapeuta procederá a examinar los datos de la historia de vida del paciente para identificar patrones no adaptativos, posteriormente se le dice al paciente que el desorden es el resultado de actitudes no adaptativas por eventos traumáticos.

ψ Esta fase se le llama educacional, donde se le enseña al paciente a enfocar e identificar cogniciones que generen depresión (pensamientos automáticos)

ψ Después se incrementará la objetividad del paciente hacia estas cogniciones depresivas, puntualizando que estas distorsionan su realidad, con ayuda del terapeuta.

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

Esta terapia también ha sido aplicada en adolescentes y en niños, donde a través de sus experiencia se les enseña a observar y a notar sus conocimientos mal adaptados. (Guerrero e Hidalgo, 1992)

En una intervención cognitiva, propuesta por Moreno, (op.cit) encontramos de manera más desglosada la terapia propuesta por Beck, (técnica de la triple columna o del predominio y satisfacción) que se muestra en cuatro etapas:

1.- Lograr pensamientos automáticos y comprenderlos, es decir entender la percepción de uno mismo, el mundo o el futuro.

Se le enseña a la persona a identificar los pensamientos negativos automáticos. Pues de este modo aprenderá a ser más consciente de su diálogo interno y de los modelos de pensamiento. Como ya se había mencionado anteriormente el niño deprimido tiene pensamientos negativos y no realistas.

Así como se trabajan esos pensamientos en las sesiones también se dejan tareas donde se le pide que registre diariamente estos pensamientos y relacionarlos con sus emociones (ver tabla 4).

SITUACIÓN	EMOCIONES	PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	RESPUESTA RACIONAL	RESULTADO
Describir el hecho real que llevó a emociones desagradables.	Especificar triste, ansioso, enojado, etc. Evaluar el nivel de la emoción del 1 al 10	Escribir los pensamientos	Anotar las respuestas racionales a los pensamientos automáticos	Reevaluar

Tabla 4. Muestra del registro diario de pensamientos disfuncionales. (Moreno, 1997)

2.- Verificar la exactitud de los pensamientos automáticos. El objetivo de esta etapa es ayudarlo a aprender a pensar más objetivamente.

3.- Identificar errores lógicos, distorsiones, presupuestos o esquemas subyacentes parciales. Se le pide una autobiografía y de esa manera se reúnen datos importantes.

4.- Verificar la validez de cogniciones de alternativa que sean más adecuadas. Se le pide hacer una lista de las ventajas y desventajas de tener actitudes y creencias. También se le pide que actúe de manera contraria a lo acostumbrado y observe lo que pasa.

Finalmente la meta de esta terapia cognitiva es resolver la depresión y evitar una posible recaída.

Otra terapia cognitiva para la depresión es la terapia racional-emotiva, propuesta por Albert Ellis, donde asume que los desórdenes psicológicos surgen de pensamientos irracionales derivados de ciertas creencias mentales de nuestra sociedad y de ciertos parámetros esperados respecto a las necesidades humanas. Por ello Ellis le da mayor énfasis a modificar las creencias del paciente, a diferencia de Beck de comprobar su realidad. En su terapia Ellis la explica a través del paradigma A-B-C-D:

- ψ **A:** se refiere a un evento o acontecimiento al cual se expone el individuo.
- ψ **B:** a la cadena de pensamientos que lo llevan a responder a **A.**

ψ C: simboliza las emociones y conductas que son consecuencia de B.

ψ D: significa, los esfuerzos del terapeuta para modificar lo que ocurre en B.

Esta terapia se basa en las creencias acerca de si mismo, que muchas veces lo llevan a un aislamiento social y otras conductas que provocan depresión. Así el tratamiento consistirá en obtener una reevaluación o reestructuración del pensamiento, permitiéndose que se desarrollen actitudes y conductas positivas, a través del lenguaje ya que éste es el más usual y la mejor manera de resolver un problema.

Así la terapia racional-emotiva logra la enseñanza de destrezas de auto-análisis racional y de pensamiento crítico. Donde se instruye al niño a como empezar a resolver sus problemas emocionales, aprendiendo a cambiar sentimientos inapropiados por apropiados*. (Guerrero e Hidalgo, op.cit.)

Los propósitos de ésta terapia para los niños se expresan de la siguiente manera:

- ψ Identificar correctamente las emociones.
- ψ Desarrollo del vocabulario emocional.
- ψ Distinguir entre ayuda y sentimientos inútiles.
- ψ Diferenciar entre sentimientos y pensamientos.
- ψ Auto-conversación.
- ψ Hacer la conexión entre la auto-conversación y los sentimientos.
- ψ Aprender racionalmente copiando lo ya establecido.
- ψ Enseñar la auto-aceptación.

* Los sentimientos apropiados son generados por creencias racionales, son una respuesta adecuada a la situación, facilitan alcanzar metas, mientras que los sentimientos inapropiados son generados por respuestas irracionales, son una respuesta inadecuada, impiden alcanzar metas y son reacciones extremistas.

ψ Corrección de malas percepciones de la realidad.
(Waters, 1982; cit. en: Guerrero e Hidalgo, 1992)

Estas terapias cognitivas son funcionales sin embargo, se ha abordado la depresión por medio de diferentes métodos conductuales operacionales y de aprendizaje social.

Las terapias conductuales como anteriormente ya se menciono hablan de que la depresión es un episodio conductual, en el cual el sujeto deja de tener acceso a una fuente de reforzamiento. Lazarus, (1868); Lewinsohn y Graf, (1973); López, (1973) y Nelly, (1987) (cit. en: Guerrero e Hidalgo, 1992) están de acuerdo en que el reforzamiento inadecuado también se puede referir a una frecuencia reducida del reforzamiento social. Por ello mencionan que una buena terapia para la depresión consistirá en un entrenamiento de habilidades sociales, que involucran conductas tanto verbales como no verbales, involucrando a la familia.

Otro autor que le da importancia al entrenamiento de habilidades sociales es Zeiss, 1977 demostrando en sus resultados de su estudio indican que hubo una baja significativa de depresión y una mejora en las habilidades sociales. Después comparó el tratamiento cognitivo, el de habilidades sociales y el incremento de actividades agradables, y se dio cuenta que los tres funcionan para el tratamiento de la depresión tanto en adultos como en niños. (En: Blaney, 1981; cit en: Norberto, 1977)

Como vemos ambas terapias han sido y son funcionales para el tratamiento de la depresión en niños, por ello los psicólogos tienden a combinarlas formando una terapia cognitivo-conductual.

Beck, Khatami y Rush (1975) (cit. en: Beak y Shaw, 1981) en sus estudios informaron que un tratamiento satisfactorio de sus clientes en estado depresivo, es la combinación de técnicas cognitivas y conductuales. Donde la principal modalidad conductual es utilizar actividades programadas y el enfoque cognitivo se basa en exponer y corregir las distorsiones negativas en los pensamientos. Y así los resultados fueron satisfactorios sin la necesidad de administrar medicamentos.

Los objetivos de la terapia cognitivo-conductual para la depresión son los siguientes:

1.- Reconstruir un concepto positivo de sí mismo, tanto en el ámbito psíquico como físico por lo que se requiere de:

ψ Familiarizar al paciente con la técnica de reconstrucción cognitiva en orden a aprender vías constructivas de pensar sobre sí mismo y de combatir los pensamientos negativos, deformados e inadecuados.

ψ Descubrir los refuerzos potenciales.

ψ Introducir un plan de actividad en el que se pueda elevar sensiblemente la obtención de refuerzos.

2.- Modificar las habilidades de comunicación inadecuada, potencialmente responsable de su posición de retraimiento y marginación social, y para ello se requiere de:

ψ Identificar las situaciones de relación en las que el paciente está más tenso y los déficits e inadecuaciones sociales responsables de la depresión.

ψ Enseñar al sujeto la técnica de relajación a fin de que se pueda afrontar con éxito situaciones de relación y comunicación social.

ψ Llevar a cabo un programa de entrenamiento asertivo insistiendo especialmente en el modelado de habilidades de comunicación adaptativas.

ψ Desarrollar competencias de eficacia social y extinguir convicciones de indefensión en el ámbito de las relaciones sociales.

3.- Introducir cambios en el modo predominante de afrontar las situaciones provocadoras basadas en el desarrollo de técnicas de reestructuración cognitiva y de relajación muscular sistemática. (Maciá y Méndez, 1997)

Por ello Lewinson y sus colegas (cit. en: Solloa, 2001) se enfocan en estrategias como el entrenamiento de habilidades y de intervenciones dirigidas a los metacomponentes. Donde se les enseña a los niños deprimidos, a relajarse, a incrementar eventos agradables, a controlar los pensamientos irracionales y negativos, así como aumentar sus habilidades sociales y a utilizar habilidades de resolución de problemas.

Se le pide al niño que escriba un diario y que lleve un registro de sus pensamientos, conductas y estados de ánimo. Con el objetivo de que tanto el terapeuta como el paciente identifiquen los elementos que conllevan a cogniciones negativas y a demás dan pauta para cambios en el esquema durante las sesiones de terapia, ya que permite ir realizando una evaluación continua. A demás el terapeuta debe establecer buena relación con el paciente y la familia para obtener mejores resultados. (Solloa, op.cit)

El tratamiento para niños depresivos propuesto por Stark y cols. (cit. en: Solloa, op. cit) consta de los siguientes pasos:

1.- Educación afectiva, ayuda a tener una comprensión de la relación entre pensamientos, sentimientos y la conducta. Se utilizan una serie de actividades para enseñar al niño sobre sus emociones placenteras y desagradables. Con el objetivo de que el niño aprenda que las emociones son experimentadas de acuerdo con la intensidad de las situaciones y que logre reconocer cuándo está experimentando una o varias emociones y también cuándo otros las están experimentando.

2.- Autocontrol conductual y procedimientos cognitivos, estos ayudan al niño a adquirir habilidades para controlar los síntomas depresivos. Dentro de los procedimientos de autocontrol tenemos, el automonitoreo, autoevaluación y autorreforzamiento.

Dentro de los procedimientos para enseñar las habilidades de autocontrol se utiliza la retroalimentación, el reforzamiento, para crear una atmósfera positiva que aumente la autoestima del niño. El juego de roles se utiliza para incrementar la participación en el tratamiento y ayuda al niño a ser más activo. Así aumentarían las posibilidades de que la conducta deseada se transfiera fuera del ambiente terapéutico.

Para que el terapeuta pueda continuar con el tratamiento implementando técnicas cognitivas, debe seguir estos pasos:
ψ Debe observar y usar técnicas que le permitan ver si el niño está listo para cambiar su pensamiento.

ψ En el inicio del tratamiento el terapeuta es responsable de ir identificando y estructurando el pensamiento del

niño, posteriormente ira enseñando al niño como identificar sus pensamientos negativos y los pueda reestructurar.

ψ Tanto el terapeuta como el niño van identificando los temas que involucran a los pensamientos depresivos.

ψ La manera más poderosa de producir cambios cognitivos es a través de las asignaciones conductuales.

Una vez realizados los pasos anteriores se implementa el autorreforzamiento, donde se identifican primero los reforzadores y se elabora una lista de estos, aquí se involucra a los padres en el proceso tanto de identificación como de administración. El niño aprende que el reforzamiento solo se da dependiendo de sus tareas realizadas y de la dificultad de estas y que no necesariamente deben ser reforzadas por otros.

El automonitoreo, el objetivo es redirigir la atención del niño, se le enseña a observar su conducta, sus pensamientos, sentimientos o reacciones fisiológicas de modo que pueda juzgar su ocurrencia o ausencia. Además se le pide que registre toda la información respecto a sus pensamientos y conductas frente a determinadas situaciones. De esta manera el automonitoreo proporcionara información en cuanto a las percepciones del niño, su visión del mundo y del futuro. Además de identificar los elementos estresantes así como los pensamientos que producen desadaptaciones. Con el fin de guiar al niño hacia aspectos positivos y romper el ciclo negativo de la depresión.

La autoevaluación, su objetivo se centra en entrenar al niño a no evaluarse tan duramente, ya que es una forma de reestructuración y del modelamiento cognitivo, para ello se requiere de elaborar un inventario de actividades.

En el inventario de actividades se involucra el tiempo y las actividades en el día del niño. Ayuda a combatir la pasividad, el aislamiento y el estilo de vida sedentario, asociados con los episodios depresivos.

Los primeros inventarios que se realizan son aquellos que se centran en los estados de ánimo positivos (los niños se sienten bien cuando realizan actividades divertidas). Se le enseña al niño a reconocer la relación entre comprometerse en situaciones placenteras y el mejorar el estado de ánimo.

