



**UNIVERSIDAD ALZATE DE OZUMBA**  
**INCORPORADA A LA UNAM CLAVE 8898-25**

---

---

**TERAPIA DE JUEGO UNA PROPUESTA PARA  
DETECCIÓN DE DEPRESIÓN EN NIÑOS DE NIVEL  
PRIMARIA**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**HUGO GARCÍA CORONA**

**ASESORA DE TESIS:**

**MTRA. EN PSICOLOGÍA LIZBETH CASTRO AMARO**

**OZUMBA, ESTADO DE MÉXICO, FEBRERO DE 2019**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## Dedicatoria

“Protegedme de la sabiduría que no llora  
de la filosofía que no ríe  
y de la grandeza que no se inclina ante los niños.

Gibran Khalil Gibran

A mis padres; Modesto García Martínez y María Isabel Corona Velázquez, por el esfuerzo que han hecho para formarme como persona de buenos sentimientos, valores y principios, guiándome con paciencia y esfuerzo a lo largo de toda mi vida.

Gracias por haberme brindado su apoyo y amor incondicional, este logro es por y para ustedes.

A mi hermano Josué García Corona por llenar mi vida de sonrisas, por su alegría, cariño y comprensión.

*HUGO GARCÍA CORONA*

## Agradecimientos

Era libre, infinitamente, hasta  
el punto de no sentir ya su peso sobre la tierra.

Le faltaba ese peso de las relaciones  
humanas que estorban el andar,  
esas lágrimas, esos adioses, esos reproches,  
esas alegrías, todo lo que  
un hombre mima o destroza cada vez que  
esboza un gesto, esos miles de vínculos que le atan  
a los demás y le dan peso.

Saint-Exupery

A Dios, por cuidar de mis seres queridos y por permitirme concluir esta meta.

A mi familia, los constructores del cimiento de mi formación profesional y como persona,  
gracias por confiar en mí.

A los docentes de la Universidad Alzate de Ozumba de la licenciatura en Psicología, por  
compartir su conocimiento, especialmente a mi asesora de tesis la maestra Lizbeth Castro Amaro,  
por guiarme en el desarrollo de esta investigación.

*HUGO GARCÍA CORONA*

## Índice

|   |    |
|---|----|
| Resumen.....  | 8  |
| Introducción .....  | 10 |
| Planteamiento del problema.....   | 11 |
| Objetivo general .....  | 11 |
| Hipótesis:.....   | 15 |
| Sistema educativo mexicano.....   | 15 |
| MARCO TEÓRICO.....  | 18 |
| Capítulo I Terapia de juego.....  | 18 |
| 1.1 Terapia de juego:.....  | 18 |
| 1.2. Perspectiva psicoanalítica: .....  | 18 |
| 1.2.1. Freud. ....  | 18 |
| 1.2.2 El juego para Melanie Klein .....   | 20 |
| 1.2.3 El juego para Anna Freud .....  | 21 |
| 1.3 Perspectiva de juego no directivo Virginia Axline .....                     | 21 |
| 1.4 Perspectiva según la terapia cognitiva. ....                                | 22 |
| 1.5 Perspectiva de juego estructurado: .....                                    | 24 |
| 1.6 Perspectiva de juego no estructurado .....                                  | 25 |
| 1.7 Perspectiva de terapia de juego en escenarios escolares.....                | 28 |
| 1.7.1 Dificultades en la aplicación de la terapia de juego en la escuela: ..... | 28 |
| 1.7.2 Reglas de la terapia de juego.....  | 31 |
| 1.8. Ejercicios de terapia de juego.....  | 33 |

|   |    |
|---|----|
| 1.8.1 Participación de la familia.....                    | 44 |
| 1.8.2 Contraindicaciones de la terapia de juego.....      | 45 |
| 1.9 El juego para Piaget .....                            | 46 |
| Capítulo II La infancia .....                             | 50 |
| 2.1 Consideraciones en torno a la infancia.....           | 50 |
| 2.2 Modelos que estudian la infancia .....                | 53 |
| 2.2.1 Modelo mecanicista .....                            | 53 |
| 2.2.2 Modelo organicista.....                             | 53 |
| 2.3 Perspectivas del desarrollo humano.....               | 54 |
| 2.4 Paradigma del desarrollo cognoscitivo de Piaget ..... | 56 |
| 2.5 Paradigma histórico-cultural de Vigotsky.....         | 58 |
| Capítulo III Antecedentes del concepto depresión.....     | 60 |
| 3.1 Definición etimológica.....                           | 60 |
| 3.1.1 La Antigüedad Clásica .....                         | 60 |
| 3.1.2 La Edad Media: .....                                | 63 |
| 3.1.3 El Renacimiento .....                               | 64 |
| 3.1.4 Siglos XVII y XVIII.....                            | 65 |
| 3.1.5 El siglo XIX: .....                                 | 66 |
| 3.2 Depresión infantil.....                               | 67 |
| 3.2.1 Trastorno infantil por depresión.....               | 68 |

|   |    |
|---|----|
| 3.2.2 Depresión aguda infantil .....  | 71 |
| 3.2.3 La depresión infantil crónica.....  | 71 |
| 3.3 Detonadores de la depresión en el infante .....                             | 72 |
| 3.3.1 Sucesos críticos de la vida.....  | 72 |
| 3.3.2 Estrés post-traumático.....   | 74 |
| 3.3.3 Divorcio: .....   | 74 |
| 3.3.4 Abuso .....   | 75 |
| 3.3.5 Enfermedad física.....  | 75 |
| 3.3.6 La pobreza.....   | 76 |
| 3.3.7 Niños y niñas en situación de calle .....                                 | 76 |
| 3.4 Síntomas generales de la depresión infantil.....                            | 77 |
| 3.4.1 Emocionales .....   | 77 |
| 3.4.2 Motores .....   | 77 |
| 3.4.3 Cognitivos .....  | 78 |
| 3.4.4 Sociales .....  | 78 |
| 3.4.5 Conductuales .....  | 78 |
| 3.4.6 Psicosomáticos .....  | 78 |
| 3.5 Cuadro sintomatológico depresivo al final de la infancia .....              | 79 |
| 3.6 Mitos en torno a la depresión infantil.....                                 | 81 |
| 3.7 La deficiencia en el apego como predisponente de la depresión infantil..... | 82 |

|  |     |
|--|-----|
| 3.8 Teorías del apego según Jhon Bowlby..... | 83  |
| 3.8.1 Apego seguro .....                     | 84  |
| 3.8.2 Apego inseguro o ansioso .....         | 84  |
| 3.8.3 Apego evitativo .....                  | 85  |
| 3.9 Prevalencia de la depresión .....        | 85  |
| Conclusiones .....                           | 88  |
| Anexos.....                                  | 94  |
| Referencias.....                             | 103 |



Encontrar, acoger, reconocer lo ausente,  
esa capacidad poco común...  
de transformar en terreno de juego  
el peor de los desiertos.  
*Michael Leiris..*

## **Resumen**

En esta tesis encontrará:

En el capítulo I se abordan los beneficios del juego para el niño y define los conceptos de la terapia de juego como un instrumento que considera la proyección de los aspectos físicos, espirituales, cognoscitivos, y proyecciones conscientes e inconscientes del educando, destaca el escenario escolar brindando estrategias de intervención a manera de primeros auxilios emocionales. Se mencionan los autores como Freud, Piaget, Melanie Klein entre otros, hasta llegar a la terapia cognitiva, que es la que ofrece una metodología, reglas y estrategias que permitan la reestructuración cognitiva en el infante con depresión. Se reflexiona con la posibilidad de utilizar la terapia de juego en escenarios escolares para lo cual se proporcionan siete sesiones que permitan identificar prontamente a alumnos que sufran de depresión, enumero la dificultad de su aplicación y las contraindicaciones al respecto, para finalizar con la importancia de la familia en la recuperación del niño con depresión.

En el capítulo II La infancia, se realiza una somera síntesis de la conceptualización del niño, se recuperaron las reflexiones de (Aries, 1960, p. 10). Quien afirma que la preocupación por el

bienestar del niño, es un tema reciente, ya que en el pasado eran tratados como adultos y que debido a esa falta de atención y cuidado no se creía que los niños tuvieran las mismas preocupaciones y aflicciones; también se ofrece la compilación de estudios sobre la infancia de Delval (1994) desde el año de 1787 a 1960. De Papalia se recupera la concepción mecanicista y organicista y sus respectivos modelos teóricos en torno al desarrollo humano. Se describen los paradigmas del desarrollo cognitivo representado por Piaget y el paradigma sociocultural representado por Vigotsky,

El capítulo III realiza un recorrido histórico del concepto depresión desde la antigüedad clásica hasta el DSM IV; manual que reconoce a la depresión como una enfermedad psiquiátrica diferente a la del adulto. Se describen los detonadores de la depresión en el infante. También se describen circunstancias de vulnerabilidad que propician la depresión en el infante, a saber; el maltrato físico, abandono, pobreza extrema, accidentes, catástrofes físicas y de manera precisa la dinámica familiar como violencia, divorcio, abuso físico, emocional y sexual. Se describen los rasgos emocionales, motores, cognitivos, sociales, conductuales y psicósomáticos, además de realizar una síntesis de los principales autores que precisan la sintomatología, recalcando que el desapego de la madre es un factor disponente para desencadenar una depresión.

En el apartado de anexos se proporcionan formatos de canalización para alumnos que hayan sido identificados con depresión.

## **Introducción**

Actualmente la depresión infantil se ha vuelto una problemática cada vez más frecuente, por lo que es apremiante que los estudiosos de la salud mental y emocional profundicemos en su estudio y difusión, en este contexto surge esta investigación que tiene por título Terapia de juego, una propuesta para la detección de depresión en niños de nivel primaria, tiene carácter nodal, en el sentido de que brindará a los psicólogos que trabajan en este nivel, una guía que permita conocer los aspectos observables en los niños con problemas de depresión y brindar primeros auxilios psicológicos con la terapia de juego a fin de ser atendidos y canalizados con el afán de que no exista abandono escolar por este motivo; intenté compilar información que arroje datos precisos sobre cómo afecta el estado emocional, en específico la depresión de los alumnos que cursan educación primaria, para su permanencia en la escuela y me encuentro que las líneas de investigación abordan como motivo de deserción el nivel socioeconómico, el género, la falta de calidad en la clase que se imparte, la migración en los últimos años, sin embargo, existen atisbos que estudian el fenómeno del acoso escolar como una variable de deserción importante, mi conjetura es que en la medida en que existe un malestar emocional como la depresión, sé es más vulnerable a ser víctima de los compañeros, a obtener bajos rendimientos académicos y sé que tendré que seguir buscando a fin de crear un derrotero que dé más luz sobre esta problemática tan poco estudiada en alumnos de educación básica de este nivel, ya que de no atenderse y dependiendo de la edad, puede haber intentos de suicidio, accidentes por la tendencia a correr riesgos, aislamiento social, dificultades en el desarrollo de la personalidad, enfermedades psiquiátricas a futuro, estados depresivos durante la vida adulta y por supuesto, fracaso escolar.

## **Planteamiento del problema**

¿De qué manera la terapia de juego dentro de un aula de clases permite una pronta detección de depresión en niños de nivel primaria?

Encuentro que el primer autor que inicia con la reflexión del juego terapéutico es Freud en 1908, quién escribió que el juego “es la ocupación preferida y más intensa del niño” (Freud, 1908, p.127). Y cumple tres funciones: Fomentar una autoexpresión más libre, satisfacción del deseo y dominio de sucesos traumáticos. Melanie Klein continuó con la idea de usar el juego para la terapia infantil en un marco psicoanalítico, en particular, creía que el juego permite aflorar el material inconsciente, y que el terapeuta podría entonces interpretar los deseos y conflictos reprimidos del niño para ayudarlo a entender sus problemas y necesidades, ya que jugando el niño habla y expresa sus ocurrencias que poseen el valor de asociaciones genuinas. “En su juego los niños representan simbólicamente fantasías, deseos y experiencias.” (Klein, 1929, p. 132)

Y tener como derrotero los siguientes objetivos:

### **Objetivo general**

Explicar de qué manera la terapia de juego dentro del aula de clases permite una pronta detección de depresión en niños de nivel primaria.

Mi **justificación** para trabajar esta problemática inicia cuando tengo un acercamiento con niños de la primaria Antonio caso, en la materia de “Teoría y técnica de la entrevista I” que me permitió reconocer la existencia una gran ignorancia en temas de educación emocional y de temas de psicología, ya que algunos de los profesores de educación primaria tienen elementos mínimos para reconocer, auxiliar y canalizar a alumnos que tengan problemas emocionales y de manera precisa de depresión, además de argumentar que no son psicólogos, que

no tienen experiencia, que éste documento posiblemente no sirva para nada, que con los antecedentes de esos alumnos no es posible, sino ponen atención a las clases menos en esos temas, todas estas razones con justa razón debido a la dinámica escolar y la normatividad institucional, no pueden enfocarse a un solo niño, sino que deben de atender entre 45 y 50 alumnos, los problemas nunca se detectan de manera preventiva, sino que son sujetos de observación cuando el alumno tiene la gran mayoría de las evaluaciones reprobadas o está generando problemas con sus compañeros de aula, tiene comportamientos que lo diferencian de sus compañeros y el mecanismo de solución inmediato es que el docente convoca al padre de familia, le expone la problemática, y lo primero que va a hacer es negar que su hijo este “mal”, ya que de lo contrario tiene que confrontar un modelo de paternidad que puede resultar dolorosa, y pondrá en juego todos los mecanismos de defensa a fin de no enfrentar su propia realidad, por el contrario llamará la atención a su hijo, creyendo que con esta acción quedará solucionado el problema. Debido al narcisismo que tiene todo padre, se proyectan los propios ideales en el niño, y de un sopetón, se encuentra con una realidad distinta, en consecuencia, los niños deben de cargar con todas las expectativas y al mismo tiempo con su tristeza no entendida y rechazada por las figuras más importantes en su vida, sus padres, en consecuencia quedará más devastado en su sentimiento de amor propio, porque se utilizan adjetivos como flojo, tonto, incapaz de concentrarse, de resolver problemas académicos, de busca pleitos, de no echarle ganas y el niño queda con un sentimiento de que es él, el que está mal, y que todos los adjetivos mencionados son correctos.

Debido que los alumnos que cursan la educación básica en el nivel primaria, no cuentan con los elementos cognitivos para poder racionalizar que tienen un problema de depresión y necesitan ayuda, estas conjeturas son difícil de acceder hasta para un adulto, ya que solo se hace una petición

de ayuda en caso de crisis extrema y para los niños esta petición se torna imposible porque no tienen la capacidad de verbalizar sobre sus estados de ánimo y para los padres de familia también se complica sobre todo considerando que su formación académica oscila entre la educación primaria y secundaria, que están más involucrados en obtener el sustento cotidiano y las problemáticas de pareja, poca energía queda para observar las conductas atípicas de sus hijos aunado al estrés y otras preocupaciones hacen que los padres no se percaten de que sus hijos han cambiado y/o no se sienten bien.

En la escuela, el maestro vive pendiente del niño, de su rendimiento, de su comportamiento es por esto que este trabajo está dirigido a los docentes de educación primaria, en el supuesto de que después de los padres, son los que conviven en mayor cantidad de tiempo, cuentan con una formación académica en áreas humanistas o pedagógicas y pueden establecer canales de comunicación con instituciones públicas como el DIF Municipal, que en los servicios que ofrece cuenta con atención psicológica, como primer paso para que se obtenga una atención psiquiátrica en caso de que el niño lo requiera. Otra reflexión importante de porque considerar a los espacios escolares, es porque el segundo lugar en donde el niño pasa mayor cantidad de tiempo después de la casa y por los docentes son personas que tienen la posibilidad de realizar una mirada más objetiva del comportamiento del niño, sea porque como padres no queremos ver la realidad o no contamos con los elementos teóricos que nos permitan entender el comportamiento del niño. Sin embargo, existen detractores que consideran que el maestro no está preparado para informar sobre patologías de este tipo, al desconocer el tipo de conductas que le acompañan, pero mientras no exista un psicólogo clínico por grupo, este tipo de investigaciones será de gran utilidad para los docentes que quieren incidir de manera positiva en sus alumnos.

Otra consideración que se debe de tener presente es que los niños no suelen buscar ayuda por sí mismos. El reto de hacer llegar la atención necesaria a los menores de edad debe incluir una mejor campaña educativa para padres de familia y maestros, con el fin de que puedan identificar cuando es necesario buscar atención para sus hijos o alumnos. A diferencia de los trastornos de la conducta o el déficit de atención con hiperactividad que suelen provocar molestias en los padres de familia y los maestros en los salones de clase, el menor de edad con depresión muchas veces pasa desapercibido. El primer paso para aumentar el uso de servicios para la depresión con inicio temprano, y disminuir el impacto negativo que tiene en diversos ámbitos de la vida de los niños, es conocer las necesidades de atención en estas edades menos protegidas.

Por los argumentos anteriores, considero que la terapia de juego es un paradigma que permite su aplicación en aulas, ya que como había enunciado, los grupos están conformados de hasta cincuenta alumnos y de acuerdo a las sesiones presentadas no hay un límite en la cantidad de alumnos, el tiempo para ser abordadas las sesiones es de una hora por semana, tiempo que el docente o terapeuta puede justificar como trabajo frente a grupo y los materiales que se utilizan son los materiales que de cotidiano existen en un aula convencional de clases, papel bond, marcadores, cartulinas, pinturas vinci, en fin material didáctico de uso común para los profesores del nivel, lo que es menester acotar es que a través de esta tesis se afinará la mirada y se contará con la evidencia objetiva proporcionada por la terapia de juego de alumnos que efectivamente posean depresión y en ningún momento se menciona que el docente de terapia, al contrario, son ejercicios que permiten la pronta identificación a fin de ser canalizados con el especialista.

### **Hipótesis: Nula**

Esta tesis facilitará a los profesores de educación primaria:

- a) Hacer una mejor valoración de situaciones anómalas para que no confundan estados depresivos (u otros) con estados de negligencia estudiantil, o estado de apatía depresiva con pereza.
- b) Detectar precozmente a los niños con un potencial problema depresivo, y actuar en consecuencia.
- c) No tratar de corregir con disciplina y castigos una situación psicósomática.
- d) Ante la detección de un posible caso de depresión, hacer examinar al niño por personal especializado pertinente, para que, en caso de se confirme el diagnóstico, el especialista dé el cauce clínico oportuno.
- e) Contar con un acervo para aplicar la terapia de juego en el aula de clases

La investigación es sólo de carácter documental.

### **Sistema educativo mexicano**

El sistema educativo mexicano está distribuido para que los niños ingresen a la educación preescolar desde los cuatro años, ingresar a la educación primaria a los seis para egresar a los doce y cursar la secundaria en tres años, todo este bloque se denomina educación básica, el bloque que comprende nuestro universo de estudio es el que comprende la educación primaria en donde los alumnos se encuentran en una niñez intermedia, que se diferencia de las otras porque los niños se separan cada vez más de sus padres y buscan la aceptación del contexto social que les circunda, escuela, barrio, grupos de amigos, de ahí que la conformación de la autoestima es un tema central,



ya que poseen la capacidad cognitiva para realizar su propia autoevaluación y percepción de cómo son juzgados por sus capacidades de obtener logros académicos y deportivos. Los síntomas de depresión de 6 a 12 años de edad que podemos observar son, rechazo a las actividades escolares, irritación, peleas y discusiones constantes con sus compañeros, ansiedad, dificultades en el aprendizaje. Empieza a presentar los primeros pensamientos negativos, se muestra autocrítico e inseguro de sus capacidades, con poca motivación y temores nocturnos. A partir de este período en adelante se pueden evidenciar problemas de conducta como crisis de llanto, gritos, peleas e incluso conductas autodestructivas, la enuresis y onicofagia es una de sus manifestaciones más evidentes.