Asimismo se le ayuda a discriminar entre aquellas actividades que son placenteras en sí mismas y aquellas que tienen que ser completadas con un esfuerzo de voluntad para adaptarse con éxito a su medio y así pasar al siguiente paso.

3.- Entrenamiento de habilidades sociales, ya que el niño con depresión generalmente presenta dificultades en el área social ya que se manifiesta conductas de aislamiento y relaciones sociales insatisfactorias. Para el entrenamiento de éstas habilidades se usan varias técnicas:

ψ Se empieza con una serie de caricaturas que muestran las diferencias entre personas pasivas, las que son asertivas y las que son agresivas.

ψ Durante esta presentación, la característica conductual del personaje es resaltada a través de la reacción de los otros, así como por el resultado de su comportamiento.

ψ El terapeuta y el niño se turnan en la representación de diferentes conductas.

ψ Durante la sesión el terapeuta le da al niño instrucciones y demostraciones de conductas prosociales combinando técnicas de relajación y visualización para disminuir las aprensiones.

ψ Los procedimientos de entrenamiento de autoinstrucciones se pueden usar para enseñar al niño a guiar su conducta.

ψ Los procedimientos anteriores deben implementar tanto las conductas no verbales como verbales (dar cumplidos, pedir a otros que lo dejen de molestar, etc.) estas actividades conductuales conllevan un autocontrol y una reestructuración cognitiva.

4.- Relajación combinada con visualización positiva, se le enseña al paciente depresivo para que la aplique sobre todo en situaciones de ansiedad. Le permite lograr una sensación de tranquilidad que se acompaña con sentimientos positivos. Como se combina con visualizaciones positivas se les enseña a los niños a razonar como detectives para que identifiquen sus pensamientos; consideren una interpretación alternativa y piensen en lo que podrían hacer si dicho evento sucediera. Es importante determinar el momento en el que el niño ha adquirido algunas estrategias de afrontamiento que

puedan ser utilizadas para moderar el impacto de los síntomas depresivos. Para ello se requiere de las siguientes estrategias:

ψ Buscar la evidencia en la cual se apoya o se refuta el pensamiento automático del niño a través de:

- Definir las premisas de las que parten los pensamientos desadaptados de niño.
- El terapeuta trabaja con el niño para establecer la evidencia que el paciente posee para confirmar o negar la premisa.
- El niño y el terapeuta analizan la evidencia existente y establecen un procedimiento para recolectar más elementos.
- Finalmente se le asigna una tarea para realizar en casa, la cual consiste en recolectar evidencia que apoye la revisión que se llevo a cabo y lograr una premisa mas adaptada.

ψ Interpretaciones alternativas: el niño depresivo se caracteriza por manejar información en un marco rígido y negativo. La interpretación alternativa le permite extender su campo de pensamiento y la posibilidad de realizar interpretaciones más realistas.

ψ "Si yo": con esta estrategia el terapeuta identifica las situaciones que le provocan estrés al niño. Los elementos que se tienden a exagerar son confrontados y analizados para lograr conciencia de su manejo.

5.- Modelamiento cognitivo y autoinstrucciones, aquí el terapeuta verbaliza los pensamientos del niño, tanto los negativos como aquellos que son más adaptativos. A través de una historia el terapeuta expone un problema que el paciente tuvo que enfrentar durante la semana. Se plantean verbalmente los pensamientos y se aplican los pasos de la técnica de resolución de problemas. Donde el terapeuta puede analizar una situación de relación interpersonal que se suscribe dentro de la sesión y usarla como medio para demostrar el enfrentamiento con el enojo. El terapeuta modela los pensamientos que el niño debe utilizar para lograr una conducta adecuada.

6.- Solución de problemas, esto ayudara a contrarrestar la rigidez del pensamiento y a considerar alternativas de solución en las diferentes situaciones que se le presenten.

También a vencer los sentimientos de desesperanza al tomar opciones que antes no eran concientes. Siguiendo esta serie de pasos:

ψ Definición del problema; el niño depresivo debe de tener claro cual es su problema. Posteriormente, los problemas se jerarquizan y se trabajan de acuerdo con el orden establecido.

ψ Modelamiento; al niño se le motiva a buscar soluciones, a través de una lluvia de ideas.

ψ Adiestramiento; se centra la atención y tener suficiente energía y las habilidades para el cumplimiento de la tarea.

ψ Ensayo; se realizan proyecciones a futuro para cada posible solución. Tanto el terapeuta como el niño evalúan los resultados de cada solución en relación con la meta deseada.

ψ Retroalimentación; se realiza una revisión de las posibles soluciones, tomando en cuenta aquella que es más consistente con la meta del niño. Posteriormente se empieza a redactar un plan de acción.

ψ Por último se evalúan los resultados del plan, así como la selección de soluciones. Si el resultado está dirigido a una meta consistente, se acepta, en caso contrario se vuelven a reconsiderar las posibles soluciones.

7.- Integración de procedimientos y su aplicación en síntomas específicos, aquí el niño puede combinar las habilidades adquiridas para hacer frente a los síntomas específicos. Por ejemplo el enojo, que es uno de los síntomas que presenta el niño depresivo, es uno de los más difíciles de manejar y vencer.

En la terapia cognitivo-conductual mencionada se pueden utilizar diversas estrategias entre ellas el entrenamiento para el mejoramiento de habilidades de comunicación, ya que los niños depresivos tienden a aislarse y por lo tanto pueden tener problemas en sus relaciones sociales y a su vez agravar más el problema.

4.2 Estrategias para el desarrollo de habilidades de comunicación verbal en niños.

En este caso el psicólogo debe basarse en una evaluación que analice en primera instancia el lenguaje (vocabulario), posteriormente el sistema auditivo.

Pero nunca dejando de lado los problemas emocionales y conductuales, y sobretodo entrenar las habilidades sociales del niño y dar asesoría a la familia. (Solloa, 2001)

Como ya se menciona las habilidades de comunicación verbal ayudan a que se de una interacción social adecuada, por ello se requiere evaluar al niño para saber si cuenta o no con dichas habilidades, puede ser por medio de pruebas psicológicas, como el Inventario de Habilidades Básicas, o en pruebas que miden habilidades sociales, por medio de la observación, o registros dados por los padres y profesores. Donde se deben ver involucrados los siguientes aspectos:

- ψ Iniciación en el acercamiento, para entrar en juegos o interacciones conversacionales con otros niños.
- ψ Preguntar y responder, estas son conductas por medio de las cuales se aporta y obtiene información sobre intereses y actividades al interactuar con sus pares.
- ψ Saludos, si el niño da señales verbales al tratar de iniciar una conversación o una actividad.
- ψ Responsividad afectiva, si emite risas, sonrisas y contacto positivo apropiado durante una interacción social.
- ψ Elogio a los pares, es decir si sabe elogiar a sus pares tras sus buenas ejecuciones.
- ψ Expresa deseos, necesidades y preferencias.
- ψ Reconocimiento de su persona.
- ψ Identifica elementos del medio.
- ψ Identifica acciones y estados de ánimo.
- ψ Así como su vocabulario.

Estos aspectos ayudan a la evaluación y la manera en que se va a intervenir de manera organizada. Al enseñar habilidades de comunicación verbal, el terapeuta ayuda al niño a aprender nuevas conductas verbales y el estilo que debe utilizar al conversar con otros. (Jeffrey, 1987)

Claro siempre tomando en cuenta el marco cultural donde se desenvuelve, ya que los patrones de comunicación varían entre culturas, así como también la edad, sexo y la clase social. (Ríos, 2002)

Según Portal (cit. en; Solloa, 2001) las estrategias para un niño con falta de habilidades para escuchar y expresarse adecuadamente son las siguientes:

Estrategias para saber escuchar:

ψ Propiciar la atención global y el contacto visual mientras el otro habla.

ψ Utilizar el lenguaje espontáneo y la lectura en voz alta.

ψ Utilizar pautas para seguir instrucciones.

ψ Dar pautas de organización.

ψ Primero dando frases o instrucciones simples.

ψ Y después ir aumentando el grado de dificultad.

Estrategias para la expresión:

ψ El lenguaje debe enseñarse en contextos naturales y variados.

ψ Se debe responder primero al contenido del mensaje del niño, pues es lo importante en el proceso de comunicación y posteriormente trabajar en los errores sintácticos.

ψ No es necesario pedirle al niño que siempre utilice enunciados completos, ya que esto no sucede en el lenguaje natural.

ψ Es esencial enseñar la generalización del lenguaje, de esta forma el niño podrá aplicar las reglas en situaciones novedosas.

De esta manera, el niño lograra aprender a escuchar y expresarse lo que le llevara a tener una mejor comunicación con su medio que le rodea.

Otra estrategia es la dada por el enfoque del aprendizaje social aplicada al desarrollo de habilidades, la cual se basa en los principios del condicionamiento instrumental u operante. Ya que el enfoque operante enfatiza la importancia de los antecedentes ambientales y sus consecuencias en el desarrollo y mantenimiento de la conducta. Algunos teóricos como Bandura, Rotter, Mischel y Meichenbaum, han elaborado un principio de aprendizaje para referirse a los ejemplos del aprendizaje vicario (modelado), las expectativas de índole cognitiva, el valor subjetivo del reforzamiento, la especificidad situacional de la conducta y el papel de las conductas cognitivas (autoverbalizaciones y autoinstrucciones). (Jeffrey, 1987)

El enfoque del aprendizaje social desarrollado por Bandura (1977) (cit. en: Trevithick, 2002) basado en el modelado donde el niño aprende observando a los demás. Para ello se requiere de un modelo para que el niño observe ciertos comportamientos y expresiones del otro ante ciertas situaciones lo cual consiste en los siguientes pasos:

ψ Precisar el comportamiento objeto de la demostración y pedir al niño que observe y preste atención.

ψ Llevar a cabo la demostración.

ψ Pedir al niño que imite el comportamiento inmediatamente después de la demostración.

ψ Dar una retroalimentación.

De esta manera se le enseña al niño a respetar el espacio y la intimidad del otro o de cómo ser más asertivo. También puede ser por medio de demostraciones en vídeo, juegos de roles y deberes.

Sin embargo, la familia es parte fundamental para llevar a cabo cualquier tratamiento de los antes mencionados en el niño.

4.3 Intervención de la familia

La familia tiene funciones muy populares y básicas. Por eso la psicología conductual centra sus estudios acerca de la familia en la búsqueda de una historia errónea de refuerzos. La psicología cognitiva enfoca su papel como el de una programadora de impulsos iniciales y transmisora de mapas cognitivos. Finalmente desde cualquier perspectiva la familia produce en el sujeto el repertorio de experiencias básicas. Es por eso que surgen diversas investigaciones acerca de la relación de la familia con perturbaciones infantiles entre ellos, las habilidades de comunicación y la depresión infantil. (Fierro, 1988)

Se ha hecho investigaciones con niños acerca de la relación de la permanencia de síntomas depresivos en relación con la estructura familiar analizada con los criterios que se refieren a cohesión* y adaptabilidad* de la familia, ya que se mostraron que los síntomas de depresión son mucho más persistentes en las familias de normas rígidas y con poca cohesión. (Garrison, 1985 y Olson, 1982 cit. en: Fierro, op.cit)

Entonces si la familia puede ser una de las causas de la depresión o por otro lado permite que los síntomas depresivos permanezcan, se puede recurrir a ésta para ayudar al niño en su tratamiento a través del apoyo para aumentar sus habilidades de comunicación, ya que como se menciona la familia es la base del ser humano y por tanto la formadora del mismo. (Levine, 2003)

Los padres no deberían perder tiempo preguntándose; ¿es por mi culpa?; ¿pueden ser la causa aquellas infecciones de oído que tuvo de pequeño? o ¿le ha tocado recibir los peores genes de su padre? entre otras preguntas de esa índole, más bien se deben de preocupar por el cómo ayudar a su hijo. (Levine, op.cit)

Así como fundar bien sus expectativas respecto al tratamiento que recibirá su hijo y no ser demasiado

* Cohesión, identificación, unión de los sujetos en su grupo familiar, que va de la identificación y unión total a la desvinculación.

* Adaptabilidad se entiende como la mayor o menor flexibilidad de las normas, que va desde la rigidez total de las reglas hasta su inexistencia.

pesimistas. Y dar la información necesaria y verdadera, para que exista una mejor comprensión del caso. (Polaino, 1988)

Los padres pueden ayudar a su hijo en el desarrollo de habilidades de comunicación principalmente cuando se refiere al tratar de expresar sus sentimientos o identificarlos. Por ejemplo mientras ven una película o cuando termina, pueden hablar de los personajes y pedirle al niño que identifique los distintos sentimientos que han expresado. (Levine, 2003)

Deben tener una actitud abierta, comprensiva y actuar como consejeros en el campo de lo social, ofreciendo a los niños seguridad de que pueden contar con ellos y confiarles cualquier dilema o contratiempo. Y cuando los niños les confiesen sus problemas interpersonales, los padres deberán escucharles atentamente y no sermonearles más bien ofrecerles consejos simples. Los niños necesitan comprensión y tener la seguridad de que no están solos cuando se enfrentan a lo que para ellos es un desastre social.

Además conviene dejar que sus hijos los escuchen cuando tratan de resolver problemas sociales simples que enfrentan ellos. Y explicar cómo cultivar buenas relaciones con sus enseñantes y compañeros. (Levine, op.cit)

Una terapia que coincide con lo anterior es la terapia familiar del enfoque comunicacional de Virginia Satir (cit. en: Solloa, op.cit), cuyo objetivo es lograr que los miembros que integran a la familia tengan una comunicación congruente y directa que se relaciona con los aspectos de maduración y autoestima, lo que infiere con la independencia del niño, ya que el niño con depresión tiene afectada estas áreas y se trabaja de la siguiente manera:

ψ Lograr una comunicación clara y directa entre todos los miembros.

ψ Reconocer los sentimientos de los otros, ya que es importante saber escuchar e interpretar las señales verbales y no verbales de las otras personas.

ψ Promover el contacto con los sentimientos y su relación con los pensamientos.

ψ Aceptar las diferencias del otro, esto permitirá apertura entre todos los miembros.

ψ La capacidad de verificar lo que dice el otro, así se evitan malas interpretaciones de las situaciones tanto emocionales como ambientales.

ψ Que se identifiquen patrones de conducta que han venido repitiendo.

ψ Que se puedan identificar otras alternativas de acción.

Estos elementos utilizados en la terapia comunicacional, permiten mejorar las habilidades parentales así como incrementar la probabilidad de que las necesidades del niño sean satisfechas.

Así cuando un niño sufre un rechazo activo por parte de sus compañeros, se burlan de él o lo intimidan, los padres tienen el derecho y la obligación de dar a conocer la situación a la dirección del centro donde se encuentra el niño y si el problema no es atendido por la institución pueden poner una denuncia.

(Levine, op.cit)

4.4 Intervención de la escuela.

La escuela en los niños entre 6 y 11 años es el contexto social, que cobra una importancia relevante en la vida del niño. (Fierro, 1988)

Además las escuelas o instituciones educativas, pueden prevenir problemáticas emocionales en los niños. Éstas deben de prohibir terminantemente la intimidación y si es necesario castigarla, además de omitir el uso de cualquier forma de maltrato verbal y/o físico. También deben de asegurarse de que todos los alumnos reconozcan la problemática que ocasionan al intimidar y rechazar a otros niños, de provocar sufrimiento de alguien de una manera intencionada. También los profesores pueden detectar a los niños que son líderes y pedirles que se acerquen a sus compañeros con alguna dificultad y de esta manera el niño (líder) servirá como un modelo a seguir para el otro y así poderse integrar a su grupo social. (Levine, 2003)

Como vemos los profesores son parte fundamental para una intervención de un niño con algún problema, ya que ellos pueden ayudar a evaluar y registrar muchas de las conductas del niño, donde su información es valiosa y en algunos casos indispensables. (Polaino, 1988)

Así como también ayudar al desarrollo de habilidades de comunicación verbal, colocando a los niños en situaciones reales de lenguaje apoyándose también en los padres.

Sánchez, (1971) sugiere algunas técnicas que pueden usar los profesores para el desarrollo de habilidades de comunicación verbal, a través de enseñar a conversar, discutir, narrar, describir, y dramatizar.

1.- La conversación:

Es la forma del lenguaje oral más espontáneo y frecuente, no requiere ser formal, se intercambian libremente sus ideas, se puede cambiar de tema, enriquece las experiencias y conocimientos.

Ayuda a aumentar el grado de sociabilidad en el niño, además aprende a escuchar, respetar la opinión ajena, usar un tono adecuado de la voz, un autodomínio emocional, abordar temas de su interés, dar y exigir un trato cortés y enriquece su vocabulario. A través de las siguientes normas para que sea provechosa:

ψ Saber oír: lo cual indica que, cuando un alumno está hablando, los demás deben oírlo respetuosamente.

ψ Evitar que un pequeño grupo de alumnos monopolice las intervenciones. El profesor debe procurar que en cada conversación intervenga la mayor cantidad de alumnos posibles. Con la habilidad y tacto se debe estimular la intervención de los más tímidos.

ψ Con un día de anticipación, por lo menos, se debe indicar a los alumnos el tema o los temas para conversar en el aula. Recomendándole a los alumnos posibles fuentes de consulta como, personas, libros, álbumes, revistas, prensa, folletos o cualquier otro material que este al alcance de los alumnos.

ψ La distribución del mobiliario debe de favorecer la comunicación entre los alumnos. La mejor manera de acomodar

las bancas o asientos es en forma de círculo, de "U" o media luna.

De esta manera el niño podrá aplicarla más adecuadamente a su vida cotidiana.

2.- La discusión:

Se discute cuando se intercambian ideas cuando existen diferentes opiniones.

Para que sea exitosa se requiere la aceptación de ciertas normas, se caracteriza por ser concreta, ya que se discute sobre un punto o tema previamente acordado hasta agotarlo. Se debe nombrar a un director de debate, cada participante debe esperar su turno para hablar, deben de ser concisos y sin salirse del tema. Y finalmente se debe llegar a una conclusión de lo contrario ésta no cumplió sus objetivos.

Los pasos para seguir el desarrollo de una discusión son:

ψ Fijar objetivos claros y concretos tanto para el maestro como para los alumnos.

ψ Determinar con precisión las actividades que se van a desarrollar. El profesor debe anotar en la pizarra, y los alumnos en sus cuadernos, cuáles serán las actividades previas y cuáles las que habrán que llevarse a cabo durante la discusión en sí. Estas actividades pueden ser:

- Selección del tema a discutir.
- Selección y búsqueda de los materiales que deben ser consultados por los alumnos.
- Orientar a los alumnos sobre la manera en que deben consultar y manejar dichos materiales.
- Establecer los objetivos específicos a lograr.
- Determinar tanto el profesor como los alumnos, que han de regir la actividad, como son; quién dirige, las normas y sanciones para los participantes.

ψ Como todo proceso bien planificado, la discusión debe de ser evaluada una vez finalizada. Abarcando todo el proceso

y requerirá la intervención tanto del profesor como de los alumnos.

Aquí se desarrolla la capacidad de razonamiento y análisis, ser receptivos a las críticas de los demás, se desarrolla la habilidad para organizar juicios en forma lógica, ser claros, sinceros y precisos, sobre todo forma el hábito de informarse del tema antes de opinar.

3.- La narración:

Esta favorece el desarrollo de la imaginación, humaniza animales y objetos, favorece la amplitud del relato, incluye con igual importancia, personas, animales y cosas, se presenta más a la contemplación de la vida interior, tiende a dejarse llevar por los aspectos emocionales y estimula la creación personal.

ψ El profesor debe saber elegir los temas para narrar basándose en los intereses de los alumnos dependiendo de la edad, por ejemplo a los niños entre 6 y 9 años fantasean y tienen una gran capacidad inventiva, por lo que se recomiendan cuentos de sana fantasía.

4.- La descripción:

Exige posiciones realistas, presenta las cosas tal y como son, exige brevedad y precisión, enfoca perfectamente, un solo aspecto, se presta más a la observación y se usa por lo general para fines de estudio.

Para el desarrollo de la descripción son:

ψ Seleccionar con 1 ó 2 días de anticipación, el tema o asunto.

ψ Preparación de los materiales a describir.

ψ Preparación de los oyentes a través de una serie de normas.

ψ Llevar a cabo la descripción.

ψ Evaluación de la actividad, con intervención del grupo.

Estos pasos se pueden llevar a cabo también en la narración.

5.- La dramatización:

Ésta enriquece el vocabulario, claridad, precisión en la expresión, mejora la pronunciación y tono de voz, desarrolla la imaginación, hábitos, destrezas y habilidades. Además involucra el sentido de cooperación, responsabilidad y tolerancia.

La dramatización puede llevarse a cabo por medio de distintas técnicas, algunas de ellas son:

ψ Dramatización de cuentos. Se selecciona un cuento, se narra detenidamente, se asignan los personajes y guardando la secuencia de los acontecimientos, se les da la oportunidad a los actores para que interpreten su papel con toda libertad. La espontaneidad de los niños así como la improvisación hacen más valiosa la dramatización.

ψ Teatro de títeres. Este favorecerá la composición y desarrolla el poder creativo al inventar historietas y preparar guiones por parte de los alumnos.

ψ Sombras proyectadas. Utilizando las manos se pueden proyectar en la pared diversas sombras, mientras los alumnos, siguiendo guiones ya preparados, realizan diálogos.

ψ El teatro escolar. Se requiere de escenarios y vestuarios apropiados y tiende a proyectarse a la comunidad.

ψ Las lecturas dramatizadas. En las lecturas dramatizadas aparecen varios personajes que intervienen una o varias veces, propiciando la intervención de diferentes alumnos. Los textos pueden ser cuentos, fábulas, poesías, leyendas, materiales de estudio, biografías, anécdotas etc.

6.- Exposición ante la clase:

Es el proceso mediante el cual uno o varios alumnos, trabajando individualmente o por equipos, relatan a sus compañeros el resultado de sus trabajos prácticos o de alguna investigación teórica realizada.

Todos las técnicas anteriores ayudaran al niño a desarrollar ciertas habilidades comunicativas, respetar reglas, saber escuchar entre otras, de tal manera que se

les facilitara poderse comunicar verbalmente con sus compañeros de una manera más adecuada y eficaz.

De acuerdo con todo lo anterior se ve reflejada la importancia de trabajar en conjunto familia, escuela y psicólogo para un tratamiento adecuado y eficaz para el niño con alguna de las problemáticas expuestas.

METODOLOGÍA

Delimitación del problema elegido.

¿Qué relación existe entre las habilidades de comunicación verbal con la sintomatología de la depresión infantil?

Objetivo general

- Corroborar la relación que existe entre las habilidades de comunicación verbal y la sintomatología de la depresión infantil.

Objetivos específicos

- Identificar si los niños que tienen problemas en sus habilidades de comunicación verbal, pueden presentar depresión o sea más probable que la puedan tener.

- Conocer la importancia que tiene desarrollar las habilidades de comunicación verbal en los niños de 8 y 9 años.

- Describir el trastorno depresivo en niños así como sus causas y consecuencias.

- Evaluar mediante la aplicación de pruebas psicométricas (WISC-RM y CDS) la correlación entre habilidades de comunicación verbal y la depresión infantil.

- Comparar los resultados obtenidos en el cuestionario de depresión para niños (CDS) de las niñas con los resultados obtenidos de los niños.

Hipótesis

Hipótesis de trabajo

A menores habilidades de comunicación verbal, mayor probabilidad de presentar sintomatología depresiva infantil*.

Hipótesis alterna

Existe relación entre las habilidades de comunicación verbal y la sintomatología depresiva infantil.

Hipótesis nula

No hay relación entre las habilidades de comunicación verbal y la sintomatología depresiva infantil.

VARIABLES RELACIONADAS

Variable 1:

Habilidades de comunicación verbal.

- **Habilidades de comunicación verbal:** son la capacidad de comunicar con eficacia personal y de adecuación social. (Trenholm y Jensen 1996; cit. en: Girbau, 2002)

Variable 2:

Depresión infantil

- **Depresión infantil:** es una respuesta humana normal que varía en intensidad y cualidad, que se encuentra en la población infantil y no solo en la adulta. (Lang y Tisher, 1990)

* Las hipótesis correlacionales, especifican las relaciones entre dos o más variables. Establecen asociación entre variables, así como qué dirección sigue. En una hipótesis de correlación, el orden en que coloquemos las variables no es importante (es lo mismo indicar "a mayor X, a menor Y", que "a menor Y, mayor X"). (Baptista, Fernández y Hernández, 2004)

Variables controladas

- Edad (8 y 9 años)
- Sexo masculino y femenino
- Estudiantes del colegio Anahuac
- Cursen el tercer y/o cuarto grado

Tipo de investigación

Ésta investigación es no experimental, "el experimentador reúne datos a través de una variedad de métodos, pero no interviene con el fin de controlar una variable independiente". (Coolican, 1994)

Método

- **Escenario.** Se llevó a cabo en la Escuela Primaria Municipio 121. Ubicada en Alelis s/n Santa María de Guadalupe, Cuautitlán Izcalli. Es una escuela de gobierno que cuenta con dos grupos por cada grado, con 25 alumnos aproximadamente cada grupo. La cual proporciono un salón para llevar a cabo la aplicación.