El 13 de marzo de 2017 se presentó el modelo educativo, que ya se encuentra vigente a partir del ciclo escolar 2018-2019 en todos los niveles educativos obligatorios del país, el cual plantea una reorganización en el sistema educativo, el 29 de junio de 2017 se publicó el documento Aprendizajes clave para la educación integral que es la denominación para el nuevo plan y programas de estudio para la educación básica, éste documento; tiene como fin que todos los alumnos se desarrollen plenamente y que tengan la capacidad de seguir aprendiendo incluso una vez concluidos sus estudios. Se proponen importantes innovaciones entre ellas, la inclusión por primera vez de la educación socioemocional, sin embargo, una limitación de esta propuesta es que no parte del diagnóstico clínico, y no busca ser una herramienta interpretativa o terapéutica ya que solo tiene como propósito proveer, estrategias para favorecer el aprendizaje y la convivencia escolar. Sin embargo, este modelo se plantea como si todos los alumnos fuesen sanos emocionales sin considerar los casos atípicos como los alumnos con depresión y otros trastornos, como se

evidencia en los propósitos para la educación primaria: (S.E.P. Aprendizajes clave para la educación integral, 2017, p. 22).

1. Desarrollar habilidades y estrategias para la expresión, la regulación y la gestión de las emociones; el reconocimiento de las causas y efectos de la expresión emocional; la tolerancia a la frustración y la templanza para postergar las recompensas inmediatas.

2. Desarrollar formas de comunicación asertiva y escucha activa.

3. Reconocer y valorar la diversidad cultural y el medioambiente, y la importancia de la inclusión como mecanismo para garantizar la igualdad y la paz social.

4. Reafirmar el ejercicio de la autonomía a través de la participación en acciones y proyectos colectivos que busquen el beneficio de la comunidad.

5. Fortalecer la autoestima para conducirse con seguridad, respeto y sentido de agencia, que es la capacidad para llevar a cabo acciones que generen mayores oportunidades de vida para sí mismo y para los demás.

6. Reconocer el poder de la empatía para establecer relaciones sinceras, respetuosas y duraderas.

# MARCO TEÓRICO

## Capítulo I Terapia de juego

El juego  
es cosa de niños...

### 1.1 Terapia de juego:

El concepto terapia viene del griego *terapeuo* (Corominas, 1984, p. 564). Que significa asistir, cuidar, sanar, servir, atender. *Psyche* (Corominas, 1984, p. 480). Proviene del griego que significa alma, espíritu, mente, el principio de la vida emocional y mental, consciente e inconsciente; por lo tanto, interpreto la terapia de juego como la forma de ayudar al niño de una manera no agresiva tomando en cuenta aspectos físicos, espirituales, emocionales y cognoscitivos tanto consciente como inconsciente considerando el pasado, presente y futuro del niño La asociación para la terapia de juego la definió como

“el uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en que terapeutas capacitados utilizan los poderes terapéuticos del juego para ayudar a los clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y a alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos” (Schaefer, et. al., 2012, p. 4).

### 1.2. Perspectiva psicoanalítica:

**1.2.1. Freud.** El primer autor que inicia con la reflexión del juego terapéutico es Freud en 1908, quién escribió que el juego cumple tres funciones:

- 1.-Fomentar una autoexpresión más libre (en especial de los instintos considerados tabúes).
- 2.-Satisfacción del deseo y;

### 3. Dominio de los sucesos traumáticos.

Afirmaba (Freud, 1908, p. 127). Que “la ocupación preferida y más intensa del niño es el juego”. Porque le proporciona gozo. “En el caso del juego infantil creemos advertir que el niño repite la vivencia displacentera, además, porque mediante su actividad consigue un dominio sobre la impresión intensa mucho más radical que el que era posible en el vivenciar meramente pasivo.” (Freud, 1920, p. 35)

Sin embargo, el niño convertía en juego la vivencia dolorosa de la partida de su madre, y la repetía poniéndose en un papel activo. Otra posible respuesta que Freud ensaya, es que este afán podría atribuirse a una pulsión de apoderamiento, aunque la desecha y ofrece otra explicación: El acto de arrojar el objeto para que acaso era la satisfacción de un impulso, sofocado por el niño en su conducta, a vengarse de la madre por su partida. También postula que los niños repiten en sus juegos todo lo que en la vida les ha causado una fuerte impresión, descargando la energía insumida en la misma, y agrega que un deseo dominante intuye en todo juego infantil: el deseo de ser grande y de poder hacer lo que hace la gente grande. Más allá de estas interpretaciones, Freud concluye que si en el caso examinado el esfuerzo de procesar psíquicamente algo impresionante -la partida de la madre- hizo que se repitiese en el juego una impresión desagradable, esto se debía únicamente a que la repetición iba conectada a una ganancia de placer de otra índole, pero directa. Freud bosqueja un concepto importante, la idea del juego como un tratamiento de lo traumático, idea que será retomada por la mayoría de los autores psicoanalíticos que se interesaron por estudiar el juego dentro del contexto psicoterapéutico. Una diferencia sustancial entre las definiciones de juego antes de “Más allá del principio de placer”, es que ahora juego y placer no coinciden absolutamente. Se subraya “absolutamente” porque Freud no concluye de manera definitiva que este juego no constituya una realización de deseo, ya que además de hacer activo lo sufrido

pasivamente, en todo juego se expresaría también el deseo de ser grande. En este acotado recorrido por la obra de Freud, el juego es considerado una actividad destacada de la vida anímica infantil.

### **1.2.2 El juego para Melanie Klein**

Melanie Klein Continuó con la idea de usar el juego para la terapia infantil en un marco psicoanalítico, ya que “la variedad de situaciones y emociones que pueden ser expresadas por el juego son ilimitadas, por ejemplo, sentimientos de frustración y de ser rechazados” (Klein, 1955, p. 5). En particular, creía que el juego permite aflorar el material inconsciente, y que el terapeuta podría entonces interpretar los deseos y conflictos reprimidos del niño para ayudarlo a entender sus problemas y necesidades. También afirmó que la aproximación gradual a la comprensión y asimilación de las experiencias negativas, así como con la necesidad de revivir y dominar esas experiencias por medio del juego manifiestan que el juego es el mejor medio de expresión del niño puesto que al emplear esta técnica el niño manifiesta muchas asociaciones, cada uno de los elementos del juego es una indicación para el observador ya que jugando el niño habla y expresa sus ocurrencias que tiene el valor de asociaciones genuinas. “Como hemos visto, el ladrillo, la pequeña figura, el auto, no sólo representan cosas que interesan al niño en sí mismas, sino que en su juego con ellas, siempre tienen una variedad de significados simbólicos que están ligados a sus fantasías, deseos y experiencias.” (Klein, 1955, p. 9).

El análisis del juego permite realizar el análisis de la situación de transferencia y de resistencia, la supresión de la amnesia infantil y de los efectos de la represión, así como el descubrimiento de la escena primaria.

### **1.2.3 El juego para Anna Freud**

Para la psicoanalista Anna Freud, el juego era un medio que facilitaba la comunicación con el niño y una técnica auxiliar que proporciona importante material sobre la vida interior del niño, el terapeuta de acuerdo a sus consideraciones no debía interpretar inmediatamente, sino hasta después de haber trabajado sobre la situación traumática, ya que esto constituía el efecto terapéutico de la interpretación. El juego como vivencia infantil es importante debido a la gran limitación de ausencia de lenguaje fluido en niños pequeños. De tal forma que

“... los sueños y los ensueños de los niños, la fantasía manifestada en el juego, dibujo, etcétera, revelan los impulsos del ello sin disfraces y de un modo más accesible que en los adultos, y de esa suerte, casi permiten reemplazar en el análisis a los equivalentes o derivados de ello que afloran en la asociación libre”. (Freud Anna, 1984, p. 7).

### **1.3 Perspectiva de juego no directivo Virginia Axline**

A mediados del siglo XX, Virginia Axline dio un enfoque más humanista y centrado en la persona a la terapia infantil y de juego. En particular defendió la creencia de que las condiciones necesarias para el cambio terapéutico son la consideración positiva incondicional, la comprensión empática y la autenticidad. También afirmó que los niños pueden expresar sus pensamientos, sentimientos y deseos por medio del juego mejor que con palabras. Esta autora proporciona ocho principios básicos (Axline, 1975, p. 81) que guían al terapeuta en todos los contactos con el niño.

1.-El terapeuta debe desarrollar una relación interna y amigable con el niño, mediante la cual se establece una armonía lo antes posible.

2.- El terapeuta acepta al niño tal como es.

3.- El terapeuta crea un sentimiento de actitud permisiva en la relación, de tal forma que el niño se siente libre para expresar sus sentimientos por completo.

4.- El terapeuta está alerta a reconocer los sentimientos que el niño está expresando y los refleja de nuevo hacia él de tal forma que logra profundizar más en su comportamiento.

5.- El terapeuta observa un gran respeto por la habilidad del niño para solucionar sus problemas, si a éste se le han brindado la oportunidad para hacerlo. Es responsabilidad del niño decidir y realizar cambios.

6.- El terapeuta no intenta dirigir las acciones o conversación del niño en forma alguna, el niño guía, el terapeuta lo sigue.

7.- El terapeuta no pretende apresurar el curso de la terapia. Este es un proceso gradual, y como tal, reconocido por el terapeuta.

8.- El terapeuta establece solo aquellas limitaciones que son necesarias para conservar la terapia en el mundo de la realidad y hacerle patente al niño de su responsabilidad en la relación.

#### **1.4 Perspectiva según la terapia cognitiva.**

El juego es una conducta innata, con funciones evolutivas de adaptación y supervivencia. Tiene propiedades terapéuticas que favorecen cambios cognitivos y conductuales. Varios autores sostienen que el juego no es solamente un medio para aplicar otros procedimientos terapéuticos, sino que es terapéutico en sí mismo. En terapia cognitivo conductual con niños, se establece una

relación positiva entre niño y terapeuta, se utilizan las actividades de juego para comunicarse con el niño y se concibe el ambiente terapéutico como un lugar seguro. Pero se diferencia de otros enfoques en la teoría que sustenta su interpretación, el tipo de actividades promovidas, así como en el establecimiento de metas terapéuticas, estrategias para lograrlas y el posicionamiento más educativo y directivo por parte del terapeuta. Nos resulta útil para transmitir nuestra experiencia la clasificación del juego realizada por este modelo conceptual.

La terapia conductual y la terapia cognitiva coinciden en modificar los sentimientos, los comportamientos y los pensamientos característicos de la depresión infantil, pero difieren en las prioridades. La terapia de conducta considera que el desarrollo y fortalecimiento de conductas positivas, como ampliar e intensificar las actividades agradables y diversiones del niño o dotarle de habilidades sociales para vencer su soledad y mantener relaciones gratificantes, conlleva mejora en los ámbitos emocional y cognitivo. Por el contrario, la terapia cognitiva preconiza que la erradicación de los pensamientos automáticos y la adquisición de pautas de pensar más apropiadas operan mejorías en la esfera de los sentimientos y comportamientos.

El psicólogo infantil diseña un plan integrado de tratamiento cognoscitivo conductual con el fin de conseguir en el niño tres cambios terapéuticos fundamentales, que aprenda a valorar sus sentimientos, que sustituya sus comportamientos generadores de emociones negativas por conductas más adecuadas, que modifique sus pensamientos distorsionados y sus patrones erróneos de razonar. El trípode básico sobre el que descansa la terapia lo constituyen los programas de



educación emocional, de actividades agradables y de reestructuración cognitiva. En los casos más graves el tratamiento psicológico se completa con mediación antidepresiva.

### **1.5 Perspectiva de juego estructurado:**

“Se caracteriza por sus reglas, normas, instrucciones y excepciones preestablecidas con claridad. Puede incluir juegos de mesa diseñados con fines terapéuticos (orientados al desarrollo de las habilidades sociales, el control de la ira, etc. No obstante, estos juegos son de difícil acceso en nuestro medio, por lo cual, en el mejor de los casos se terminan implementado de modo artesanal.”

(Bunge, Gomar y Mandil. 2009, p. 16).

También se pueden incluir juegos de mesa no diseñados con fines terapéuticos, como ajedrez, damas, dominó, naipes. Estos pueden utilizarse terapéuticamente con propósitos muy diversos. Pueden servir para iniciar una actividad cualquiera con un niño poco verbal, resistente o desmotivado. Puede ser un distractor o una actividad reforzante, placentera, que permita al niño bajar las defensas. En el contexto de un juego resulta más fácil hablar de cualquier cosa. El juego llega a ser sólo una excusa, una actividad mientras se analizan los problemas y sus posibles soluciones. Dependiendo del contexto, pueden utilizarse deportes como el fútbol, que exige de ciertas reglas e instrucciones a seguir, de esfuerzo, constancia, estrategia y hasta picardía. También puede servir para modelar en el niño conductas de cortesía y cooperación, tolerancia a la frustración, etc.

## **1.6 Perspectiva de juego no estructurado**

“Se incluye en esta categoría, en primer lugar, el juego no estructurado y no directivo. Requiere de un ambiente con muchos juguetes como el juego que desee realizar. Proporciona las condiciones para que se presenten las conductas de mayor probabilidad en el repertorio del niño.” (Bunge, et. al. 2009, p. 17).

En un tratamiento cognitivo se suele utilizar fundamentalmente con fines diagnósticos, aunque se pueden implementar en este contexto lúdico diferentes intervenciones dirigidas a la reorientación, reorganización y reinterpretación de sucesos e interacciones que resultan conflictivos.

Más utilizado es el juego no estructurado y directivo. Una vez que el niño manifiesta temas de conflicto, el terapeuta puede reorientar el juego en una dirección terapéutica. Puede tomar el muñeco que representa la figura materna y proporcionarle una explicación, confrontación o elementos racionales que le permitan una reestructuración cognitiva, o introducir un personaje adicional, de fantasía, y de ayuda terapéutica, como un mago, un amigo, o un héroe que le ayude a entender hechos, relaciones o aspectos de su pensamiento y desarrollar habilidades sociales o de afrontamiento.

Las estrategias utilizadas por la terapia cognitiva nos permiten: (Bunge, et.al. 2009, p. 33)

### 1.-Entrenamiento en el reconocimiento de las emociones:

Muchos niños no diferencian emociones como la tristeza, el aburrimiento o enojo. Por esto, uno de los primeros pasos será poder diferenciar y nombrar estas emociones para luego ocuparse de otros aspectos. El uso de caritas dibujadas con acertijos referidos al tipo de expresión y su motivación resulta común a estos fines.

### 2.-Identificación y monitoreo de los pensamientos automáticos:

Estos son pensamientos que escapan a la voluntad del alumno, que son extremadamente rápidos y poseen una estructura telegráfica. Es por eso que las personas usualmente no se detienen a cuestionarlos y los toman como certeros. Estos pensamientos dan lugar a las diversas interpretaciones que cada uno realiza de las situaciones que le toca vivir e influyen en su estado de ánimo.

En todo tratamiento cognitivo, uno de los pasos iniciales consiste en orientar al paciente en la detección de los auto diálogos e imágenes disfuncionales que se suscitan en las situaciones problemáticas.

### 3.- Reconocer la relación existente entre el pensamiento, la emoción y la conducta:

Para que el paciente participe activamente del tratamiento e incorpore la metodología colaborativa de trabajo, debe ser educado y entrenado en el reconocimiento de los nexos entre los factores más importantes que mantienen los trastornos. Por ejemplo:

El niño que piensa que sería imposible que alguien como él apruebe la evaluación de matemáticas, probablemente se sienta desganado y por ende, no estudie. Al desaprobado el examen,

el pensamiento disfuncional podría ser reforzado (trastorno del estado de ánimo o posible depresión).

#### 4.- Reestructuración cognitiva:

Con niños de nivel primaria se pueden utilizar marionetas caracterizando auto-verbalizaciones positivas ante situaciones estresantes, historietas con globos con textos psicoeducativos o vacíos, para que el paciente los llene, realizar cambios de roles donde el niño caracteriza al personaje o a una situación temida.

#### 5.- Modelados:

Se pueden incluir en este apartado la variedad de técnicas que encuentran su origen en las teorías del aprendizaje social: desde el entrenamiento en asertividad y habilidades sociales, hasta el modelado de técnicas de afrontamiento comportamental; el niño podrá jugar a ser un muñeco de trapo durante un entrenamiento en respiración profunda, caracterizar interacciones con muñequitos o marionetas, personajes de cuentos, etc.

#### 6.- Uso de biblioterapia, cuentos e implementación de narrativas terapéuticas:

Las técnicas narrativas apuntan a caracterizar la situación problemática a la manera de una historia, en donde el síntoma es un enemigo externo contra el cual el niño, con ayuda de sus seres queridos, podrá luchar. De esta forma, se tiende a despatologizar al consultante, externando el problema y favoreciendo la adjudicación de recursos a sus capacidades personales.

## **1.7 Perspectiva de terapia de juego en escenarios escolares**

Con frecuencia la escuela primaria es más severa que su antecesor, el jardín de niños, por esta razón se suele pensar que quienes asisten a ella son alumnos cuyas únicas acciones válidas son la obligación de aprender y cumplir con sus tareas. Bajo esta premisa, las escuelas, algunas veces, no tienen en cuenta que estos estudiantes aún son niños para quienes el juego es un vehículo importante de sus aprendizajes.

Durante el juego se desarrollan diferentes aprendizajes, por ejemplo, en torno a la comunicación con otros, los niños aprenden a escuchar, comprender y comunicarse con claridad, en relación con la convivencia social, aprenden a trabajar de forma colaborativa para conseguir lo que se proponen y a regular sus emociones, sobre la naturaleza aprenden a explorar, cuidar y conservar lo que valoran, al enfrentarse a problemas de diversa índole, reflexionan sobre cada problema y eligen un procedimiento para solucionarlo, cuando el juego implica acción motriz, desarrollan capacidades y destrezas como rapidez, coordinación y precisión, y cuando requieren expresar sentimientos o representar una situación, ponen en marcha su capacidad creativa con un amplio margen de acción. El juego se convierte en un gran aliado para los aprendizajes de los niños, por medio de él descubren capacidades, habilidades para organizar, proponer y representar, así mismo, propicia condiciones para que los niños afirmen su identidad y que valoren las particularidades de los otros.

### **1.7.1 Dificultades en la aplicación de la terapia de juego en la escuela:**

Existe una concepción de que el buen docente es el que aplica la disciplina a ultranza, y si el grupo no está en completo silencio, es una manifestación de falta de control de grupo de tal forma

que si juegan, puede ser mal entendido. Otra dificultad a la que se puede enfrentar es que los espacios escolares están limitados para exclusivamente dar clases, con grupos saturados de hasta cuarenta alumnos, el costo de tener un aula de juegos puede ser uno de los principales obstáculos; sin embargo, se puede subsanar con un espacio que brinde confidencialidad para que el alumno se exprese de la manera más natural posible.

Entre las ventajas de usar la terapia de juego en la escuela encontramos:

El uso de juguetes y materiales de juego por los psicólogos y docentes, ofrece la oportunidad única que raras veces se encuentra en consulta privada.

Cuando un alumno entra a un aula con la presencia de juguetes, le invita al niño a expresar sus preocupaciones, vivencias, temores en fin a una comprensión de su mundo.

Los objetos mínimos para acondicionar un aula con la función de terapia de juego son:

“crayones, tijeras sin punta, biberón de plástico, navaja de goma, muñeca play-doh, pistola de dardos, esposas, soldaditos, latas vacías de comida, platitos de plástico, cucharas, carros, aviones, teléfono, títeres, una caja de cartón dividida por habitaciones, muebles de casa, muñecas, pelota de goma, palitos de paleta, limpia pipas, sombreros o gorras, entre otros.” (Schahefer, 2011. p.8).

Los artículos que se deben evitar: “artículos filosos, juguetes costosos, materiales muy elaborados.” (Schaefer, 2011, p. 8). Que los niños suelen pedir su repetición, como el juego de mecerse, prueba del placer producido por ciertos movimientos mecánicos. En “El creador literario y el fantaseo” (Freud, 1908) propone una relación entre el juego y la creación poética. Freud

señala que el juego es la ocupación favorita y más intensa del niño. El juego atraviesa también por un proceso y estas estructuras se dividen en tres niveles.

El juego de ejercicio, queda ubicado dentro del período sensorio-motor de 0 a 2 años; consiste en realizar actividades de tipo motor que inician con un fin adaptativo, que se realizan por puro placer lo que se llama ejercicio funcional. Muchas actividades sensorio-motrices se transforman en juego. En este período el simbolismo está ausente y tiene un carácter de tipo individual sin descartar que los niños juegan y se relacionan con los adultos.

El juego simbólico es el segundo nivel con edades aproximadas entre 2 y 3 y los 6–7 años. Este período se distingue por la abundancia de simbolismo, que se construye a través de la imitación. El niño reproduce episodios de la vida diaria de lo que le rodea, adaptándolas de acuerdo a sus necesidades, por ejemplo, juega a ser médico, maestro, bombero, etc.

El juego de reglas, las edades aproximadas son de los 6 años a la adolescencia. Aquí el juego tiene un carácter social y se realiza utilizando reglas que todos deben respetar. Es necesaria la cooperación de todos los que participan para que se lleve a cabo el juego, así como la competencia ya que hay un ganador y un perdedor. Esto ayuda a que el niño se sitúe en el punto de vista de los demás y a estar atento al juego, siendo importante para el desarrollo social y la superación del egocentrismo.

Considero necesario mencionar un poco más sobre el juego de ejercicio porque en ese período (sensorio-motor), el bebé conoce el mundo a través de su cuerpo; el movimiento es su medio de

comunicación con el mundo exterior, por lo que constituye la base o la forma inicial del juego en el niño, dando lugar a una asimilación funcional es decir funcionamiento por placer.

Se dice que estos ejercicios lúdicos que constituyen la fase inicial del juego en el niño, no son características de este período, sino reaparece durante toda la infancia, e incluso hasta en el adulto.

Los juegos de ejercicio se pueden dividir en dos categorías. Los de ejercicio simple que están adaptados a un fin utilitario y se realiza sólo por el placer de hacerlo.

La segunda clase es la de combinaciones sin objeto, se trata de nuevas actividades lúdicas desde el comienzo, pero tampoco sin un fin previo, usando material nuevo como pelotas, cajas, juegos educativos sólo por diversión.

El juego de ejercicio al pasar por este proceso se llega a convertir, ya sea el juego simbólico, en juego de reglas y por último en adaptaciones reales para entrar en la inteligencia práctica

### **1.7.2 Reglas de la terapia de juego**

Al trabajar con niños acepto lo que él me quiere dar a través del juego, debo estar alerta para reconocer los sentimientos que expresa, para lograr que se fortalezca un vínculo sólido las sesiones deben ser constantes y se debe contar con el apoyo de los padres. El terapeuta debe tener disposición, paciencia, respeto, consideraciones por el niño, estableciendo límites que le permitan al niño aprender durante la terapia y asumir su responsabilidad en la misma.



Se sugiere que el terapeuta establezca los límites con los que se siente cómodo.

1.-“No debe permitirse al niño que destruya propiedades de la habitación excepto el equipo de juego.

2.-No debe permitirse al niño atacar físicamente al terapeuta.

3.-No debe permitirse al niño permanecer más del tiempo programado para la entrevista.

4.-No debe permitirse al niño llevarse los juguetes, fuera del cuarto de juego.

5.-No debe permitirse que el niño arroje juguetes ni algún otro material por la ventana.”

(Schaefer, 2011, p. 8).

Los límites permiten al niño expresar sus sentimientos sin herir a los demás, de la misma manera apoyan al terapeuta a mantener una actitud positiva hacia el niño, “los límites se establecen desde la primera sesión.” (Schaefer, 2011, p. 8).

En las primeras sesiones el terapeuta no estructura las sesiones, lo deja libre, se limita observar, analizar, comprender y apoyar al niño para que este se sienta seguro; posteriormente las sesiones se irán estructurando de acuerdo a las necesidades y a la edad del niño. En la terapia de juego se evalúan las conductas que expresa el niño y los juguetes deben cumplir el propósito de suscitar ciertas conductas problemáticas.

Se recomienda que los juguetes

1.-Permitan la expresión simbólica de las necesidades del niño.

2.-Que se encuentren en un espacio que le pertenecerá al niño en el momento de la terapia.

3.- Este espacio, deberá aclarársele al niño, que será para que juegue y exprese sus emociones por lo que debe ser adecuado para la infancia.

4.- Que promueva la catarsis y el insight.

5.- Que permita la prueba de la realidad.

## 1.8. Ejercicios de terapia de juego

Planificación

Objetivo: Familiarizar a los niños con la terapia de juego

| ACTIVIDADES  | RECURSOS  | TIEMPO |
|--|---|--------|
| Presentación: dinámica marcianitos   | Ninguno   | 5, 10' |
| Interacción: estimular el nivel de confianza de los niños (raport) se trabaja la dinámica “la cebolla” | Ninguno   | 10'    |
| Establecer acuerdos para el trabajo terapéutico dentro la sala.  | Marcadores<br>Papel bond  | 20'    |
| Juego libre  | Juguetes, pelotas,<br>rompecabezas, hojas,<br>pinturas, crayones,<br>marcadores, plastilina | 20'    |

Presentación: Con los niños que forman parte del grupo se realiza la dinámica “los marcianitos”.

Desarrollo: Jugaremos a presentarnos usando mensajes extraterrestres, comienza el primero diciendo: marcianito (dice su nombre) transmitiendo a Marcianito/a dice el nombre de la otra (o), mientras marcianito está trasmitiendo deberá mover las manos con los pulgares sobre sus sienes y

el compañero de al lado recibo el mensaje de la misma manera y sigue transmitiendo a los demás compañeros.

Interacción: Deseamos crear un ambiente de confianza y contacto en el grupo, para esto trabajamos con la dinámica “la cebolla”.

Desarrollo: El terapeuta realizará el papel de granjero, el grupo formará la cebolla, para esto todos deberán unirse de una manera fuerte simulando las capas de la cebolla, luego de esto el granjero deberá ir quitando las capas de la cebolla, cada vez que quite una capa, éste pasará a ser granjero hasta que todas las capas hayan sido retiradas. Luego de terminada la dinámica, se realiza una breve reflexión sobre la experiencia vivida.

Planeación de acuerdos: Para realizar esta actividad pedimos a los niños que tomen un marcador, el que deseen y que dibujen su mano en el papel, formando un círculo, luego en el centro del círculo que escriban lo que les gustaría que hubiese en el grupo, y en la parte de afuera del círculo lo que no les gustaría que haya en el grupo.

Juego libre: Se les pide a los niños que puedan jugar en la sala de juego con los materiales que ellos deseen y como quieran jugar. Una vez que se ha terminado el tiempo, pedimos a los integrantes del grupo que colaboren en el arreglo de la sala de juego.

## Sesión 2 Planificación

Objetivos: Crear un sentimiento de actitud permisiva en la relación de tal manera que el niño (a) se sienta libre de expresar sus sentimientos para realizar la terapia de juego.

| ACTIVIDADES               | RECURSOS      | TIEMPO |
|---------------------------|---------------|--------|
| -Saludo                   | Papel con los | 5'     |
| -Recordatorio de acuerdos | acuerdos      | 5'     |

|  |  |            |
|--|--|------------|
| <p>Juego libre</p>   | <p>-Juguetes de diferentes formas y tamaños.</p> <p>-Juegos de ensamble</p> <p>-Rompecabezas</p> <p>-Pinturas, marcadores, hojas, pelotas, carros, animales, pistolas entre otros.</p> | <p>40'</p> |
| <p>Cierre: Interacción verbal con el niño sobre el contenido del juego.</p> <p>-Manifestación de sentimientos por parte del niño</p> |  | <p>10'</p> |

Dinámica de la sesión:

Saludo: Damos la bienvenida a los niños y niñas a la sesión de terapia.

Recordatorio de acuerdos: Realizamos un recordatorio de los acuerdos establecidos en la primera sesión, como una manera de mantener orden y respeto por todos.

Juego libre: Dejamos que los chicos jueguen de manera libre por la sala, nos dedicamos a observar lo que ellos realizan, podemos participar si ellos nos lo piden, caso contrario solo permitimos que ellos jueguen.

Cierre: Para el cierre realizamos una interacción verbal con los niños, preguntamos sus sentimientos acerca de la experiencia vivida el día de hoy.

### Sesión 3 Planificación

Objetivo: Propiciar la expresión de sentimientos de los niños y niñas a través de un juego dirigido.

| ACTIVIDADES   | RECURSOS   | TIEMPO |
|---|--|--------|
| -Saludo   | Papel con acuerdos                               | 5'     |
| -Recordatorio de acuerdos                                     |  | 5'     |
| Juego: Juego de palabras feeling                              | -50 pedazos de cartulina<br><br>-Lata con fichas | 40'    |
| Cierre: Una reflexión de sentimientos por parte del terapeuta | -Marcador  | 10''   |

#### Dinámica de la sesión

Saludo: Damos la bienvenida a los niños y niñas a la sesión del día de hoy.

Recordatorio de acuerdos: Realizamos un breve recordatorio de los acuerdos establecidos en la primera sesión.

Juego de palabra feeling: Es una técnica que le permite a los niños expresar sus sentimientos, de una manera agradable y no amenazante. Presentamos el juego al niño diciendo.

-Vamos a jugar un juego llamado el juego de palabra feeling, para esto vamos a decir nombres de algunos sentimientos que un niño o una niña de su edad tiene, debemos anotar todos los sentimientos que un niño o una niña de su edad tiene, debemos anotar todos los sentimientos que los niños nos dicen, si el niño no proporciona los nombres de todos los sentimientos necesarios para explorar el problema que se presenta, debemos sugerirlo de manera sigilosa.

Posteriormente, escribimos los sentimientos en los pedazos de cartulina, el terapeuta dice: “Aquí están todas las palabras de sentimientos, tengo en mi mano una lata de sentimientos positiva y negativa”, como estamos trabajando con niños que tienen muchos sentimientos, la historia debe asociarse a lograr que los niños, y niñas puedan expresar sus sentimientos de manera adecuada, en la culminación de la historia, el terapeuta coloca fichas en cada sentimiento adecuado, la cantidad de cada uno debe variar, esto le demuestra al niño que una persona puede tomar más de una sensación, al mismo tiempo estos pueden presentarse en diferentes cantidades.

-El siguiente paso consiste en que el terapeuta debe contar una historia en donde se involucre a los niños, esta no debe ser amenazante que permita la expresión de sentimientos positivos y negativos, a partir de allí los niños escriben sus historias, las comparten con el grupo y con la lata de sentimientos vamos colocando sentimientos positivos y negativos entre todos a las historias que van narrando.

Cierre: Con todo el grupo realizamos una reflexión sobre la importancia de expresar sentimientos, tanto niños como adultos.

#### Sesión 4 Planificación

Objetivo: Desarrollar en los niños y niñas la capacidad de relacionar estados afectivos con eventos ambientales, y la habilidad de expresar estos sentimientos verbalmente.

| ACTIVIDADES               | RECURSOS       | TIEMPO |
|---------------------------|----------------|--------|
| -Saludo                   | -Papel con los | 5'     |
| -Recordatorio de acuerdos | acuerdos       | 5'     |

|   |  |     |
|---|--|-----|
| -Juego: “juego el color de vida”                                  | -Crayones, pinturas, marcadores y/o pintura de agua<br><br>-Hojas de papel blanco<br><br>-Cinta adhesiva | 40’ |
| Cierre: Una reflexión de los sentimientos por parte del terapeuta |  | 10’ |

Dinámica de la sesión:

Saludo: Damos la bienvenida a los niños y niñas a la sesión del día de hoy.

Recordatorio de acuerdos: Realizamos un breve recordatorio de los acuerdos establecidos en la primera sesión.

Juego el color de vida. Esta técnica proporciona a los niños un método no amenazante y concreto de entender y discutir varios estados afectivos. Presentamos el juego al niño diciendo:

-Hoy vamos a crear diferentes colores y les vamos a asociar con sentimientos, por ejemplo. ¿Me pueden decir qué sentimientos pueden ir con el color negro? Los niños pueden decir no sé, o cuando se entristecen, cualquiera de las dos respuestas deben ser validadas por el terapeuta y al mismo tiempo encaminar para que los niños continúen asociando colores, allí el terapeuta irá guiando el juego.

-Este tipo de interacción verbal que se produce para cada color, sensación, puede ir de la siguiente manera: rojo-furioso, púrpura-rabia, tristeza-azul, negro-muy triste, verde-fuerte, marrón-aburrido, gris-solitario, amarillo-felicidad, naranja-excitación.

-Debemos pedir a los niños que sean lo más concretos posibles en la descripción de los sentimientos, una vez que se han establecido la combinación de colores se les provee al niño de una hoja de papel blanco, y le pedimos al niño que llene la hoja de papel con los sentimientos que han tenido a lo largo de sus vidas, los niños podrán realizar sus dibujos de la manera que ellos los elijan, debemos dejar que ellos jueguen libremente. Después de dadas las instrucciones, cuando hayan terminado con el trabajo invitamos a todos los niños a compartir sus trabajos y observamos de manera minuciosa la combinación de colores que han realizado y motivamos a conversar de las diferentes situaciones vividas a través de los dibujos.

Cierre: Para despedir a los niños realizamos una reflexión grupal con los niños y niñas sobre el trabajo realizado y las diferentes maneras que tenemos las personas de expresar los sentimientos en forma verbal de manera adecuada.

Sesión 5 expresión artística.

Objetivo: Motivar a los niños el uso del arte como una manera de liberar tensiones y expresar sentimientos.

| ACTIVIDADES                             | RECURSOS   | TIEMPO |
|---|--|--------|
| -Saludo                                 | -Papel con los   | 5'     |
| -Recordatorio de acuerdos               | acuerdos   | 5'     |
| -Escuchar música                        | -Música relajante  |        |
| -Juego libre usando las artes plásticas | -Crayones, pinturas,                                       | 40'    |
| -Realización de esculturas y dibujos    | marcadores y/o pintura<br>de agua, plastilina o<br>arcilla |        |



|   |  |     |
|---|--|-----|
| Cierre: Una reflexión de sentimientos por parte del terapeuta |  | 10' |
|---|--|-----|

Dinámica de la sesión:

Saludo: Damos la bienvenida a los niños y niñas a la sesión del día de hoy.

-Recordatorio de acuerdos: Realizamos un breve recordatorio de los acuerdos establecidos en la primera sesión.

Juego libre: El trabajo que realizamos el día de hoy se orienta a jugar con el arte para esto pedimos a los niños.

-Que escuchen la música, que puedan utilizar cualquier material artístico de la sala como pinturas, crayones, plastilina y crea lo que ellos deseen o puedan jugar con los legos, o utilizar los diferentes juguetes que hay en el salón.

-Debemos estar atentos y observar las diferentes creaciones de los niños, sin interrumpir lo que están realizando para ir develando lo que nos están manifestando en lo referente a sus sentimientos.

-Cuando los niños y niñas hayan terminado sus respectivos trabajos, compartimos las experiencias de cada uno, comentando lo que han realizado y que han expresado a través de sus obras, recalamos la importancia de expresar sus sentimientos usando diferentes técnicas artísticas y que además uno se divierte.

Cierre: Realizamos una reflexión con los niños y niñas sobre el trabajo realizado en la sesión y como nos puede ayudar en la vida diaria.

## Sesión 6 Planificación

Facilitar en los niños el conocimiento de sus estados afectivos y asociados a diversos eventos ambientales en el contexto de juego.

| ACTIVIDADES  | RECURSOS  | TIEMPO |
|--|---|--------|
| -Saludo  | -Papel con los  | 5'     |
| -Recordatorio de acuerdos                                      | acuerdos  | 5'     |
| Juego: juego pick-up stick                                     | -Palitos de chuzos pintados de diferentes colores.<br>Tarjetas color blanco (pases) | 40'    |
| -Cierre: Una reflexión de sentimientos por parte del terapeuta |   | 10'    |

### Dinámica de la sesión

Saludo: Damos la bienvenida a los niños y niñas a la sesión del día de hoy.

Recordatorio de acuerdos: Realizamos un breve recordatorio de los acuerdos establecidos en la primera sesión.

-Juego pick-up-sticks: Es una técnica divertida que permite a los niños expresar sentimientos y estados afectivos a la par con eventos ambientales.

-Presentamos el juego al niño realizando un recordatorio del juego color su vida, a partir de este juego procedamos con el desarrollo del juego de la sesión de hoy.

-Los colores que se utilizarán serán: rojo-furioso, púrpura-rabia, tristeza-azul, negro-muy triste, verde-fuerte, marrón-aburrido, gris-solitario, amarillo-felicidad, naranja-excitación.

-Explicamos a los niños como vamos a jugar en la sesión de hoy.

-Tomamos los palos en el puño y luego los dejamos caer sobre el piso.

-El objetivo del juego es eliminar un palo sin mover los otros palos, el jugador que tiene la mayor cantidad de palos al final gana.

Para el juego debemos añadir una regla para el juego, comienza el niño o niña que adivina el número (que será escrito por el terapeuta) al retirar el primer palo de acuerdo el color que escoja, debe manifestar una situación o sentimiento que haya tenido, podemos utilizar las tarjetas, pases cuando el niño no desee jugarlo o retirar el palo y expresar un sentimiento asociado al color. Con esta técnica debemos estar atentos a los colores de palos que eligen los niños, las experiencias asociadas que manifiestan para con todo el grupo, al finalizar la sesión realizar el cierre respectivo.

Cierre: Para despedir a los niños, realizamos una reflexión con todos sobre la experiencia vivida, y como podemos manifestar nuestros sentimientos sin tener miedo de ser juzgados.