- **Materiales.** Lápices, gomas, sacapuntas, cronómetro y hojas de respuesta de ambas pruebas.

- **Sujetos.** Se trabajó con una muestra no probabilística de 50 sujetos, con edades entre 8 y 9 años; que cursaban el tercer y/o cuarto grado; de ambos sexos.

Criterios de inclusión

- Ambos sexos
- Edades de 8 y 9 años
- Ser estudiantes del colegio Municipio 121.
- Cursar el tercer y/o cuarto grado

Criterios de exclusión

- No ser estudiantes de la institución antes mencionada.
- Ser mayores de 9 años o menores de 8 años

Instrumentos

Escala Wechsler de Inteligencia Revisado para el Nivel escolar (WISC-RM).

- Autor: Wechsler, David
- Aplicación: Individual.
- Tiempo: 1 hora
- Edad para ser aplicado: 6-16 años.
- Fecha de Edición: 2002.

El WISC-RM esta adaptado para niños mexicanos y consta de dos escalas la verbal (información, semejanzas, aritmética, vocabulario, comprensión, retención de dígitos - complementaria) y de ejecución (ordenación de dibujos, figuras incompletas, diseño con cubos, composición de objetos, claves a, laberintos -opcional-).

Sin embargo, solo se aplico el área verbal ya que ésta área cubre los aspectos a investigar. La cual consta de las siguientes subescalas.

Escala verbal:

- **Información:** mide información general que el sujeto ha tomado de su medio, memoria a largo plazo, comprensión verbal y acopio de información.
- **Semejanzas:** mide comprensión verbal, formación de conceptos verbales, pensamiento asociativo, pensamiento abstracto, concreto y funcional, habilidad para separar los detalles esenciales de los que no lo son, memoria, cognición y expresión verbal.

- **Aritmética:** mide factor de distracción y comprensión verbal, habilidad de razonamiento numérico, cálculo mental, capacidad para utilizar conceptos numéricos y operaciones matemáticas, concentración y atención, traducción de problemas verbales en operaciones aritméticas, memoria, secuenciación y cognición.

- **Vocabulario:** mide comprensión verbal, desarrollo del lenguaje, capacidad de aprendizaje, consolidación de la información, riqueza de ideas, memoria, formación de conceptos, conocimiento adquirido, habilidad verbal general, pensamiento abstracto, expresión verbal y cognición.

- **Comprensión:** mide comprensión verbal, juicio social, sentido común, empleo del conocimiento práctico, conocimiento de normas convencionales de conducta, habilidad para evaluar la experiencia pasada, juicio moral y ético, razonamiento, evaluación, expresión verbal, concepción verbal.

Omitiendo la subescala de retención de dígitos ya que es complementaria y se basa principalmente en memoria.

- **Retención de dígitos (complementaria):** mide atención involuntaria, concentración, memoria auditiva inmediata y secuencia auditiva, así como agilidad mental. Refleja los efectos de la ansiedad.

Cuestionario de Depresión para Niños (CDS).

- Autores: Lang, M. Y Tisher, M.
- Aplicación: individual o colectiva.
- Edad para ser aplicado: 8-16 años.
- Tiempo: entre 30 y 40 minutos.
- Adaptación: España.

El cual consta de 66 reactivos, 18 son positivos y 48 son depresivos. Los dos están entremezclados. Los 66 reactivos están agrupados en 2 escalas:

Escala **total depresivo** con 6 subescalas:

- RA: Respuesta afectiva (sentimientos del sujeto)
- PS: Problemas sociales (interacciones sociales)
- AE: Autoestima (concepto de sí mismo)
- PM: Preocupación muerte/salud (sueños y fantasías)
- SC: Sentimientos de culpabilidad (auto punición)
- DV: Depresivos varios (cuestiones que no pudieron agrupar para formar una entidad)

Escala **total positivo** con 2 subescalas:

- AA: Ánimo-alegría (ausencia de alegría, de diversión, de felicidad)
- PV: Positivos varios (cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una entidad)

Tipo de diseño

El diseño es no experimental de tipo transversal o transeccional correlacional. No experimental ya que las variables que evalúan ésta investigación no son manipuladas y transversal correlacional pues se analizará la relación entre dos variables.

El diseño estadístico utilizado para determinar si existía asociación entre las habilidades de comunicación verbal y los síntomas depresivos, fue el coeficiente de correlación r de Pearson.

Procedimiento, muestreo y fases

- **Muestreo.** Éste fue no probabilístico por cuotas, ya que se determinó una cantidad de individuos de una población para que sean miembros de la muestra, que compartieron características específicas.

- **Muestra.** Constó de 50 sujetos ambos sexos (24 niñas y 26 niños), con una edad entre 8 y 9 años (27 de 8 años y 23 de 9 años), de nivel primaria que cursaban el tercero y cuarto grado (40 de 3° y 10 de 4°). Se dividió en dos grupos el primero constó de los niños que obtuvieron bajas

puntuaciones en el WISC-RM y altas en el CDS, contó con 22 sujetos, el segundo grupo costó de los niños que obtuvieron altas puntuaciones en el WISC-RM y bajas puntuaciones en el CDS, contó con 21 sujetos. Y los 7 restantes no se pudieron clasificar en ninguno de los grupos.

- **Fases.** Se asistió a la Escuela primaria Municipio 121, la aplicación se llevo acabo en un salón con buena ventilación y luz, el cual solo tenía dos escritorios, sillas, pizarrón y un proyector.

Primero se llevo a cabo la presentación entre las profesoras encargadas de los grupos de 3° y 4°, explicándoles la finalidad de aplicar las pruebas.

Después se hizo la presentación con los alumnos explicándoles como se iba a llevar a cabo la mecánica de aplicación y en donde.

La aplicación de ambas pruebas fue individual, se llamo a uno por uno conforme al orden de lista de cada grupo. Empezando por el grupo de 3° "A", luego 3° "B" y terminando con 4° "B".

De manera individual antes de aplicar la prueba se hizo un pequeño rapport y se les explico a los niños, que no era un examen ni que iba a contar para calificación de la escuela y que nada de lo que dijeran lo iban a saber los demás, que trataran de contestar con la verdad y que si no sabían alguna respuesta lo hicieran saber y pasaríamos a la siguiente.

Primero se aplico el WISC-RM (escala verbal) solo a los grupos de tercero y cuarto año, y a los niños que tenían una edad entre 8 y 9 años. Para evaluar sus habilidades de comunicación verbal. Ellos solo contestaban de manera verbal y las preguntas se les leían.

Posteriormente se les aplico a los 50 niños de manera individual, el cuestionario de depresión (CDS) para identificar a los niños que presentan síntomas de depresión. Se les proporciono la hoja de respuestas y ellos iban contestando conforme se les leían los reactivos.

Se analizaron los resultados de ambas pruebas para determinar dos grupos el primero consta de 22 niños que

obtuvieron resultados bajos en el WISC-RM y altos en el cuestionario de depresión, y el segundo grupo consta de 21 niños con puntuaciones altas en el WISC-RM y bajas en el CDS. Los 7 niños restantes no se clasificaron en ningún grupo ya que sus puntuaciones no coincidían con los grupos anteriores.

Posteriormente para obtener si existe una correlación entre las habilidades de comunicación verbal y la depresión en los niños, se utilizo la prueba de correlación r de Pearson.

Se llevo a cabo el mismo procedimiento para hacer diversas comparaciones:

- a) Puntuaciones bajas en el WISC-RM vs puntuaciones altas en el CDS.
- b) Puntuaciones altas en el WISC-RM vs puntuaciones bajas en el CDS.
- c) Puntuaciones obtenidas en el CDS de las niñas vs puntuaciones obtenidas de los niños.
- d) Relación entre reactivos de ambas pruebas.

De tal manera que se pudiera corroborar la relación entre las habilidades de comunicación verbal y la sintomatología depresiva.

RESULTADOS

Inicialmente se compararon los resultados totales obtenidos a través del coeficiente de correlación r de Pearson, entre los totales del instrumento (TI) del WISC-RM (escala verbal) y los totales del CDS (Cuestionario de depresión para niños) divididos en los totales depresivos (TD) y los totales positivos (TP) de los 50 sujetos (ver tabla 5) basados en los puntajes naturales.

	TI	TD	TP
TI	1	-.510	-.036
	.	.000	.803
TD	-.510	1	-.020
	.000	.	.891
TP	-.036	-.020	1
	.803	.891	.

Tabla 5. Coeficiente de correlación (r de Pearson) entre los totales del WISC-RM y los totales del CDS, de una muestra total ($N = 50$).

En este caso existe una correlación negativa de $-.51$ entre los totales del instrumento (TI) del WISC-RM (escala verbal) con el total depresivo (TD) del CDS (Cuestionario de depresión para niños), lo cual indica que el TD influye con respecto al TI.

De acuerdo con dichos resultados posteriormente se compararon las subescalas de ambas pruebas con la finalidad de indagar en los síntomas depresivos asociados con las habilidades verbales en la muestra total ($n=50$), para ello se utilizó un coeficiente de correlación r de Pearson entre las 5 subescalas del WISC-RM (escala verbal) y las 8 del CSD (cuestionario de depresión para niños). (ver tabla 6)

WISC-RM:

- Info= información.
- Seme= semejanzas.
- Arit= aritmética.
- Voca= vocabulario.
- Comp= comprensión.

CDS:

- RA= respuesta afectiva.
- PS= problemas sociales.
- AE= autoestima.
- PM= preocupación muerte/salud.
- SC= sentimientos de culpabilidad.
- DV= depresivos varios.
- AA= ánimo-alegría.
- PV= positivos varios.

	INFO	SEME	ARIT	VOCA	COMP
RA	-.44 .001	-.33 .021	-.47 .001	-.30 .033	-.37 .008
PS	-.40 .004	-.34 .015	-.43 .002	-.26 .071	-.39 .005
AE	-.34 .015	-.37 .008	-.58 .000	-.19 .178	-.22 .122
PM	-.29 .039	-.31 .027	-.41 .003	-.33 .019	-.30 .031
SC	-.37 .008	-.22 .123	-.31 .028	-.28 .048	-.27 .057
DV	-.03 .812	-.13 .359	-.14 .348	-.11 .446	-.12 .419
AA	-.08 .585	-.01 .960	-.15 .313	.16 .260	.10 .470
PV	-.20 .163	.00 .990	-.10 .470	.00 .950	-.17 .238

Tabla 6: Coeficientes de correlación (r de Pearson) entre las subescalas del WISC-RM (escala verbal) y las 8 subescalas del CDS (cuestionario de depresión para niños) en la muestra total (n= 50)

Por lo que se encontró que la mayoría de las subescalas de ambas pruebas están correlacionadas, con excepción de información (INFO) con respecto a depresivos varios (DV) y ánimo-alegría (AA), así como también semejanzas (SEME) con ánimo-alegría (AA) y positivos varios (PV), finalmente vocabulario (VOCA) con positivos varios (PV).

Por lo anterior se puede decir que no importa la información con la que cuenta el niño para que presente depresivos varios ni afecta a su ánimo-alegría de manera general. Al igual sucede con semejanzas este aspecto no influye con el estado de ánimo-alegría ni con positivos varios.

Las subescalas que se correlacionaron positivamente fueron vocabulario (VOCA) y comprensión (COM) con la subescala de ánimo-alegría (AA). En este caso tanto el vocabulario como la comprensión si influyen de alguna manera con el estado de ánimo-alegría.

Por el contrario las subescalas del WISC-RM (escala verbal); información (INFO), semejanzas (SEME), aritmética (ARIT), vocabulario (VOCA) y comprensión (COM), se correlacionan de manera negativa con las subescalas del CDS con excepción de las antes mencionadas, lo cual indica que las subescalas del CDS (cuestionario de depresión para niños); respuesta afectiva (RA), problemas sociales (PS), autoestima (AE), preocupación muerte/salud (PM), sentimientos de culpabilidad (SC), depresivos varios (DV), ánimo-alegría (AA) y positivos varios (PV), influyen con respecto a las puntuaciones del WISC-RM.

Para tener una idea más clara de cómo se relacionan las habilidades de comunicación verbal y la sintomatología de la depresión infantil se dividió la muestra (n=50) en dos grupos de acuerdo con sus calificaciones totales obtenidas de ambas pruebas.