### Sesión 7 Planificación

Objetivo: Facilitar la expresión de sentimientos hacia personas significativas en la vida del niño y/o niña.

| ACTIVIDADES                       | RECURSOS                                  | TIEMPO |
|-----------------------------------|---|--------|
| -Saludo                           | -Papel con acuerdos                       | 5'     |
| -Recordatorio de acuerdos         |   | 5'     |
| Juego “Una palabra mil historias” | -Papeletas escritas con palabras mágicas. | 40'    |

|   |  |     |
|---|--|-----|
|   | -Marcadores<br>-Cartulinas<br>-Papel en blanco |     |
| Cierre: Una reflexión de sentimientos por parte del terapeuta |  | 10' |

Dinámica de la sesión.

-Saludo: Damos la bienvenida a los niños.

-Recordatorio de acuerdos.

-Juego “Una palabra mil historias”. Es una técnica que ayuda a los niños a expresar sentimientos hacia personas y situaciones que les producen ansiedad, y permiten al terapeuta conocer las relaciones que ellos mantienen con sus familiares.

Explicamos a niños y niñas el juego.

-Escribimos en las tarjetas mágicas con palabras relacionadas con las personas y situaciones significativas para él o ella, estas pueden ser; mamá, papá, hermanos, abuelo, abuela, abandono, amigos, pelea, puñetes, primos, profesor, profesora, normas, obediencia, desobediencia.

-En una bolsa se colocan las palabras, cada uno de los chicos saca una palabra de la bolsa, como cada uno tiene una palabra en las mismas, tienen que formar una historia, entre todos los miembros del grupo.

-Debemos estar atentos a todos los sentimientos que se van presentando en la elaboración de la historia, pero siempre dejando que los niños y niñas sean los que vayan creando, solo podemos guiar.

-En la hoja en blanco podemos escribir lo siguiente: Erase una vez en un lugar lejano..... En la parte superior, y en la frase en la parte inferior: y todos.....

Cierre: Para cerrar la sesión realizamos con el grupo una reflexión del significado que tienen las personas en nuestra vida y como las diferentes situaciones van marcando las relaciones que mantenemos con los demás.

### **1.8.1 Participación de la familia**

Partimos de la base de que todo tratamiento con niños incluye un trabajo con la familia, debido al rol determinante que cumplen los factores contextuales en todo motivo de consulta, los niños dependen de sus padres, tutores y allegados significativos. Sus esquemas cognitivos y estilos de afrontamiento están en formación y son particularmente permeables a sus influencias.

Muchas familias cuentan con recursos para facilitar los cambios, contribuir a la adherencia, al tratamiento de los pacientes, modelar comportamientos y estilos de atribución de significados y procesamientos de la información. La participación más importante de la familia es acompañar al alumno con depresión, establecer comunicación con el docente o terapeuta encargado de aplicar la terapia de juego, escuchar de manera muy sensible la interpretación que haga el profesional de los ejercicios que arrojan la evidencia de que el alumno tenga depresión y llevar al alumno al espacio de salud mental más cercano a su Municipio.

|  |
|--|
| Objetivos de la terapia de juego             |
| 1. Desarrollar un auto concepto más positivo |

2. Asumir una mayor responsabilidad consigo mismo
3. Volverse más auto dirigido
4. Llegar a aceptarse más
5. Lograr ser más independiente
6. Mostrar autodeterminación en la toma de decisiones
7. Experimentar un sentimiento de control
8. Volverse sensible al proceso de afrontamiento
9. Desarrollar una fuente interna de evaluación
10. Llegar a confiar más en sí mismo.

*Tabla I* Objetivos de la terapia de juego. (Schaefer, 2011, p. 133)

### **1.8.2 Contraindicaciones de la terapia de juego**

La terapia de juego puede ser inapropiada si el niño presenta gran dificultad para el aprendizaje, no puede diferenciar entre realidad y fantasía, padece autismo, síndrome hiperquinético, trastorno de personalidad, psicosis infantil. Está viviendo una custodia de corto plazo, está a punto de pasar por un cambio mayor o ambas situaciones. Es hostil hacia la terapia de juego. La familia no está preparada para cooperar y no acepta ayuda, a pesar de que su disfuncionalidad afecta al niño. Las autoridades escolares piden que se dé a conocer el trabajo, no están preparadas para apoyar. El terapeuta de juego no tiene tiempo suficiente o se encuentra sin supervisión o apoyo adecuado.

## 1.9 El juego para Piaget

Piaget resalta el papel del juego como elemento fundamental de la función simbólica y la importancia del mismo en la gestación del desarrollo del niño

“...se encuentran tres grandes tipos de estructuras, que caracterizan los juegos infantiles, y dominan la clasificación de detalle: el ejercicio, el símbolo y la regla; los juegos de construcción constituyen la transición entre los tres y las conductas adaptadas (...) Ejercicio, símbolo y regla parecen ser los tres estadios sucesivos característicos de las grandes clases de juegos, desde el punto de vista de sus estructuras mentales” (Piaget, 1964, p. 152).

Para este autor la experiencia del juego en el niño inicia en el período de la inteligencia preoperatoria (de los 18 – 24 meses a los 7-8 años).

Las características más evidentes de esta etapa es el inicio del lenguaje y del pensamiento. El niño tiene la capacidad de representar objetos o cosas en ausencia de ellos, lo que se conoce como función simbólica. Esta función es importante porque refuerza la interiorización de las acciones.

Algunas de las actuaciones del niño son:

El juego, que al principio era meramente motor, se convierte en simbólico, el niño representa situaciones de la vida diaria o imaginarias.

La imitación diferida, el niño limita y representa lo que ve de las personas y los acontecimientos que lo rodean. La imitación cobra importancia ya que es un medio para llegar al pensamiento y un escalón para el paso de la etapa sensorio motriz a la preoperatoria. La continuación de este proceso lleva a la imitación gráfica y al dibujo.

La imagen mental, se refiere a la representación o reproducción que puede hacer el niño de un objeto, una situación real que no necesariamente tiene que estar presente. Es cuando el niño puede imaginar las cosas.

#### Período de las operaciones concretas (de los 7-8 a los 12 años)

En esta etapa la lógica del niño todavía es mediante las acciones concretas, lo que quiere decir que puede resolver problemas mediante la manipulación de objetos. Este período se caracteriza por un paso importante que es cuando el niño empieza a organizar sus acciones en un sentido de reversibilidad operatoria, usando su pensamiento en sentido directo e inverso. Con esta capacidad se logran nuevas estructuras como: Las nociones lógicas (clasificación y seriación), las espaciales infra lógicas, (topológicas, proyectivas y euclidianas), repercutiendo en el niño para adquirir las nociones de número, espacio y tiempo. Estas capacidades recién adquiridas serán utilizadas para presentar ejercicios de categorización de las emociones a fin de que el alumno de educación primaria realice un proceso de introspección y reconocimiento de sus estados de ánimo.

Es sabido por la gran mayoría de los seres humanos que el juego tiene efectos indiscutibles en la personalidad y comportamiento del niño, ya que repercute en el desarrollo corporal, mental y emocional.



El desarrollo corporal, en relación al ejercicio físico ayuda al niño en la respiración y circulación como consecuencia las células se nutren, se fortalecen los huesos y los músculos.

El desarrollo mental, cuando el niño tiene un adecuado control motor podrá explorar todo aquello que le rodea proporcionándole experiencias objetivas y concretas sobre las que se formarán las nociones básicas de su desarrollo intelectual.

Control emocional, éste es un aspecto importante que le ayudará al niño a sentir seguridad en sí mismo. Al poner en práctica todas sus posibilidades dentro de un ambiente de libertad para moverse y descubrir lo que le rodea, será un ser humano feliz y adaptado. Sin duda las habilidades motoras le ayudarán a reafirmar su independencia a través del juego, y su desenvolvimiento social.

Para Piaget hay dos etapas en la elaboración del esquema corporal, una primera etapa que va desde el nacimiento alrededor de los dos años, y una segunda que va de los dos a los cinco años, que personalmente recupero ya que es la etapa en la que el desarrollo psicomotriz se da a través del juego.

Esta actividad lúdica de todo niño que la mayoría de las veces produce placer a través de la cual se divierten y su personalidad se ve reforzada a partir de los diferentes comportamientos.

Para este autor el juego es considerado como un elemento importante del desarrollo de la inteligencia y lo define así “El juego es una actividad que tiene el fin en sí mismo. El sujeto no trata de adaptarse a la realidad sino de recrearla con un predominio de la asimilación sobre la acomodación” (Piaget, 1954, p. 153). Los críticos lo culpan de varias cosas, habla básicamente del

niño “promedio” y da poca importancia a las influencias de la educación y de la cultura sobre el desempeño.

Piaget Habla poco del desarrollo emocional y de la personalidad, excepto en la medida en que éstas se desarrollan con el crecimiento cognoscitivo, se le ha criticado porque muchas de sus ideas surgen desus observaciones estrictamente personales de sus propios 3 hijos y de su idiosincrática forma de entrevistar a los niños, más que de los procedimientos experimentales establecidos y estandarizados. Sin embargo, las cuidadosas observaciones de Piaget han proporcionado una información rica sobre el desarrollo cognoscitivo, incluyendo algunos discernimientos sorprendentes, además señaló los elementos únicos de los procesos de pensamiento de los niños y los hizo conscientes de que la mente de un niño es muy distinta de la de un adulto. Describió lo que los niños pueden hacer y lo que pueden entender en diversas etapas del desarrollo cognoscitivo, dio invaluable ayuda a los educadores ya otros profesionales que tienen que ver con niños.

## Capítulo II La infancia

La niñez es la época en que aterradores o esperanzadores  
aparecen ante el alma del niño esos sueños previsores  
que dan forma a su destino. (Jung)

**2.1 Consideraciones en torno a la infancia:** La preocupación por los derechos y el bienestar de los niños es un tema reciente, la idea de que no sufran la imposición de trabajos físicos, castigos duros o golpes en el ámbito familiar y escolar, así como tengan derecho a alimentos nutritivos, al amor maternal y a la educación formal y salud emocional tiene apenas un par de generaciones en la mente y el interés del ser humano, ya que antes de que se consolidarán y se pusieran en práctica, los infantes llevaban una vida brutal en comparación al tipo de vida que los niños de las sociedades modernas occidentales llevan en la actualidad. El concepto de infancia proviene del latín *Infantia* niñez (Corominas, 1987, p. 335). Historiadores como Phillippe Aries sostiene “La presencia del niño en la familia y en la sociedad era tan breve e insignificante que no había tiempo ni ocasiones para que su recuerdo se grabará en la memoria y en la sensibilidad de la gente” (Aries, 1960, p. 10) Explica que anteriormente se consideraba a los niños como miniaturas o adultos inferiores, y se les veía con indiferencia, en su texto menciona el presente ejemplo;

“...Se dice que en el país Vasco se conservó durante mucho tiempo la costumbre de enterrar al niño muerto sin bautismo en la casa, en el umbral o en el huerto. Quizá ello signifique la supervivencia de ritos antiquísimos, de ofrendas sacrificiales. O más bien, ¿no se enterraba al niño muerto, en su tierna infancia en cualquier lugar

de la misma manera que hoy día se entierra a un animal doméstico, un gato o un perro? Era tan poquita cosa, estaba tan mal preparado para la vida, que nadie temía que después de su muerte pudiera volver para importunar a los vivos” (Aries, 1960. p. 57).

Sin embargo, el interés científico en el estudio de la niñez ha sido inconsistente debido precisamente a esa falta de preocupación y cuidado (Delval, 1994, 46). En el desarrollo humano realiza una significativa compilación de los estudios en torno a la infancia:

Cuando hablamos del concepto de infancia, apelamos a la belleza, bondad, ternura, candidez, frente a esta idealización no pensamos como se vive el niño, por qué tiene conductas agresivas, déspotas, llora continuamente, no le entusiasma la vida, reprueba el grado, guarda prolongados silencios, hace berrinche. Desde mi concepción de infancia, el niño no es bueno ni malo por naturaleza, sin embargo, tiene la capacidad de hacer el bien y el mal, capacidad que comparte con todo ser humano dotado de razón, emociones e impulsos. Ha sido tan difícil esta aceptación que hace poco tiempo que se reconoció que los niños también tienen problemas mentales pues muy recientemente se aprobó la especialidad en psiquiatría infantil y se juzgaban las conductas no convencionales como una deficiencia en la educación. Al atribuir todo comportamiento infantil a la educación, se niega que sea capaz de sufrir, gozar, sentir, padecer, deprimirse, exaltarse, delirar y razonar es decir tener un psiquismo que al igual de los demás mortales y a su propio nivel se pregunta sobre todos los temas que inquietan al humano, el amor, el sexo, la vida, la muerte. Asimismo, el poder padecer todo cuanto atañe al existir. El extremo contrario consiste en que se corre el riesgo de irnos al extremo, de psicopatologizar toda conducta, de un intento de cernir todo

a una norma, manuales de uso, y lo que se escape, entrará en los códigos, esta es la preocupación de esta tesina, brindar elementos al profesor de educación primaria, para que realice canalizaciones a especialistas, pero en ningún momento que él diagnostique. Que el docente tenga presente que estar deprimido no significa sentirse triste o decaído, tener un estado transitorio de tristeza o melancolía, pero cuando el estado de ánimo depresivo se exhiba durante un tiempo superior a semanas o meses y limite la capacidad del niño para funcionar normalmente, se trata de síntomas inequívocos de un episodio depresivo.

Ante este panorama estamos ante dos extremos que por igual causan daño, por un lado, la ignorancia en torno a las emociones infantiles, por el otro, el psicopatologizar toda conducta, en definitiva, el niño sigue excluido de su capacidad de ser y de la libertad de expresar su sufrimiento psíquico, mismo que se expresará a través de la angustia, problemas de aprendizaje, en la depresión, en definitiva, en la clínica.

Estas primeras reflexiones en torno a la infancia adolecen de la importancia de la salud emocional en la vida de los niños y mucho menos de cómo reconocer y canalizar casos de niños que tienen una patología.

Enumeraré de manera sumamente simplificada los estudios más sobresalientes en torno a la infancia, no ahondaré en su descripción ya que no es motivo de esta investigación, además de que la gran mayoría de estos autores se pronuncia en los conceptos de juego y depresión mismos que serán abordados en su momento.

## **2.2 Modelos que estudian la infancia**

**2.2.1 Modelo mecanicista** “...considera al desarrollo como una serie de respuestas predecibles a los estímulos” (Papalia, Wendkos y Duskin, 2010, p. 23). John Locke considera que el desarrollo es coherente y organizado, adaptativo: su fin es enfrentar las condiciones internas y externas de la vida, las personas son como máquinas que reaccionan a los estímulos ambientales, por lo tanto, el individuo es comparado con una máquina que puede armarse y desarmarse en piezas, por ejemplo, un coche. Además, el desarrollo está regido por un mismo proceso, lo que permite el pronóstico de los cambios. Los teóricos mecanicistas se ocupan de los cambios cuantitativos, que sean mensurables (estatura, peso, cantidad de vocabulario, frecuencia de comunicación, entre otros.)

**2.2.2 Modelo organicista**, Juan Jacobo Rousseau, sostuvo que el desarrollo humano es iniciado internamente por un ser activo, en crecimiento y que su evolución ocurre en etapas. En esta postura, el individuo es un ente activo y en crecimiento. Son activos y reactivos. El motor es interno, ya que la persona no solo reacciona, sino que también inician cosas. El ambiente no es determinante, sólo lo acelera o retarda. Los teóricos de éste modelo subrayan el cambio cualitativo, el cambio de clase, estructura u organización. Estas variaciones son discontinuas, no son predecibles, sólo que una fase se antecede a otra.

Con base en estos dos grandes modelos teóricos, se han derivado cinco perspectivas del desarrollo humano, a saber:

### 2.3 Perspectivas del desarrollo humano

| Perspectiva    | Teorías importantes  | Premisas   |
|----------------|--|--|
| Psicoanalítica | <p>Teoría psicoanalítica de Freud</p> <p>Teoría psicosocial de Erikson</p>   | <p>-La conducta está controlada por poderosos impulsos inconscientes.</p> <p>-La sociedad influye en la personalidad que se desarrolla a través de una sucesión de crisis.</p> |
| De aprendizaje | <p>Conductismo o teoría tradicional del aprendizaje (Pavlov, Skinner, Watson)</p> <p>Teoría del aprendizaje social (cognoscitiva social) (Bandura)</p> | <p>Las personas reaccionan, el ambiente controla la conducta.</p> <p>Los niños aprenden en un contexto social por observación e imitación de los modelos.</p>                  |

|              |   |   |
|--------------|---|---|
|              |   | -Los niños son activos<br>aportantes al aprendizaje.  |
| Cognoscitiva | <p>Teoría de las etapas<br/>cognoscitivas de Piaget</p> <p>Teoría sociocultural de<br/>Vygotsky</p> <p>Teoría del procesamiento de<br/>la información</p> | <p>-Entre la infancia y la<br/>adolescencia ocurren<br/>cambios cualitativos.</p> <p>-Los niños incitan<br/>activamente el desarrollo.</p> <p>- Las interacciones<br/>sociales son el centro del<br/>desarrollo cognoscitivo.</p> <p>-Los seres humanos son<br/>procesadores de símbolos.</p> |
| Contextual   | Teoría bioecológica de<br>Bronfernbrenner   | -El desarrollo ocurre por<br>la interacción entre una<br>persona en crecimiento y<br>cinco sistemas circundantes<br>de influencias contextuales<br>entramadas del<br>microsistema al<br>cronosistema.   |



|                          |                            |   |
|--------------------------|----------------------------|---|
| Evolutiva/sociobiológica | Teoría del apego de Bowlby | -Los seres humanos poseen mecanismos de adaptación para sobrevivir, se destacan los períodos críticos o sensibles; son importantes las bases evolutivas y biológicas de la conducta y la predisposición al aprendizaje. |
|--------------------------|----------------------------|---|

Tabla II Perspectivas del desarrollo humano (Papalia, et.al. (2010). El desarrollo humano p. 24

## 2.4 Paradigma del desarrollo cognoscitivo de Piaget

“... la idea rectora de Piaget es que resulta indispensable comprender la formación de los mecanismos mentales del niño para captar su naturaleza y su funcionamiento en el adulto.” (Piaget, 1964, p. 7). Para lo cual creó una teoría de etapas de desarrollo en la que el niño constituye activamente su conocimiento del mundo. A medida que el niño se va desarrollando la mente atraviesa una serie de fases reorganizativas. Tras cada una de éstas, el niño asciende a un nivel superior de funcionamiento psicológico, estas etapas las determina la historia evolutiva de la humanidad, los niños nacen con unos sistemas específicamente humanos, denominado sistemas sensoriomotores que les permite interactuar e incorporar la experiencia y la estimulación.

Según este autor el pensamiento de los niños desarrolla dos simultáneos. Asimilación y acomodación. La asimilación hace referencia a la incorporación de conocimientos nuevos en los

esquemas anteriores. La acomodación es la modificación de los esquemas existentes para introducir nuevo conocimiento que no encaja. Los procesos de asimilación y acomodación siempre actúan juntos de forma complementaria. Asimilar es utilizar lo que uno ya sabe cómo hacer, acomodar es adquirir una forma nueva de hacer algo. Ambos procesos están en funcionamiento a lo largo de la vida.