El primer grupo el cual sirvió para comprobar o rechazar la hipótesis nula H_0 , constó de 22 sujetos los cuales obtuvieron puntuaciones bajas en el WISC-RM (escala verbal) y altas en el CDS (cuestionario de depresión para niños). Para corroborar que existía correlación de ambos resultados se recurrió al coeficiente de correlación r de Pearson (ver tabla 7).

Cabe aclarar que para obtener mayor confiabilidad y existiera mayor claridad en los resultados se tuvieron que transformar las calificaciones, es decir las puntuaciones totales obtenidas del instrumento (TI) del WISC-RM (escala verbal) se convirtieron en decatipos mediante una regla de tres con base a las puntuaciones naturales, de tal manera que se pudiera hacer una correlación con las puntuaciones del total depresivo (TD) del CDS (cuestionario de depresión para niños) ya que estas se miden a través de decatipos. Y los resultados fueron los siguientes.

SUJETOS	X	Y	X ²	Y ²	XY
1	4.6	9	21.16	81	41.4
2	3.1	7	9.61	49	21.7
3	4	9	16	81	36
4	3	8	9	64	24
5	3.6	7	12.96	49	25.2
6	3.8	8	14.44	64	30.4
7	4	8	16	64	32
8	4.1	8	16.81	64	32.8
9	3.6	8	12.96	64	28.8
10	4.1	7	16.81	49	28.7
11	4.7	8	22.09	64	37.6
12	4.3	8	18.49	64	34.4
13	3.4	7	11.56	49	23.8
14	5.2	9	27.04	81	46.8
15	3.8	9	14.44	81	34.2
16	4.3	7	18.49	49	30.1
17	3.8	8	14.44	64	30.4
18	4	8	16	64	32
19	3.6	7	12.96	49	25.2
20	5.5	9	30.25	81	49.5
21	4.3	8	18.49	64	34.4
22	5.1	9	26.01	81	45.9
$\Sigma =$	89.9	176	376.01	1420	725.3

$r = 0.598$

TABLA 7: Coeficiente de correlación r de Pearson entre los puntajes obtenidos en ambas pruebas donde; X = total del instrumento (TI) del WISC-RM (escala verbal) y Y = total depresivo (TD) del CDS.

A través del coeficiente de correlación de Pearson se obtuvo una correlación de $r = 0.598$. Para obtener la r crítica se recurrió a la tabla de valores del coeficiente de correlación de rangos de Spearman (ver anexo 1).

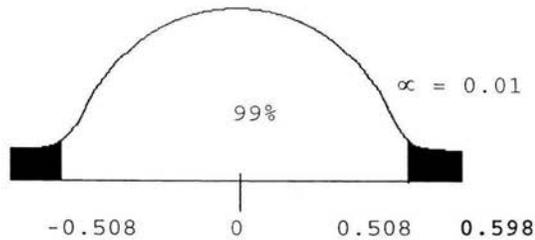
Para obtener la r crítica de la tabla es necesario conocer los grados de libertad y el nivel de significación a utilizar en este caso es: $\alpha = 0.01$

$$r_{cal} > r_{cri} \quad \text{rechaza } H_0$$

$$0.598 > 0.508 \quad \text{se rechaza } H_0$$

La r calculada es mayor que la r crítica, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula.

En la siguiente gráfica se observa que la r calculada de 0.598 se encuentra dentro del margen de error.



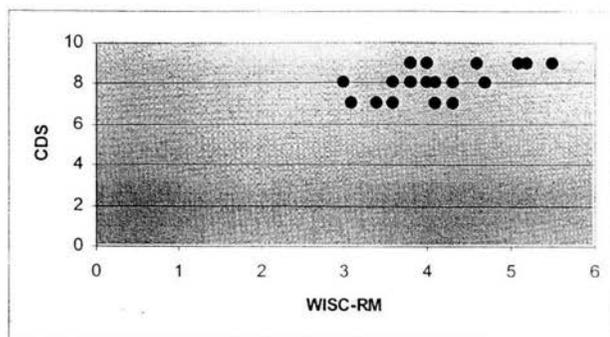
Gráfica 1.

En la gráfica anterior se observa que la r calculada (0.598) cae dentro del área bajo la curva, o en otras palabras cae dentro del margen de error aceptado. De acuerdo con los resultados obtenidos a través del análisis estadístico se puede decir que se tiene una confiabilidad de 99% por el nivel de significación* alfa $\alpha = 0.01$; donde la r calculada se comparó con la r crítica, de tal manera que se rechazó la hipótesis nula (H_0) la cual indica que no hay relación entre las habilidades de comunicación verbal y la sintomatología depresiva infantil. Sin embargo, al rechazar H_0 existe la posibilidad de cometer el error tipo 1*, de tal manera que se puede afirmar que a menores habilidades de comunicación verbal mayor probabilidad de presentar sintomatología depresiva infantil.

Si se habla de que existe una confiabilidad del 99%, entonces se dice que existe la probabilidad que se cometa 1 error en las pruebas, pero para explicar que tan exactas y precisas fueron las puntuaciones de las pruebas se muestra la siguiente gráfica.

* El nivel alfa que se establece al principio de un experimento es el nivel al cual se desea limitar la probabilidad de cometer un error tipo 1.

* El error tipo 1 consiste en rechazar la hipótesis nula cuando ésta es verdadera.

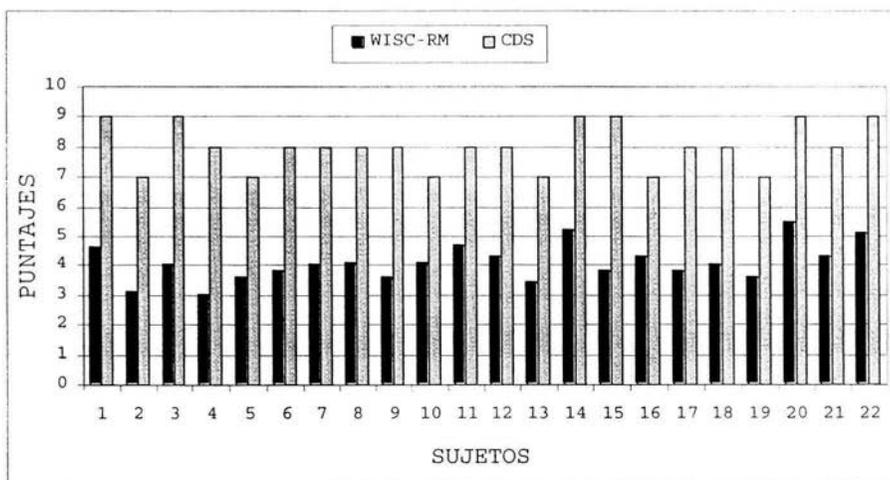


Gráfica 2: Puntuaciones bajas en WISC-RM (escala verbal) y altas en CDS (cuestionario de depresión para niños) en una muestra de (n= 22)

En la gráfica 2 se puede observar que las puntuaciones no fueron del todo exactas pero si precisas ya que se está hablando que a través de un coeficiente de determinación se puede decir que un 36% confirma que a menores habilidades de comunicación verbal mayor probabilidad de presentar sintomatología depresiva infantil.

$$r = 0.598 = 0.60$$

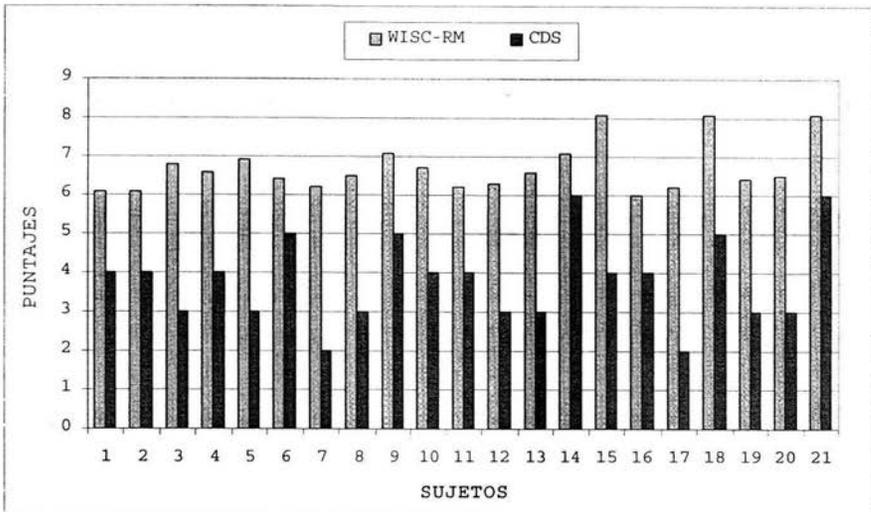
$$r^2 = 0.357 = 0.36\%$$



Gráfica 3: Sujetos con puntuaciones bajas en WISC-RM (escala verbal) y altas en CDS (cuestionario de depresión para niños).

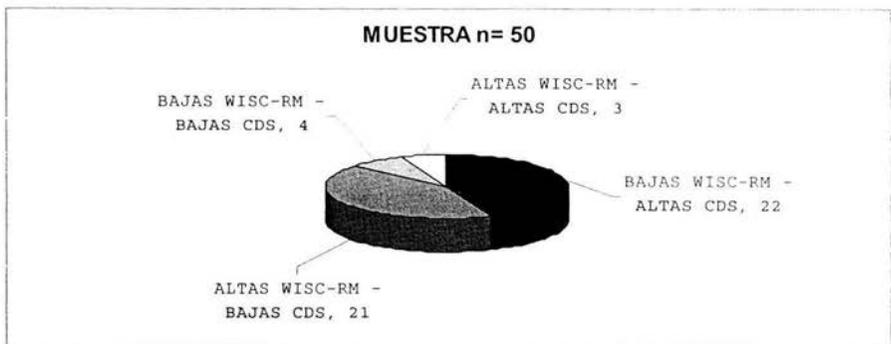
La gráfica 3 muestra como este grupo (n= 22) que obtuvo calificaciones bajas en el WISC-RM (escala verbal) se esperaba que obtuviera calificaciones altas en CDS, de tal manera se comprueba la hipótesis de trabajo.

Por lo tanto si la hipótesis de trabajo es correlacional se esperaba que el grupo (n= 21) que obtuvo calificaciones altas en WISC-RM (escala verbal) obtuviera calificaciones bajas en CDS (ver gráfica 4).



Gráfica 4: Sujetos con puntuaciones altas en WISC-RM (escala verbal) y bajas en puntuaciones en CDS.

Sin embargo, de la muestra (n=50) 7 sujetos no se pudieron clasificar en ninguno de los dos grupos ya que sus puntuaciones de 4 sujetos eran bajas en WISC-RM (escala verbal) y bajas en CDS, por el contrario 3 sujetos obtuvieron calificaciones altas en WISC-RM (escala verbal) y altas en CDS (ver gráfica 5).



Gráfica 5: Muestra total (n= 50) a la cual se les aplicaron ambas pruebas.

Finalmente la gráfica anterior muestra que relativamente 7 sujetos obtuvieron calificaciones que no se esperaban, de tal manera que la muestra con la que se trabajó resultó ser significativa para corroborar la hipótesis de trabajo antes mencionada.

CONCLUSIONES

Un buen desarrollo social en el niño requiere de una buena comunicación ya que la mayor parte del tiempo el ser humano se comunica y la más usual es la verbal. Chomsky (2001) menciona que la evolución de la personalidad, los esquemas del comportamiento y las estructuras cognoscitivas del niño, dependen principalmente del medio social donde se desenvuelve. Por ello el niño requiere de desarrollar habilidades de comunicación verbal, autores como, Garton (1994), Heller (2000), Levine (2003) y Shoning (2003) mencionan algunas habilidades de comunicación que requiere el niño para interactuar eficazmente y ser aceptable para el medio que lo rodea.

De tal manera que si un niño carece de habilidades de comunicación verbal se pueden ver afectados algunos aspectos de su desarrollo y consigo traer consecuencias; Fernández (2006) habló de cómo se refleja el carecer de habilidades de comunicación en la personalidad ya que puede darse de manera inhibida o agresiva. Levine (2003) agrega que los niños que carecen de dichas habilidades suelen ser rechazados y por tanto traer consecuencias más graves como caer en depresión o en ira. Otros autores como Ballack y Hersen (1978; cit. en: Jeffrey, 1987), Ríos (2002) y Trevitchick (2002) hacen mención que la carencia de dichas habilidades pueden provocar trastornos emocionales.

De ahí la importancia de tomar en cuenta la depresión infantil, ya que anteriormente se creía que un niño no podía presentar este tipo de trastornos, sin embargo diversas investigaciones han demostrado lo contrario, Flavell, (1977) (cit. en: Norberto, 1997) es uno de ellos pues menciona que los niños pueden percibir la realidad y hacer inferencias sobre 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 culpa para los demás. Los niños tienen la capacidad cognitiva para experimentar síntomas de depresión.

Otro autor que demuestra lo anterior es Del Barrio, (1997) quien señala que el niño muestra preocupaciones tanto o más que el adulto, sintiéndose incapaz de explicar los hechos que suceden en su alrededor y sin lograr interpretar lo que le ocurre como es el caso de la depresión infantil.

Las habilidades de comunicación verbal y la depresión infantil están asociadas por el simple hecho de que los niños son seres humanos que se desarrollan y para ello requieren estar en contacto con otras personas, por lo tanto se requiere de una comunicación, sabemos que la comunicación no solo es verbal, sin embargo es la que más utilizamos sobretodo los niños, de ahí el interés de que adquieran habilidades de comunicación verbal.

Pues un niño que no sabe comunicarse verbalmente con los demás, y tiene la capacidad para hacerlo puede empezar a tener problemáticas sociales, ya que los niños tienden a rechazar a aquellos que no saben comunicarse y el hecho de no saberse comunicarse no es solo permanecer callado, sino también el no dejar hablar al otro, ser agresivo verbalmente, hablar muy fuerte o muy bajo.

Cuando un niño tiene alguna problemática y no sabe como resolverla o expresarla se empieza a sentir frustrado y esto puede traer consecuencias.

Cuando se habla de que a menores habilidades de comunicación verbal mayor probabilidad de presentar sintomatología depresiva infantil, no quiere decir que las habilidades de comunicación sean el factor principal de que surja una depresión infantil, ya que las causas de ésta son diversas y una de las principales es la pérdida de un ser querido. Pero si un niño cuenta con pocas habilidades de comunicación verbal tendrá dificultades para expresar sus sentimientos y resolver conflictos, de esta manera si se presenta una problemática en la vida del niño no sabrá manejarla y por ello será más susceptible a caer en una depresión.

De acuerdo con dicha investigación y en base a la muestra (n=50), se pudo corroborar que existe una relación entre las habilidades de comunicación verbal y la sintomatología depresiva infantil, notando que dicha relación se dio de la siguiente manera.

En la muestra de (n=22) de los 50 obtuvieron resultados donde muestran que a menores habilidades de comunicación verbal mayor probabilidad de presentar sintomatología depresiva infantil, ya que sus puntuaciones en el WISC-RM eran bajas menores a 6 en decatipos y obtuvieron puntuaciones altas en el CDS que de acuerdo con dicha prueba las calificaciones altas son 7, 8 y 9 en decatipos, de tal manera que se puede decir que las habilidades de comunicación verbal si tienen relación con los síntomas depresivos, ya que 21 niños de la muestra contaron con habilidades de comunicación y no mostraron rasgos depresivos.

En general los niños que presentaron rasgos depresivos tienen mayor dificultad en los aspectos que tienen que ver con respuesta afectiva la cual involucra sentimientos, problemas sociales donde encontramos nuevamente esta parte de la comunicación, baja autoestima donde el niño tiene un bajo concepto de si mismo lo cual trae como consecuencias sentimientos de culpabilidad y finalmente preocupación muerte/salud que nos indica tendencias suicidas o miedo a que le suceda a un ser querido.

Sin embargo, este último aspecto de preocupación muerte/salud fue uno de los que más puntajes altos alcanzo y la mayoría de los niños que presentaron rasgos depresivos obtuvieron puntajes altos (8 y 9) en este aspecto. Lo cual fue informado a los profesores. De acuerdo con lo investigado dicho aspecto tiene relación con la interacción familiar especialmente con lo padres, ya que si no se fomentan algunas habilidades como expresar lo que siente el niño o no se le aclaran dudas el niño empieza a sentirse confundido.

Al relacionar las subescalas del WISC-RM (escala verbal) con las subescalas del CDS (cuestionario de depresión para niños) se encontró que la información con la que cuenta el niño no tiene tanto peso en su aspecto emocional, ya que la información general con la que contamos nos ayuda a abrirnos puertas pero no es fundamental para ser feliz, no se requiere ser muy culto para ser feliz.

Por otra parte la mayoría de los niños que tenían dificultades con la comprensión si se vieron afectados, ya que este aspecto si es importante pues en toda comunicación se requiere que se entienda el mensaje que transmite el otro.

También la subescala de aritmética, en la cual se involucra la resolución de problemas tiene relación con los síntomas depresivos, pues si un niño no sabe resolver problemas tendrá conflictos y si le agregamos que tiene rasgos depresivos más trabajo le contara salir de ese estado, afectando algunos rasgos como son problemas sociales y reacción afectiva, presentando agresión tanto verbal como física.

Por todo lo anterior se puede observar que tanto las habilidades de comunicación verbal como la depresión infantil influyen entre si, de tal manera que una de las características de la depresión infantil es la socialización disminuida, además de que para su tratamiento las habilidades de comunicación verbal forman parte del mismo, mientras que un niño que no cuenta con dichas habilidades no sabrá expresar sus sentimientos y por tanto ser más vulnerable a presentar depresión.

Por ello sugiero que para prevenir que los niños presenten sintomatología depresiva sea a través del desarrollo de habilidades de comunicación verbal de esta manera que cuando el niño se enfrenta a una problemática contara con herramientas para salir de ella. Así como también sugiero el cómo intervenir cuando el niño presente síntomas de depresión (ver anexo 2).

REFERENCIAS

1. Abarca, N.M. e Hidalgo, C.G. (1999). Comunicación interpersonal. Colombia: Alfaomega.
2. Aguilar, R.M.C. (2001). Concepto de sí mismo. Familia y escuela. Madrid: Dykinson.
3. Aliño, López y Valdés. (2002). DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
4. Arieti, S. y Bemporai (1981). Psicoterapia de la depresión. Buenos Aires: Paidós.
5. Arriaga, C.M. y Giles, A.A.P. (1983). Programa de entrenamiento asertivo en el área educativa. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Tlalneantla, Estado de México.
6. Baptista, L., Fernández, C. y Hernández, S. (2004). Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill.
7. Beak, A. y Shaw, B.F. (1981). El tratamiento de la depresión con terapia cognitiva. En: Ellis, A. y Grieger, R. Manual de TRE (pp. 606-625). New York: Bilbao.
8. Berlo, D.K. (1989). El proceso de comunicación. México: Ateneo.
9. Berryman, J.C. (1991). Psicología del desarrollo. México, D.F.: Manual moderno.
10. Bruner, J. (1974). El habla del niño. México: Paidós.
11. Calderón, N.G. (1999). Depresión. México: Trillas.
12. Canal, M.F. (2002). Grandes ideas para jugar. España: Gil editores.
13. Case, R. (1989). Desarrollo intelectual. México: Paidós.
14. Cestero, M.A. (2000). El intercambio de turnos de habla en la conversación. Salamanca: Universidad de Alcalá.

15. Chevríe, M.C. y Narbona, J. (2001). El lenguaje del niño. Barcelona: Masson.
16. Chomsky, N. (2001). Lenguaje, sociedad y cognición. México: Trillas.
17. Clauss, G. y Hiebsch, H. (1966). Psicología del niño escolar. México, D.F.: Grijalbo.
18. Clemente, E.R.A. y Hernández, B.C. (1996). Contextos de desarrollo psicológico y educación. Maracena, Granada: Ediciones Aljibe.
19. Coolican, H. (1994). Métodos de investigación y estadística en psicología. México, D.F.: Manual moderno.
20. Craig, G.J. (2001). Desarrollo psicológico. México: Pearson educación.
21. Davidoff, L.L. (2000). Introducción a la psicología. México: Mc. Graw Hill.
22. De Ajuriaguerra, J. (2002). Manual de psiquiatría infantil. Barcelona: Masson
23. De la Garza, G.F. (2004). Depresión, angustia y bipolaridad. México: Trillas.
24. Del Barrio, V. (1997). Depresión infantil. Barcelona: Ariel.
25. Discapacinet, (2005). Depresión y ansiedad, la sombra de 15 millones de mexicanos. [En red]. Disponible en: Meléndez, V. http://www.emexico.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Noticia_221
26. Doménech y Polaino; Rivas, T. y Bragado. (2002). Depresión. [En red]. Disponible en: <http://www.el-mundo.es>
27. Espíndola, C.J.L. (1996). Estrategias y técnicas. México: Alambra mexicana.
28. Everstine, L. y Sullivan, D. (2004). Personas en crisis. México: Pax.

29. Fernández, P.M.D. (24/03/2006). Entrenamiento de habilidades de comunicación. [En red]. Disponible en: <http://www.hhcomunicación.arrakis.es/d.html>
30. Fierro, A. (1988). Psicología clínica. Madrid: Pirámide.
31. Flores, V.G. (1984). Problemas de aprendizaje. México: Limusa.
32. Gallardo, R.J.R. (1993). Manual de logopedia escolar. Archidona: Aljibe.
33. García, S.L.B. y Suaste, E.A. (1993). El enfoque de Henri Wallon en la psicología del desarrollo. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Tlalneantla, Estado de México.
34. Garton, A.F. (1994). Interacción social y desarrollo del lenguaje y la cognición. Barcelona: Paidós.
35. Girbau, M.D.M. (2002). Psicología de la comunicación. Barcelona: Ariel psicología.
36. Goleman, D. (2001). La inteligencia emocional. México DF.: Vergara.
37. González, S.R. y Pérez, R.C. (2002). Asociación entre sintomatología de trastorno alimentario y rasgos específicos de personalidad. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Tlalneantla, Estado de México.
38. Guerrero, S.I. e Hidalgo, G.T.M. (1992). Descripción de los tratamientos conductuales y cognoscitivos para la depresión infantil. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, facultad de psicología, México, DF.
39. Halliday, M.A.K. (1986). El lenguaje como semiótica social. México, DF.: Fondo de cultura económica.
40. Hayes, S.C. y Leonhard, C. (1994). Un enfoque analítico conductual alternativo de la conducta verbal. Revista mexicana de psicología, 11, (1) ,69-86.

41. Heller, M.J.E. y Schwartz, S. (2000). El lenguaje de los juguetes. México: Trillas.
42. Hernández, M.L. (2000). Intervención psicológica a familiares de pacientes con VIH SIDA. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México.
43. Jeffrey, A.K. (1987). Entrenamiento de las habilidades sociales. New York: Bilbao.
44. Kubli, A.E. (1995). Elige la comunicación. México: Árbol editorial.
45. La prensa médica mexicana, (1980). El niño de 6 a 12 años. México DF.
46. Laino, D. (2000). Aspectos psicosociales del aprendizaje. Argentina: HomoSapiens editores.
47. Lang, M. y Tisher, M. (1990). Cuestionario de depresión para niños. Madrid: TEA ediciones.
48. Levine, M. (2003). Mentes diferentes, aprendizajes diferentes. Barcelona: Paidós.
49. Lipsitt, (1985). Desarrollo infantil. México, DF.: Trillas.
50. López, U.E. (2001). La estructura familiar depresiva. Tesina de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México.
51. Luria, A.R. y Yudovich, F.I. (1994). Lenguaje y desarrollo intelectual en el niño. Madrid: Siglo veintiuno editores.
52. Maciá, A.D. y Méndez, F.X. (1997). Modificación de la conducta en niños y adolescentes. Madrid: Pirámide.
53. Malcuit, G. y Pomerlau, A. (1992). El niño y su ambiente. México: Trillas.
54. McCandless, B.R. y Trotter, R.J. (1981). Conducta y desarrollo del niño. México, D.F.: Interamericana.

55. McEntee, E. (1995). Comunicación oral. México: Mc. Graw Hill.
56. Mendehall, W. y Reinmuth, J. (1981). Estadística para la administración y economía. EE. UU.: Wadsworth internacional.
57. Miller, G.A. (1980). Psicología de la comunicación. España: Paidós.
58. Miller, G.A. (1994). Lenguaje y habla. Madrid: Alianza psicología.
59. Montgomery, (25/01/2006). Depresión. [En red]. Disponible en: <http://www.salud&sociedad.com>.
60. Moreno, C.A. (1997). Tratamiento de las depresiones. México: Masson.
61. Norberto, S.G. (1997). Algunos modelos sobre depresión desde la perspectiva cognitivo-conductual. Tesina de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México.
62. Pagano, R. (1999). Estadística. México DF.: Mc. Graw Hill.
63. Papalia D. (1993). Psicología del desarrollo. México: Mc. Graw Hill.
64. Polaino, L.A. (1988). Las depresiones infantiles. Madrid: Ediciones morata.
65. Programa de acción e-Salud (2003-2005). Salud mental. [En red]. Disponible en: <http://www.e-salud.gob.mx/>
66. Razyel, (2005). Suicidio. [En red]. Disponible en: http://blogs.vivito.net/blog/suicidio/noticiero/2005/08/23/aumento_suicidio_en_niños_y_adolecentes.
67. Ríos, S.M.R. (2002). Evaluación de habilidades sociales. En: Aragón, L. E. y Silva, A. Evaluación psicológica en el área clínica. (pp. 49-65). México: Pax.
68. Sánchez, B. (1971). Lenguaje oral. Argentina: Kapelusz.