Un niño en desarrollo puede cambiar sus estructuras cognitivas en algún momento, pero solo de una forma limitada. La estabilidad o equilibrio entre asimilación y acomodación es un proceso de reajuste continuo durante toda la vida. Equilibrar, es la función protagonista en la teoría de Piaget, el organismo siempre tiende hacia la estabilidad biológica y psicológica, y este desarrollo es una aproximación progresiva hacia el estado ideal de equilibrio, que nunca llega a lograr plenamente. El equilibrio de un niño cualquiera que sea la etapa que atraviese, puede verse afectado por los acontecimientos externos, como afirmación nueva que no puede asimilar o por procesos a punto para acomodar. En ambos casos el equilibrio anterior del niño se altera temporalmente y el desarrollo apunta hacia una nueva elevada etapa de organización.

### Etapas

La organización de la conducta es cualitativamente distinta en cada etapa de la teoría de Piaget.

Los dos puntos esenciales son:

- 1) Las etapas emergen en un orden de sucesión constante y
- 2) Ni la herencia ni el entorno puede explicar por sí solos el desarrollo progresivo de las estructuras mentales. (Piaget, 1964, p. 14)

Propuso cuatro etapas básicas de desarrollo intelectual: (Piaget, 1991, p. 14):

a) La etapa sensorio motora, que empieza en el nacimiento y llega hasta los dos años.

b) La etapa preoperacional corresponde a los preescolares. Comienza alrededor de los 2 años cuando los niños empiezan a registrar simbólicamente las experiencias. Este adelanto indica los albores del pensamiento representativo, es decir que los niños piensan sobre objetos y personas que no están presentes.

c) La etapa operacional concreta aparece alrededor de los 7 años, cuando los niños occidentales han iniciado la educación formal. Los niños piensan con lógica, pero sólo acerca de objetos concretos. Esto les facilita comprender las operaciones lógicas en la que pueden invertir las acciones mentales.

d) Etapa de las operaciones formales: Entre los once o doce años los preadolescentes desarrollan una lógica formal y piensan en función de proporciones.

**2.5 Paradigma histórico-cultural de Vigotsky:** En la visión de este autor, el desarrollo cognitivo del niño, se concibe como el proceso por el que el infante va apropiándose de los conocimientos, metas, actividades y recursos culturales de pensamiento y de conducta que la sociedad o comunidad en que vive ha desarrollado para su supervivencia; de manera que es a través de este proceso que implica una “internalización” personal de ese bagaje sociocultural que se le transfiere como se convierte, de hecho, en un miembro más de la misma. Es en este sentido. Desde esta perspectiva se trata de un planteamiento que encaja en una visión más general del niño como heredero de toda una tradición cultural, pero condicionado en su desarrollo ontogenético por las características del medio socio cultural propio, a través de las particulares influencias sociales que actúan como intermediarias por ello, además de “histórico”, el enfoque debe considerarse también “cultural” en la medida en que esa apropiación y personalización de los recursos, conceptos y

rutinas de la cultura. El conocimiento se produce en un proceso de aprendizaje de carácter eminentemente social que implica, no sólo la observación e imitación de los otros más competentes, sino toda una serie de actividades interactivas en las que implícita o explícitamente esos miembros más preparados entrenan, enseñan o guían a los menos preparados, proporcionándoles la ayuda que necesitan a fin de facilitar las distintas adquisiciones. En suma, desde esta perspectiva “histórico-cultural” el desarrollo cognitivo se concibe como la adquisición y personalización de la cultura y de los patrones de interacción social mediante la relación del individuo con ese medio social y cultural, lo que implicará, por tanto, claras diferencias interculturales. Esto no supone negar la incidencia de los factores de origen natural y biológico, es decir, el papel de los factores madurativos ligados al crecimiento puramente biológico. “El desarrollo cultural del niño se caracteriza primero por el hecho de que sucede bajo condiciones de cambios orgánicos dinámicos. El desarrollo cultural se superpone a los procesos de crecimiento, de maduración, y al desarrollo orgánico del niño.”

El amor es un requerimiento estructural  
que no debe verse como un  
lujo; el ser humano sólo sabe amar y respetar  
cuando ha sido amado y respetado de niño.

### Capítulo III Antecedentes del concepto depresión

El desarrollo conceptual de la depresión se puede enumerar en tres vocablos, a saber;

*Melancolía*: o *melaina chole* (atra bilis, bilis negra) (Corominas, 1984, p. 398). Que provenía de la alteración del equilibrio humoral. Después de la invasión bárbara, la cultura se refugia en los monasterios y en las catedrales. Y es, principalmente, en el ámbito del monacato donde se comienza a hablar de *acedia* (accedia, acedia, acidia), de inhibición y apatía, de angustia y pereza. (Corominas, 1984, p. 84). El renacimiento supuso una vuelta a las ideas de Rufo de Efeso y Timothie Bright publica un tratado sobre la melancolía en el que se deslinda del concepto de pecado. Y *depressio* “decaimiento”.

**3.1 Definición etimológica:** Psicopatológicamente, la depresión hace honor a su nombre, derivado de *depressio*, palabra latina que significa “abatimiento, descanso, concavidad” (Corominas, 1984, p. 205). Traduciéndose por un abatimiento de la vitalidad psíquica y física, que se extiende al estado de ánimo, a la impulsividad, a la sociabilidad y a la regulación de los ritmos.

**3.1.1 La Antigüedad Clásica:** El concepto de depresión en la actualidad es un término muy mencionado a la ligera, a tal grado que se trivializa su significado, cualquier persona puede “diagnosticar” sin tener formación en áreas de salud mental, expresiones como “tengo depre”, “es una persona muy depresiva”, minimizan la necesidad de ser atendida por personal calificado. Sin embargo, el estudio de las emociones es un tema de reflexión y una preocupación en todos los tiempos, por ejemplo, en la antigüedad, el aforismo griego “conócete a ti mismo” era el quehacer

más importante al que podía aspirar todo ser humano ya que es un viaje al interior del hombre, o sea a la necesidad de develar sus sentimientos y emociones. Aunque Platón se mantiene en la tradición hipocrática, pone el acento en el equilibrio y en la medida que, según él, es posible alcanzar entre lo psíquico y corporal. Se mantiene en dicha tradición cuando en el Timeo atribuye la causa de la melancolía a una alteración del estado corporal.

“El alma tiene también las suyas, que dependen del estado del cuerpo. No hay mayor desgracia para el alma, que la ignorancia y la sinrazón. Y así nada más funesto que el exceso de placer y de dolor, que llevan la turbación a nuestros pensamientos. Si la médula engendra el semen en demasiada abundancia, el alma es presa de los desarreglos del amor, y se ve igualmente turbada. Lo mismo sucede cuando la bilis, la flema y los humores, no encontrando salida al exterior, inundan con sus vapores las revoluciones del alma, entorpeciéndola. De aquí nacen la sombría tristeza, la audacia o la cobardía, la estupidez o el olvido.” (Platón, El Timeo, p. 128).

Sin embargo, es la desmesura la que origina los trastornos psíquicos, y los mayores males que afectan al alma son la alegría exagerada o el dolor extremo. En caso de que la psique sea más fuerte que el soma, se corre el riesgo de que el ser humano se conmocione y enferme; si sucede a la inversa no se llega al conocimiento, se permanece en la ignorancia. En (Aristóteles, *Ética a Nicómaco*, p.117). Refiere la necesidad de comprender la cólera en el comportamiento humano. En el capítulo V “De la mansedumbre y cólera” diserta en torno a dos virtudes en extremos opuestos; la cólera y simplicidad, a la cólera la denomina flema, porque en la inmediatez se enojan

“...no cómo deben, ni cuándo deben, ni con quién deben...” (Aristotéles, *Ética a Nicómaco*, p. 117). La virtud contraria es la simplicidad.

“...se enojan, o no cómo deben, ni cuándo deben, ni con quién deben, parecen tontos sin ningún sentido. Porque el que de ninguna cosa se enoja, parece que ni siente, ni se entristece, y así no es nada vengativo. Y dejarse como afrentar, y sufrir que los suyos lo sean, parece cosa servil y de hombre bajo.” (Aristotéles, *Ética a Nicómaco*, p. 117).

El concepto de melancolía en Hipócrates en el siglo IV antes de Cristo se refería al decaimiento de una persona, en donde hace una descripción de la personalidad de los sujetos a través de cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, el exceso o desequilibrio en cualquier de estas sustancias iba a definir el estado emocional de las personas.

“Se creía que estos humores estaban en correspondencia con los elementos cósmicos y las divisiones del tiempo, que controlaban toda la existencia y la conducta de la humanidad, y que, según cómo se combinaran, determinaban el carácter del individuo” (Klibansky, Panofsky y Saxl, 1964, p. 32).

Esta concepción generó una línea que se denominaron los hipocráticos, en donde definían a la depresión o melancolía como una “aversión a la comida, desesperación, insomnio, irritabilidad e intranquilidad” (Klibansky, et.al. 1964, p. 33) También observan síntomas de perturbaciones gastrointestinales, estreñimiento e ideas constantes de suicidio.

Doscientos años después los escritores islámicos y occidentales manejaban la misma definición y comprensión del problema, que asociaba a la melancolía con un grado limitado de locura, afirmaban que quienes la padecían estaban abatidos, tristes y llenos de miedo, concepción heredada de Rufo de Éfeso, que distinguía tres tipos de melancolía, categorización que se mantuvo hasta el siglo XVII.

- Melancolía flatulenta
- Melancolía gaseosa
- Melancolía hipocondriaca

### **3.1.2 La Edad Media:**

Este periodo de la historia, que abarca del siglo V después de Cristo con la caída del imperio romano y hasta el siglo XV, con la caída de Constantinopla y el descubrimiento de América en 1492, es considerado como el más oscuro porque descarta toda racionalización como posible explicación a los fenómenos sociales y especialmente a la conducta humana, da una explicación a la melancolía con el concepto de *acedia accedia, acedia, acidia*) para definir trastornos extremos de tristeza, aflicción y decaimiento. Para la población en general era la personificación del pecado de pereza y para los padres de la iglesia era una entidad demoniaca que tentaba a los anacoretas a las tentaciones carnales alejándolos de la perfección espiritual. Para Isidoro de Sevilla nacido en 556.

“Todas las enfermedades nacen de cuatro humores; esto es: sangre, hiel, melancolía y flema. Así como hay cuatro elementos, así también son cuatro los humores del cuerpo, que se corresponden con aquéllos: la sangre, con el aire, la



cólera, con el fuego; la melancolía, con la tierra, y la flema, con el agua... la melancolía recibe este nombre de la sangre negra mezclada con abundante hiel...”. En (Klibansky, et.al.1964, p. 3).

Comentó que el silbido en el oído izquierdo representa a los melancólicos, los cuales apoyan la cabeza en la mano izquierda. En ésta época se considera que la melancolía surge del encuentro consigo mismo, donde, dejando “vagar la mente en completa desgana del mundo, el hombre puede concentrarse.” (Gurméndez, 1990, p. 31). Esta época continúa la concepción aristotélica sobre la vinculación de la genialidad con la melancolía y seguirá viendo al melancólico como un ser siempre triste, desagradable y sombrío, sujeto a la influencia maléfica de Saturno. En otra latitud el árabe Ishaq Isn Imran en el siglo VIII escribe el libro “Tratado de la Melancolía”, al tiempo que Santo Tomás de Aquino describió a la tristeza como la pasión más peligrosa y portadora de la melancolía.

**3.1.3 El Renacimiento:** La concepción del origen demoniaco de la acedia y la teoría humoral son puestas en tela de juicio por Timothie Bright en su texto “Tratado de la melancolía” libro escrito en 1521 y de manera simultánea por el médico español Francisco Vallés 1524-1592. Pero el testimonio más significativo corresponde al clérigo y filósofo inglés Robert Burton con el libro “Anatomía de la melancolía” escrito en 1621 y que en la página 16 de este libro habló de la depresión en los adultos, y también hizo referencia por primera vez a la depresión en niños y propuso la primera clasificación sobre el origen de la depresión:

Causas externas: Educación, pobreza, terrores, miedos, muerte de personas cercanas.

Causas internas: Enfermedades en el pasado, tener destemplados los órganos como corazón e hígado.

Causas sobrenaturales: Atribuidos a Dios, demonios y brujos.

Marsilio Ficino nacido en 1494 ligado a las opiniones de la medicina y la astrología de su época, considera a la melancolía como una superioridad del espíritu, porque “eleva el alma y hace comprender lo sublime”. (Klibansky, et.al. 1989, p. 250). Empujado por su temperamento el melancólico renacentista racionaliza el mundo ordenando el caso de las apariencias. La melancolía deja de ser una enfermedad que se trata de ocultar, para pasar a ser “una extraordinaria y sublime actividad intelectual”. (Klibansky, et.al. 1989, p. 250). Para Ficino, la melancolía procede de Saturno, que originalmente es un dios romano cuya fiesta se celebra en el solsticio de invierno, se hallan bajo su influjo personas que nacen en estas fechas y que se dedican al oficio de sepultureros, sirvientes, geómetras y carpinteros, mismos que se encuentran como distantes, dirigidos hacia otra parte que no corresponde a la ubicación corpórea, lejos de la vida cotidiana y alejados del mundo material y carentes de bríos, faltos de fantasía, aferrados al tedio y a los hábitos. En alquimia Saturno es el origen de la depresión, el desgano, la melancolía, relacionado con el *astra bilis* y el plomo, de ahí el sentimiento de derrota y el sumergimiento de la pesadumbre.

**3.1.4 Siglos XVII y XVIII:** Es hasta este siglo cuando el término *depresión* es enunciado por primera vez por el doctor, lexicógrafo y poeta inglés Samuel Johnson (1709-1748) quien definía el malestar como “bajo una depresión mental que encadena las facultades sin destruirlas, y deja a la razón del conocimiento del bien sin la capacidad para seguirlo” (Jackson, 1986, p. 135). Aunque Johnson hace diferentes usos del nombre depresión de manera que parecía adelantarse al lenguaje

de la psiquiatría de finales del siglo XIX, y comienzos del XX, no da esas definiciones en su diccionario. Por otro lado, en sus definiciones del verbo *to depress* deja claro que uno de los significados es abatir o deprimir con la mente.

**3.1.5 El siglo XIX:** Son diversos los autores que intentan explicar este concepto, entre los más sobresalientes, están: Phillip Pinel, quien en 1801 publica su Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental o la manía, en donde diferenciaba cinco tipos: “la melancolía, la manía sin delirio, la manía con delirio, la demencia y el idiotismo” (García y Miguel, 2001, p. 336). Para estos autores la melancolía estaba limitada a un objeto o clase de objeto, manteniendo el libre ejercicio de todas las facultades del entendimiento. El melancólico puede presentar un estado de humor estable y hasta satisfactorio, o por el contrario abatimiento y tristeza extrema, con carácter difícil que puede llegar a la misantropía, hastío extremo a la vida; este libro fue traducido al castellano en 1804. El autor (Esquirol, 1847, p. 347) afirmó que, en la locura, el órgano enfermo es el cerebro: “Las causas físicas, la disposición hereditaria, las lesiones cerebrales de la infancia”. Ejercen lenta y clandestinamente su acción. Además, hizo la distinción del estado maníaco, del estado melancólico, el siguiente trabajo más importante corresponde a Emil Kraepelin (1856-1926) quien no llegó a interesarse nunca por la historia de la vida interior de sus enfermos, no era un psicólogo comprensivo y empático. A lo largo de su obra sólo mencionará al psicoanálisis para descalificar el contenido de lo dicho por los pacientes. Tampoco concedió importancia a los factores sociales en la producción de la locura, pero sí a los costos y cargas que supone para la sociedad. De tendencia radicalmente somaticista, para él, las causas de enfermedad son la herencia, los tóxicos y las misteriosas autotoxinas a las que responsabiliza de todo lo que no pueda conocer. “La locura maníaco depresiva evoluciona por accesos que sobrevienen, generalmente, al margen

de influencias externas” (Kraepelin, 1913, p. 1). Después de este autor siguieron discusiones para clasificar los desórdenes melancólicos y depresivos, los conceptos oscilan entre endógeno y exógeno, unipolar bipolar, primario, secundario, discusión que continua hasta nuestros días. Resalta en este siglo, la contribución más importante hecha por (Sigmund Freud 1917, p. 2) con su obra “Aflicción y melancolía”, utiliza el término melancolía para referirse a la descripción clínica de la depresión. “... cuya síntesis en una unidad no parece certificada y de ellas, algunas sugieren afecciones más somáticas que psicógenas...”. En el área artística, los románticos representan a la melancolía como una vivencia triste, de desgarramiento, en permanente interioridad; sintiéndose incapaces para la acción práctica, los melancólicos se complacen en la actividad interior de una “mera fabulación imaginativa” (Freud, 1917, p. 2).

En el romanticismo, el melancólico teme llegar a la completa insensibilidad y sufre de sentimientos de culpa por su incapacidad de regresar a la vida activa.

### **3.2 Depresión infantil**

El concepto de depresión infantil a lo largo de la historia ha pasado por cuatro corrientes de pensamiento: la orientación psicoanalítica donde no era aceptada; una segunda en la que la depresión infantil se consideraba enmascarada de otra sintomatología, la tercera que consideraba que la depresión infantil es igual a la de la edad adulta, y la última que entiende que la depresión infantil es diferente de la edad y el sexo del sujeto, psicopatología del desarrollo. En 1977 con la publicación del instituto de salud mental y el DSM IV (American Psychiatric Association), expresa que los niños (as) afectados por la depresión presentan un deterioro del rendimiento

escolar, interacción social, frecuentemente están irritables e inestables, además de tristes, tienen baja autoestima, acepta la existencia de la depresión infantil como un desorden similar más no igual a la del adulto.

Las consecuencias inmediatas de la depresión infantil relatan manifestaciones anímicas, conductuales, cognitivas y fisiológicas, existiendo repercusiones en las áreas escolar y socio-afectiva del niño. Dependiendo de la edad puede haber intento de suicidio, accidentes por la tendencia a correr riesgos, fracaso escolar, aislamiento social, dificultades en el desarrollo de la personalidad, enfermedades psiquiátricas a futuro, estados depresivos durante la vida adulta entre otras.

Los síntomas de depresión de 6 a 12 años de edad que podemos observar son, rechazo a las actividades escolares, irritación, peleas y discusiones constantes con sus compañeros, ansiedad, dificultades en el aprendizaje. Empieza a presentar los primeros pensamientos negativos, se muestra autocrítico e inseguro de sus capacidades, con poca motivación y temores nocturnos. A partir de este período en adelante se pueden evidenciar problemas de conducta como crisis de llanto, gritos, peleas e incluso conductas autodestructivas, la enuresis y onicofagia es una de sus manifestaciones más evidentes.

**3.2.1 Trastorno infantil por depresión:** Otro de los trastornos infantiles, es una enfermedad común en los adultos, la depresión, que no necesariamente tiene las mismas señales y los mismos síntomas que estos. En ambas etapas de la vida, por depresión se entiende la experiencia de un estado de ánimo generalizado de infelicidad.

El interés de esta investigación, es cuando se presenta la depresión antes de la adolescencia, que se conceptualiza como “depresión infantil”. La depresión infantil se define como un trastorno afectivo en el que el niño que está en esta situación se siente triste, desganado, descontento de sí mismo, de su entorno y en ocasiones también furioso por todo ello. Hasta hace algunos decenios se creía que al igual que los niños no podían pecar porque carecían de uso de razón, tampoco podían perder su autoestima porque aún no poseían un ego, un yo constituido y, en consecuencia, no era posible que tuvieran depresiones.

Por lo general, el adulto piensa que los niños carecen de preocupaciones ya que no tienen responsabilidades y lo único que les importa es el juego, que sus compromisos no van más allá que el estudio y cumplimiento de las tareas; desde ésta mirada el niño no tiene idea de la obligación que representa el cuidado de los otros, ni tiene que ganarse el sustento cotidiano, pero sin duda estamos equivocados, el niño también tiene responsabilidades y preocupaciones, ya sean propias, o transmitidas por los padres, sus preocupaciones pueden ser reales o imaginarias, y pueden llegar a padecer más que un adulto, ya que los niños no tienen un desarrollo cognitivo que les permita encontrar explicaciones racionales a esas preocupaciones y por tanto, a pedir ayuda; siendo así, los niños tienden a sentirse inseguros y desolados, la inmadurez del niño hacía imposible la admisión de su depresión. Sin embargo, en las consultas de psiquiatras y psicólogos, aparecieron casos de niños con síntomas depresivos semejantes a la presentada en adultos. Las primeras descripciones de la depresión infantil surgieron de los psicoanalistas René Spitz (1958) y John Bowlby (1988). Spitz observó que algunos niños pequeños, separados de sus madres por ingreso a las instituciones, presentaban un cambio de comportamiento, los cuales consistían en llorar, falta de apetito, retraimiento, apatía, desinterés, mayor morbilidad, estancamiento en el desarrollo

físico, este síndrome fue descrito como depresión anaclítica u hospitalismo. Posteriormente realizaron estudios donde confirmaron el mismo cuadro de depresión, y en donde surgieron variadas y distintas sintomatologías, encontrándose la inexpresión facial, anomalías en la coordinación visomotora, movimientos espásmicos, incluso un índice de mortalidad alto.

El psicoanalista (Bolwby, 1988, p. 17) describe “los eventos estresantes como enfermedades, abuso, muerte, divorcio entre otros se asocian a los patrones de inestabilidad de la infancia al comienzo de la edad adulta, particularmente de seguro e inseguro”. A esa descripción escribe un fenómeno parecido, en donde el niño establece un vínculo de apego con su madre, este se encuentra entre los seis meses y tres años de edad; y cuando existe una separación del niño con la madre, se presenta una alteración en la cual explica que consiste en un proceso de dos fases: la primera sería la protesta cuando el niño llora, como una manifestación de su desesperanza en la recuperación de la madre y por último la desvinculación extrema, inactividad en el mundo que lo rodea, autores como Spitz y Bolwby pensaron que el origen de la depresión infantil se encuentra en la separación, pues el marco teórico define que la depresión se genera por la pérdida o separación del objeto amado o sea la madre. Otra interesada en la investigación de casos de depresión infantil es (Melanie Klein, 1960, p. 551). Que sugiere “que la posición depresiva infantil surge cuando el niño percibe e introyecta a su madre como una persona total”. La depresión infantil aparecería entre el 3° y 6° mes de la vida e íntimamente relacionada con el miedo a perder el objeto amado. A partir de la observación de este fenómeno comienza un auge en la investigación de la depresión infantil. Posteriormente aparecieron ciertas investigaciones en donde se encontraron otros indicios en la existencia de la depresión Infantil, antes casi desconocida, en la actualidad se reconoce plenamente. Hasta aquí, lo anteriormente citado podría presentar a la depresión infantil como un

estado de ánimo que, si bien es natural que se presente en la etapa infantil, puede alcanzar niveles de importancia en cuanto a la problemática que ocasiona, de ahí que exista una clasificación que va de leve, pasando por moderada hasta llegar a grave. La duración de este estado de ánimo es clave para determinar la severidad y el tipo de depresión infantil. La depresión leve se puede presentar por periodos de tiempo cortos y de manera repetitiva, pero esta desaparece fácilmente sin generar problema alguno, pero a medida en que esta incrementa su duración es que puede afectar negativamente el desarrollo del niño.

(Arieti y Bemporad, 1990, p. 89). Partiendo de los parámetros del desarrollo normal hacen la siguiente clasificación.

**3.2.2 Depresión aguda infantil.** Aparece como resultado de una situación externa claramente identificable, vinculada por lo general con la pérdida de atención de una persona amada. Antecedentes familiares de comportamiento neurótico moderado en ausencia de antecedentes depresivos, incapacidad de utilizar los mecanismos de defensa bien empleados hasta el momento de la aparición del hecho traumático, manifestaciones de negativismo y otros signos correspondientes a la personalidad pasivo-agresiva. Es difícil diferenciarlos de los niños que atraviesan por situaciones de pesar o duelo. Los síntomas depresivos se presentan en períodos de tiempo breve, a menos que persistan las situaciones ambientales traumáticas, recuperándose después rápidamente.

**3.2.3 La depresión infantil crónica.** En este tipo no se detecta un hecho desencadenante y la recuperación es más difícil. Sus características son: presencia de sentimientos y conducta depresiva con inclusión de ideas suicidas desde edades muy tempranas, presencia de depresión crónica en la



madre, imposibilidad de encontrar un factor precipitante inmediato, aunque exista una historia repetida de abandonos, separación conyugal, etc. En todos los casos al menos uno de los padres había sufrido episodios depresivos, aparición de conductas pasivas, dependientes y desvalidas de larga evolución, ausencia de ansiedad aguda que, de alguna forma, está relacionada con el cuadro depresivo.

### **3.3 Detonadores de la depresión en el infante**

**3.3.1 Sucesos críticos de la vida:** Se encuentran en situación de vulnerabilidad los niños que sufren sucesos vitales traumáticos como la muerte de alguno de los padres o algún familiar significativo; niños abandonados, que no son atendidos en sus necesidades primordiales, niños maltratados física y psíquicamente, niños marginados socialmente o en pobreza extrema, el encarcelamiento de alguno de los papás principalmente de la madre, alguna adicción por parte de los progenitores, accidentes, cambios de colegio; enfermedades psíquicas de los padres, la migración a culturas y espacios ajenos a los que hay que adaptarse, las catástrofes (incendios, terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas etc.) las guerras y el terrorismo con sus efectos de explosiones, raptos, ataques, la inseguridad ciudadana, miedo a ser raptado o atacado, niños que son testigos de la violencia que se ejercen entre padres, dificultades económicas, todos ellos constituyen factores traumáticos que marcan la vida de los niños. Sin embargo, como en todos los factores de riesgo citados, sucede que a veces niños con condiciones de vida sumamente adversas y traumáticas, son muy resistentes a la depresión, se les denomina niños “psicológicamente invulnerables”. Ante estos casos se plantea la pregunta de cómo conseguir o generar esa invulnerabilidad, si protegiéndoles y evitándoles todo lo que pueda suponer un riesgo o “vacunarles” exponiéndoles a situaciones duras. Junto a la familia, el marco escolar insatisfactorio

constituye el agente que aparece más vinculado a las depresiones situacionales en la infancia. Entre ellos, cobra especial relevancia el fracaso escolar. Desde que se han iniciado los estudios en torno a la depresión infantil, el fracaso y/o rendimiento escolar han sido variables frecuentemente relacionadas con dicho trastorno. Considerando que todas las categorías diagnosticadas contemplan el fracaso escolar o el funcionamiento escolar inadecuado como síntoma del síndrome depresivo en la infancia, históricamente al amparo de la concepción de la depresión infantil “enmascarada”, se considera el fracaso escolar como el síntoma más representativo tras el cual el niño oculta su depresión.

La premisa más importante de esta tesina radica en afirmar que las manifestaciones del síndrome depresivo se manifiestan en la escuela por ser el lugar donde transcurre gran parte de la vida del niño. Por otro lado, son las ejecuciones escolares la tarea por excelencia de la etapa infantil, por lo que resulta casi evidente que cualquier desajuste a este nivel incida en el equilibrio afectivo y emocional del niño. Por ello, considero que cuando un niño manifiesta: fobia a la escuela, excesiva fatiga y ansiedad en clase, disminución de la socialización, etc., debe pensarse en la posibilidad de que sufra un cuadro depresivo.

Por otro lado, para la familia, el éxito escolar es el elemento por el que es más valorado el niño. El niño que obtiene buenas notas escolares es reconocido socialmente, admirado por sus compañeros y premiado por profesores y padres. Al contrario, el niño que suspende es rechazado, ridiculizado y muchas veces castigado. Estas circunstancias otorgan al niño una excesiva responsabilidad, acompañada generalmente de estados estresantes generadores de depresión. En

el ámbito social y escolar, el niño que fracasa reiteradamente se auto margina, descendiendo con ello su autoestima y el nivel de sus logros.

**3.3.2 Estrés post-traumático:** Luego de haber sido expuesto o haber sido testigo de una situación extremadamente violenta o traumática, que haya involucrado amenaza de muerte o lesión seria, un niño puede desarrollar trastorno de estrés post-traumático. Los síntomas incluyen un miedo intenso, comportamiento desorganizado y agitado, entumecimiento emocional, ansiedad o depresión. Los síntomas del trastorno son que el niño continúa reviviendo el evento en su mente, tiene reacciones exageradas aun cuando haya pasado el evento, actúa para evitar los recordatorios del trauma, y tiene síntomas que interfieren con su funcionamiento diario. Las víctimas de abuso repetido o los niños que viven en un ambiente violento pueden experimentar el trastorno. Los niños también pueden desencadenar una crisis después de haber experimentado, presenciado, o escuchado a alguien hablar de una catástrofe como un huracán, o el que alguien haya sido herido por una bala, o cualquier tipo de evento fuerte. El tratamiento incluye ayuda comunitaria y familiar, si los síntomas no disminuyen, la psicoterapia puede ayudar al niño a relatar los eventos con palabras, juegos o dibujos, con el propósito de manejar los sentimientos espantosos.

**3.3.3 Divorcio:** Los niños cuyos padres se divorcian de manera violenta, que discuten y pelean continuamente sufrirán de un estrés prolongado relacionado con el divorcio, la mayoría de los niños se ajustarán al cambio en un período de un año o dos. Típicamente, los niños sienten un sinnúmero de sentimientos, incluyendo enojo, culpabilidad, temor de ser abandonados, pérdida, celos de sus compañeros cuyos padres continúan unidos, y confusión al elegir entre uno de los padres. Algunas investigaciones recientes sugieren que los matrimonios infelices pueden resultar

en buenos divorcios, con los padres y los niños tomando pasos positivos para crear tipos de familias nuevas y exitosas.

**3.3.4 Abuso:** El abuso viene en muchas formas, físico, sexual, o emocional y les puede ocurrir a los bebés, niños o adolescentes. El abuso ocurre frecuentemente en privado, con el abusador amenazando al niño para que mantenga la actividad en secreto. Se necesita investigación a fondo si las siguientes señales son aparentes: indicaciones físicas de posible abuso sexual, arte o juego excesivamente sexual o violento, cambios en la rutina o en las preferencias del apetito o del sueño, regresión a un comportamiento más infantil, cambios en la personalidad. Además del daño causado por las magulladuras físicas externas, los niños abusados están en un mayor riesgo de convertirse ellos mismos en abusadores, teniendo autoestima baja, siendo poco confiados, dejando la escuela, involucrándose en las drogas o el crimen para aliviar su dolor y teniendo dificultad en formar relaciones positivas. El tratamiento incluye mantener al niño seguro, asegurarle que no es su culpa, y proporcionarle un ambiente seguro para la expresión de sus sentimientos.

**3.3.5 Enfermedad física:** Se incluyen todos los niños con algún tipo de condición crónica o incapacitante, que sufren enfermedades que son heredadas y evidentes desde el nacimiento, incluyendo cardiopatías congénitas o cáncer. Aunque las señales físicas de la enfermedad y los problemas de funcionamiento físico pueden ser obvios, los desafíos emocionales que estos niños enfrentan son frecuentemente menos visibles. Además de tener que sufrir condiciones a veces dolorosas y debilitantes, los niños pueden culparse así mismos, estar confundidos, asustados, enojados, solitarios, o desarrollar una imagen pobre de sí. Las intervenciones médicas y psicológicas tratan de enseñar a la familia cómo enfrentar la enfermedad y mantener un hogar lo

más sano posible. Lo que más ayuda a los niños con una enfermedad crónica son las discusiones honestas acerca de su condición, el trato más normal posible, y la participación en actividades educativas y sociales apropiadas para su edad para así enriquecer su calidad de vida.

**3.3.6 La pobreza** como problema de mala nutrición, carencia de servicios básicos, marginalidad, acceso limitado a los servicios educativos y de salud, repercuten directamente en las condiciones de vida del niño. Este es un problema complejo, en el que la dimensión de la carencia, la privación o la marginalidad son los rasgos que habitualmente se destacan. Encuestas recientes han demostrado que las familias pobres tienen una mayor prevalencia de depresión y trastornos de ansiedad, los niños que viven en la pobreza se encuentran más expuestos a enfermedades médicas, estrés familiar, la falta de apoyo y de estimulación, ambientes caóticos, estrés psicológico y bajo control en las familias.

Hablar de depresión significa hablar de pobreza, ambas dimensiones están encerradas en un círculo vicioso, en tanto que genera costos por tratamientos de largo alcance y de productividad pérdida, se puede argumentar que la depresión contribuye considerablemente a la pobreza. Al mismo tiempo la inseguridad, un bajo nivel educativo, la vivienda inadecuada y la subnutrición han sido reconocidos como factores asociados a la depresión.

**3.3.7 Niños y niñas en situación de calle:** El niño de la calle es todo menor que depende o está en condiciones de depender de su propia actividad en la calle para sobrevivir, de igual modo existen menores que trabajan en la calle para contribuir al ingreso familiar, llamados también niños de la calle. Con su inclusión en el mercado laboral de hogares más desfavorecidos, se encuentra en condiciones de enorme desventaja, pues trabajar para contribuir al ingreso familiar les impide

asistir a la escuela, esa falta de preparación se convierte en un obstáculo para superar en el futuro, sus precarias condiciones de vida. Asimismo, se ha detectado que un gran número de estos menores es miembro de familia desintegrada y disfuncional, lo que las convierte en expulsoras de estos niños y posibilitan que el problema se mantenga, ya que estos salen a la calle en busca de mejores condiciones de vida, muchas veces solo para encontrarse con situaciones hostiles, agresivas, opresivas, incomprensivas y en crisis constantes. Estos niños viven expuestos al uso de drogas, a la violencia social, abuso sexual, a la prostitución, a la explotación y a las enfermedades transmitidas por vía sexual, entre las secuelas que esta situación deja en los menores se encuentran el retraimiento emocional, la depresión y los problemas para relacionarse.

### **3.4 Síntomas generales de la depresión infantil.**

En la actualidad se reconoce la existencia de una vida interior intensa en cada niño con un alto riesgo de caer en depresión, cuyos signos más evidentes pueden agruparse de la siguiente manera;

**3.4.1 Emocionales:** En los cuales se encuentran sentimientos de tristeza perdida de disfrute, ausencia de interés, cambios bruscos de humor, falta de sentido del humor, desesperanza, irritabilidad, lloros excesivos, ausencia de interés por las cosas.

**3.4.2 Motores:** Inexpresividad, hipoactividad, letargo, enlentecimiento motor, Inmovilidad, torpeza, estupor, aunque también puede presentarse hiperactividad e inquietud.

**3.4.3 Cognitivos:** La transformación cognitiva se traduce en la aparición de miedo generalizado hacia todos los seres humanos y sentimientos de que nunca podrán alcanzar sus metas, por lo que consideran no tiene sentido esforzarse. Estos sentimientos sugieren la presencia de rasgos depresivos, en general se observan frustraciones causadas por oposiciones, desaprobaciones y carencias afectivas de los padres, lo que va generalizando la impotencia, desesperanza y más tarde infravaloración. En general se identifican por falta de concentración, pérdida de memoria, pesimismo, desesperanza, indecisión, sentimientos de culpa, baja autoestima, ideas suicidas, pensamientos morbosos y descenso del rendimiento académico.

**3.4.4 Sociales:** Aislamiento, soledad, retraimiento, incompetencia social.

**3.4.5 Conductuales:** Se manifiestan protestas, riñas, desobediencia, rabietas, indisciplina escolar, delincuencia, drogadicción, piromanía.

**3.4.6 Psicossomáticos:** Enuresis, pérdida de energía, sentimientos de fatiga, pérdida de peso, dolores múltiples, pesadillas, cambios en el sueño y el apetito, baja en las defensas inmunológicas, dermatitis y alergias.

Si bien los síntomas descritos en el punto anterior, son aceptados por la mayoría de los psicólogos y psiquiatras, como aquellos que se presentan dentro de un estado depresivo general, cabe señalar que para el caso de la depresión infantil existen diversas corrientes que apuntan la existencia de lo que llaman depresión enmascarada y sus equivalentes depresivos, la cual establece que las características fundamentales de un cuadro clínico de un trastorno depresivo mayor,

aparecen en los niños en forma distinta a la de los adultos. La presencia de conductas observables tan distintas, como conducta antisocial y delincuencia, reacciones de tipo psicossomático y psicofisiológico, agresividad, irritabilidad, descenso en el rendimiento escolar, enuresis/encopresis, hostilidad en la conducta verbal, desobediencia y fugas de casa, estarían enmascarando una depresión y todas ellas se atribuyen a un trastorno depresivo subyacente.

### **3.5 Cuadro sintomatológico depresivo al final de la infancia**

Las clasificaciones de las depresiones en la infancia se encuentran todavía con varias dificultades que impiden una sistematicidad y su comparación. Sin embargo presento una síntesis de lo que propone la Asociación mexicana de tanatología y los Códigos CIE-10:, DSM V (2014) quienes coinciden que los síntomas precisan una duración de un mes como mínimo en la mayor parte del día.

- Frecuentes ausencias, inadaptación y rechazo a la escuela
- Bajo rendimiento (dificultad de atención, memoria, concentración y aprendizaje).
- Pérdida de actividades gratificantes, incapacidad de placer, abandonan todas sus aficiones
- Creciente dificultad para estudiar y jugar
- Disminuyen su socialización y participación en el grupo
- Pérdida de impulso
- Demuestran poco respeto por la autoridad y peleas excesivas
- Irritabilidad
- Ansiedad



- Tristeza generalizada
- Desesperanza
- Fatiga
- Actitud abatida
- Timidez
- Voz y tono monótono, retardo al responder
- Rostro inexpresivo
- Enlentecimiento motor y de pensamiento
- Sollozos frecuentes sin motivo
- Astenia (sensación de debilidad física)
- Auto concepto negativo
- Ideación auto despreciativa
- Sentimiento de inutilidad e inferioridad
- Culpabilidad
- Ideas de persecución
- Deseos de escaparse de casa
- Sensación de desamparo
- Insomnio o hipersomnio acompañado de miedo
- Enuresis y onicofagia
- Quejas somáticas, (dolores musculares abdominales, cefaleas, sudoraciones, palpitaciones)
- Manipulación de los genitales
- Trastorno de juicio, se fijan en el lado triste de las cosas

- Hipersensible
- Pensamientos recurrentes de muerte propia o de los padres
- Ideación suicida
- Rechazo parental
- Actitudes coléricas u hostiles
- Mal sabor de boca y falta de secreción salivar
- Disminución o aumento de peso

*Tabla III Síntomas de depresión infantil*

De forma general, todas las miradas coinciden en que los niños suelen presentar más síntomas de ansiedad, somatizaciones, irritabilidad, frustración, trastornos de conducta, alucinaciones auditivas y aislamiento social, esta sintomatología también se presenta del modo de carita triste, indiferente o inexpresiva, irritabilidad, falta de relación o no se abren a la socialización, no juegan con otros, habla poco, cansancio permanente, lloro sin causa, disminución de hambre sin causa aparente, sueño alterado, aburrimiento, somatizaciones como dolor de cabeza y de estómago hasta llegar a pensar en la muerte e incluso en el suicidio.