69. Sevilla, F.O.P. (1994). Estudio comparativo de depresión infantil, niños que vivían hogares de origen vs. niños institucionalizados. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México.
70. Shaffer, D. y Waslick, B.D. (2003). Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes. Barcelona: Ars Médica.
71. Shoning, F. (2003). Problemas de aprendizaje. México: Trillas.
72. Solá, M.J. (1990). Puericultura. México: Trillas.
73. Solloa, G.L.M. (2001). Los testimonios psicológicos en el niño. México: Trillas.
74. Trevithick, P. (2002). Habilidades de comunicación en intervención social. Madrid: Narcea.
75. Verdeber, R. (1999). ¡Comunícate!. México, DF.: Tomnson.
76. Wood, D. (2000). Cómo piensan y aprenden los niños. México, DF.: Siglo veintiuno editores.
77. Woolfolk, A.E. (1999). Psicología educativa. México: Pearson.

ANEXO 1

TABLA

n	$\alpha = 0.05$	$\alpha = 0.025$	$\alpha = 0.01$	$\alpha = 0.005$
5	0.900	—	—	—
6	0.829	0.886	0.943	—
7	0.714	0.786	0.893	—
8	0.643	0.738	0.833	0.881
9	0.600	0.683	0.783	0.833
10	0.564	0.648	0.745	0.794
11	0.523	0.623	0.736	0.818
12	0.497	0.591	0.703	0.780
13	0.475	0.566	0.673	0.745
14	0.457	0.545	0.646	0.716
15	0.441	0.525	0.623	0.689
16	0.425	0.507	0.601	0.666
17	0.412	0.490	0.582	0.645
18	0.399	0.476	0.564	0.625
19	0.388	0.462	0.549	0.608
20	0.377	0.450	0.534	0.591
21	0.368	0.438	0.521	0.576
22	0.359	0.428	0.508	0.562
23	0.351	0.418	0.496	0.549
24	0.343	0.409	0.485	0.537
25	0.336	0.400	0.475	0.526
26	0.329	0.392	0.465	0.515
27	0.323	0.385	0.456	0.505
28	0.317	0.377	0.448	0.496
29	0.311	0.370	0.440	0.487
30	0.305	0.364	0.432	0.478

ANEXO 2

PROPUESTA

La propuesta se basa en desarrollar las habilidades de comunicación verbal, ya que la comunicación oral capacita a los niños para convertirse en miembros de una sociedad. (Miller, 1994)

La cual va dirigida tanto a padres, profesores y niños de nivel primaria. Es importante dejar al niño que viva sus propias experiencias, ya que un niño aprende dependiendo de las oportunidades que tiene, pero la manera en que lo aprende es algo que depende más del niño. (Miller, op.cit.)

Es por ello que dicha propuesta se basa en los niños de nivel primaria, es decir aquellos que se encuentran en la segunda infancia que abarca de los 6 a los 12 años, ya que en esta etapa se inicia un cambio muy importante, porque el niño empieza a descubrir un conjunto de creencias compartidas por el grupo donde se desenvuelve.

Con el objetivo de mejorar la capacidad del niño de relacionarse y comunicarse verbalmente con los demás.

Al comprobar que a menores habilidades de comunicación verbal mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos en el niño, la propuesta preventiva se basará en desarrollar dichas habilidades en los niños de nivel primaria, ya que en esta etapa el niño tiene cambios sociales importantes.

Para poder desarrollar las habilidades de comunicación verbal en los niños es importante tomar en cuenta los lugares donde se desenvuelve el niño que en este caso sus principales medios donde convive el niño, es en primera instancia la casa donde encontramos a la familia y después la escuela donde forman parte los profesores y alumnos.

El entrenamiento de habilidades de comunicación verbal ayudara al niño a interactuar de forma más efectiva con los demás en cierto tipo de situaciones.

Los padres de familia son parte importante para lograr el desarrollo de habilidades de comunicación verbal en el niño, ya que ellos son los primeros educadores del niño. Sin embargo, deben aprender a trabajar en conjunto con los

profesores pues los niños a esta edad pasan un valioso tiempo en la escuela, si los padres y profesores tienen una comunicación adecuada será más fácil ayudar al niño en su desarrollo.

Cuyo objetivo debe ser concienciar a los padres de la importancia que tiene el desarrollar las habilidades de comunicación verbal para evitar futuras consecuencias como el rechazo social, la depresión infantil entre otras.

Algunas alternativas para ayudar a desarrollar las habilidades de comunicación verbal en los niños son:

- a) Dedicar a sus hijos tiempo de calidad y comunicación donde exista un intercambio de información (no regaños). Dedicar tiempo no significa estar todo el día junto al niño, mas bien convivir con su hijo de acuerdo con sus necesidades del niño y comunicar no solo debe hablar el padre el niño también debe hacerlo.
- b) Organizar actividades conjuntas (padres e hijos). Como jugar con la pelota, muñecas, carritos, juegos de mesa, ir de paseo, etc.
- c) Tener mucha capacidad de escucha, es decir los niños tienen que sentir que se les presta atención y lo que dicen es importante. Escuchar no solo es observar y fingir atención sin parpadear es poner interes a lo que dice el niño y retroalimentarlo para que se de cuenta de que verdaderamente esta siendo escuchando.
- d) Seguir una conversación iniciada por el niño, a través de preguntas del mismo tema.
- e) Fortalecer el respeto, enseñando al niño a respetar su turno para hablar y escuchar al otro.
- f) Los padres deben poner el ejemplo a la hora de comunicarse frente a los hijos. Deben ser congruentes con las reglas de la casa y al tratar de formar valores y estar incluidos también dentro de ellas.
- g) Los padres deben expresar sus sentimientos, para que los hijos se den cuenta de lo que sucede.
- h) Para hacer un uso serio del lenguaje cuando nos interesa que el mensaje llegue lo más íntegro posible hay que: decir sólo lo necesario, decir sólo la verdad, decirla con claridad y decir sólo lo pertinente, para que el niño entienda el mensaje.
- i) Preguntar al niño de acuerdo a su edad como por ejemplo ¿cómo te fue en la escuela? ¿de qué se trato la caricatura?, de tal manera que se trate de

construir una conversación y no corregir al niño de manera burlona si se equivoca al hablar, se debe repetir lo que el dijo pero de manera correcta y el lo ira asociando.

- j) Si se esta viendo la televisión en algunas ocasiones se puede hacer hincapié en los estados de ánimo de los personajes.
- k) Reforzar a los niños cuando traten de iniciar una conversación, a través de palabras de halago y escuchando atentamente.
- l) Dar instrucciones claras a los niños para que empiecen a desarrollar su comprensión por lo que se les dice, se empezará con instrucciones sencillas como el pedir que se le pase un objeto y después se ira aumentando la instrucción, tampoco los papas deben de abusar de este aspecto si no el niño se puede sentir incomodo.
- m) En conclusión hablar y escuchar a sus hijos.

Así como se puede orientar a los padres se puede hacer con los profesores pues en ocasiones los profesores solo le dan importancia al desarrollo intelectual y no en la parte emocional. Muchas veces los profesores no están bien informados de las condiciones en que vive el niño y por lo tanto de sus problemáticas. Sin embargo, estas problemáticas afectan el desarrollo intelectual, por ello se requiere que los profesores tomen más en cuenta el aspecto emocional y social del niño.

Se le puede proporcionar actividades para desarrollar las habilidades de comunicación verbal como son:

- a) Ser más tolerantes con sus alumnos y escuchar sus opiniones.
- b) Dar por lo menos 15 minutos al día para que platiquen libremente.
- c) Dar tiempo antes de comenzar su clase para establecer una pequeña conversación como por ejemplo; los lunes preguntar como les fue el fin de semana, qué hicieron etc. enseñando a los demás a respetar a sus compañeros escuchando lo que dice, todos tendrán que hablar.
- d) Seguir motivando a los niños más callados a que den su opinión brindándole seguridad y reforzando su respuesta a través de comentarios agradables.
- e) Armar mesas redondas para cualquier materia permitiendo que los niños participen más.
- f) Formar obras de teatro para que sepan manejar diversas emociones.

- g) Dejarlos recitar poemas, trabalenguas, adivinanzas, chistes, etc.
- h) Preguntar de manera aleatoria como se sienten y escuchar atentamente.
- i) Continuar dejando que los alumnos expongan temas cortos y preguntar a los demás acerca de la exposición del compañero para que desarrollen la habilidad de escuchar.
- j) Contarles cuentos, historietas, historias, novelas, noticias, etc. y posteriormente pedir su opinión.
- k) Presentarle películas y después discutir acerca de dicha película.
- l) Siempre deben observar a sus alumnos, para detectar posibles problemáticas y a los alumnos más callados motivarlos a que hablen.

Pero nuestra población principal son los niños y con ellos se requiere dar un entrenamiento de habilidades de comunicación verbal en los niños se facilita a través del juego cooperativo, pues el juego aumenta la posibilidad de los niños para hacer amigos.

Existen niños que difícilmente saben verbalizar con exactitud las problemáticas interpersonales por ello la importancia de desarrollar las habilidades de comunicación verbal.

Y aquí se debe motivar al niño para que desarrolle habilidades de comunicación verbal para evitar futuras consecuencias como el rechazo social y la depresión infantil entre otras.

Y para sugerir como se puede trabajar con los niños con rasgos depresivos se tomaron en cuenta los resultados obtenidos en ambas pruebas se basa dicha propuesta ya que se valoró los aspectos que requieren importancia.

Una vez aplicada la prueba de depresión infantil para niños (CDS) se obtuvieron los aspectos (ver anexo 4) que requieren mayor importancia y estos son aquellos que tienen que ver con:

- RA- respuesta afectiva
- PS- problemas sociales
- AE- autoestima
- PM- preocupación muerte/salud
- SC- sentimientos de culpabilidad

En la escuela primaria donde se llevo a acabo dicha investigación, se les proporciono tanto a los profesores como a los padres un informe general de los resultados obtenidos en ambas pruebas y se recomendó volver a evaluar a los niños que presentaron rasgos depresivos, ya que con el solo hecho de aplicar una prueba nosotros como psicólogos no podemos dar un diagnóstico como tal se requiere de hacer una evaluación más completa.

Además de que se me dio la oportunidad de hablar con las profesoras de los tres grupos antes y después de la aplicación, ellas me brindaron información muy valiosa lo cual ayudo a confirmar algunos aspectos, es por ello que se recomienda que en toda intervención con los niños se tome en cuenta la opinión de los profesores y no solo de los padres de familia, pues los profesores nos pueden brindar más información con respecto a la socialización de los niños y de algunas actitudes o cambios de conducta. Pues en estos tiempos la necesidad de que ambos padres trabajen ha aumentado y a veces pierden mucho contacto con sus hijos.

Por ello el objetivo es informar y sensibilizar tanto a padres de familia como a profesores acerca de la depresión infantil haciéndoles notar que ellos son parte fundamental para ayudar al niño a salir de ese estado emocional.

Bueno en este proceso de intervención después de haber valorado al niño es importante que tanto profesores, padres y niños estén mejor informados acerca de la depresión infantil.

Por ello mi propuesta recomienda que ya sea de manera grupal o personal brindar la información necesaria sobre la depresión infantil la cual debe abarcar los siguientes aspectos:

1. Definición de depresión.
2. Síntomas de la depresión en adultos.
3. Definición de depresión infantil.
4. Síntomas de la depresión infantil.
5. Causas o factores que llevan a una depresión infantil.
6. Posibles consecuencias.
7. ¿Cómo ayudar al niño deprimido?

Esta información debe ser proporcionada de manera verbal, visual y en material impreso (folletos, trípticos, manual, etc.) tanto a padres como profesores.

hacer las tareas escolares							
Cambio de apetito							
Transmite sensación de carecer amor							

Este registro ayudara a observar cambios en la conducta del niño, de esta manera quien lleve el registro notara cuando empiece a ver mejoría.

5. Los niños con depresión tienen dificultades sociales, por ello se trabajara en este aspecto ayudando al niño a relacionarse con las personas que le rodean y de esta manera ayudaremos a aumentar su autoestima porque al perder contacto social dejara de recibir reforzadores que ayuden a su autoestima. Será de la siguiente manera.