### **3.6 Mitos en torno a la depresión infantil**

Diagnosticar la depresión en la infancia se torna difícil, ya que se debe de luchar en contra de los mitos arraigados, (Fernández Siandones,2006, p.2) Enumera seis:

- 1.-Los niños no se deprimen.

- 2.-La depresión infantil es una enfermedad poco frecuente.
- 3.-La depresión infantil es una etapa del desarrollo humano normal.
- 4.-La depresión infantil se presenta con una sintomatología “enmascarada”.
- 5.-La depresión infantil no existe antes de una edad determinada.
- 6.- La depresión infantil es una enfermedad transitoria.

### **3.7 La deficiencia en el apego como predisponente de la depresión infantil**

En el proceso de construcción de un infante depresivo intervienen muchas variables estudiadas profundamente; la predisposición genética, el temperamento, la familia, la educación, el proceso de socialización, el ambiente, los acontecimientos vitales; todas estas entidades importantes, sin embargo, hay una que ha de ser destacada, el proceso de apego que se establece en los primeros meses de vida y que brinda confianza, seguridad y confianza para toda la vida. Estos lazos o vínculos afectivos que se establecen y perduran en el tiempo hacen sentir al niño los principales sentimientos positivos (seguridad, afecto, confianza) y negativos (inseguridad, miedo y abandono). Las teorías del apego apelan a que la relación afectiva filial es el asiento fundamental de los sentimientos de seguridad o inseguridad que presiden respectivamente las vinculaciones de buena y mala calidad. Cuando se desarrolla una relación de apego saludable; se satisfacen las necesidades físicas y psíquicas del niño y éste desarrolla un sentimiento de seguridad, la experiencia de que la figura de apego (el cuidador) es accesible y responderá si se le pide ayuda, suministra un sentimiento de confianza que facilita tanto la exploración del mundo físico como del social.

Por el contrario la mala relación entre padres-hijos y los trastornos depresivos (Del Barrio 1994, p. 472) van de la mano, quien encontró que el ítem del Children's Depression Inventory (CDI) que más correlaciona con la depresión es “nadie me quiere”, lo cual corrobora que el vínculo afectivo es un fuerte elemento relacionado con la depresión. Para este autor el apego bien establecido parece estar en relación directa con la seguridad y estabilidad emocional. La ausencia de vínculo afectivo sano se relaciona directamente con la inseguridad, el retraimiento y la inestabilidad emocional. Para este autor;

“Los estudios que se han realizado para precisar los elementos constitutivos de la depresión infantil señalan que la baja autoestima, las alteraciones del sueño, aislamiento social, alteraciones del apetito y peso, hiperactividad, disforia, anhedonia e ideación suicida aparecen como la sintomatología más consensuada entre expertos en depresión infantil”. (Del Barrio, 1994, p. 472).

En la actualidad se admite una compleja interacción de factores, biológicos y sociales, que sirven de base a la aparición de conductas normales y patológicas que para que surjan es necesario que se dé una cierta vulnerabilidad personal, familiar y ambiental que combinadas dan lugar a la existencia de conductas desajustadas. En el caso de la depresión infantil, los elementos que suponen una vulnerabilidad son de naturaleza biológica, personal, social y demográfica.

### **3.8 Teorías del apego según Jhon Bowlby**

La personalidad es el resultado de la negociación entre las cualidades temperamentales o innatas del niño (sensibilidad, sociabilidad, cambios de humor) y las experiencias que el niño desarrolla,

afronta en el seno de su familia como con sus compañeros, la literatura genética influye en el desarrollo de ciertas características innatas del sistema nervioso y el modo en que reaccionamos con las otras personas, por otra parte la experiencia influye en el desarrollo de ciertas características innatas del sistema nervioso y el mundo en que reaccionamos con las otras personas, por otra parte la experiencia influye directamente en el desarrollo infantil, activando determinados genes modelando la estructura cerebral en donde la naturaleza (genética) necesita de la cultura (experiencia) para modelar quienes somos.

Fue el psicólogo (Jhon Bowlby, 1986, p. VII). Quién desarrollo la teoría del apego, el mismo que constituye un vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres, (o cuidadores) y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo de la personalidad, el apego proporciona seguridad emocional al niño, éste se siente aceptado y protegido incondicionalmente. Este autor describió tres tipos de apego:

**3.8.1 Apego seguro;** se da cuando la persona que cuida al niño demuestra cariño, protección, disponibilidad y atención a las señales del bebé, lo que le permite desarrollar un concepto de sí mismo positivo y un sentimiento de confianza. En el dominio interpersonal, las personas seguras tienden a ser más cálidas, estables y con relaciones personales satisfactorias.

**3.8.2 Apego inseguro o ansioso;** se da cuando el cuidador está física y emocionalmente disponible sólo en ciertas ocasiones, lo que hace al individuo más propenso a la ansiedad de separación y al temor de explorar el mundo, no tienen expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de sus cuidadores, debido a la inconsistencia en las habilidades emocionales, es

evidente un fuerte deseo de intimidad, pero a la vez una sensación de inseguridad respecto a los demás.

**3.8.3 Apego evitativo.**- Se da cuando el cuidador deja de entender constantemente las señales de necesidad de protección del niño, lo que no le permite el desarrollo del sentimiento de confianza que necesita. Se siente inseguros sobre la base de las experiencias pasadas de abandono.

Las consecuencias psicopatológicas pueden resumirse:

Durante la infancia presentan conductas de evitación.

Manifiestan altos niveles de hostilidad y agresividad.

Presentan una alta tasa de interacciones negativas con otros niños.

Conductas negativistas, distancia emocional, malhumor y solitarios.

Utilizan estrategias de evitación y autosuficiencia como mecanismo de distanciamiento de los demás.

Conductas hostiles durante la edad escolar.

### **3.9 Prevalencia de la depresión**

“Se estima que para el año 2020, la depresión ocupará el segundo lugar como padecimiento incapacitante en México y la primera en países desarrollados” (Acosta, et. al., 2011, p. 21) La depresión afecta en promedio al 15% de la población mundial, por lo que, alrededor de 340 millones de personas presentan un episodio depresivo. Además, el 20 % de niños y adolescentes del mundo sufren alguna enfermedad mental.

En América latina y el Caribe la depresión afecta a cualquier persona en algún momento de su vida, según la (OMS,2018).

Haciendo énfasis en los niños, la OMS 2018 estima que el 3 % de la población infantil sufre depresión. La depresión en los niños se ha incrementado dramáticamente, en los últimos años, alrededor del 7 al 14 % de los niños sufre un episodio de depresión mayor antes de cumplir los 15 años. A nivel mundial la prevalencia de depresión infantil alcanza porcentajes entre el 8 y 20 %.

La realidad mexicana expresa que la depresión es una enfermedad mental que tiende a crecer en México ya que existe evidencia científica que la depresión en infantes prevalece de 1,5 a 2 veces más entre niños insertos en familias de más bajos ingresos.

La tasa de trastorno depresivo mayor en niños de edad preescolar es del 0.3% en población general y del 2% en niños en edad escolar. Es más frecuente en varones que en mujeres, las niñas depresivas son por lo general tranquilas e inhibidas, mientras que los niños normalmente tienen dificultad para establecer contacto por la tendencia al aislamiento, inhibición de aprendizaje e irritabilidad que puede llevar a dificultades escolares. Los lactantes y niños en edad preescolar manifiestan su depresión por síntomas casi exclusivamente psicósomáticos (enuresis, onicofagia, llanto, terrores nocturnos). La comorbilidad originalmente fue usada en medicina para describir la existencia de un desorden o enfermedad distinta que se presenta en el curso de una enfermedad o desorden primario, que es originalmente el foco de atención. El estudio de la comorbilidad en niños y adolescentes está adquiriendo mayor importancia actualmente, debido a su alta frecuencia.

En el DSM-V se menciona que los episodios depresivos en niños se presentan generalmente en forma simultánea con trastornos del comportamiento perturbador, trastornos por déficit de atención y trastornos de ansiedad.

### **Intervención educativa y canalización clínica**

El éxito de un niño requiere un fino cuidado de su salud mental y emocional, aún más importante que el cuidado de la salud bucal o deportiva. Sin embargo, existen pocos esfuerzos por parte del Estado y escuela de elaborar programas que aborden esta problemática que redundaría que los alumnos tengan una mayor alegría, felicidad, integración al contexto escolar y elaboración de un proyecto de vida en donde se visualicen como personas exitosas.

Los investigadores educativos centran casi exclusivamente su atención en modelos de enseñanza, procesos de evaluación, y otros problemas relativos a la parte cognitiva, mientras descuidan todo lo que atañe al desarrollo de la personalidad, de la inteligencia emocional, entre ellos la resiliencia. En este sentido la depresión, como hundimiento vital, comporta la negación de la ilusión de vivir, de jugar, de aprender, cualidades inherentes al niño. Por ello la creación de un adecuado clima y detección precoz de los estados depresivos, nos entregará a la sociedad niños más felices que serán adultos más sanos emocionales y realizados.

Una vez que ya proporcioné un perfil sintomático de la depresión en la infancia a fin de que los profesores puedan detectar niños con este problema en la escuela



## Conclusiones

El asumir que un niño tiene depresión puede resultar muy difícil de aceptar de manera principal para los padres, ya que esta enfermedad no distingue edad y puede ocurrir en cualquier momento de la vida; sin embargo, a través de esta investigación afirmo que las conductas que manifiesta un niño malhumorado es muy diferente a un niño con síndrome de depresión y que la escuela es el espacio ideal para identificar la depresión en la infancia; debido a que es el lugar en donde el niño pasa mayor cantidad de tiempo después de su casa, y es el lugar en donde interactúa con compañeros de su edad y se denotan las diferencias de comportamiento entre alumnos con y sin depresión. La justificación de observar al niño en este contexto radica en la cantidad de tiempo que pasa el infante en la escuela y la mirada más precisa del docente para observar rasgos de depresión a fin de no generar excesivas demandas escolares que suelen desencadenar en niños propensos a la depresión sentimientos de inferioridad, inseguridad, fracaso y marginación. Los maestros se encuentran frente a niños anhelantes de afecto y protección, niños que quizá quieran encontrar en sus maestros el afecto que muchas veces en su casa les niegan, entonces son los encargados de ayudarles, comprenderles, apoyarles, guiarles y canalizarles con la autorización de los tutores si es que requieren atención clínica, para que crezcan como personas seguras en un mundo tan abrumador y cambiante como el nuestro.

Tanto el hogar como el centro escolar deben tener siempre al niño bajo observación, ya que a través de esta podemos prevenir y realizar una intervención a fin de no coartar el desarrollo de habilidades sociales, académicas e interpersonales. En éste contexto respecto a la pregunta inicial ¿De qué manera la terapia de juego dentro de un aula de clases permite la identificación de rasgos

de depresión en alumnos de educación primaria? La terapia de juego concede al niño lo que le pertenece, la imaginación, el tiempo compartido con los iguales, juguetes y su libre manejo. Cuando el niño juega libremente con o sin dirección está expresando su personalidad, está experimentado un período de pensamiento y acción independiente y está liberando aquellos sentimientos y actitudes que han estado luchando por salir al descubierto. Por esta razón proporcione una serie de siete sesiones que es menester sean validados a través de la puesta en marcha y que será un derrotero obligado.

La mayoría de los autores coinciden en que la depresión se evidencia con un cambio de conducta del alumno que perdura por más de dos meses y que se evidencia en una creciente dificultad o desinterés para jugar o estudiar, se evidencian varias pérdidas; de la capacidad de concentración, de apetito, de peso, aunque en algunos casos se dará aumento desmesurado en las ganas de comer, descenso del rendimiento, dificultad de atención y memoria, no disfrutan las actividades escolares, se denota incapacidad para el placer, y existen frecuentes ausencias, todo les aburre, no hay participación en el grupo, fácilmente se fatigan, hay un retardo psicomotor, caminan más lento, rostro inexpresivo, actitud abatida, voz y tono monótono, facilidad para el llanto, mal humor, negativismo, falta de secreción salivar, quejas somáticas, dolores abdominales, cefaleas, preocupación por la muerte propia o de los padres, ideas suicidas, enuresis y onicofagia, rechazo parental, actitudes coléricas, ira súbita, ideas de persecución, manipulación de los genitales, sentimientos de fealdad, inutilidad, culpabilidad, desesperanza y desamparo, miedos nocturnos, deseos de escaparse de casa, alteraciones del sueño insomnio o hipersomnio, trastorno del juicio y sólo ven el lado negativo de la realidad. Con esta investigación proporcioné un marco teórico que permita detectar factores de riesgo con miras a la prevención, detección y canalización

adecuada a especialistas que atiendan este síndrome. En el aspecto preventivo el docente se convierte en el observador más indicado: puede identificar los motivos del supuesto fracaso, conocer la dinámica familiar, el tipo de infancia que ha vivido el niño, que incluye su historial médico, la muerte de alguna persona cercana o cualquier circunstancia que desencadene un cuadro depresivo.

Respecto al **objetivo general**; Explicar de qué manera la terapia de juego dentro del aula de clases permite una pronta detección de depresión en niños de nivel primaria” se intentó proporcionar la información de manera precisa, puntual y accesible con un lenguaje no dirigido a especialistas y se enunciaron los autores clásicos y contemporáneos que realizaron una aportación teórica y reflexiva en torno a la temática de depresión en infantes. Además, se proporcionó el diseño de siete sesiones que llevan de la mano al docente o terapeuta que quiera hacer uso de estas estrategias.

Se proporcionó un formato de canalización que es sencillo en su llenado y que se puede contestar si se convive con el niño y en los anexos se proporcionó un cuestionario de opción múltiple que muestra un conjunto de expresiones que transmiten el estado de ánimo de quién lo conteste en ese momento, y es un auxiliar para corroborar las observaciones hechas en clase del niño con depresión.

Se proporcionó un directorio que compila las dependencias públicas que atienden parte de la región oriente del Estado de México, se consideró su domicilio, dependencia gubernamental, correo electrónico, horario de atención, costo y teléfono.

Considero que es necesaria una segunda etapa del proceso de investigación que considere la aplicación de los instrumentos de la terapia de juego como una propuesta para detectar prontamente a alumnos con depresión ya que existen síntomas de depresión infantil en alumnos de educación primaria, que no son reconocidos ni atendidos y que favorecen el abandono escolar” ya que el docente de educación primaria no está formado como psicólogo y existe una percepción de que el niño deprimido sólo está malhumorado y pronto se le pasará, posiblemente el profesor posea intuiciones pero no la certeza de que está frente a un caso que debe ser atendido por la clínica. Se observa una relación entre depresión y bajo rendimiento académico, al puntualizar que en la mayoría de los niños con síntomas de depresión no les gusta ir a la escuela ni realizar las tareas escolares, tienen miedo a ser rechazados por sus padres y compañeros, tienen muy pocas expectativas de futuro, por considerarse malos estudiantes, tienen un auto concepto negativo, y sus maestros les atribuyen falta de interés, baja concentración, inadaptación en el aula y peores ejecuciones escolares, no producidas por falta de capacidades. La manifestación de la depresión y el bajo rendimiento escolar se manifiestan a partir de la confluencia de infinidad de variables correspondientes a diversos sistemas o estructuras. Por tanto, la intervención y el diagnóstico educativo no se pueden hacer descontextualizados de toda esa realidad social y familiar que determina y condiciona el desarrollo y el comportamiento del niño.

A través de la observación puedo afirmar que los niños depresivos se diferencian de los no depresivos, en cuanto a su comportamiento escolar, por poseer menos habilidades intelectuales, sentir mayor desagrado hacia el centro escolar y presentar una mayor rigidez en el estudio, además de presentar más rasgos de neuroticismo, inhibición social y baja autoestima.

Es motivo de otro momento de esta investigación realizar conclusiones a través de observaciones y entrevistas psicológicas, sin embargo, pude identificar los siguientes síntomas: inhibición, malas relaciones con los compañeros, desconfianza, agresividad, rabia, falta de interés hacia la escuela, pocas expectativas de futuro, deseos de que la vida sea distinta, alejamiento de la realidad, falta de autosuficiencia y pobreza de lenguaje.

El conocimiento concreto del síndrome es el que nos permitirá ser eficaces en la detección y diagnóstico de casos, en la prevención, intervención y canalización. Por ello, considero de gran utilidad su divulgación, sobre todo, entre la comunidad de enseñantes, para que les permita detectar casos de riesgo en la escuela y colaborar en la prevención de una adecuada salud mental.

#### **Derroteros para seguir investigando:**

Las conclusiones obtenidas en esta investigación nos han permitido constatar la evidencia de algunos factores relacionados con la depresión en la infancia. Sin embargo, tal y como suele suceder cada vez que se avanza en el conocimiento, nos da cuenta de la gran ignorancia que aún existen en torno al tema que nos ocupa y en general a todo lo que respecta a salud mental y. Por ello, quiero sugerir algunos derroteros que puedan servir para futuras investigaciones.

Fomentar los estudios de salud emocional en la infancia.

Profundizar en el conocimiento de la terapia de juego como un instrumento que permite la pronta detección de alumnos con depresión.

Incidir en el estudio de la detección y confirmación de factores de riesgo relacionados con la depresión en la infancia.

Hacer estudios comparativos de alumnos con depresión y sin depresión y cómo influye la terapia de juego en su recuperación.

## Anexos

|  |   |                   |
|--|---|-------------------|
|  | <b>FORMATO DE CANALIZACIÓN DE<br/>ALUMOS A PSICOLOGIA</b> | Fecha de emisión: |
|  |   | Página 1 de 1     |
|  |   |                   |

|   |                     |
|---|---------------------|
| DATOS DEL ALUMNO  | FECHA DE CITA:      |
| NOMBRE DEL ALUMNO:  |                     |
| PRIMARIA DE PROCEDENCIA:  | HORA:               |
| NOMBRE DEL TUTOR:   |                     |
| <b>Aspectos personales</b>  | OTROS (especifique) |
| Estado de ánimo depresivo ( )<br>Problemas de autoestima y autoconcepto ( )<br>Problemas de ansiedad y/o angustia ( ) |                     |
| <b>Conducción en el grupo</b>   |                     |
| Indisciplina ( )<br>Problemas de integración ( )<br>Problemas familiares ( )  |                     |
| <b>Aspectos académicos</b>  |                     |
| Dificultades de concentración ( )<br>Falta de motivación académica ( )<br>Bajo rendimiento académico ( )              |                     |

¿EL TUTOR REQUIERE NOTIFICACIÓN PERIÓDICA DE LOS AVANCES DEL CASO?

SI\_\_\_

NO\_\_\_

E MAIL\_\_\_\_\_

TELÉFONO\_\_\_\_\_

Le presentamos a continuación un conjunto de expresiones, las cuales con frecuencia son utilizadas para transmitir nuestro estado de ánimo. Léalas detenidamente y marque el círculo, de la que refleje “Cómo se siente en este momento”. No hay respuestas buenas ni malas. Intente seleccionar las respuestas que con mayor exactitud caractericen a su estado de ánimo. Léalas detenidamente y marque el círculo, de la que refleje “Cómo se siente en este momento”. No hay respuestas buenas ni malas. Intente seleccionar las respuestas que con mayor exactitud caractericen a su estado de ánimo.



|  |  |  |
|--|--|--|
| <p>1</p> <p><input type="radio"/> De vez en cuando estoy triste.</p> <p><input type="radio"/> Muchas veces estoy triste.</p> <p><input type="radio"/> Siempre estoy triste.</p>                                    | <p>2.</p> <p><input type="radio"/> Nunca me va a salir nada bien.</p> <p><input type="radio"/> No estoy muy seguro de si las cosas me van a salir bien.</p> <p><input type="radio"/> Las cosas me van a salir bien.</p>                | <p>3.</p> <p><input type="radio"/> La mayoría de las cosas las hago bien.</p> <p><input type="radio"/> Muchas cosas las hago mal.</p> <p><input type="radio"/> Todo lo hago mal.</p>   |
| <p>4.</p> <p><input type="radio"/> Muchas cosas me divierten.</p> <p><input type="radio"/> Algunas cosas me divierten.</p> <p><input type="radio"/> Nada me divierte.</p>  | <p>5.</p> <p><input type="radio"/> Siempre soy malo o mala.</p> <p><input type="radio"/> Muchas veces soy malo o mala.</p> <p><input type="radio"/> Algunas veces soy malo o mala.</p>   | <p>6.</p> <p><input type="radio"/> A veces pienso que me puedan pasar cosas malas.</p> <p><input type="radio"/> Me preocupa que pasen cosas malas.</p> <p><input type="radio"/> Estoy seguro de que me pasarán cosas muy malas.</p>  |
| <p>7.</p> <p><input type="radio"/> Me odio.</p> <p><input type="radio"/> No me gusta como soy.</p> <p><input type="radio"/> Me gusta como soy.</p>   | <p>8.</p> <p><input type="radio"/> Todas las cosas malas son por mi culpa.</p> <p><input type="radio"/> Muchas cosas malas son por mi culpa.</p> <p><input type="radio"/> Generalmente no tengo la culpa de que pasen cosas malas.</p> | <p>9.</p> <p><input type="radio"/> No pienso en quitarme la vida.</p> <p><input type="radio"/> Pienso en quitarme la vida, pero no lo haría.</p> <p><input type="radio"/> Quiero quitarme la vida.</p>                               |
| <p>10.</p> <p><input type="radio"/> Todos los días tengo ganas de llorar.</p> <p><input type="radio"/> Muchos días tengo ganas de llorar.</p> <p><input type="radio"/> De vez en cuando tengo ganas de llorar.</p> | <p>11.</p> <p><input type="radio"/> Siempre me preocupan las cosas.</p> <p><input type="radio"/> Muchas veces me preocupan las cosas.</p> <p><input type="radio"/> De vez en cuando me preocupan las cosas.</p>                        | <p>12.</p> <p><input type="radio"/> Me gusta estar con la gente.</p> <p><input type="radio"/> Muchas veces no me gusta estar con la gente.</p> <p><input type="radio"/> Nunca me gusta estar con la gente.</p>                       |
| <p>13.</p> <p><input type="radio"/> No puedo decidirme.</p> <p><input type="radio"/> Me cuesta decidirme.</p> <p><input type="radio"/> Me decido fácilmente.</p>   | <p>14.</p> <p><input type="radio"/> Soy bonito o bonita.</p> <p><input type="radio"/> Hay algunas cosas de mi apariencia física que no me gustan.</p> <p><input type="radio"/> Soy feo o fea.</p>                                      | <p>15.</p> <p><input type="radio"/> Siempre me cuesta trabajo hacer las tareas.</p> <p><input type="radio"/> Muchas veces me cuesta trabajo hacer las tareas.</p> <p><input type="radio"/> No me cuesta trabajo hacer las tareas</p> |
| <p>16.</p> <p><input type="radio"/> Todas las noches me cuesta trabajo dormir.</p> <p><input type="radio"/> Muchas veces me cuesta trabajo dormir.</p> <p><input type="radio"/> Duermo bien.</p>                   | <p>17.</p> <p><input type="radio"/> De vez en cuando estoy cansado o cansada.</p> <p><input type="radio"/> Muchos días estoy cansado o cansada.</p> <p><input type="radio"/> Siempre estoy cansado o cansada.</p>                      | <p>18.</p> <p><input type="radio"/> La mayoría de los días no tengo ganas de comer.</p> <p><input type="radio"/> Muchos días no tengo ganas de comer.</p> <p><input type="radio"/> Como muy bien.</p>                                |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p>19.</p> <p>O No me preocupan el dolor ni la enfermedad.</p> <p>O Muchas veces me preocupan el dolor y la enfermedad.</p> <p>O Siempre me preocupan el dolor y la enfermedad.</p> | <p>20.</p> <p>O Nunca me siento solo o sola.</p> <p>O Muchas veces me siento solo o sola.</p> <p>O Siempre me siento solo o sola.</p>   | <p>21.</p> <p>O Nunca me divierto en la escuela.</p> <p>O Sólo a veces me divierto en la escuela.</p> <p>O Muchas veces me divierto en la escuela.</p>             |
| <p>22.</p> <p>O Tengo muchos amigos.</p> <p>O Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.</p> <p>O No tengo amigos.</p>   | <p>23.</p> <p>O Mi trabajo en la escuela es bueno.</p> <p>O Mi trabajo en la escuela no es tan bueno como antes.</p> <p>O Me va muy mal las asignaturas en las que antes me iba muy bien.</p> | <p>24.</p> <p>O Nunca podré ser tan bueno como otros niños.</p> <p>O Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños.</p> <p>O Soy tan bueno como otros niños.</p> |
| <p>25.</p> <p>O Nadie me quiere.</p> <p>O No estoy seguro de que alguien me quiera.</p> <p>O Estoy seguro de que alguien me quiere.</p>   | <p>26.</p> <p>O Generalmente hago lo que me dicen.</p> <p>O Muchas veces no hago lo que me dicen.</p> <p>O Nunca hago lo que me dicen.</p>  | <p>27.</p> <p>O Me llevo bien con la gente.</p> <p>O Muchas veces me peleo.</p> <p>O Siempre me peleo</p>  |

## Canalizaciones

El tratamiento de la depresión en la infancia debe ser integral, y abarcar todas aquellas intervenciones psicoterapéuticas, farmacológicas y/o psicosociales que pueden mejorar el bienestar y la capacidad funcional. En la depresión infantil los profesionales reconocen sus consecuencias tomando en cuenta diferentes aspectos: manifestaciones anímicas conductuales, cognitivas y fisiológicas. Por tal motivo es necesaria la canalización a un profesional de la salud emocional que puede ser encontrado en los espacios que a continuación se enumeran, tabla que elaboro considerando los datos precisos de costos, dirección, teléfono, correo electrónico que permita conocer las instituciones públicas de la zona oriente que brindan atención psicológica

|                     |  |
|---------------------|--|
| Domicilio           | Municipio de Tlalmanalco Estado de México calle cedro núm. 15 bis                            |
| Dependencia         | Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia DIF  |
| Correo electrónico  | <a href="mailto:diftlalmanalco20162018@gmail.com.mx">diftlalmanalco20162018@gmail.com.mx</a> |
| Horario de atención | 9:00 a 15:00 hrs. de lunes a viernes   |
| Requisitos          | Que asista el paciente   |
| Costo               | \$70.00 M/N  |
| Teléfono            | 01 597 97 75039  |

|                     |   |
|---------------------|---|
| Domicilio           | Municipio de Amecameca calle Parque Nacional s/n Sacromonte |
| Dependencia         | Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia DIF       |
| Correo electrónico  | difameca1hotmail.com  |
| Horario de atención | 9:00 a 15:00 hrs  |
| Requisitos          | Cita en ventanilla  |

|          |                            |
|----------|----------------------------|
| Costo    | \$70.00 MN                 |
| Teléfono | 01597 97 8 07 70 o 8 40 86 |

|                     |  |
|---------------------|--|
| Domicilio           | Municipio de Atlautla. Av. Juárez S/N  |
| Dependencia         | Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia DIF                          |
| Correo electrónico  | <a href="mailto:atlautla_dif2016@outlook.com">atlautla_dif2016@outlook.com</a> |
| Horario de atención | Lunes a viernes de 9:00 a 15:00 hrs.   |
| Requisitos          | Asistencia del interesado  |
| Costo               | \$70.00 M/N  |
| Teléfono            | 01 597 9760392   |

|                     |  |
|---------------------|--|
| Domicilio           | Municipio de Ozumba. Calle Galeana núm. 8                            |
| Dependencia         | Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia DIF                |
| Correo electrónico  | <a href="mailto:difozumba2015@gmail.com">difozumba2015@gmail.com</a> |
| Horario de atención | 9:00 a 15:00 hrs de lunes a viernes                                  |
| Requisitos          | Asistencia de la persona   |
| Costo               | \$70:00 M/N  |
| Teléfono            | 01 597 97 62165  |

|                     |  |
|---------------------|--|
| Domicilio           | Municipio de Tepetlixpa. Calle Lázaro Cárdenas S/N                         |
| Dependencia         | Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia DIF                      |
| Correo electrónico  | <a href="mailto:dif_tepetlixpa@hotmail.com">dif_tepetlixpa@hotmail.com</a> |
| Horario de atención | 9:00 a 15:00 hrs   |
| Requisitos          | Cita en ventanilla   |
| Costo               | \$70.00 MN   |
| Teléfono            | 01 597 97 5 02 30  |

|           |  |
|-----------|--|
| Domicilio | Municipio de Juchitepec. Calle Juan Flores y Casas S/N |
|-----------|--|

|                     |  |
|---------------------|--|
| Dependencia         | Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia DIF                    |
| Correo electrónico  | <a href="mailto:difjuchitepec16@gmail.com">difjuchitepec16@gmail.com</a> |
| Horario de atención | 9:00 a 15:00 hrs   |
| Requisitos          | Cita en ventanilla   |
| Costo               | \$70.00 MN   |
| Teléfono            | 97 66 16 1   |

|                     |  |
|---------------------|--|
| Domicilio           | Municipio de Tenango del Aire. Av. F.F.C.C. S/N                    |
| Dependencia         | Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia DIF              |
| Correo electrónico  | diftenangodelaire.gob.mx   |
| Horario de atención | 9:00 a 16:00 hrs de lunes a viernes y sábados de 9:00 a 13:00 hrs. |
| Requisitos          | Asistir a cita   |
| Costo               | \$70:00 M/N  |
| Teléfono            | 01 597 9825709   |

|                     |   |
|---------------------|---|
| Domicilio           | Municipio de Cocotitlan                               |
| Dependencia         | Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia DIF |
| Correo electrónico  | difcocotitlan@hotmail.com                             |
| Horario de atención | 9:00 a 15:00 hrs                                      |
| Requisitos          | Cita en ventanilla                                    |
| Costo               | \$70.00 MN  |
| Teléfono            | 598 20 493  |

|                    |  |
|--------------------|--|
| Domicilio          | Municipio de Chalco  |
| Dependencia        | Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia DIF                      |
| Correo electrónico | <a href="mailto:psicologiadifcha@gmail.com">psicologiadifcha@gmail.com</a> |

|                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| Horario de atención | 9:00 a 15:00 hrs   |
| Requisitos          | Cita en ventanilla |
| Costo               | \$70.00 MN         |
| Teléfono            | 0155 59 72 87 60   |

|                     |  |
|---------------------|--|
| Domicilio           | Municipio de Ayapango  |
| Dependencia         | Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia DIF                |
| Correo electrónico  | <a href="mailto:difayapango@hotmail.com">difayapango@hotmail.com</a> |
| Horario de atención | 9:00 a 15:00 hrs   |
| Requisitos          | Cita en ventanilla   |
| Costo               | \$70.00 MN   |
| Teléfono            | (59) 79824235  |

|                     |  |
|---------------------|--|
| Domicilio           | Municipio de Ecatzingo   |
| Dependencia         | Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia DIF          |
| Correo electrónico  | <a href="mailto:cruzdaan@outkook.com">cruzdaan@outkook.com</a> |
| Horario de atención | 9:00 a 15:00 hrs   |
| Requisitos          | Cita en ventanilla   |
| Costo               | \$70.00 MN   |
| Teléfono            | 597 10 91 0 81   |

|                    |  |
|--------------------|--|
| Domicilio          | HOSPITAL DR. PEDRO LÓPEZ.<br>Km. 33.5 Carretera federal México-Puebla ext. Sin número. Sin número interior, Ixtapaluca, col. Ixtapaluca c.p. 56530 |
| Dependencia        | ISEM   |
| Correo electrónico | <a href="mailto:granjalasalud@yahoo.com">granjalasalud@yahoo.com</a>   |

|                     |                                |
|---------------------|--------------------------------|
|                     |                                |
| Horario de atención | 365 días del año las 24 horas. |
| Requisitos          | Disposición                    |
| Costo               | \$70.00 MN                     |
| Teléfono            | 55 (99999999)                  |

*Tablas IV* Directorio de instituciones de salud mental

## Referencias

- Acosta Hernández, Mario Eduardo. (2011). *Depresión en la infancia y adolescencia; enfermedad de nuestro tiempo*. México. *Arch Neurocién*. (Vol. 16) 6pp.
- Aries, Philippe (1960). *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen*. España. Editorial. Taurus.
- Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. Recuperado de <http://www.juango.es/files/Etica-a-Nicomaco.pdf>
- Axline, Virginia M. (1975). *Terapia de juego*. México. Editorial Diana.
- Bemporad, J.R. (1990) Revisión crítica de los principales conceptos de depresión, En: Arieti, S. y Bemporad, J. *Psicoterapia de la depresión*. México. Editorial Paidós.
- Bolwby, John. (1988, 2014). *Vínculos afectivos*. Formación, desarrollo y pérdida. Ediciones Morata. España.
- Bunge, E., Gomar, M., y Mandil, J., (2009). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Apuntes técnicos. México Editorial Akadia.
- Burton, Robert. (1621) (1947). *Anatomía de la melancolía*. Argentina. Editorial Espasa Calpe.
- Clasificación de trastornos mentales CIE 10 Criterios de la OMS*. Recuperado de [http://edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/Clasificacion\\_de\\_trastornos\\_mentales\\_CIE10.pdf](http://edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/Clasificacion_de_trastornos_mentales_CIE10.pdf)
- Corominas, Joan. (1984). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. España. Editorial Gredos.



- Del Barrio V. (1994). *Autoestima y depresión en niños*. (Rev. De Psicol. Gral. y Aplic. Universidad Nacional de Educación a distancia. España.
- Delval, Juan. (1994). *El desarrollo humano*. España. Siglo XXI de España Editores S.A.
- DSM-V (2014). *Nueva clasificación de los trastornos mentales*. En Revista Chilena de Neuropsiquiatría. Ed. IKU
- Esquirol, E. (1847). *Tratado completo de las enagenaciones mentales*. Memorias sobre la locura y sus variedades. España. Imprenta del colegio de sordomudos
- Fernández Siandones, C. (2006). *La depresión infantil*. Actualización 2003-2006. Barcelona: Centro Londres 94. Recuperado de <http://www.centrelondres94.com>
- Ficino, Marsilio. (1595/2001) *De amore*. Comentario al banquete de Platón. España. Editorial Técnos, grupo Anaya.
- Freud, Anna. (1984). *El yo y los mecanismos de defensa*. México. Editorial Paidós.
- Freud, Sigmund. (1908). “*El creador literario y el parentesco*” en *Obras completas*. Tomo IX. Argentina. Editorial Amorrortu.
- (1909). *Análisis de la fobia de un niño de cinco años y “A propósito de un caso de neurosis obsesiva”* en *Obras completas*. Tomo X. Argentina. Editorial Amorrortu.
- (1917). “*Aflicción y melancolía*” en *Obras completas*. Tomo II XCIII Argentina. Editorial Biblioteca Nueva.
- (1920). *Más allá del principio del placer. Psicología de las masas y análisis del yo, y otras obras*. Tomo XVIII en *Obras completas*. Argentina. Editorial Amorrortu.
- (1923-1925) Vol. XIX. *El yo y el ello y otras obras*. Argentina. Impreso en Talleres Gráficos Color efe.

- García, Emilio y Aurora Miguel. (2001) *Enfermedad mental y monomanía*. Estudio de tesis doctorales en España. (1850-1864). Revista de Historia de la Psicología 2001. Vol. 22 N. 34 pp. 335-342.
- Klibansky, R., Panofsky, E., y Saxl., F. (1964). *Saturno y la melancolía*. Estudios de historia de la filosofía, de la naturaleza, la religión y las artes. España. Editorial Alianza.
- Klein, Melanie. (1929) *La personificación en el juego de los niños en Obras completas*. Argentina. Editorial Paidós Horne.
- (1941). *La vida emocional y el desarrollo del yo del niño, con especial referencia a la posición depresiva*. Dispuesto en <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/Klein.pdf>
- (1955) *La técnica psicoanalítica del juego: su historia y significado*. Dispuesto en <http://www.psicoanalisis.org/klein/index2.htm>
- Kraepelin, Emil. (1913) *La locura maníaco depresiva*. Revista de la Asociación Española de Psiquiatría.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1992). *CIE-10 Clasificación de trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. OMS.
- (2004) *Invertir en salud mental*. Departamento de salud mental y abuso de sustancias.(ISBN 924-356256) Ginebra Suiza.
- Papalia, Wendkos y Duskin. (2010). *El desarrollo humano*. México. Editorial Mc. Graw Hill.
- Piaget, Jean. (1964) *Seis estudios de psicología*. España. Colección Labor.
- Pinillos, José Luis. (1970) *La mente humana*. España. Editorial Salvat.
- Platón, *El Timeo en Obras completas*. Madrid. España. Edición de Patricio Arzate. Tomo 6.

- Secretaría de Educación Pública. (2017). *Aprendizajes clave para la educación integral*. Plan y programas de estudio para la educación básica. Recuperado en [https://www.aprendizajesclave.sep.gob.mx/descargables/APRENDIZAJES\\_CLAVE\\_PARA\\_LA\\_EDUCACION\\_INTEGRAL.pdf](https://www.aprendizajesclave.sep.gob.mx/descargables/APRENDIZAJES_CLAVE_PARA_LA_EDUCACION_INTEGRAL.pdf)
- Schaefer, Charles. (2011). *Fundamentos de terapia de juego*. México. Editorial. El Manual moderno.
- Spitz, Rene. (1958) *El primer año de vida del niño* (Génesis de las primeras relaciones objetales). Madrid. España. Editorial Gráficas Color.
- Stanley, W. Jackson. (1986). *Historia de la melancolía y la depresión*. Desde los tiempos hipocráticos a la época moderna. España. Editorial Turner.
- Winnicott, Donald. *Realidad y juego*. España. Editorial Gedisa. Recuperado en <http://imago.yolasite.com/resources/WINNICOTT,%20Realidad%20y%20juego.pdf>

#### Tablas y figuras

Tabla I -Schaefer, Charles. (2011) *Fundamentos de la terapia de juego*. México. Editorial el Manual Moderno.

Tabla II -Papalia, Wendkos y Duskin. (2010). *El desarrollo humano*.

México. Editorial Mc. Graw Hill p. 24

Tabla III Síntomas de la depresión infantil

Tablas IV Directorio de instituciones de salud mental