- a) Se pondrán enfrente del niño muñecos que se asemejen con los humanos, con rostros que muestren distintas emociones, sean de diferentes tamaños y de sexo.
- b) Se le explicara al niño que vamos a jugar y que el escoja a los muñecos con que vamos a jugar, a demás se le motivara para que el inicie el juego.
- c) Posteriormente se empezara a trabajar con la imagen de si mismo.
- d) Se le pedirá al niño que se observe en un espejo y que trate de describirse desde su aspecto físico y emocional, esto nos ayudara a obtener información con respecto a su forma de verse a si mismo.
- e) Luego se le harán ver sus cualidades y se le debe hacer sentir que es un niño muy valioso.
- f) Ahora se le contara un cuento donde un niño se perdió de hacer muchas cosas divertidas porque siempre estaba triste.
- g) Entonces de esta manera se le hace ver al niño que él es el único que puede ayudarse a sentirse bien. Y que cuando él se sienta bien ya no tendrá dificultades para convivir y jugar con sus compañeros.
- h) De esta manera se le plantearan distintas situaciones y se le preguntara cómo reaccionaria o que haría frente a esa situación. Si es correcto se le reforzara positivamente y en caso de que lo que diga no sea lo adecuado se le plantearan ejemplos.
- i) Después jugaremos a los actores el niño o el psicólogo planearan una situación y trataran de establecer un diálogo, el psicólogo debe permitir que

el niño sea quien hable más y en caso de que no lo haga el psicólogo puede hacer preguntas.

- j) Se le enseñaran al niño algunas reglas que le ayudaran a poder convivir con la gente, como a respetar su turno para hablar, no necesita gritar para ser escuchado (modular su tono de voz), escuchar las opiniones de los demás, entre otras.
- k) Es importante dejar tareas para casa aquí los padres nos pueden ayudar, una tarea puede ser establecer un diálogo con su hijo o reforzar las conductas positivas del niño.

6. En caso de que de la causa de la depresión sea por la pérdida de un ser querido (familiares, amigos, conocidos o mascota). Se requerirá más del apoyo de los padres pues ellos cuando sufren este duelo se olvidan de que los niños también sufren y que aunque todavía no tengan un buen concepto de la muerte entienden que ya no volverán a ver a esa persona.

Por eso se les ayudara a aceptar dicha pérdida y se les explicara el concepto de muerte de manera que el niño lo entienda, ya que los padres al tratar de cubrir la realidad confunden más al niño.

Es decir, se trabajarán con los aspectos que estén causando más conflicto en el niño, siempre haciéndoles ver a los padres que requerimos de su apoyo y comprensión para su hijo.

La propuesta anterior contiene algunas ideas que pueden ser aplicadas tomando en cuenta que nuestro propósito es ayudar al niño. Sin embargo, la creatividad del psicólogo es muy importante cuando se trabaja con niños y sobretodo se debe tener esa capacidad de escucha, tolerancia, bajar su nivel de vocabulario para que el niño lo entienda, convertirnos en niños para brindarles la confianza, sobre todo amar su trabajo y valorar a los niños.

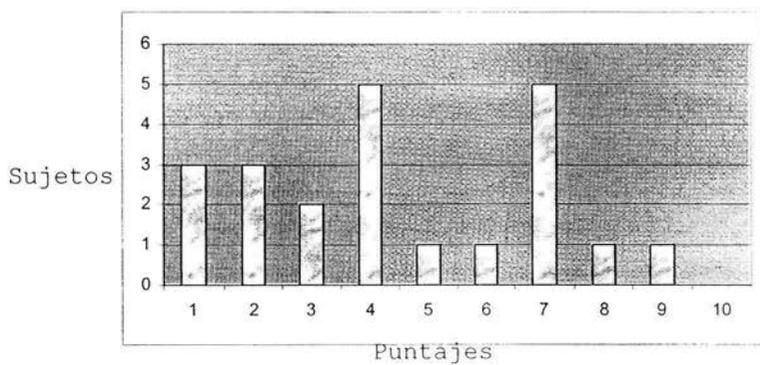
ANEXO 3

GRÁFICAS

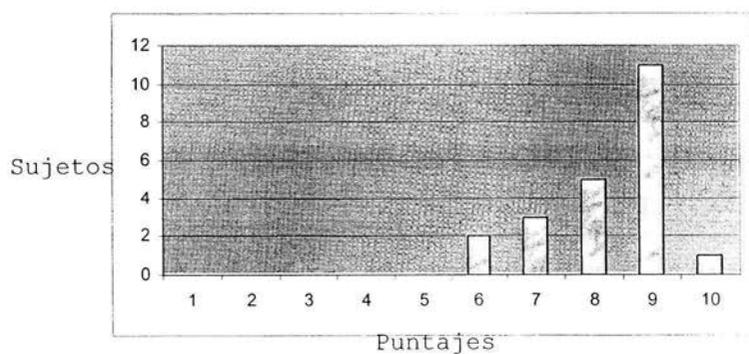
Niños con menores habilidades de comunicación y presentaron depresión.

Escalas del cuestionario de depresión para niños (CDS):

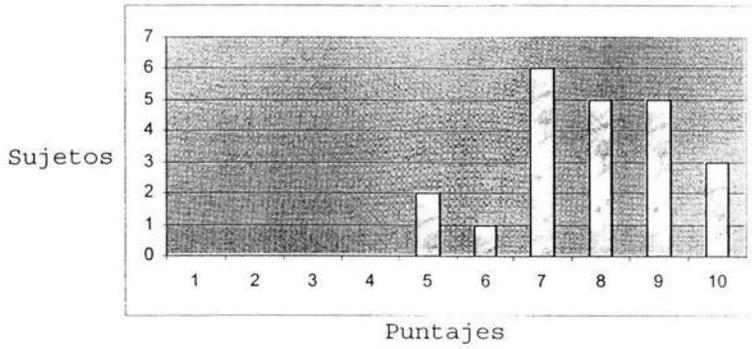
AA- ánimo alegría



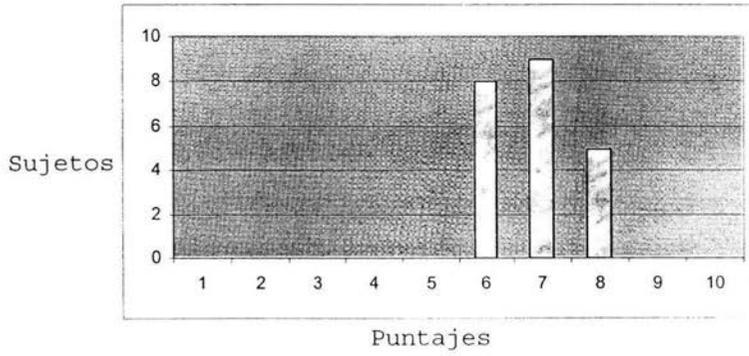
RA- respuesta afectiva



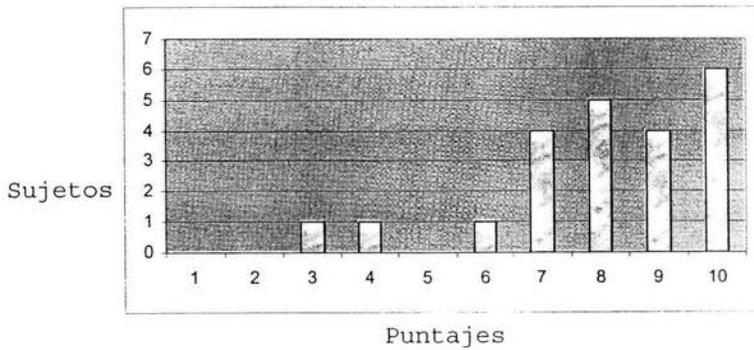
PS- problemas sociales



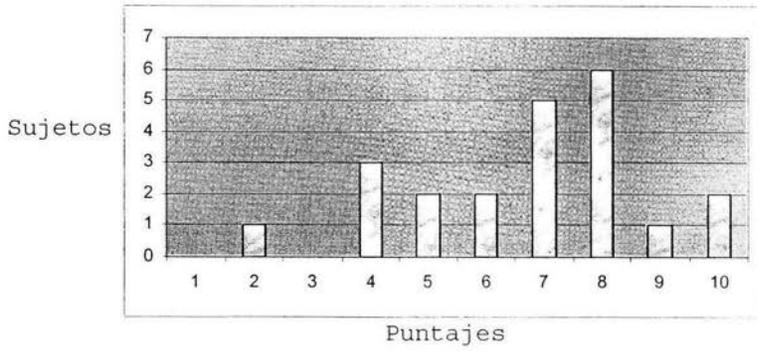
AE- autoestima



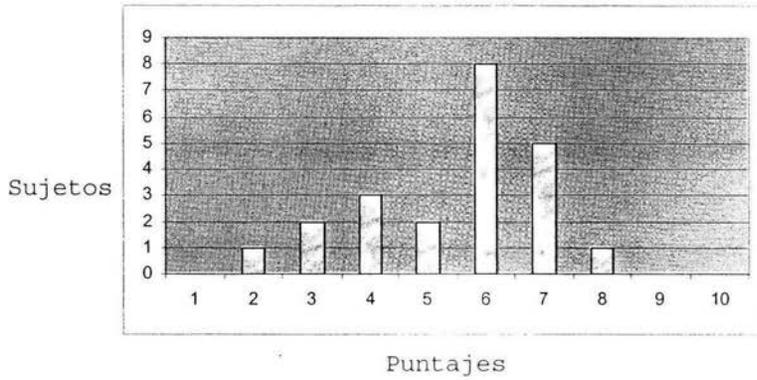
PM- preocupación muerte/salud



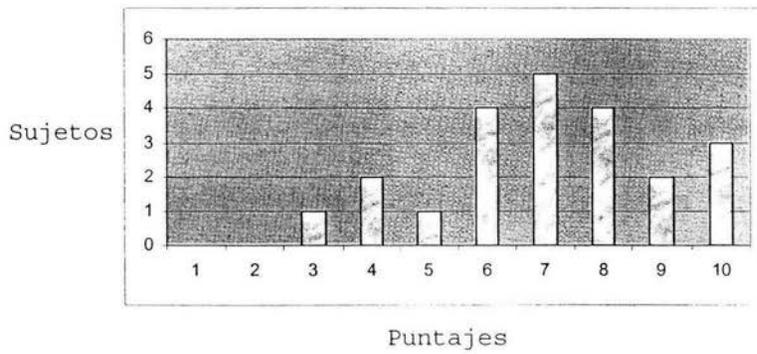
SC- sentimientos de culpabilidad



DV- depresivos varios



PV- positivos varios



ANEXO 4

“Sin palabras...”

Mis compañeros no me quieren,
dicen que soy el mudo,
pero yo no se cómo pedirles que jueguen conmigo.

Mi papá y mi mamá me regañan,
porque no saludo y no contesto cuando me hablan sus conocidos
pero no se que contestar.

Mi profesora no me toma en cuenta,
porque no participo como los demás,
pero me da pena, no se si se burlaran de mí.

No se cómo decirle a mi mamá,
que me ayude a sonreír
y que me ayude a encontrar las palabras para platicar con los demás.
No se cómo decirle a mi profesora,
que yo también quiero salir en la obra escolar.

Ahora estoy solo,
en el recreo nadie quiere jugar conmigo,
no tengo amigos,
siempre tengo ganas de llorar
se me olvida jugar,
me siento muy cansado,
no me da hambre
y siento que nadie me quiere.

Quiero pedir ayuda y no se cómo...

(E.J.N.M.)

ANEXO 5

YA ESTOY MUERTA

Porque....
cuando grite ayuda nadie me escucho,
Cuando te dije que te necesitaba me ignoraste,
Cada lagrima me robo la vida poco a poco.

Se me pasaba la vida desapercibida no la veía.

Me sentía...
Triste, cansada, tan sola
y no lo creyeron.

Quería un abrazo
y me lo negaron.

Me costaba trabajo reír
y me tomabas como una amargada.

Pensé tantas veces en quitarme la vida
y nunca me atrevía por cobarde.

Tenía miedo
y me veían como una cobarde.

Nunca tuvieron tiempo de preguntar,
cómo me sentía en realidad.

Permanecía callada
y no se preocuparon por mi silencio.

Deje de sonreír
y nadie lo noto.

Era insegura
y eso te molestaba.

Quizás no todos fueron así,
pero mi depresión no me permitía darme cuenta.

Como nadie se dio cuenta de que,
una depresión me invadía.

Ahora ya no quiero nada,
ya no soy nada...

E. J. N. M.